

DOCUMENTO BASE CAMPAÑA SIN TECHO 2007

“por una salud digna para todos”



Servicios Generales
Cáritas Española

DOCUMENTO ELABORADO POR:

Cáritas Española

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN:

Sergio Barciela Fernández

Equipo Recursos e Itinerarios

ENTIDADES COLABORADORAS:

Este Documento es la base de los materiales de la Campaña Sin Techo 2007. Antes de su redacción, se envió a las Cáritas Diocesanas, organizaciones de FEANTSA.ESPAÑA y FACIAM un cuestionario¹, que fue contestado por las siguientes Cáritas Diocesanas: Astorga, Bilbao, Canarias, Ciudad Real, Coria – Cáceres, Getafe, Granada² (2), Huelva, Ibiza, Jaén, Jérez, Madrid, Málaga, Menorca, Mérida-Bádaoz, Plasencia, Santander, Sigüenza-Guadalajara, Solsona, Toledo (2), Valladolid, y las organizaciones miembros de FEANTSA.ESPAÑA: Arrels (2), Desenvolupament Comunitari y RAIS. Las aportaciones, por tanto, aunque sin una validez científica rigurosa, responden a la realidad tal como se vive y se siente en los dispositivos de personas sin hogar dentro de la Confederación de Cáritas Española, y en algunas organizaciones de FEANTSA. El total de cuestionarios recibidos ha sido de veintisiete (27), y el número de organizaciones que han participado en el estudio es de veinticuatro (24). Destacar, además, los estudios realizados sobre la situación de salud de las Personas Sin Hogar por parte de las Cáritas Diocesanas de Canarias, Granada, Madrid y San Sebastián, y el Informe de Salud de FEANTSA³, titulado⁴ "El Derecho a la Salud es un Derecho Humano: Garantizar la Atención Sanitaria a las personas sin-techo"

Por último, indicar que el documento se ha redactado gracias a toda la información recabada del cuestionario, y también a las investigaciones y publicaciones obtenidas del archivo documental de Cáritas Española.

¹ Ver ANEXO 1.

² (2) Significa que se han recibido dos cuestionarios por esa organización.

³ European Federation of National Organisations working with the Homeless (FEANTSA) Federación europea de organizaciones que trabajan con Personas sin hogar- FEANTSA. www.feantsa.org.

⁴ FEANTSA, Annual European Report 2006: "The Right to Health is a Human Right: Ensuring Access to Health for People who are Homeless"

HISTORIA DE VIDA: FRANCISCO, EN LA CALLE⁵

El autor del testimonio, R. B., relata que **lo encontró el martes 12-XII-2006 entumecido por el frío "y decía estar muy mal"**. Francisco era un joven de 35-40 años de Amara que vivía en la calle todo el día, "como un loco", excepto cuando iba a comprar comida, tabaco o vino, con el dinero que conseguía pidiendo.

PRIMER DÍA..... El autor le llevó a cenar a su casa y le invitó a ir a un lugar donde pudiera dormir bajo techo y caliente (no quería ir a Aterpe⁶, a donde había ido bastantes veces antes). "Era una persona con un trastorno psíquico importante: no soportaba los lugares con gente. Por ello no volvía a lugares habilitados para dormir donde todos pernoctaban en un único espacio". Por fin fue a dormir a Hotzaldi, habilitado por Cáritas para el invierno.

SEGUNDO DÍA..... Al día siguiente no quería volver. Anunciaban heladas por la noche. Tras cenar juntos, el hombre le propuso volver a Hotzaldi, pero no quiso de ninguna de las maneras; "no te pongas cabezón, no me vuelvas loco". Ante su impotencia, R.B. llamó al 112 SOS DEIAK, y pidió que asistieran a Francisco. Le remitieron a la policía municipal, al 092. Allí le dijeron que no actuarían contra la voluntad de Francisco. R. B. les contestó que con la helada se iba a morir y que se trataba de una persona con un trastorno psíquico importante. Le dijeron que entonces no era problema policial, sino médico, y que llamara al 112. Tras insistir, en la policía le prometieron que "darían una vuelta". Volvió a llamar al 112, le respondieron que si él no quería, no iban a obligarle. Les repitió que "se iba a morir". Le dijeron que ya habían dado respuesta a su petición. Llamó también a un servicio de urgencias de Diputación y le dijeron que no se dedicaban a trasladar mendigos. Volvió a llamar a la policía municipal, donde le respondieron que nadie le había dicho que iban a personarse. Hacia las doce de la noche, R. B. se acercó y vio que estaban tres policías municipales hablando con Francisco.

TERCER DÍA..... La situación era parecida: fuerte helada, Francisco entumecido y sin querer ir a ningún sitio. Allí se quedó intentando dormir.

CUARTO DÍA..... Al día siguiente, R. B. no podía dormir y fue a las cinco y media. Francisco no se podía mover, ni siquiera hablar; sólo le salía un hilo de voz. Lo introdujo "a rastras" en su coche y le llevó a urgencias.

Presentaba síntomas de hipotermia, hipotensión e hipoglucemia. A las 8 de la tarde, Francisco murió.

⁵ Dos hechos cercanos, Materiales Campaña "Atención a la enfermedad mental" Cáritas Diocesana de San Sebastián 2006.

⁶ Centro Personas Sin Hogar (PSH) Cáritas Diocesana de San Sebastián.

<u>INDICE:</u>	<u>Página:</u>
1.- Introducción	6
2.- ¿Qué entendemos por el Derecho a la Salud?	7
3.- El Estado de la Salud:¿Derecho Fundamental para unos y lujo para otros?.....	8
o 3.1. ¿Qué ocurre en el ámbito internacional?	8
o 3.2. El Marco de la Salud en el ámbito europeo	8
o 3.3) Mirando para casa	10
4.- La nueva Pobreza Invisible y sus cifras en España	11
o 4.1.- La nueva Pobreza Invisible	11
o 4.2.- Cifras de la Nueva Pobreza Invisible	13
5.- Consolidación del nuevo rostro de Persona Sin Techo	13
o 5.1.- De los Sin Techo a los Sin Hogar	14
o 5.2.- Consolidación nuevos rostros de Personas Sin Techo	17
6.- Salud y Sinhogarismo	18
o 6.1.- Marco General de Salud en las personas Sin Techo	19
o 6.2.- Condiciones de Salud de las personas Sin Techo	20
a) Salud Física.....	21
b) Abuso de sustancias.....	22
c) Salud Mental	25
7.- La Salud causa de Estigma y Exclusión Social	28
o 7.1.- Análisis de los conceptos Estigma y discriminación	28
o 7.2.- ¿Cómo se produce el estigma y la discriminación con las personas sin techo?.....	29
o 7.3.- Relación del Estigma y la discriminación en las PST	31
8.- El Acceso y las barreras a los servicios de Salud	32
o 8.1.- Dificultades en el Acceso a los Servicios de Salud	32
o 8.2.- La escasa cobertura Sanitaria	33
o 8.3. - Barreras en el acceso a la Salud de las PST	35
a) Primer momento: En el acceso a los servicios de Salud	35
b) Segundo momento: Durante el tratamiento y la atención	39
c) Tercer momento: Convalecencia y rehabilitación	42
9.- La exigibilidad del acceso al derecho de Salud	43
10. - ¿Qué pedimos?	44
a) A las autoridades públicas (nacionales, autonómicas y locales).....	47
b) Al servicio de salud	48
c) A los medios de comunicación	49
d) A la sociedad civil	49
11.- Bibliografía	49
12.- ANEXOS	53

1.- Introducción.

"Pongo estos seis versos en mi botella al mar
con el secreto designio de que algún día
llegue a una playa casi desierta
y un niño la encuentre y la destape
y en lugar de versos extraiga piedritas
y socorros y alertas y caracoles"
Mario Benedetti.⁷

Este año el Día de los Sin Techo, lleva por lema "por una salud digna para todo". El marco central de reflexión de la Campaña, será "EL ACCESO A LA SALUD". Cáritas Española, FACIAM y FEANTSA.ESPAÑA han constatado en estos últimos años, como las personas sin techo sufren con especial incidencia las consecuencias negativas de un "tejido social" que no dispone de recursos apropiados para responder a sus demandas en salud. La Campaña 2007 quiere abordar estas dificultades que las personas sin techo (PST) tienen en el acceso a este derecho fundamental, y lo que en la práctica supone, como pérdida de ciudadanía.

La ausencia de Salud define la vida de las personas sin techo (PST). Este hecho provoca que su situación de vulnerabilidad, se vea agravada por un deterioro físico y psíquico. Las personas sin techo presentan problemáticas de salud muy diversas y complejas que deben ser tratadas: adicciones, maltrato, problemas mentales, desarraigo, etc. La atención a estas personas en situación de exclusión grave plantea la cuestión de si la respuesta social debe hacerse desde servicios específicos atendiendo a sus necesidades particulares o han de atenderse desde la red general. La dificultad en el acceso a este derecho social debido a los obstáculos y barreras que deben superar para ser atendidos, suponen la negación de un derecho básico necesario, para que la persona pueda desarrollarse con dignidad.

