

INFORME ANUAL

**SALUD
Y
SINHOGARISMO**

FEANTSA 2006

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Associació ProHabitatge

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN:

Víctor Reixach i Casacuberta

ENTIDADES QUE HAN COLABORADO:

Arrels Fundació

Associació ProHabitatge

Cáritas

FACIAM

FILOS

Fundación RAIS

Fundación LESMES

Provivienda

Rauxa

1. PERFIL SANITARIO (DE SALUD) DE LAS PERSONAS SIN TECHO.

1.1. Señala los problemas de salud mental, físicos y de abuso de sustancias más comunes entre las personas sin hogar, teniendo en mente la categorización ETHOS.

Como previa y para contextualizar la problemática de la salud y las Personas Sin Techo (PST) en el Estado español, creemos importante reseñar los principales resultados, referentes a la salud, de la encuesta del INE (Instituto Nacional de Estadística) "Encuesta sobre las personas sin hogar (personas)", realizada el 2005:

- El 15,6% del colectivo de personas sin hogar declara tener mala o muy mala salud, mientras que el 52,7% dice tener una muy o muy buena salud. La percepción subjetiva del estado de salud es peor en las mujeres (el 54,6% de los hombres declara tener un buen o muy buen estado frente al 44,1% de las mujeres).
- El 29,1% tiene una enfermedad grave o crónica y el 24,7% ha tomado somníferos o tranquilizantes.

El primer dato de la encuesta del INE hace referencia a la percepción subjetiva del encuestado. La mayoría de entidades españolas que han respondido el cuestionario considera que utilizar la percepción personal del propio estado de salud no es un buen método para recabar información sobre la salud de las PST. Lo constata la Fundación RAIS cuando advierte que, por su experiencia, *al ser preguntadas, las personas indicaban un estado de salud bueno que luego no se correspondía con la realidad*. El segundo dato corrobora esta aseveración. El diagnóstico médico demuestra que casi un tercio de las PST que hay en el Estado español padece una enfermedad grave o crónica. Un porcentaje que dobla el que arroja la percepción subjetiva del estado de salud.

* * * * *

Una síntesis de los principales problemas de salud mental, físicos y de abusos de sustancias que padecen las PST nos la proporciona los compañeros del "Centro de Acogida e Inserción para Transeúntes-San Vicente de Paúl" de Andújar (Andalucía) cuando señalan que *cabe destacar que los principales problemas de salud mental que aquejan las PSH vienen marcados por trastornos de personalidad (el antisocial entre otros), trastornos depresivos, cuadros de ansiedad, paranoia y, en un menor porcentaje, personas con esquizofrenia. A nivel físico, las enfermedades que padecen se caracterizan por problemas derivados de una mala alimentación y del abuso de sustancias (anemia, colesterol, problemas bucales, problemas hepáticos); de igual modo es común la tuberculosis; así mismo, muchas son las personas con invalidez de la especialidad de traumatología; en un porcentaje menor personas con VIH y problemas auditivos. Entre las sustancias más comunes de las que abusan las personas sin hogar sobresale la dependencia al alcohol, la ludopatía y el tabaco, y en menor grado dependencia a la cocaína y heroína.*

Así pues, las enfermedades más comunes que padecen las PST son los trastornos de la personalidad, los problemas derivados de la mala alimentación y del abuso de sustancias, así como, y de manera destacable, la tuberculosis.

Cabe destacar que estas enfermedades no se manifiestan con la misma intensidad entre las mujeres y los hombres. Lo corrobora el estudio "Personas sin techo en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico" realizado por los profesores Muñoz, Vázquez y Cruzado de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, citado en la revista Documentación Social número 127, editada por Cáritas Española.

Dicho informe fija que la incidencia de las enfermedades es mucho mayor entre las mujeres que no entre los hombres sin techo: *la comparación entre géneros resulta muy relevante ya*

que identifica a las mujeres como grupo especialmente vulnerable a la enfermedad. Éstas presentan más enfermedades de transmisión sexual, circulatorias, de huesos y músculos y de la piel que los varones. Igualmente el grupo de mujeres, sufre en mayor medida la acumulación de cinco o más trastornos.

En relación con el abuso de sustancias, la Asociación Rauxa (Barcelona) señala que *en la población en general se considera que entre un 6-12 % de los individuos padecen dependencia del alcohol. Sin embargo, en la categoría de PST, este porcentaje se incrementa, siendo cada vez mayor en los más crónicos. Rauxa asevera que el alcoholismo se inicia mucho antes de llegar a la calle y que es una de las causas de marginación más importante cualitativa y cuantitativamente, de manera que si no se ofrece a estas personas un tratamiento adecuado, los pacientes alcohólicos se van deteriorando hasta los máximos grados de marginación.*

Rauxa apunta que el 50% de las personas sin hogar padecen alcoholismo, con las consecuencias que ello acarrea: *hepatitis, cirrosis enólicas o pancreatitis enólica*, que es la causante de la *diabetes mellitus*. Por su parte, la encuesta del INE, antes citada, señala que el 30% de la población sin hogar es abstemia y nunca ha consumido drogas. También apunta que hay un 10% con un nivel alto o excesivo de consumo de alcohol. Entre las mujeres hay más abstemias y consumidoras ligeras de alcohol que entre los hombres.

Rauxa añade que *el alcoholismo incrementa el riesgo de padecer tuberculosis y hepatitis vírica C.*, y señala que entre los sin hogar con dependencia del alcohol, el 90% padecen tabaquismo, *lo cual unido al alcoholismo incrementa el riesgo de padecer cáncer, claudicación intermitente o neuritis óptica con ceguera*. En relación con la posibilidad de politoxicomanías, la encuesta del INE observa que el 6,2% de las personas sin hogar ha consumido alguna vez drogas y ha realizado un consumo excesivo de alcohol.

La "Encuesta sobre la salud de las personas sin techo", realizada por los *Serveis d'Atenció Social de la Direcció de Serveis d'Afers Socials* de l'Ajuntament de Barcelona y las entidades de la ciudad que trabajan con este colectivo (referenciada en la revista de Arrels Fundació número 49, 1999), nos acaba de perfilar el estado de salud de las PST.

Se entrevistaron 483 personas, 281 vivían en la calle y 202 en centros, y el 90% eran hombres.

- Un 67% de los hombres de menos de 45 años declararon tener un buen estado de salud, sin que se observaran diferencias importantes entre los de la calle y los de los centros.
- Al preguntar sobre la presencia de trastornos crónicos se observó una mayor frecuencia entre las personas de más edad, pero sólo un 23% de los menores de 45 años y un 12% de los mayores no padecían ningún trastorno.
- Entre los trastornos crónicos, destacan las depresiones, que oscilan entre el 47% de los mayores de 45 años que viven en la calle, hasta el 79% de los hombres menores de 45 años que viven en los centros.
- Otras dolencias: dolor de espalda, migrañas, cirrosis hepáticas, bronquitis, artrosis, úlceras y problemas de circulación.
- Contrariamente, procesos como el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, el cáncer y la sarna, aparecen con escasa representación.
- En relación con la salud mental, un 40% de los hombres de menos de 45 años y un 52% de las mujeres, presentaban al menos un trastorno.

- En relación con la utilización de recursos sanitarios como indicador del Estado de salud de esta población, destaca que de los 140 ingresados en algún centro hospitalario durante el año anterior al hacerse la entrevista, un 64,3% lo había estado una vez y cerca del 18% dos veces. Los motivos del internamiento son diversos, pero se pueden agrupar en los vinculados a los consumos de alcohol y drogas ilegales, afecciones pulmonares, agresiones o accidentes y depresiones.

A continuación añadimos una clasificación de las principales enfermedades que padecen las PST, clasificadas según la tipología ETHOS. Asimismo, las enfermedades se han organizado en tres categorías: salud mental, abusos de sustancias y enfermedades físicas.

A. SIN TECHO

SALUD MENTAL

- Trastornos de personalidad
- Esquizofrenia
- Discapacidad psíquica
- Trastornos bipolares

ABUSOS DE SUSTANCIAS

- Alcohol
- Cocaína
- Heroína
- Benzopaminas
- Tabaco

ENFERMEDADES FÍSICAS

- Soriasis
- Sarna
- Tuberculosis
- Infecciones parasitarias
- Desnutrición
- Problemas oftalmológicos
- Problemas con los dientes
- VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- Hepatitis
- Cirrosis hepática
- Enfermedades respiratorias (bronquitis, neumonías, etc.).

D. SIN VIVIENDA

Las personas sin vivienda padecen los mismos problemas de salud que las “sin techo” con la diferencia que temporalmente están acogidas en centros (penitenciarios, hospitalarios, de acogida para personas sin techo, etc.).

SALUD MENTAL

- Trastornos de personalidad
- Esquizofrenia
- Discapacidad psíquica

ABUSOS DE SUSTANCIAS

- Alcoholismo
- Drogodependencias

ENFERMEDADES A NIVEL FÍSICO

- Soriasis
- VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- Tuberculosis
- Problemas oftalmológicos
- Problemas con los dientes
- Hepatitis

D. VIVIENDA INSEGURA

SALUD MENTAL

- Trastornos de personalidad
- Esquizofrenia
- Demencia
- Discapacidad psíquica

ABUSOS DE SUSTANCIAS

- Alcoholismo
- Drogodependencias

ENFERMEDADES A NIVEL FÍSICO

- Hepatitis
- Tuberculosis
- VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- Problemas de salud mental (trastornos de personalidad, esquizofrenia, retraso mental)

OTROS

- Trastornos del sueño y de la alimentación

D. VIVIENDA INADECUADA

SALUD MENTAL

- Trastornos de personalidad
- Esquizofrenia
- Problemas cognitivos

ABUSOS DE SUSTANCIAS

- Alcoholismo
- Drogodependencias

ENFERMEDADES A NIVEL FÍSICO

- Infecciones parasitarias
- Enfermedades dermatológicas
- Sarna
- Tuberculosis
- Hepatitis
- VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

1.2. Determinadas enfermedades, las cuales son habituales entre las personas sin techo, llevan aparejadas el riesgo de salud pública. Es lo que sucede con la tuberculosis. Dicha enfermedad tiene mucha más incidencia entre las personas sin techo que no entre la población en general y existe el riesgo de que esta enfermedad infecciosa se extienda. Por esto algunos países han desarrollado programas y estrategias específicas para combatir la tuberculosis entre las personas sin techo.

Señala los riesgos de salud pública asociados con la salud de los sin techo. Acciones que se toman para prevenir los riesgos de salud pública asociados con la salud de los sin techo.

Las medidas de prevención de los riesgos para la salud pública asociadas con la salud de las PST no son homogéneas en todo el Estado español. En algunos territorios, las entidades que trabajan con las PST han encontrado la colaboración de las administraciones de manera que conjuntamente se han fijado protocolos de actuación. En otros lugares, ello no ha sido posible. Es el caso, por ejemplo, de Tarragona. La “Casa d’Acollida del Transeünt” contactó con el departamento de salud pública de la Generalitat de Catalunya en Tarragona para recibir asesoramiento y comunicar la identificación de brotes epidemiológicos, pero la comunicación fue unilateral. En febrero de 2005 se intentó establecer algún protocolo de actuación para prevenir brotes de escabiosis pero tampoco tuvo éxito.

En contraste, la Fundación RAIS (Madrid) advierte que *la Administración pública dispone de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de protocolos de declaración de la tuberculosis. Los médicos son los encargados de detectar y declarar los casos a las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas.* Sin embargo, y a pesar de ello, la Fundación RAIS advierte que *no existe ninguna medida específica de detección en centros de alta incidencia.*

Las entidades que trabajan con las personas sin techo sí que han adoptado protocolos de prevención para identificar las enfermedades que padecen las personas que acuden a sus centros. Así, el centro de acogida “Luz Casanova” (Caritas Diocesana de Granada) realiza a todos los usuarios que se prevé que se van a quedar en el centro un cierto tiempo, una serie de pruebas para detectar si padecen tuberculosis, sífilis o hepatitis:

- Hemograma
- Bioquímica
- Orina
- Serología de VHC, VHB, VIH, Lues
- Mantoux y si procede baciloscopia y cultivo

A la vez, el centro está en contacto permanente con el servicio de epidemiología correspondiente y realiza todas las declaraciones obligatorias pertinentes. El control se extiende también a los profesionales que trabajan en el centro, a los cuales se les realiza un análisis anual que cubre todas las posibles enfermedades que se puedan adquirir por el contacto con las PST.

La Asociación Rauxa (Barcelona) manifiesta que *en todos los lugares de acogida y comedores públicos se debería protocolizar la detección de la tuberculosis.* En Barcelona, la entidad consiguió que dicha medida se incorporara en todos los comedores públicos de la ciudad, después de constatar la alta incidencia de la tuberculosis entre las personas sin hogar.