La inexistencia de sistemas públicos adecuados de salud, la insuficiencia de los presupuestos/ recursos asignados a sanidad, y las condiciones restrictivas de acceso a los servicios, les niega su condición de ciudadanos y se ven privados de la posibilidad de desarrollarse con dignidad al ver seriamente limitado su acceso normalizado a los derechos sociales. Este documento pretende denunciar esta situación, por medio de datos, cifras, estadísticas y relatos que nos muestran el acceso a la salud que tienen las personas sin techo. Pretendemos junto con vosotros y al hilo de toda esta información, que como ciudadanos nos comprometamos y tomemos una postura al lado de los más débiles de nuestra sociedad.

⁷ Mario Benedetti, Poeta Uruguayo

2.- ¿Qué entendemos por el Derecho a la Salud?

Tenemos que preguntarnos: ¿me sitúo en el combate de la humanidad por más libertad, más fraternidad, más igualdad?
Padre Joseph Wrésinski⁸

Lo primero antes de profundizar en el derecho a la salud, es saber a qué nos referimos, cuando decimos SALUD. Una mirada sobre la legislación sanitaria mundial y los textos académicos de los últimos años permite identificar muchas y variadas definiciones, desde aquellas más simples, que definen SALUD como "la ausencia de enfermedad", hasta otras más amplias y generales. Nosotros nos acogemos a la que se recoge en el preámbulo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas especializado en esta materia, que en el preámbulo de su constitución define la SALUD como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad". Teniendo en cuenta esta definición, la protección de la salud abarca al individuo y a sus circunstancias de manera global.

La Salud como derecho humano puede sonarnos como una fórmula simple, sin embargo, la historia nos muestra que ha sido un logro político difícil. No siempre la salud fue considerada un derecho. Una muestra significativa de los obstáculos para reconocerlo como tal, lo da el hecho de que cuando hubo que plasmar en tratados obligatorios los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (10 de diciembre de 1948), se los dividió en dos pactos: por un lado los derechos civiles y políticos, cuya obligatoriedad era inmediata y por el otro los derechos económicos, sociales y culturales, (dentro de los que se encuentra la salud) a los que el Estado debe proveer de manera progresiva, en la medida que cuente con los recursos necesarios.

Por último, destacar como en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, en 1993, se concluye que estos derechos tienen la misma categoría, importancia, origen, titular y destinatario que los demás; pertenecen a todos los miembros de la familia humana, son universales y son reclamables al Estado, obligado a su promoción y protección. "Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud." A pesar de los obstáculos y la intención expresa de que tuvieran un nivel de exigibilidad menor, finalmente se logró consagrar su universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Situación que debemos tomar en cuenta si queremos analizar el acceso a la salud por parte de las personas sin techo.

⁸ Padre Joseph Wrésinski, fundador del Movimiento ATD Cuarto Mundo

3.- El Estado de la Salud: ¿Derecho Fundamental para unos y lujo para otros?

*"Cuanto más eficaz es el tratamiento,
mayor es la injusticia contra aquellos
que no tienen acceso a la atención de salud"*
Paul Farmer⁹

3.1- ¿Qué ocurre en el ámbito Internacional?

La Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo último que todos los pueblos gocen del grado máximo de salud, destaca cómo la brecha económica se agranda entre quienes disponen de buena salud y aquellos que no la tienen. Esta diferencia no sólo se traduce entre las diferentes regiones y los países, sino también entre las poblaciones de un mismo territorio. Acentuándose y golpeando los problemas de acceso a la Salud a los colectivos más desfavorecidos a nivel mundial, que son de manera particular niños, ancianos y mujeres. En esta primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas. Según el informe de la OMS de 2000 sobre la salud en el mundo, las cinco principales causas de enfermedad son: 1) los trastornos neuropsiquiátricos, 2) las enfermedades cardiovasculares, 3) los tumores malignos, 4) las lesiones involuntarias y 5) las enfermedades respiratorias.

Destacar, la enorme relevancia que entre todas ellas están cobrando las enfermedades mentales a nivel mundial. Los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud alertan de que en este momento, casi un 10% de la población mundial, más de 450 millones de personas en el mundo, padecen enfermedades neurológicas y mentales, así como trastornos de conducta graves. Algunas de las enfermedades como la esquizofrenia, enfermedad mental grave y crónica, afectan a 52 millones de personas en todo el mundo, diagnosticándose cada año entre 15 y 30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. Más alarmante todavía es el índice de suicidios que causa más muertes al año en el mundo que las guerras y los homicidios. Se calcula que entre 20 y 60 millones de personas intentan suicidarse cada año, de los cuales, un millón lo consiguen. Más del 90% de los casos están relacionados con trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo. La importancia que tiene la salud para el desarrollo económico, social y político de los pueblos es determinante, tal y como demuestra el último informe sobre Desarrollo Humano 2006 del Programa Nacional de Naciones Unidas (PNUD), titulado *"Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua"*.

3.2.- Marco de la Salud en el ámbito europeo.

La Salud se consolida en Europa como un derecho fundamental, y las líneas de una política sanitaria común se vienen trazando desde hace años. Aunque la sanidad incumbe en primer lugar a cada Estado miembro, la UE asume la responsabilidad expresada en el Tratado, de complementar el trabajo de los Estados miembros en la reducción de las desigualdades en materia sanitaria. En

⁹ Paul Farmer profesor de Antropología médica en la universidad de Hartad.

el 2000 hay una comunicación que plantea esta necesidad. Sin embargo, no es hasta el 2002 cuando se dan los primeros pasos en esta dirección, y se desarrolla una estrategia sanitaria común, que permite constituir el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). Durante el 2004, se revisa esa estrategia implementada durante el 2002, y se comienza una reflexión sobre el fomento de la Salud para todos los ciudadanos.

Actualmente, la Comisión Europea está a punto de implementar su nueva Estrategia Sanitaria (2007 a 2013) que quiere proporcionar, por primera vez, un marco más amplio que abarque desde los problemas sanitarios fundamentales hasta la integración del elemento «salud» en todas las políticas y los problemas sanitarios mundiales. La Unión Europea ha determinado un punto trascendental, y es que los factores determinantes de la salud en Europa no dependen exclusivamente de políticas sanitarias; sino que deberían tomarse en cuenta acciones en otros campos, tales como el medioambiental, el social y el económico. El informe¹⁰ elaborado por el Comité Económico y Social Europeo al Comité de las regiones, destaca que *“Europa necesita mejorar sus sistemas de protección social, eliminar la pobreza infantil y reforzar la asistencia a las familias, garantizar una vivienda digna, mejorar el acceso a unos servicios de calidad, así como superar la discriminación y aumentar la integración de las personas con discapacidad, las minorías étnicas y los inmigrantes.* El informe señala la necesidad de elaborar estrategias que respondan a las necesidades de los grupos que presentan mayor desprotección, y entre ellos destaca a las personas sin techo. Haciendo mención expresa como reto para este grupo, el *“garantizar el acceso a una asistencia sanitaria para todos estos grupos que recurren a los sistemas sanitarios”.*

Por último, destacar también la enorme proyección e incidencia que las enfermedades mentales están teniendo en nuestras sociedades. Resaltar como una de cada cuatro personas en Europa sufre al menos un episodio importante de enfermedad mental a lo largo de su vida; y que las enfermedades mentales afectan a todos los ciudadanos de la UE ya sea directa o indirectamente. Se calcula que, en la Unión Europea, existen 18,4 millones de personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años que padecen cada año una depresión importante; y unos 58 000¹¹ ciudadanos se suicidan cada año, cifra que supera las muertes anuales por accidentes de carretera o por VIH/sida, y que el número de personas que intentan suicidarse es diez veces superior a esta cifra. Considerando todos estos factores, más los enormes costos económicos que las enfermedades mentales significan (aproximadamente entre un 3% y 4% del PIB en la UE), se ha elaborado una propuesta de trabajo específica en este sentido,

¹⁰ Informe conjunto sobre protección social e inclusión social 2006, elaborado por el Comité Económico y Social Europeo al Comité de las regiones. Bruselas, 13/02/2006 COM (2006)

¹¹ Informe del Parlamento Europeo sobre “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” considerando C y E, 18/07/2006

denominada Libro verde¹², titulado «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental»

3.3.- Mirando para casa.

En España el derecho a la salud como derecho básico de todos los ciudadanos y ciudadanas se encuentra reconocido constitucionalmente y desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986. El modelo sanitario español, ha sido y es uno de los símbolos de nuestro Estado de Bienestar. La Salud se ha determinado como un elemento fundamental para la cohesión social y la justicia distributiva en España. En nuestro modelo de sociedad, la Salud y la Enfermedad, ocupan un lugar destacado, y como en el resto de Europa la enfermedad mental tiene un lugar preferente, se cree que el 9 por ciento de la población¹³ en nuestro país, padece en la actualidad algún tipo de trastorno mental, y que el 15 por ciento lo padecerá a lo largo de su vida. Hacer mención también de lo que significa en términos económicos la mercantilización de la enfermedad mental, no olvidemos que las enfermedades mentales se están convirtiendo en el gran negocio, "la gallina de los huevos de oro", para las empresas farmacéuticas. Sólo en fármacos ansiolíticos (reductores de la ansiedad), el consumo se ha disparado¹⁴ un 40% en los últimos cinco años, pero sólo para quienes pueden pagarlo. Sin duda, nuestro sistema sanitario tiene en el elevado costo económico de los medicamentos su "talón de Aquiles", por la partida presupuestaria tan grande que significa en términos económicos.