En Barcelona existe una red de detección y tratamiento de la tuberculosis a disposición de todos los ciudadanos: *Centre de Malalties del Tòrax Drassanes*, donde se realiza el diagnóstico y el *Centre Residencial de Tractament de la Tuberculosi de la Generalitat de Catalunya Sant Gervasi*, donde los pacientes reciben tratamiento. En paralelo, hay equipos de calle que facilitan la medicación a las personas que viven independientemente. Normalmente a los 15 días de tratamiento la tuberculosis ya no es contagiosa. También el “Centre d’Urgències Pere Camps”, señala Arrels Fundació, *mantiene controles de vigilancia con aquellos pacientes que no están vinculados a centros sociales y que acuden reiteradamente al servicio.*

Cabe decir que en el Estado español la tuberculosis y la infección por VIH son enfermedades de declaración obligatoria a las autoridades sanitarias. Recientemente, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) ha advertido que la incidencia de la tuberculosis en España, con 25 casos anuales por cada 100.000 habitantes, quintuplica la tasa de Holanda,

Alemania o países nórdicos, donde se registran cinco casos por cada 100.000 habitantes. Durante 2003 se declararon 6.743 casos de tuberculosis en el Estado español, pero el 40% de los casos reales no se comunican. La SEPAR añade que en las grandes ciudades, como Barcelona o Madrid, entre el 20% y el 50% de los casos que se detectan corresponden a inmigrantes, que la mayoría de la veces no pueden seguir el tratamiento prescrito.

LISTADO DE MEDIDAS GENÉRICAS QUE SE HAN ADOPTADO PARA PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE ENFERMEDADES

- Sala de venopunción
- Intercambio de jeringuillas
- Recursos de baja exigencia
- Comedores sociales
- Reparto de preservativos entre la población de riesgo
- Ejecutar el protocolo para la desinfección de la ropa y el tratamiento prescrito
- Realizar pruebas para detectar la tuberculosis
- Vacunaciones
- Programas específicos de prevención y tratamiento de la tuberculosis
- Madrid: puesta en marcha de dos equipos de salud mental que trabajan en la calle y que ha permitido iniciar tratamientos de tuberculosis con personas sin hogar

1.3. Determinadas condiciones de salud de las personas sin techo suponen problemas importantes a la hora de ofrecerles un tratamiento. Por ejemplo, el tratamiento de la tuberculosis se convierte en difícil cuando el paciente lleva un modelo de vida caótico. Es decir, la especificidad propia de la persona sin techo dificulta su tratamiento (necesidades múltiples, enfermedades diversas, etc.). Especifica los problemas con los que te encuentras cuando intentas ofrecer asistencia sanitaria a las personas sin techo.

Antes de numerar las dificultades concretas con las que las entidades se encuentran a la hora de prestar asistencia a las PST, es importante señalar la vinculación que existe en el Estado español entre el disponer de documentos oficiales de identificación con la posibilidad de acceder a los servicios sanitarios. Toda persona empadronada tiene derecho a cartilla sanitaria, la cual garantiza atención ambulatoria y hospitalaria. En relación con esto, cabe decir que, según la encuesta del INE, el 66,9% del colectivo de personas sin techo dispone de tarjeta sanitaria.

Sin embargo, aunque la persona esté empadronada ha de pagar el 40% de los medicamentos incluidos en los catálogos y el 100% de los no incluidos. Es lo que sucede, por ejemplo, con el Hidroxil. Un fármaco utilizado en el tratamiento del alcoholismo que no figura en el listado de medicamentos gratuitos del Sistema Nacional de la Seguridad Social.

Las personas que no disponen de documento identificativo alguno, porque no están empadronadas y en consecuencia no disponen de tarjeta sanitaria, son atendidas mayoritariamente a través de los servicios de urgencias. Lo corroboran desde Caritas Bizkaia – *las personas sin techo son siempre atendidas en dichos servicios*–, y subrayan que *los problemas surgen cuando se trata de dolencias que no requieren una intervención urgente y que no pueden ser atendidas por diferentes razones: por falta de tarjeta sanitaria; por falta de conciencia de enfermedad; por no poder mantener los tratamientos; por falta de cultura de atención sanitaria; por dificultad para poder tener convalecencias en buenas condiciones; por no poder asegurar un buen descanso, etc.*

Es decir, las personas sin techo mayoritariamente no acceden a los servicios de atención primaria (las razones son diversas), sino que son atendidas a través de los servicios de urgencias. Pero cuando acuden a este servicio su salud se encuentra ya en una situación extrema y muy deteriorada, con lo cual a menudo ya no hay solución posible para la enfermedad que padecen.

Otros dos obstáculos que privan a las PST acceder a los servicios sanitarios son:

- La falta de protocolos sanitarios que permitan derivar con agilidad a centros sociales o socio-sanitarios a los pacientes.
- El déficit de servicios sanitarios que posibiliten realizar una valoración integral del paciente.

La puesta en marcha de ambos protocolos permitiría, entre otras ventajas, ahorrar recursos a corto plazo. Un principio que comparte la Asociación Rauxa (Barcelona) cuando señala que *es esencial subrayar la premisa de que los sin techo presentan evidentes patologías de salud lo cual prueba la necesidad de un abordaje socio-sanitario especializado desde el inicio. Si así se hiciera, se ganaría en eficacia, eficiencia y efectividad con ahorro de costos personales a los sin techo, y de recursos humanos y económicos a la administración y a las entidades.*

Asimismo, Arrels Fundació (Barcelona) añade que las PST tienen especiales dificultades para acceder a los servicios de salud mental, pues es el sistema de atención menos desarrollado. Lo corrobora el "Síndic de Greuges" de Catalunya, cuando en el informe extraordinario sobre PST del 2005, advierte que *el Programa de Atención en Salud Mental –catalán– para las PST se ha quedado corto, con lo cual es prioritario ampliarlo, así como poner en marcha un Proyecto de Atención en Salud Mental directamente a la calle.* El "Síndic de Greuges" señala que un programa de este tipo tiene que ir orientado en dos direcciones:

- *Ofrecer una atención directa a las personas enfermas que viven en la calle*
- *Sensibilizar a la sociedad en general sobre esta realidad*

CLASIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES DIFICULTADES PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN SANITARIA

Clasificación:

- 1. Falta de documentación que acredite su identidad**, lo cual dificulta su acceso a la atención primaria, siendo la vía de atención la de urgencias
 - Falta de padrón
 - Falta de la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), que sustituye a efectos sanitarios la Cartilla de la Seguridad Social
- 2. Falta de hábitos en el cuidado de la salud y la higiene personal**
 - No conciencia del problema
 - Dificultades para mantener las condiciones higiénicas y de alimentación adecuadas
 - Dificultades para seguir un tratamiento con garantías
- 3. Falta de conciencia de enfermedad y de seguimiento del tratamiento.** A menudo, las personas sin techo precisan tratamientos farmacológicos complejos que precisan un tutelaje.
 - Desarraigo de la persona (dificultad para realizar seguimiento o tratamientos continuados)
 - Ausencia de vínculos familiares (dificultades para someterse a tratamiento de salud mental basados en el apoyo familiar)

- Resistencias a acudir por parte del paciente
- Desconfianza del sistema sanitario

4. Dificultad de iniciar tratamientos médicos por falta de recursos económicos

- No existen recursos donde se facilite gratuitamente la medicación
- Dificultades para el pago de recetas

5. Déficit de la administración sanitaria

- Salud y social como departamentos aislados
- Falta de coordinación socio-sanitaria
- Burocratización del sistema sanitario (necesidad de tarjeta sanitaria, de tener que solicitar cita previa, etc.).
- Ausencia de personas de referencia en el sistema sanitario (necesidad, en algunos casos, de acompañamiento por parte de los educadores o voluntarios de los servicios para personas sin hogar)
- Desatención total en caso de derivación al Servicio de Salud Mental
- Resistencias de los profesionales
- No se les atiende tan correctamente como a otros pacientes por parte del personal sanitario. Es necesario el acompañamiento de un profesional del centro de acogida para que sean atendidos correctamente.

2. PROTECCIÓN SOCIAL: DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS SIN TECHO

2.1. ¿Cuáles son los derechos de salud que tienen garantizados los sin techo en el Estado español (de los españoles, extranjeros, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados)? ¿Cuáles son los requisitos (de registro, etc.)?

En principio, la Ley General de Sanidad española expone que la atención a la salud es universal, por consiguiente, las personas sin hogar deberían beneficiarse de la misma asistencia sanitaria que el resto de la población.

Los derechos en el acceso y uso de la asistencia sanitaria quedan fijados en la Ley General de Sanidad de 1986, Ley 14/1986, de 25 de abril, Título preliminar, Del derecho a la protección de la salud, Capítulo único

ARTÍCULO UNO.

1. La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución:
 - a. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
 - b. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
 - c. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

EL CASO ESPECÍFICO DE LOS EXTRANJEROS

Sin embargo, en relación con los extranjeros, la normativa contempla una serie de especificidades. La Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, reformada por la Ley 8/2000, de 22 de diciembre (no se reforma el articulado de derecho a asistencia sanitaria) establece en el artículo 12 (derecho a la asistencia sanitaria):

1. Tienen derecho los que se encuentran inscritos en el padrón municipal en las mismas condiciones que los españoles. *Es decir, si trabajan gozan de las prestaciones regulares de su cobertura de seguridad social y si no trabajan, reciben atención médica aquellos que demuestren que no tienen recursos económicos.*
2. Todas las situaciones de urgencia por enfermedad grave o accidente.
3. Los menores de 18 años gozan de asistencia sanitaria total.
4. Las embarazadas gozan de asistencia sanitaria total durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Los requisitos son los siguientes:

1. Para solicitar tarjeta sanitaria y por consiguiente el acceso a la atención sanitaria primaria, es necesario:
 - Certificado de Empadronamiento
 - Alta de filiación a la Seguridad Social
 - Documento que acredite la identidad de la persona solicitante

Para solicitar estos documentos, es necesario que la persona tenga documento que acredite su identidad.

En cualquier caso se garantiza el acceso a la atención primaria, sin los requisitos anteriormente establecidos para menores de 18 años y embarazadas.

2. Para aquellas personas que no tengan tarjeta sanitaria su derecho de protección a la salud se garantiza a través de la atención en las urgencias en caso de enfermedades graves o accidentes y a la continuidad de dicha atención, hasta el alta medica.

Ya señalábamos anteriormente la relación directa que existe entre el disponer de documentos que acrediten la identidad y la posibilidad de gozar de asistencia sanitaria, aunque ello no contradiga el principio que en el Estado español la salud sea un derecho universal. También es cierto, como señala Caritas Granada, que en ciertas ocasiones se abre la posibilidad de que las personas "sin papeles" puedan recibir asistencia sanitaria: *hay organismos dependientes de la Diputación o del Ayuntamiento a los cuales se puede derivar pacientes sin papeles, como los centros de tratamiento de drogodependencias, o centros de tratamiento y detección de enfermedades de transmisión sexual.*

Con todo, y como se señala en el libro de M. del Rosario Sánchez Morales “La población ‘sin techo’ en España: un caso extremo de exclusión social”, *las deficiencias del sistema público sanitario salen a la luz con toda crudeza en este grupo social y lo expresan como una dramática caricatura de la realidad. Tal sucede con la atención odontológica, podología,...resultando interesante mostrar que los procesos de exclusión extremos tienen capacidad...de revelar las carencias de un sistema, incluso el sistema de bienestar”.*

2.2. ¿El sistema de salud español está organizado de tal manera que resulta difícil para los sin techo acceder al mismo?

Cabe distinguir dos situaciones: las PST “regularizadas” y los que están “sin papeles”, mayoritariamente inmigrantes. Quizá ambos colectivos compartan las mismas problemáticas como personas que no gozan de un hogar, pero los inmigrantes padecen además el problema añadido de no disponer de la documentación exigida para acceder a la sanidad, con lo cual para ellos la única puerta de acceso es el servicio de urgencias.

En el Estado español no se han adoptado medidas específicas para facilitar el acceso de las PST al sistema de salud. Así pues, para dicho colectivo rigen las mismas condiciones que para el resto de ciudadanos y ciudadanas, lo cual es un reto. La especificidad propia de las personas sin hogar provoca que les sea complicado cumplir los requisitos, sobre todo burocráticos, exigidos para poder beneficiarse del sistema sanitario público. No obstante, quizá lo más dificultoso no sea acceder a la sanidad sino asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito.

La universalidad de la asistencia sanitaria no excluye, ni mucho menos, reconocer que existen obstáculos que entorpecen el acceso de las PST a los servicios sanitarios. A las exigencias de empadronamiento y de identificación antes citadas, hay que añadir el “problema de la burocratización”: la exigencia de disponer de tarjeta sanitaria, la obligación de tener que concertar una cita para ser visitado o la obligatoriedad de pagar determinadas recetas. Un cúmulo de trámites que desincentiva a las PST acudir a la sanidad, y que lo hagan casi exclusivamente a través del servicio de urgencias.

2.3. ¿Cuáles considera que son los principales obstáculos que dificultan a los sin techo acceder a los servicios de salud (estigmatización, barreras económicas, administrativas, etc.)?