En este sentido, actualmente, existen personas que se encuentran enfermas que no reciben ningún tipo de tratamiento, ni medidas preventivas eficaces para su enfermedad. Esta situación, buscada o no, determina el grado y el alcance de las libertades públicas de estas personas. No olvidemos que nuestra Salud, determina nuestras posibilidades humanas. Por eso *ninguna concepción de la justicia social puede ignorar el papel tan trascendental que juega la salud en la vida de las personas. "La equidad¹⁵ en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia social"*. El acceso a la atención médica, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la mortalidad y el estado de Salud de los ciudadanos. Es también una de las grandes responsables de las enfermedades mentales, del estrés, los suicidios, la depresión, la desintegración de la familia y las toxicomanías.

¹² El 17 de Octubre del 205, la Comisión Europea aprobó el "Libro Verde" sobre Salud Mental.

¹³ "El Estigma de la enfermedad mental", Domingo Díaz Peral (Grupo de Comunicación de Salud Mental de la Consejería de Salud de Andalucía) 15/05/2007

¹⁴ Artículo: "¿La moda como enfermedad mental o la enfermedad mental como moda? José Luis Rueda, 25/03/2007

¹⁵ ¿Por qué la equidad en Salud?: Amartya Sen, filósofo y economista indio, Premio Nóbel de Ciencias Económicas en 1998, por sus contribuciones a la investigación del bienestar económico.

Si consideramos que nuestro sistema de Salud trata de ser equitativo, estamos diciendo que responde a los principios de universalidad y gratuidad con todos los ciudadanos, incluso con aquellos socialmente más desfavorecidos, como son las personas sin techo. La equidad como consideración social en materia de Salud, no trata únicamente de la distribución de la asistencia sanitaria, sino que obliga al Estado a dirigir los recursos disponibles para garantizar el acceso de todos los ciudadanos y ciudadanas. En nuestro país sigue habiendo grandes desigualdades respecto a la insuficiencia de la oferta, las barreras geográficas y el género, así como disparidades en la forma en que los distintos grupos socioeconómicos recurren a los sistemas sanitarios, y en los resultados que en materia de salud experimentan.

Por eso, uno de los grandes retos en nuestro país en política sanitaria, es mejorar el acceso que tienen las personas en situación de exclusión al sistema de salud. En este sentido, destacar que todas aquellas enfermedades no prevenidas, ni tratadas en el caso de las personas sin techo por motivos sociales -estar en la calle-, tienen una repercusión particularmente negativa en la justicia social hacia ellas.

4.- La Nueva Pobreza Invisible y sus cifras en España.

"Un error no se convierte en verdad por el hecho de que todo el mundo crea en él".
Gandhi¹⁶

4.1.- La nueva pobreza Invisible.

Actualmente, la característica más novedosa no es la realidad de pobreza¹⁷ que persiste en nuestro país (20% frente al 16% de la UE-15), ni la proporción de "trabajadores pobres" (tasa de empleo temporal 33,8%), sino la invisibilidad de los nuevos colectivos que sufren la pobreza de cara a la sociedad. En España, la "nueva pobreza" está difusa, dispersa, casi "invisible" y por eso cuesta verla dentro de las ciudades. Así, los "viejos pobres" viven en barrios reconocidos por todos. Los "nuevos pobres", no. Esta pobreza que emerge con fuerza se produce en cualquier barrio y ya no necesariamente en los más necesitados de recursos e infraestructuras. Es una pobreza que no podemos percibirla por el espacio físico –barrio o edificio- en que se ubica, sino que se produce de puertas adentro. Esto explica por qué aún siendo más los colectivos que se acercan a situaciones de vulnerabilidad, con tendencia a la pobreza, permanecen ocultos y son todavía una realidad invisible para la gran mayoría de los ciudadanos.

Encontramos una gran cantidad de personas que podrían describirse como los "nuevos pobres", entre otros, el empleado u obrero que ha perdido su puesto de trabajo, jóvenes con trabajos temporales, mujeres con hijos a su cargo,

¹⁶ Mahatma Gandhi, político y pensador indio (1869-1948).

¹⁷ Informe del Consejo Económico y Social (CES), en la Memoria socio económico de España del 2005 en su capítulo que titula, "Pobreza e Inclusión Social".

inmigrantes, ancianos, niños y los emigrantes retornados, etc. Para ilustrar esta nueva situación de pobreza invisible podemos remitirnos al último estudio impulsado por la fundación FOESSA y Cáritas Española¹⁸, "Familia, Infancia y Privación Social: Estudio de las situaciones de pobreza en España", que muestra la consolidación en la tendencia de "juvenilización" de la pobreza en nuestro país.

Los datos más alarmantes del estudio son los referentes a la situación de la infancia y los ancianos, donde su incidencia es de las más elevadas de Europa. Uno de cada cuatro niños españoles viven con menos de lo necesario, lo que supone que alrededor de 1,8 millones viven en familias cuya renta mensual está por debajo del umbral de pobreza, y uno de cada 10 ha experimentado simultáneamente pobreza y privación. Elevándose notablemente este porcentaje en el caso de niños que pertenecen a hogares con familia numerosa, o a familias monoparentales. Esto muestra como España apenas ha reducido o mejorado su perfil distributivo en los últimos¹⁹ quince años, a pesar de experimentar un crecimiento económico sin precedentes en nuestra historia. El despegue económico español no ha producido ni distribución, ni reducción de la pobreza. En este sentido, los estudios nos indican que aunque el empleo ha sido un factor clave para evitar la exclusión social, hasta el momento no ha sido suficiente para acabar con ella. La tasa de población por debajo del umbral de pobreza relativa persiste sin cambio (20%), la pobreza extrema (entre el 2% y el 3%) apenas ha experimentado modificación, y la proporción de "trabajadores pobres" es enorme (10%). Podemos afirmar, que para crecer se sigue expulsando de los derechos sociales a nuevos sectores, y este aumento de desigualdad es uno de los rasgos constitutivos del modelo neoliberal de sociedad española. Probablemente, los efectos de dos décadas de reforma laboral han propiciado que la nota característica del mercado de trabajo español sea la precariedad²⁰ laboral, y donde uno de cada cinco hogares activos se encuentra en una situación precaria respecto al empleo por parte de alguno de sus miembros.

Por último, indicar que esta situación es común al resto de sociedades europeas, que a pesar de lo avanzadas que están técnicamente, no han podido reducir los niveles de desigualdad y pobreza. Según datos de la Comisión Europea²¹, un 15% de la población europea está en riesgo de padecer la pobreza. Serían aproximadamente más de 55 millones de personas -incluidos uno de cada cinco niños – los que corren el riesgo de ser pobres en nuestras sociedades. La pregunta que deberíamos hacernos ahora sería cómo unir este papel²² prioritario

¹⁸ Informe "Familia, Infancia y Privación Social. Estudio de las situaciones de pobreza en España", impulsado por la Fundación FOESSA y Cáritas Española, 2006

¹⁹ Noticia ABC.Solidario, 09 de mayo 2006, citando a Luis Ayala, V Informe FUHEM (Fundación Hogar del Empleado) 2006

²⁰ Informe "La Construcción del Empleo Precario. Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral", impulsado por la Fundación FOESSA y Cáritas Española, 2007

²¹ Informe Comisión Europea, 17/12/2003

²² Destacar el papel jugado en el 2006 por parte de la Presidencia Finlandesa impulsora de políticas comunes entorno salud, que han propiciado su mayor relevancia.

que debería tener la salud en el ámbito comunitario, con los nuevos colectivos sociales –niños, jóvenes, mujeres y ancianos- que están incorporándose a situaciones de pobreza en toda Europa.

4.2.- Cifras de la nueva pobreza invisible.

La pobreza, según la definición de la Unión Europea²³, es la situación de "aquellas personas, familias o grupos, cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son tan limitados que les excluyen del mínimo nivel de vida aceptable en los Estados miembro en los que viven". A pesar de incluir en esta definición la "falta de recursos culturales y sociales", el indicador aceptado en la UE para fijar el umbral de la pobreza es el de tener unos ingresos inferiores a la mitad de los ingresos medios por persona en el país de que se trate. Con esta definición presentamos a continuación distintos estudios que nos muestran esta situación:

- ❖ Según El Equipo de Investigación de la Universidad de Extremadura a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (2005):
 - **POBREZA RELATIVA:** Los pobres son 8.704.835 personas (19,47% población), y ganan menos de 6.369 euros al año.
 - **POBREZA EXTREMA:** De éstos 1.555.872 personas (3,48% población) reciben menos de 3.184.76 euros al año (pobreza extrema).
- ❖ Según la Encuesta de Condiciones de Vida (2005):
 - Los **colectivos más desfavorecidos** son los mayores de 65 años (29,4%) y los menores de 16 años (24,2%), con especial gravedad en hogares monoparentales con hijo a su cargo (36,9%) y hogares unipersonales mayores de 65 años (47,3%).
 - Destacar cómo el **estado de Salud** en los hogares que se encuentran en situación de pobreza es malo (30, 8%) y muy malo (32%).