Un problema importante es la estigmatización por parte de los profesionales que atienden a las PST en relación a su aspecto físico y a sus condiciones higiénicas. Un ejemplo es la situación que denuncia FACIAM (Madrid) cuando subraya que *si no se está en situación de alta laboral, y se solicita la tarjeta sanitaria, la administración la expide bajo el formulario o epígrafe de “persona que carece de recursos económicos suficiente”, aunque ello no excluya gozar del mismo derecho de acceso al sistema sanitario.* Ratifican esta idea desde Caritas Granada, cuando alertan que *dentro del colectivo sanitario hay una gran ignorancia de la realidad de los sin techo.*

No obstante, en cuanto al desconocimiento de los médicos de la realidad de las PST, entre las entidades la opinión no es unánime. Por ejemplo, Arrels Fundació (Barcelona) señala que *su experiencia de acompañamiento a personas sin techo a los centros sanitarios de atención primaria es plenamente satisfactoria hasta el punto que determinados profesionales adecuan las visitas a los requerimientos de los profesionales de la entidad.* Incluso, Arrels advierte que en una ocasión participó en una sesión clínica de ambulatorio donde se expusieron las características de las personas sin techo y los principales problemas que se encuentran para acceder a los servicios de atención sanitaria..

Una de las medidas importantes a adoptar para aproximar la sanidad a las PST sería organizar equipos sanitarios de calle (tanto de salud física como mental) ya que la falta de educación en hábitos de higiene hace que estas personas desconozcan cuando acudir al médico, en qué

condiciones se les puede atender o incluso desconocen simples medidas de prevención o de detección de riesgos.

Una medida que contribuyó a reducir estos obstáculos fue fijar la universalidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo ello no eliminó todos los obstáculos.

Los que aún persisten los podemos clasificar en dos grandes categorías:

1. Dificultades derivadas de la condición misma de persona sin hogar

- a. Problemas económicos para el pago de la medicación (las personas sin techo suelen tener recursos económicos precarios, hecho que dificulta la adquisición de la medicación prescrita por los facultativos, e imposibilidad de seguimiento de dietas específicas).
- b. Desconfianza o rechazo a utilizar los servicios sanitarios por parte de las personas sin techo (quizás por no sentirse bien atendidos en ocasiones anteriores, tener sensación de exclusión, por el hecho de poseer escasa educación sanitaria, etc.).
- c. Incapacidad para saber dónde tiene que dirigirse y cuáles son las gestiones que se tienen que realizar.

2. Dificultades atribuibles al sistema sanitario

- a. Burocratización del sistema sanitario.
- b. Barreras normativas y administrativas. La población más susceptible de correr este riesgo son los extranjeros en situación irregular, pues que no estén empadronados supone que no tengan tarjeta sanitaria.
- c. Barreras lingüísticas y de comunicación, especialmente en el caso de inmigrantes.
- d. Barreras culturales y religiosas.
- e. El rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitario.
- f. Muchas dificultades de acceso a los médicos especialistas (debido a la movilidad geográfica de las personas sin hogar, y porqué necesitan hacerlo a través de los médicos de cabecera).
- g. Discrepancias a la hora de determinar que casuísticas competen a los servicios sociales y cuáles a sanidad.
- h. Largas listas de espera que se convierten en otro obstáculo a la hora de facilitar el acceso a la sanidad de las personas sin hogar.

2.4. ¿Ha habido intentos para abolir dichas barreras? ¿Han tenido éxito?

Hasta ahora no se han adoptado medidas para erradicar los obstáculos que dificultan el acceso a la sanidad de las personas sin techo. Quizá la medida más innovadora adoptada hasta ahora, como ya se ha dicho, haya sido la aprobación de la Ley de universalidad de la sanidad.

No obstante, en algunos ámbitos se han adoptado medidas que faciliten a las PST acceder a los servicios sanitarios. Por ejemplo, en relación con las barreras idiomáticas, se ha contratado a mediadores (traductores) en los hospitales, para que haya un mejor entendimiento entre los facultativos y los usuarios de los servicios sanitarios. También se han expedido tarjetas sanitarias provisionales condicionadas a renovación al cabo de un tiempo o se han realizado empadronamientos ficticios para así conseguir la tarjeta sanitaria.

Hay que destacar que cuando las entidades se han dirigido a la administración para exponer los problemas con los que se encuentran las PST para recibir atención sanitaria, no siempre han sido escuchadas. La Fundación RAIS (Madrid) advierte que *las personas que trabajan en los albergues han tenido distintas reuniones con responsables de áreas de salud mental para intentar mejorar la coordinación pero no ha habido interés por parte de la entidad sanitaria.*

3. GARANTIZAR EL ACCESO A UNOS SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

3.1 ¿Conoces algún centro en el cual se hayan habilitado servicios de salud específicos para personas sin techo? ¿Consideras que es un buen sistema para proporcionar a los sin techo la asistencia sanitaria que requieren? ¿Cuáles son los beneficios y los costes que reporta este tipo de prestación específica para los sin techo?

Antes de contestar la pregunta cabe señalar en este caso la trascendencia del principio de igualdad. Es decir, es importante evaluar la idoneidad de fijar servicios sanitarios específicos para los sin techo. Como hemos señalado anteriormente, las personas sin hogar gozan de los mismos derechos que el resto de ciudadanos, con lo cual no parece lógico que se habiliten servicios especiales.

Si de lo que se trata es hablar de igualdad y por lo tanto de dignidad de la persona, el servicio sanitario, y así lo dice la ley, es igualitario, independientemente de la situación personal, por lo tanto sería algo contradictorio establecer en los centros de salud programas específicos para dicho colectivo. La atención sanitaria se dirige a la persona y no al transeúnte, al inmigrante o al esquizofrénico, lo cual no excluye, ni mucho menos, que la sanidad pública cuente con profesionales suficientemente preparados para atender la multiplicidad de problemáticas asociadas a los sin techo. De la misma opinión es el “Síndic de Greuges de Catalunya” cuando puntualiza que *si bien las personas sin hogar son usuarias de la Red de Salud Pública como cualquier otro ciudadano, serían necesarios protocolos de intervención específicos.*

Así lo valora también Caritas de Granada, que considera que *los sin techo necesitan de unos profesionales sanitarios específicos que conozcan sus problemas concretos. Asimismo, un servicio de atención sanitaria ajustado a las necesidades de los sin techo permite trabajar aspectos específicos de este colectivo, por ejemplo, la educación para la salud, y no meramente asistenciales.*

Es decir, la institucionalización de servicios sanitarios específicos para las PST permitiría trabajar aspectos que van más allá de la atención meramente asistencial, como puede ser la “educación para la salud”. Sin embargo, este modelo de atención también tiene aspectos negativos tales como son la estigmatización y los problemas de financiación.