5.- Consolidación del nuevo rostro de Persona Sin Techo.

"Luego de escucharlos flota la sensación de que la pobreza, el hambre, y el desempleo, han dejado de ser males a combatir para convertirse en el justo castigo que deben pagar los ineficientes"
Alejandro B. Formanchuk²⁴

²³ Definición del Consejo de Ministros en el marco del segundo programa de lucha contra la pobreza, de la anterior Comunidad Económica Europea (CEE) diciembre de 1984

²⁴ "Globalización: Una excusa para la pobreza", Alejandro Formanchuk, escritor nacido en 1977, Buenos Aires (Argentina)

5.1.- De los Sin Techo a los Sin Hogar

Desde Europa en las últimas décadas hemos asistido a un profundo cambio en la comprensión de estas personas, motivado por un mayor conocimiento de la realidad de pobreza y lo heterogéneo del colectivo. Como veíamos en el capítulo anterior, existen cada vez más personas y grupos sociales en situación de vulnerabilidad, con tendencia a la exclusión social. Estos grupos se encuentran invisibilizados por el sistema, debajo de la línea de flotación del iceberg de la exclusión social, por lo que queriendo incorporar y sacar a la luz a estos nuevos grupos sociales se está produciendo un tránsito paulatino del concepto Sin Techo a Sin Hogar. Este cambio conceptual lo podríamos explicar de una manera práctica y poco científica, recurriendo a nuestro refranero popular rico en sabiduría, "que los árboles no nos impidan ver el bosque". Este cambio óptico que supone ver el bosque y no sólo el árbol, nos ilustra el cambio conceptual de "Sin Techo" a "Sin Hogar". Es fundamental que abordemos la situación de las personas y grupos que se encuentran no sólo en la punta del iceberg (SIN TECHO) sino en cada uno de los cuerpos que conforman el iceberg del sinhogarismo y la exclusión social residencial.

Estos nuevos grupos que se encuentran tanto por encima como por debajo de la línea de flotación, determinan su rostro. Las personas Sin Hogar nos permiten identificar que los excluidos son cada vez más grupos y la enorme heterogeneidad que tienen. Este proceso de cambio ha propiciado que se deje de hablar de la persona Sin Techo como un estado, donde la persona está literalmente en la calle, es decir, vive en espacios públicos abiertos, a veces, en albergues nocturnos (cerrados durante el resto del día), al de personas Sin Hogar, que nos presenta un concepto más amplio y que comprende más factores además de los meramente personales físicos. Estos dos conceptos plantean puntos de vista distintos, uno ve a la persona sólo por la ausencia de espacio físico -Sin Techo-, vinculando su situación de pobreza con el techo; y la otra se refiere a los tipos y procesos de exclusión social que se producen debido a la ausencia de un "techo digno", como son los elementos relacionales, emocionales, familiares o de salud. A continuación, presentamos la definición de Personas Sin Hogar aportada por la "Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar" (FEANTSA)²⁵:

"Son todas aquellas personas que no pueden acceder y/ o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente, y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma"

Además, FEANTSA ha elaborado una tipología común, denominada "Tipología Europea Sin Hogar y Exclusión Social Residencial" (ETHOS)²⁶, que

²⁵ European federation of national organisations working with the homeless (FEANTSA) www.feantsa.org.

²⁶ European Typology on Homelessness (ETHOS 2005), www.feantsa.org

pretende unificar criterios entre todas las organizaciones europeas. Esta excelente herramienta de trabajo es revisada anualmente, adaptándose y evolucionando ante las nuevas situaciones de exclusión y vulnerabilidad, que afectan a los nuevos grupos sociales. La definición de Sin Hogar comprende la clasificación de los grupos sociales y categorías de población que recoge la tipología ETHOS:

TIPOLOGÍA EUROPEA SIN HOGAR Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL (ETHOS)

A. SIN TECHO.

1. *Vivir en un espacio público (sin domicilio)*
2. *Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público*

B. SIN VIVIENDA.²⁷

3. *Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia)²⁸*
4. *Vivir en refugios para mujeres*
5. *Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo*
6. *Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.)*
7. *Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)*

C. VIVIENDA INSEGURA.

8. *Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento –se excluyen los ocupas-, etc.)*
9. *Notificación legal de abandono de la vivienda*
10. *Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja*

D. VIVIENDA INADECUADA

11. *Vivir en una estructura temporal o chabola*
12. *Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal*
13. *Vivir en una vivienda masificada*

¿Qué podemos decir de lo está ocurriendo en España? En nuestro país tampoco se ha logrado consensuar una terminología común, entre organizaciones sociales y administración pública, ha sido el Instituto Nacional de Estadística (INE)²⁹ inmerso en un programa de discusión en el ámbito de la Unión Europea, para la elaboración de estadísticas sobre la exclusión social, y específicamente,

²⁷ En España, venimos empleando el término "sinhogar", en referencia a las necesidades (afecto, protección, etc.) que conlleva la palabra hogar.

²⁸ En España, la palabra "hostales" o "refugios" podemos entenderla como "centros de acogida colectivos", que ofrecen diferentes modalidades de estancia (de la emergencia a la larga estancia)

²⁹ Encuesta de Personas Sin Hogar-Centros, INE, 2004, www.ine.es

sobre las personas sin hogar, quién ha realizado hasta la fecha un mayor esfuerzo en definir quiénes son los sin Hogar, aceptando como definición de persona sin hogar la establecida como base de manera provisional en el grupo de trabajo Eurostat.

“Una persona que experimenta carencia de hogar es alguien que no tiene acceso durante el período de referencia a un alojamiento que cumpla los criterios de habitabilidad humana comúnmente aceptados, tanto si el alojamiento es legalmente de su propiedad como si es alquilado, u ocupado de forma gratuita con permiso del propietario, o bajo contrato u otro acuerdo de naturaleza no temporal (incluyendo los proporcionados por el sector público u organizaciones no gubernamentales y los proporcionados por empleadores).”

Sin embargo, esta iniciativa no ha conseguido romper con la concepción y manejo diferente que realizan las administraciones públicas, ayuntamientos y Comunidades Autónomas (CCAA). Tendrán que transcurrir más años para entender que es necesario abandonar estimaciones y aproximaciones con sondeos intermitentes que utilicen criterios de definición difusos y poco claros, si es que en realidad, queremos terminar con el fenómeno del sinhogarismo y la exclusión residencial. Sin duda la tipología ETHOS aborda el fenómeno del sinhogarismo en su dimensión más amplia, para ver el iceberg-bosque de manera global, no podemos quedarnos sólo con una visión parcial del problema que centre su atención en la del iceberg. Por eso animamos la adopción de la definición Sin Hogar y su Tipología ETHOS, en contra de otras posibles objeciones y reticencias, como propuesta fiable y rigurosa en el análisis sobre la cuestión del sinhogarismo y la exclusión residencial en España.

Mientras esto no se produzca en nuestro país, seguiremos remitiéndonos a cifras y datos no muy precisos, que utilizando la clasificación de ETHOS hablan de³⁰:

A. SIN TECHO:	8, 200	personas
B. SIN VIVIENDA:	29, 238	personas
C. VIVIENDA INSEGURA:		SIN DATOS
D. VIVIENDA INADECUADA:	1,500. 000	personas

Las cifras que hablan³¹ de Sin Techo nos remiten a las cifras repetidas otros años de 30.000 personas que carecen donde vivir y las³² 273.000 que residen en

³⁰ Cabrera, Pedro. Programa de investigación Permanente sobre Sinhogarismo en el Municipio de Madrid, Jornadas Internacionales de Personas Sin Hogar: Buenas Prácticas en las Grandes ciudades, Madrid, 26 y 27 de Octubre 2006.

³¹ Cabrera, Pedro “La Acción Social con Personas Sin Hogar” Fundación FOESSA, Colección Estudios, Madrid, 2000

³² Tezanos J.F. Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales. Ed. Sistema. Madrid, 2001.

infraviviendas. En estas personas se combinan la precariedad económica y la falta de alojamiento, con la pérdida de vínculos sociales y familiares, y la ruptura de sus proyectos personales de vida. En la Unión Europea se estima que hay alrededor de tres millones de personas sin hogar y otros quince millones que habitan en viviendas precarias.

5.2.- Consolidación nuevos rostros de Personas Sin Techo.

A pesar de que no exista una terminología común entre organizaciones sociales y administración pública, a la hora de conceptualizar y elaborar estadísticas de las personas sin hogar, existe consenso entre las organizaciones sobre la consolidación de un nuevo rostro en este colectivo. La segunda encuesta³³ realizada por el INE en el 2005, orientada a la obtención de información sobre el perfil de persona sin techo que utiliza los dispositivos y recursos de la red, profundizó en las condiciones de vida de dichas personas, tomando en cuenta "*sus características sociodemográficas, el alojamiento, la relación con la actividad, la situación económica, la formación, la salud, los vínculos y antecedentes familiares, la utilización de los servicios sociales y la relación con la justicia*". La población objeto de la investigación, aproximadamente 21. 900 personas, fueron aquellas que acudían a los centros donde se realizó el primer estudio³⁴ del 2003. Estos datos del INE constatan un nuevo rostro de persona sin hogar que actualmente configura nuestras ciudades, espacios públicos, centros y servicios, donde:

- **En relación con el sexo**, se constata que aunque el fenómeno del sinhogarismo continúe siendo mayoritariamente masculino (82,7%), existe una mayor presencia de la mujer cada año (17,3%)
- **En relación con la nacionalidad**, se constata un incremento en el número de extranjeros (48,2%) frente a los españoles (51,8%).
- **En relación con la situación legal**, se constata que el grupo mayoritario de personas sin hogar extranjeras, es el grupo de los africanos (43,6%), este porcentaje viene producido por la situación administrativa irregular en la que llegan a nuestro país, que los obliga a vivir de la caridad o clandestinamente.
- **En relación con la edad**, se constata una juvenilización del sinhogarismo con presencia mayor de:
 - a) Un (40,2%) son personas entre 30 y 44 años de los cuales son españoles un (44,8%) y extranjeros (40,7%)
 - b) Un (29,9%) son personas entre 18 y 30 años de los cuales son españoles un (13,5%) y extranjeros (47,4%)

³³ <http://www.ine.es/prensa/np398.pdf>, Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y, en colaboración con el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) (2005), www.ine.es.

³⁴ Día de los Sin Techo, Campaña 2005 "Los dos viven en la calle pero sólo uno es de piedra. Un techo por derecho" Datos de la encuesta INE (2003). www.ine.es

- **En relación con el alojamiento**, se constata que la población sin hogar se aloja al margen de la red asistencial existente (45,6%) en pisos ocupados, espacios públicos o alojamientos de fortuna.
- **En relación con su situación de convivencia familiar**, se constata que la gran mayoría había vivido con su familia (72,3%) frente al 5,5% que ha vivido en una institución de acogida y el 2,5% que lo ha hecho con otras personas que no eran familiares.
- **En relación con su situación familiar antes de los 18 años**, se constata como la falta de dinero (40,6%) y la muerte de algún miembro de la unidad familiar (39,9%) eran elementos que habían determinado su situación.

Estos datos hablan de la consolidación de un nuevo perfil de persona sin hogar, debido al aumento en el número de mujeres, jóvenes, e inmigrantes. Este nuevo perfil nos muestra que los "nuevos rostros invisibles de la exclusión social" presentan rasgos de personas jóvenes (40,2%), y que se alojan al margen de la red asistencial existente (45,6%), que tuvieron familia (72,3%) en algún momento, pero que se vieron expuestos a esta situación por razones de necesidad económica familiar (40,6%) o la muerte (39,9%) de algún miembro de la unidad familiar. Esta consolidación del nuevo rostro de personas sin hogar, tiene su explicación directa en la "nueva pobreza invisible" que está emergiendo dentro de nuestra sociedad, donde son cada vez más los colectivos, llamados "nuevos pobres invisibles", que se acercan a situaciones de vulnerabilidad con tendencia a la exclusión. Esto coincide plenamente con los datos que el Observatorio³⁵ de FEANTSA ha constatado en los últimos años en Europa, indicando que desde 1990 se ha producido un crecimiento significativo del número de personas sin techo en nuestro continente, entre los cuales destaca cada vez mayor presencia de inmigrantes irregulares, mujeres y niños, y también resalta el aspecto de la edad, donde más del 70% de las personas sin techo son menores de 40 años.

6. Salud y Sinhogarismo.

*"Sueños que se sueñan solo, son vana ilusión,
sueños que se sueñan juntos son revolución"*
Helder Cámara³⁶

Señalar que en la redacción del presente capítulo, hemos utilizado la información recogida en los veintisiete (27) cuestionarios³⁷ que se han recibido de las veintitrés (23) organizaciones, y hemos completado el análisis con la información recogida en el Informe FEANTSA 2006, y los estudios realizados por

³⁵ FEANTSA - European Federation of National Organisations Working with the Homeless. European Observatory on Homelessness, <http://feantsa.org/Observatory>

³⁶ Helder Cámara, Sacerdote brasileño ordenado en 1931. En 1952 fue consagrado obispo auxiliar de Río de Janeiro

³⁷ Cuestionarios recibidos de las siguientes Cáritas Diocesanas: Astorga, Bilbao, Canarias, Ciudad Real, Coria – Cáceres, Getafe, Granada³⁷ (2), Huelva, Ibiza, Jaén, Jerez, Madrid, Málaga, Menorca, Mérida-Badajoz, Plasencia, Santander, Sigüenza Guadalajara, Solsona, Toledo (2), Valladolid, y las organizaciones miembros de FEANTSA. ESPAÑA: Arrels (2), Desenvolupament Comunitari y RAIS

parte de las Cáritas Diocesanas de Canarias, Granada, Madrid y San Sebastián. El capítulo quiere concretar los problemas de salud que tienen las personas sin techo combinando ambos estudios y análisis para ofrecer una perspectiva global del problema de salud de las personas sin techo.

6.1.- Marco General de Salud en las personas sin techo.

En toda la documentación se manifiesta como los problemas de salud que sufren las personas sin hogar se combinan (salud física, mental y adicciones o abusos de sustancias) por eso, el enorme reto que representa para la sanidad pública tratar a estas personas. Sin duda, entre los factores que pueden llevar a una persona a terminar viviendo en la calle, se encuentran los relativos a la salud, de ahí que una adecuada atención desde los servicios sanitarios sea clave para prevenir estas situaciones.

Éstas pueden ser "causa" o "efecto" del sinhogarismo, dependiendo si los problemas de salud provocan la exclusión que lleva al sinhogarismo (causa), o si aparecen una vez estemos en esa situación (efecto). Este cambio de perfil de personas sin hogar –jóvenes, mujeres e inmigrantes- también obliga al sistema a responder de una manera más ágil a los problemas de salud de este colectivo. La lenta adaptación del sistema sanitario a las situaciones propias del colectivo, agrava la situación de vulnerabilidad que tienen que vivir las personas Sin Techo. Éstas llegan a la exclusión por situaciones muy variadas, y su estado de salud (física, mental, alcoholismo, drogadicción, tabaco) u otros factores sociales (ruptura matrimonial, pérdida del apoyo familiar, etc) son elementos determinantes.

La Salud como elemento de exclusión de las personas sin techo, ha sido objeto de estudio por gran cantidad de instituciones que trabajan e investigan el fenómeno del sinhogarismo, tal y como recoge la Cáritas Diocesana de Canarias³⁸, que indica: *la necesidad de conocer con mayor profundidad las necesidades de las PSH en relación con su salud, así como la necesidad de continuar el proceso de cambio de la red sociosanitaria hacia programas integrales, con el soporte político y financiero de las Administraciones. El perfil actual de la población sin hogar sugiere, sin ninguna duda, la necesidad de intervenir para prevenir el sinhogarismo.*

También, destacamos la enorme preocupación que tienen muchas instituciones, entre ellas la gran mayoría de cáritas³⁹, ante el aumento y prevalencia cada vez mayor de enfermedades mentales dentro del colectivo de personas sin hogar que acuden a los servicios en busca de ayuda. Este aumento de las enfermedades mentales no sólo se produce entre el colectivo de personas

³⁸ Investigación sobre "Perfil social, demográfico y sanitario de las Personas Sin Hogar" Cáritas Diocesana de Canarias, Septiembre a Noviembre 2005

³⁹ Sirva de ejemplo la Campaña Institucional de la Cáritas Diocesana de San Sebastián: "Atención a la Enfermedad Mental" 22 de Abril 2007

sin techo, sino también en la sociedad en general. No olvidemos la enorme incidencia⁴⁰ que se produce también entre las enfermedades mentales en la población mundial, europea y nacional. Por último, queremos concluir que los estudios presentan una situación que muestra de manera clara el grave estado de salud que sufren las personas sin techo en España, motivo fundamental por el cual su esperanza de vida es menor en comparación con el resto de la población. Estos problemas reducen la esperanza media⁴¹ de vida de las PST hasta en 20 años por debajo de la población en general, "Los sin hogar viven 21 años menos que un ciudadano medio"⁴².

6.2.- Condiciones de Salud de las personas Sin Techo.