Hecha esta aclaración, cabe decir que en el Estado español no existen servicios sanitarios específicos para los sin techo. Sin embargo, y siempre teniendo en cuenta que no es el mejor sistema, es verdad que dichos servicios permiten atender la necesidad inmediata, pero sin embargo no eluden la necesidad de acudir a la red de sanidad pública. Es decir, como señala la Associació ProHabitatge, *los servicios específicos no son suficientes, pues las PST presentan diferentes patologías que requieren la intervención de los servicios sanitarios universales.*

Con todo, hay que señalar que algunos centros de atención a las personas sin techo han habilitado servicios sanitarios para los sin techo. Por ejemplo, en Granada el centro de acogida presta servicios a través del voluntariado social. También hay muchos centros de tratamiento de alcohol (Rauxa, Barcelona) y toxicomanías, y existen centros de acogida para personas enfermas de VIH. A su vez, muchos centros prestan el servicio de detección de la tuberculosis.

El Ayuntamiento de Madrid cuenta con el “Proyecto de rehabilitación e inserción social de enfermos mentales crónicos sin hogar (PRISEMI). El servicio ofrece programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario a personas con enfermedades mentales

crónicas en situación de marginación sin hogar, para promover la mejora de su autonomía y calidad de vida y posibilitar su progresiva reinserción social. Cuenta asimismo con varios pisos supervisados como recursos de alojamiento y apoyo para facilitar estos procesos de rehabilitación y reinserción.

El servicio se dirige a personas de ambos sexos, entre 18 y 65 años, con enfermedades mentales crónicas que se encuentran en situación de marginación sin hogar y exclusión social atendidos en el Centro Municipal de Acogida San Isidro dependiente del Ayuntamiento de Madrid.

Este proyecto tiene un equipo específico que trabaja tanto en el desarrollo de los programas de rehabilitación, en el Centro de Acogida San Isidro, con los usuarios allí atendidos, como en el apoyo y supervisión a los pisos supervisados (4 pisos con 18 plazas) del Proyecto. Asimismo este equipo formado por un coordinador, un psicólogo y 6 monitores/educadores, viene también ofreciendo apoyo y asesoramiento técnico a los profesionales del propio Centro de Acogida, UMES y otros recursos para ayudarles a manejar y promover la rehabilitación de este colectivo.

La Asociación Rauxa también presta atención sanitaria personalizada a las PST. En la Asociación, así como en la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas y Pisos de Reinserción de Catalunya, se realiza:

- Detección y tratamiento Tuberculosis
- Vacunación HB (hepatitis)
- Vacunación gripe
- Vacunación tétanos en los que lo precisan

Y el Ayuntamiento de Valencia cuenta con el Centro de Atención Social de Personas Sin Techo (CAST) donde se realiza la prueba de la tuberculosis. Los resultados se obtienen inmediatamente, con lo cual se ataja cualquier riesgo para la salud pública.

3.2 ¿Conoces alguna iniciativa en materia de salud o salud preventiva destinada a los sin techo? ¿Crees que las mismas han incidido directamente en el acceso al trabajo de las personas sin hogar?

Ya se ha señalado en la pregunta anterior que diferentes ayuntamientos españoles cuentan con servicios sanitarios específicos para las PST. Sin embargo no existen datos que certifiquen que dichos servicios han contribuido a favorecer la inserción laboral de las PSH. No obstante, desde de la Casa de Acogida de Personas Sin Hogar de Tarragona señalan que trabajan en estrecha coordinación con centros de salud mental, de tratamiento a las adicciones y médicos de familia, y aseguran que *estas iniciativas en materia de salud han ayudado a dar más estabilidad a las personas y han facilitado procesos de reinserción laboral.*

Si bien hay ayuntamientos que han creado servicios sanitarios para las PST, son mayoritariamente los centros de inserción, por ejemplo el Centro de Acogida e inserción para transeúntes "San Vicente de Paúl" de Andújar (Andalucía), los que cubren de manera integral la salud del sin techo. Esto es así porque teniendo un lugar donde estar y trabajando coordinadamente con el resto de instituciones, se puede hacer un seguimiento exhaustivo de la persona, ayudándole a recuperarse de la enfermedad que padece. Este modelo de asistencia posibilita la recuperación de los hábitos perdidos y facilita la inserción de las personas.

3.3 ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud de las personas sin techo en las zonas rurales?

En las zonas rurales las personas sin techo acceden también a los servicios sanitarios a través de urgencias. Las prestaciones son las mismas que en las ciudades, pues en el Estado

español, el sistema de salud es igual para todo el territorio. Sin embargo, en el ámbito rural surgen problemáticas añadidas:

- Para acceder a un centro salud normalmente hay que desplazarse a la ciudad más grande de la zona.
- Para ello hay que utilizar el transporte público, que no siempre existe y cuando opera no es muy eficiente y además a menudo con un precio inasequible para las PST.

Para solucionar estos obstáculos, una posible solución sería crear una unidad itinerante para facilitar el acceso a la sanidad de las PST que “viven” en zonas rurales.

3.4 ¿Consideras que la asistencia sanitaria que reciben las personas sin techo en el Estado español es equiparable a la que se presta al público en general? En que áreas de salud es más difícil que accedan las personas sin techo y cuáles son las razones?

En términos generales, la asistencia sanitaria que reciben las personas sin techo no dista de la que recibe el público en general. Los derechos asistenciales son iguales, pues así lo prevé la ley. Siendo esto cierto, sí es verdad que las PST se encuentran con mayores obstáculos para acceder a la sanidad. Los principales déficits pueden estar en el trato que reciben de los facultativos y la estigmatización que padecen. Sería oportuno que los profesionales que prestan asistencia sanitaria estuvieran sensibilizados acerca de la situación de las PST y, por ejemplo, fueran conscientes que para ellos no es nada fácil ejecutar una tarea tan simple a simple vista como tomarse una pastilla en cada comida, pues igual sólo comen una vez al día.

Este cúmulo de obstáculos se podrían solucionar si hubiese un profesional que velara por las necesidades de las PST: que les informara de los servicios existentes; que les ayudara a realizar los trámites necesarios para acceder a la sanidad y que vigilara que el paciente cumple lo prescrito por el médico.

Que la asistencia sanitaria sea igual para todos los ciudadanos y ciudadanas es lo adecuado, pero también hay que reconocer que es un reto. Lo es por las características propias de las PST. Conseguir recuperarse con garantías de una enfermedad exige apoyo social o familiar y fijación en el territorio. Dos recursos con los que no cuentan las PST, que habitualmente se desplazan continuamente y no gozan de apoyo familiar. Además, las listas de espera también influyen muy especialmente en el colectivo.