Los problemas de salud⁴³ más graves, catalogados como de "malos" o "regulares" son sufridos mayoritariamente por el colectivo de mujeres PSH (49,8%) en comparación con los hombres (36,4%). También es mayor el % de mujeres⁴⁴ (35,9%) que padecen problemas crónicos en relación al de hombres (27,7%). Los problemas de salud en las personas sin hogar presentan múltiples facetas y, desafían nuestra estructura de modelo sanitario, que trabaja en planos separados y especializados. Todos los estudios apuntan a problemas que se presentan de manera simultánea y que podemos clasificar en: a) problemas de salud física, b) abuso de sustancias, c) salud mental y, d) salud social.

Sin embargo, este dato contrasta con la percepción que ellos mismos tiene respecto su estado de salud diametralmente opuesta, ya que los porcentajes que indican que la perciben como "muy mala"⁴⁵ (6,9%) o "mala" (8,7%) son muy bajos, mientras que el (52,7%) dice tener una "buena" o "muy buena" salud. El Informe de FEANTSA subraya de los que experimentan el sinhogarismo, que describen su estado de salud como bueno, a pesar de las evidencias médicas que indican lo contrario: "*Un⁴⁶ sin-techo raramente se dirigirá a un servicio médico directamente por un problema de salud, a menos que sea muy urgente... Esto se explica por su incomodidad para tratar problemas médicos. Ellos miran sus cuerpos como la única y última cosa sobre la cual tienen control, y esto dificulta confiar en los profesionales*". Las razones de esta percepción errónea parten de una incapacidad manifiesta para reconocerse como sujetos de cuidados, sin dejar de lado los problemas mentales que derivan en esta falsa imagen.

⁴⁰ Ver: Capítulo 3: *El Estado de la Salud: ¿Derecho fundamental para unos y lujo para otros?*, Doc Base Campaña Sin Techo 2007

⁴¹ Pag 26 (Wright y Rubin, 1998), Los Límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosiales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez. 2002

⁴² Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 361

⁴³ Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2005): "Personas sin hogar por estado de salud y sexo" www.ine.es.

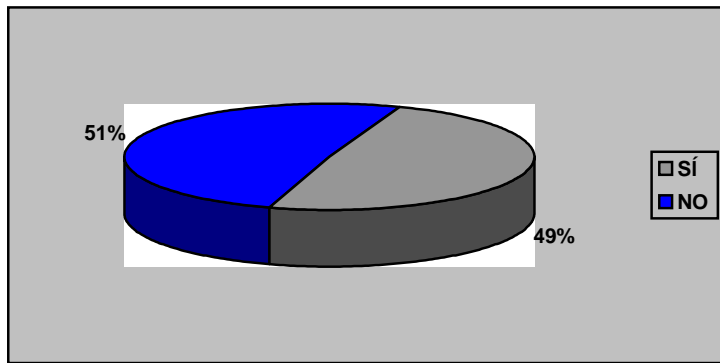
⁴⁴ Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2005): "Personas sin hogar por enfermedad crónica y sexo"

⁴⁵ Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2005): "Personas sin hogar por estado de salud"

⁴⁶ FEANTSA, Informe Nacional Belga para el tema anual de 2006, pg 22

Finalmente, presentamos los datos que la Cáritas de San Sebastián nos muestra sobre la CONCIENCIA DE ENFERMEDAD que las Personas Sin Hogar tienen de su Salud, y que coincide con todo lo presentado hasta ahora, donde un (51%) no tienen conciencia de estar enfermos y sí un (49%).

GRÁFICO: CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD



Fuente Cáritas Diocesana de San Sebastián
Estudio Salud Mental de las Personas Sin Hogar, 2005

A) Salud física.

El grupo de personas sin techo presenta⁴⁷ entre 2 y 50 veces más problemas de salud físicos que la población en general. Estos problemas físicos tienen como origen en una gran mayoría de casos actos violentos o agresiones que sufren los sin techo, indicar que el año pasado han existido "77 muertes violentas"⁴⁸ debido a la desprotección, el frío y a la violencia gratuita". Los problemas más frecuentes entre las personas sin hogar son:

- Heridas no tratadas (úlceras) o lesiones físicas
- Enfermedades respiratorias (Bronquitis, Asma,..)
- Enfermedades de la piel (pediculosis y sarna)
- Enfermedades de huesos
- Enfermedades cardíacas
- Problemas dentales
- Problemas crónicos de pies

Estos graves problemas de salud que les hacen tan vulnerables son el resultado en muchos casos de sus condiciones de vida y hábitos de salud (falta de higiene, fumar), que caracterizan la vida que sufren las PSH. Estas difíciles condiciones de vida (malas condiciones de descanso, exposición a inclemencias meteorológicas, y convivencia con altos niveles de agentes infecciosos) y la mala nutrición asociada al sinhogarismo, tienen como resultado que su salud física de

⁴⁷ Los Límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosiales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez. 2002

⁴⁸ Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 414

manera general se debilite y que sean vulnerables ante cualquier infección o enfermedad. Podríamos resumir que las condiciones de vida⁴⁹ de las personas sin techo producen un efecto perjudicial para la salud física debido a:

- Dieta deficiente
- Incorrecta acomodación para dormir o descansar
- Higiene deficiente
- Exposición a inclemencias metereológicas
- Debilitamiento general
- Exposición a focos de infección

B) Abuso de sustancias.

Otra realidad presente en las personas sin techo es el abuso de diversas sustancias (alcohol, tabaco y drogas), que además del problema que de la dependencia acarrea puede derivar en enfermedades secundarias graves. Los niveles de consumo en algunas sustancias también nos presentan cambios en los patrones de conducta de las personas sin techo⁵⁰, que podrían estar asociados al nuevo perfil de personas sin techo. Sin embargo, el abuso de sustancias es todavía elevado dentro del colectivo, según la encuesta realizada por el INE en el 2005:

<<Alcohol>>

Alcohol	%	Ligero	Moderado	Alto	Excesivo
Sin consumo	40,8%	-----	-----	-----	-----
Con consumo	57,5%	35,9%	11,6%	2,5%	7,5%
NS/ NC	1,6%	-----	-----	-----	-----
Total:	100 %				

Cuadro elaboración Cáritas Española, Campaña Sin Techo 2007
Fuente Datos INE 2005

Estos datos nos muestra unos porcentajes "sin consumo de alcohol" (40,8%) y, con algún tipo de consumo dependiendo de su nivel (57,5%). Las enfermedades que podrían ir asociadas al consumo de alcohol⁵¹ son: hepatitis,

⁴⁹ Cáritas Española, Documentación Social nº 127, Artículo "Personas Sin Hogar y Salud" Mercedes Portero y María Jesús Utrilla.

⁵⁰ <http://www.ine.es/prensa/np398.pdf>, Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y, en colaboración con el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT) (2005), www.ine.es.

⁵¹ FEANTSA.ESPAÑA, Informe Nacional Español para el tema anual de 2006, Página 3

cirrosis alcohólica y pancreatitis alcohólica, e incluso aumenta el riesgo de padecer tuberculosis y hepatitis

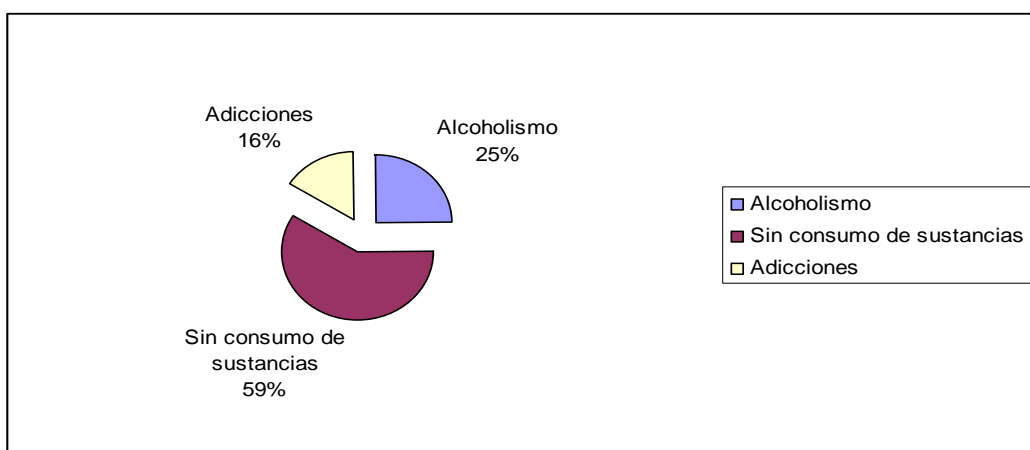
<<Drogas>>

DROGAS	%	Marihuana	Cocaína	Heroína	Otras Drogas
Sin consumo	56,5%	-----	-----	-----	-----
Con consumo	41,5%	48,5%	19,4%	14,1%	9,9%
NS/ NC	2%	-----	-----	-----	-----
TOTAL:	100 %	20,1%	8,1%	5,8%	4,1%

Cuadro Cáritas Española, Campaña Sin Techo 2007
Fuente Datos INE 2005.