Las áreas de salud con acceso más difícil son aquellas que no son un tratamiento paliativo puntual: todas aquellas áreas que impliquen seguimiento o largas estancias. Es decir, es más fácil el acceso al médico de cabecera que al especialista. Las PST tampoco pueden acceder a los servicios de ortodoncia, óptica y ortopedia porque no están cubiertos por la red de salud pública y, por consiguiente, se tienen que pagar íntegramente.

La Associació ProHabitatge (Barcelona) considera que a la hora de abordar la salud de las PST también es importante la intervención de profesionales que a pesar de no estar adscritos al campo de la atención sanitaria, sí que pueden incidir en su estado de salud (educadores, psicólogos, terapeutas o simplemente personas que quieran escucharlos). Muchas veces las personas sin techo recelan de determinados profesionales o instituciones, con lo cual si son atendidos en otro contexto y por otros profesionales son más receptivos.

3.5 En algunos países se ha puesto en marcha políticas que abordan planes específicos de actuación en el campo de la salud y las personas sin techo, con el objetivo de garantizar a dicho colectivo el acceso efectivo a los servicios sanitarios. ¿Se ha ejecutado algo parecido en el Estado español?

Si consideramos que en el sistema sanitario español el acceso de las personas sin techo a los servicios sanitarios es viable, parece lógica que no se hayan ejecutado políticas públicas de salud específicas para las persona sin hogar.

4. LA PREPARACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

4.1 ¿Sabes si en el Estado español se ha organizado algún curso para preparar a los profesionales de la salud para atender a las personas sin techo (enfermeras, doctores, trabajadores en el campo de la salud mental, dentistas, etc.?)

En el Estado español no se han organizado cursos para preparar a los profesionales de la salud para atender a las personas sin techo. Lo poco que se ha ejecutado en este sentido ha sido impulsado desde las mismas asociaciones que atienden a las PST.

El Centro de Acogida e Inserción para Transeúntes San Vicente de Paül (Andujar, Andalucía), en octubre de 2005, en el marco de los encuentros de equipos de salud mental, la psicóloga del centro ofreció una ponencia a facultativos. Así mismo, en la Comunidad Autónoma de Andalucía se han organizado cursos específicos para conocer la realidad de los sin techo que padecen alguna enfermedad mental.

La fundación RAIS (Madrid) realizó un curso titulado “Habilidades sociales en salud mental” en el cual participaron tanto técnicos de entidades publicas y privadas.

5. TRABAJO EN RED

5.1. ¿Sabes si existe en el Estado español algún servicio de este tipo que funcione en red?

En el Estado español no hay tradición de trabajo en red y tampoco un servicio que coordine el sistema de salud, los servicios de asistencia a las PST y los servicios sociales. No hay procedimientos administrativos que permitan la coordinación ni el intercambio de información de una forma reglada ni protocolizada. Este modelo de coordinación sólo existe para servicios muy especializados. Aún así, hay experiencias embrionarias que intentan trabajar en este sentido. Por ejemplo, este año en Tarragona, desde el “Centre d’Acolliment al Transeünt” se ha empezado a organizar una plataforma para crear un itinerario de intervención.

Si bien formalmente no está constituida un red de coordinación entre los diferentes servicios, si que es verdad que entre ellos se conocen y se derivan usuarios. Esta es una práctica habitual y nos podríamos atrever a asegurar que es lo más parecido al trabajo en red que existe en el Estado español. Por ejemplo, es habitual que los hospitales se pongan en contacto con centros de atención a PST para que se hagan cargo de personas recién operadas. Es lo que sucede, por ejemplo, con la Associació Rauxa (Barcelona); los hospitales le derivan alcohólicos sin hogar después de ser desintoxicados, y los mismo se da en Huelva; los trabajadores sociales del hospital llaman a Cáritas cuando se va a dar el alta a una persona sin hogar y no saben donde remitirla.

Dicha práctica la denunció el “Síndic de greuges” de Catalunya en su informe extraordinario sobre las PST. En el caso de la Red de Salud Catalana subrayó *que había una falta de visión global de la salud y de la persona*, y puso como ejemplo que *los servicios hospitalarios den de alta a personas sin tener la garantía que disponen de una vivienda*.

A su vez, el flujo de convalecientes de los hospitales a las entidades que trabajan con PST les genera en ocasiones importantes problemas puesto que no están preparadas para desarrollar esta tarea, ya sea por falta de preparación, de personal o de recursos materiales. Lo que sucede es que administrativamente no está claro que hacer con este tipo de enfermos puesto que desde el punto de vista clínico tienen el alta hospitalaria pero no gozan aún del estado de salud idóneo para ingresar en una institución que además no tiene medios ni personal para

cuidar a personas recién salidas del hospital. Todas estas disfunciones se deben a que no se han creado apenas recursos intermedios para atender a las personas que requieren una convalecencia prolongada.

* * * * *

En Valencia, las profesionales que trabajan con personas sin hogar se coordinan con el resto de profesionales, tanto de servicios sociales como de salud. Pero no se trata de una red estructurada con un protocolo de actuación, sino que la coordinación depende de la iniciativa de la persona que está realizando el acompañamiento o la intervención social con la persona sin hogar. Esto no es anecdótico. En el Estado español, lo normal no es que el sistema sanitario trabaje para cooperar con los centros de atención a las PST, sino que son las personas y las entidades que trabajan en al calle las que intentan vincular a las personas sin hogar con el sistema de salud.

En Madrid existen los Consejos de Salud, promovidos por los Centros de Salud de Primera Atención, presentes en cada distrito, y cuyo objetivo es crear un espacio de intervención comunitaria que aglutine a las diferentes entidades y servicios sociales de la zona para analizar las nuevas necesidades socio-sanitarias que surgen en el distrito y desarrollar programas y actuaciones para cubrirlas.

6. INDICADORES DE SALUD, ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN

6.1. ¿En el Estado español existe alguna rama de la estadística dedicada a sistematizar la información relativa a la salud de las personas sin techo? Por ejemplo, el número de sin techo que utilizan los servicios de salud especializados, cuántos están enfermos de tuberculosis, el número de usuarios de los servicios generales, el número de defunciones entre las personas sin techo, etc. Si es así, ¿quién recoge esta información? (hospitales, las entidades que trabajan con los sin techo, etc.).

No existe ninguna rama de la estadística dedicada a sistematizar la información relativa a la salud de las personas sin techo. Sin embargo, habitualmente las entidades que trabajan con este colectivo elaboran sus propias estadísticas que publican anualmente y que utilizan para programar su actividad.

El 2005, el INE (Instituto Nacional de Estadística) publicó la "Encuesta sobre las personas sin hogar (personas)" que incluye un apartado dedicado a la salud de las PST. www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft25%2Fp454%2Fe02%2Fa2005%2F&O=pcaxis&N=&L=0
<http://www.ine.es/prensa/np398.pdf>

Igualmente, el Ministerio de Sanidad y Consumo realiza varias estadísticas anualmente (Encuesta Nacional de Salud, Observatorio Español sobre Drogas o Vigilancia Epidemiológica), pero en ellas no se contempla ningún apartado sobre las personas sin hogar.

6.2. ¿Conoces algún trabajo académico que aborde la problemática de la salud entre las personas sin techo? (del gobierno, ONG, informes científicos, etc.).

Existen muy pocos trabajos académicos que aborden exclusivamente la problemática de la salud entre las PST. En cambio, si que hay trabajos que abordan desde una perspectiva amplia la situación de los sin hogar. Por ejemplo, "Un techo y un futuro. Manual de buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar (OSAPS)". Fundación Telefónica.

Entre los pocos estudios que existen, cabe destacar:

- Trabajo de investigación del profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, D. Manuel Muñoz López. *Proyecto "Sin Hogar": Factores psicosociales que inciden en la situación de Persona Sin Hogar (1992-2003).*

Financiación: Plan Nacional de I+D; Comunidad Autónoma de Madrid; Unión Europea (Programas Pobreza-3; Leonardo; DG5).

- MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C., VÁZQUEZ J. (2002): *Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos. Psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar de Madrid*, Caja Madrid.
- JANSÀ, J.M., SÀNCHEZ, M (1999): *La salud de la població sense sostre a la ciutat de Barcelona*, Institut Municipal de Salut Pública, Direcció de Serveis d'Afers Socials, Ajuntament de Barcelona.
- La Fundación RAIS ha editado un material para que las profesionales que trabajan con personas sin hogar sepan cómo detectar diferentes tipos de problemas de salud mental y cómo actuar ante ellos.
- ROMERO, M., RAMOS, M., MARCH, J.C.: *Perfil de los jóvenes transeúntes. Dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios y propuestas de mejora*, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Cáritas de Granada está realizando un estudio epidemiológico sobre estilos de vida y consumos de sustancias en el que pretenden relacionar antecedentes vitales personales, antecedentes de enfermedades mentales, drogodependencias, patología dual y sinhogarismo.

Desde el Grupo interinstitucional de trabajo con personas sin hogar de Valencia se realizó un estudio basado en los datos obtenidos entre las distintas entidades sobre salud mental en las personas sin hogar.

6.4. ¿Conoces si se usa alguno de estos indicadores para calibrar la efectividad de las políticas o de los servicios en las siguientes áreas y que se pueden utilizar para obtener información relativa a la salud y al bienestar de las personas sin techo?

- **Determinantes de la salud, como el estilo de vida, el abuso del alcohol, el tabaco o drogas.**
- **Entorno y salud.**
- **Acceso a la salud.**
- **Salud mental.**

Se desconoce si en el Estado español se utiliza alguno de estos indicadores.

Algunas veces la simple percepción personal del propio estado de salud, se utiliza como indicador para recabar información sobre la salud del individuo.

¿Crees que este modelo es operativo para con las personas sin hogar?

Como evidenciaron los resultados de la encuesta del INE, la percepción subjetiva del estado de salud no coincide con la situación real. Sin embargo, como señalan desde RAIS (Madrid), *en función del tipo de intervención que se esté realizando con la persona, no hay más remedio que recurrir a su percepción pues no se dispone de más información.*

6.5. En relación con la vivienda, ¿tienes constancia si se ha redactado algún informe que compare la situación de la salud de las personas que gozan de un alojamiento adecuado y de aquellas que no? En relación con el trabajo, ¿sabes si hay comparaciones relativas a la salud de las personas sin techo o ex personas sin techo que han tenido acceso a un trabajo y aquellos que no?

En el Estado español no existe ningún informe de este estilo.

7. EL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud está reconocido en diferentes tratados internacionales. Se puede encontrar información relativa a ello en el informe redactado por FEANTSA sobre el derecho a la salud. Abordar el problema de las desigualdades en materia de salud es una de las prioridades de la agenda europea. Por esto que abordar la problemática de la salud en relación con las personas sin techo se puede convertir en una herramienta política de interés. El derecho a la vivienda, el derecho al trabajo y el acceso a los servicios que se exigen están, a su vez, reforzados por el derecho a gozar de una buena salud y de un óptimo estado de bienestar.

7.1. ¿Conoces algún ejemplo de aproximación en materia de derechos que haya hecho referencia a la salud de las personas sin hogar o otros grupos vulnerables, ya sea en el supuesto de casos judiciales o campañas?

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud incluye en el apartado FOMENTAR LA EQUIDAD, la estrategia 4, "Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género 1".

- Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.
- Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud, mejorando así la atención a los grupos más desfavorecidos y en riesgo de exclusión.

Esta es la única referencia que hay en todo el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud a los grupos más desfavorecidos.

7.2. ¿En el Estado español, el tema de la salud de las personas sin techo está presente en la agenda política? ¿Podría ser motivo para una buena campaña? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

La salud y las personas sin techo no es un tema que esté presente en la agenda política del Estado español. No sólo esto. Cáritas Granada apunta que *hay un gran desconocimiento por parte de la sociedad sobre quienes son las personas sin hogar. A ello hay que sumar que los ayuntamientos, que son los que subvencionan proyectos de atención a las PST, no amplían los recursos para este colectivo. Además, desde Granada añaden que no existe una política estatal común para las personas sin hogar. Si existiera permitiría unificar criterios de actuación y fijar las bases para crear un red de servicios de atención a las PST.*

La mayoría de entidades consideran que sería interesante promover una campaña relativa a la salud y los sin hogar, pues, argumentan, por ejemplo, desde Cáritas Solsona (Barcelona), que *si estamos en un Estado del bienestar, las personas deber gozar del mejor estado de salud posible y se debe intentar reducir las desigualdades a todos los niveles.*

En relación con la campaña, FACIAM (Madrid) matiza que la salud de las personas sin techo están estrechamente relacionada con los estados carenciales que tienen en los distintos ámbitos de la vida, con lo cual la entidad sugiere si no se tendría *que empezar por mejorar las condiciones de vida para que esto tuviese ya un impacto favorable en la salud.*

* * * * *