El 41,5% del total ha consumido alguna vez drogas. El consumo durante el último mes por este grupo es marihuana (20,1% del total), cocaína (8,1% del total), heroína (5,8% del total) y otros tipos de drogas (4,1% del total). Destacamos, como el Informe de FEANTSA, muestra como el uso de drogas, particularmente, vía intravenosa representa riesgos de transmisión en enfermedades infecciosas como la hepatitis y el HIV. Por último, indicar como el abuso de sustancias también aparece elevado dentro del colectivo, según el estudio realizado para la Campaña Sin Techo 2007:

GRÁFICO 4: CONSUMO DE SUSTANCIAS.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

A continuación presentamos las conclusiones que desde la Cáritas Diocesana de San Sebastián se produce detrás del consumo de sustancias: *el consumo frecuente de cannabis incrementa el riesgo de padecer depresión y ansiedad en la edad adulta. Asimismo, afirman que los fumadores habituales de cannabis tienen un 30% más de posibilidades de desarrollar una esquizofrenia, independientemente del uso de otras drogas psicoactivas y sin que medie ningún rasgo de la personalidad que pudiese predisponer al sujeto hacia esta enfermedad. En estudios llevados a cabo en el año 1.998 ya se decía que el 47% de los pacientes con esquizofrenia tienen un trastorno de abuso o dependencia a cualquier sustancia a lo largo de su vida, frente a un 16,7% de la población general. La posibilidad de que una persona con esquizofrenia tenga un trastorno por abuso o dependencia es cuatro veces mayor que una persona que no padece esta enfermedad.⁵² El trastorno dual esquizofrenia-trastorno por consumo de sustancias no es casual y se ha dado siempre, aunque en los últimos años ha crecido sobre todo en la población más joven e incluso se han determinado unos factores de riesgo en la población de pacientes:*

- *Sexo masculino*
- *Edad joven*
- *Trastorno por consumo de sustancias en la familia*
- *Mejor ajuste y adaptación*
- *Posibilidad de exposición a drogas*

<<Tabaco>>

El consumo de alcohol y drogas en la mayoría de los casos va acompañado de tabaco. Sin embargo, el consumo de tabaco no significa necesariamente consumo de las otras dos sustancias. La encuesta del INE no aporta datos sobre el nivel de consumo de esta sustancia. Sin embargo, el Informe de FEANTSA.ESPAÑA destaca como el 90 % de las personas que sufren alcoholismo, son adictas al tabaco, además, indica el elevado riesgo de padecer cáncer de producirse ambos consumos (alcohol y tabaco). Este dato coincide con el estudio presentado por la Cáritas Diocesana de Canarias, que nos indica que un 83,8% de los entrevistados consume tabaco y que la media de cigarros por persona/día es de 23'53. Esto explica por qué en Estados Unidos (EEUU) existen numerosos "estudios⁵³ por parte de las empresas tabacaleras que sugieren que entre el 70% y el 99% de los adultos sin techo fuman", lo que convierte a las personas sin techo en clientes potenciales. Indicar que todos estos datos en el consumo de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas) muestran que se continúa con tasas elevadas de consumo, caso del alcohol (57,5%) y tabaco. Destacar, el carácter legal que ambas sustancias tienen, y como estos niveles de consumo representan beneficios elevadísimos tanto para las destilerías como para las industrias tabacaleras. Los jugosos beneficios económicos que reportan los

⁵² ORIGINALES Y REVISIONES: Esquizofrenia y consumo de drogas. *Psiquiatría Pública Volumen 10 Número 6.*

⁵³ Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 20

convierten en clientes ideales, además, su perfil los muestra presa fácil: *"Son más susceptibles. Están menos formados intelectualmente. Son más maleables". Así es como definía un documento de la tabaquera RJ Reynolds a las personas sin techo y a los enfermos mentales, grupos sociales a los que la industria ha dirigido su mirada ante el abandono del tabaco generalizado en algunos países desarrollados.*" Sin embargo, vemos cierto cambio en el consumo de las sustancias ilícitas, ya que se ha pasado de un consumo minoritario y asociado a la marginalidad básicamente (heroína), a una situación que nos indica un nuevo perfil de persona sin techo, más asociado a la juventud (marihuana 48,5% y cocaína 19,4%). Este mismo fenómeno se evidencia por parte de FEANTSA, que en su informe destaca por ejemplo como "las pautas del tipo de consumo en Bélgica entre las personas sin techo son de un consumo en éxtasis o anfetaminas (31%) y marihuana (55%). Sin duda, aunque hoy conocemos con más rigor y precisión la relación entre alcohol, tabaco y otras drogas, y la complejidad de problemas que su consumo lleva asociado, no hemos logrado erradicar su uso entre el colectivo de personas sin techo. Los problemas de salud asociados al abuso de sustancias y su problemática siguen exigiendo de las organizaciones que trabajan con las personas sin techo un mayor esfuerzo multidisciplinar.

C) Salud mental.

Un 55% de las personas⁵⁴ sin hogar no manifiesta ningún tipo de problema mental. Sin embargo, Cáritas Diocesana de Canarias indica que la mitad de las PSH (50%) sí que ha necesitado en algún momento de su vida de atención en salud mental. Esto explica por qué el informe de FEANTSA expresa que todos los países, unánimemente, señalan los elevados problemas de salud mental entre los sin techo. Según el Defensor del Pueblo Andaluz⁵⁵, un 30% de las PSH "padece un trastorno mental severo". Dato que coincide con lo recogido por Manuel Muñoz⁵⁶ en uno de los estudios más sólidos a este respecto (Robertson, 1992) que destaca una relación entre salud mental y sin hogar entre un 25% y 35%. También, el estudio realizado por la Cáritas de Madrid⁵⁷ señala que el 66% de la población con enfermedad mental diagnosticada se encuentra por debajo del umbral de la pobreza. No obstante, las enfermedades mentales no afectan de la misma manera a los hombres que a las mujeres. La tasa de prevalencia⁵⁸ tienden a ser casi el doble entre las mujeres. Quizás esto pueda explicarse con el dato de la Cáritas Diocesana de Canarias, que nos indica que el 50% de las mujeres objeto de su estudio habían sufrido algún tipo de agresión sexual. También la Cáritas de Madrid constata en su estudio que las mujeres son el colectivo que

⁵⁴ Artículo "Personas Sin Hogar y Salud" Mercedes Portero y María Jesús Utrilla. Cáritas Española, Documentación Social nº 127

⁵⁵ Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 286

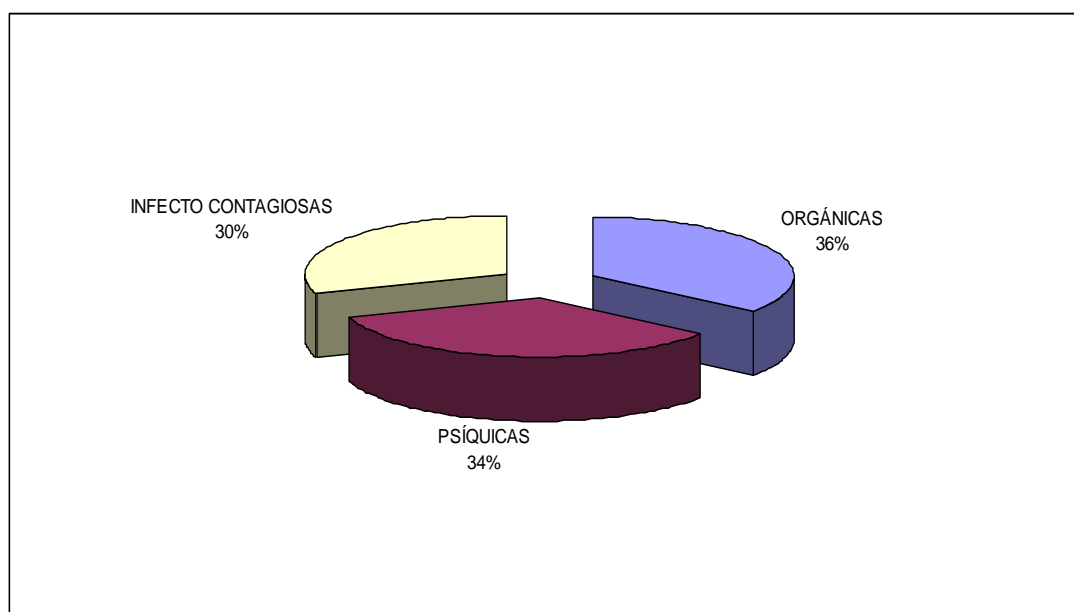
⁵⁶ Página 28, Los Límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez. 2002

⁵⁷ La Salud Mental entre la Población excluida de la diócesis de Madrid, EDIS, Cáritas Madrid 2005

⁵⁸ Artículo "Personas Sin Hogar y Salud" Mercedes Portero y María Jesús Utrilla. Cáritas Española, Documentación Social nº 127

sufre con mayor gravedad los problemas de salud mental. Datos que coinciden con los resultados obtenidos en la Campaña Sin Techo 2007, en el ámbito nacional respecto los usuarios de los centros de PSH de la confederación:

GRÁFICO: ENFERMEDADES % DE LAS PERSONAS SIN HOGAR:



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

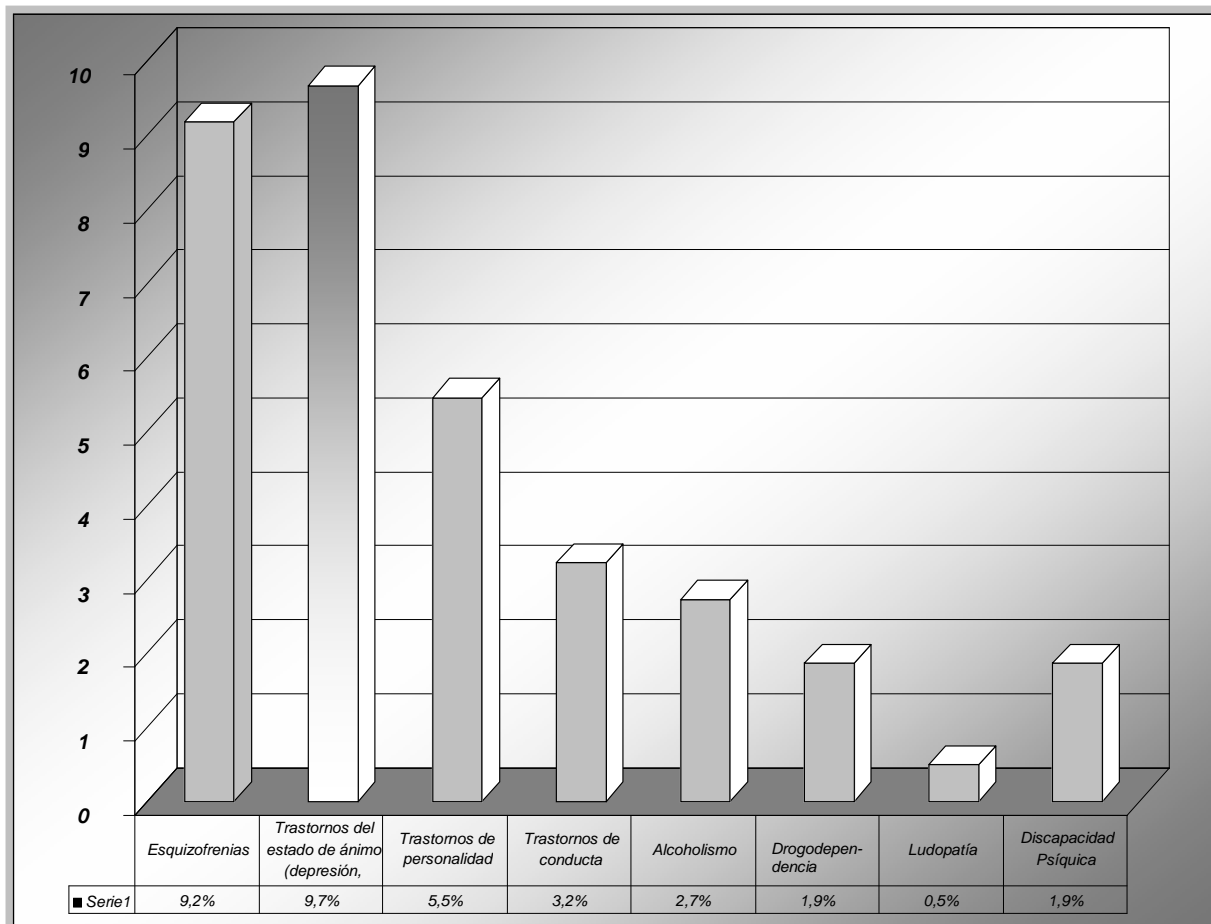
En cualquiera de los casos, sin duda, las personas sin techo (hombres y mujeres) sufren de estos problemas mentales por sus hábitos, estilos y calidades de vida. Los informes de FEANTSA por país nos indican que las enfermedades mentales más comunes entre las personas sin techo son:

- Esquizofrenia
- Trastornos de personalidad
- Depresión
- Dificultades de aprendizaje.

Esta situación se encuentra también recogida en el estudio realizado por la Cáritas de Madrid⁵⁹, en el que se indica como el 17 % de la población excluida de la diócesis sufre cuatro o más dimensiones de enfermedad mental. Los resultados obtenidos al explotar los datos de los cuestionarios de la Campaña, nos presentan los siguientes porcentajes en las enfermedades mentales:

⁵⁹ La Salud Mental entre la Población excluida de la diócesis de Madrid, EDIS, Cáritas Madrid 2005.

GRÁFICO: ENFERMEDADES MENTALES % DE PERSONAS SIN HOGAR.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

No hay duda que estas enfermedades vienen ante las circunstancias por las que tienen que atravesar, como las agresiones⁶⁰, (41,9% amenazados o insultados y el 40,3% han sufrido robos) que provocan niveles inquietantes de estrés y ansiedad. Estos altos niveles vitales estresantes que sufren las personas sin techo⁶¹ guardan relación con sus enfermedades mentales y la relación se podría clasificar en:

- Factores sociales (estigmatización y discriminación)
- Factores materiales (desempleo, pérdidas económicas)
- Factores afectivos (ruptura matrimonial, relaciones familiares)
- Factores personales (enfermedad física, dependencia de sustancias)

⁶⁰ Encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE 2005):

⁶¹ Referencia FEANTSA, (Daly 1994) página 19, Los Límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez. 2002

- Factores institucionales (problemas con la justicia 50% denunciado o detenido)⁶²

Esta vinculación entre la enfermedad mental y el consumo de sustancias (alcohol y otras drogas), puede provocar que la enfermedad mental se agrave. La Cáritas Diocesana⁶³ de San Sebastián alerta sobre *"el consumo de drogas en la esquizofrenia es una realidad cotidiana que merece una mayor atención y un cambio de actitud por parte de los profesionales de la salud mental y las drogodependencias para aumentar la detección de pacientes, integrarlos en la red socio-sanitaria y así, evitar las complicaciones clínicas y mejorar el pronóstico con el tratamiento más adecuado"*.

7.- La Salud causa de Estigma y Exclusión Social.

*"¡Triste época la nuestra!
Es más fácil desintegrar un átomo
que un prejuicio"*
Albert Einstein⁶⁴

7.1.- Análisis de los conceptos Estigma y discriminación.

El estigma y la discriminación son conceptos universales, puesto que tienen lugar en todos los países del mundo. El estigma tiene en sus orígenes⁶⁵ un uso antiguo, que nos remonta a la Grecia clásica, donde aquellos grupos marginados socialmente eran marcados con un hierro al rojo vivo o un corte, para determinar su condición de excluidos. El concepto es universal, aunque la palabra es de origen griego y se refiere a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja a los individuos considerados indignos o inferiores. El estigma era un mecanismo de control social, que definía las normas sociales y castigaba a quienes se apartan de éstas.

En nuestras sociedades, actualmente, el modo de marcar ha variado, pero el individuo que sufre esta situación igualmente queda apartado y marginado de la sociedad por sus circunstancias personales. La merma identitaria se desarrolla de manera gradual, constituyendo la estigmatización un *proceso de subvaloración*. Las circunstancias que provocan el estigma son muy variadas -color de la piel, forma de hablar, enfermedades, grupo étnico, creencias religiosas, sexo, y cualquier otro tipo de conducta social- y arbitrarias, dependen de sociedades y culturas que determinan cuáles son aquellos atributos tomados y definidos como deshonorosos o indignos, y los virtuosos o dignos de mérito. Surgen estigmas distintos, y otros desaparecen a medida que las sociedades cambian y producen normas sociales nuevas. Lo que no varía nunca es que la persona que sufre la

⁶² Encuesta INE 2005

⁶³ Estudio de las Personas con enfermedad mental atendidas en los centros y fundaciones de Cáritas, 2005, Plataforma Diocesana de Salud Mental.

⁶⁴ Albert Einstein, Científico estadounidense de origen alemán (1879-1955)

⁶⁵ Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003, Marco conceptual y base para la acción, "Estigma, la discriminación y los derechos humanos".

estigmatización tiene una "identidad dañada"⁶⁶, que la convierte en "identidad indigna" a los ojos del resto de la sociedad, mermando su condición de persona y ciudadano. La discriminación al contrario de la creencia popular, no es una situación distinta a la estigmatización, ni un evento separado, sino que ambos procesos sociales -estigmatización y discriminación- se encuentran interrelacionados y actúan conectados con fuerza dentro de la sociedad. Los intentos por diferenciar el estigma y la discriminación han conducido a la distinción entre el estigma⁶⁷ "percibido" y el estigma "efectivo". El "estigma percibido" -que también se ha denominado auto estigmatización y miedo al estigma- se refiere a la visión de cómo van a reaccionar los demás frente a nuestras circunstancias fruto de estigma. El "estigma percibido" provoca en la persona deseos de esconder, lo que provoca la estigmatización, cuanto más y mejor esconda esta condición menor será el grado de discriminación. El "estigma efectivo" se traduce en la acción de discriminación que "se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer, o porque se perciba que pertenece, a un grupo particular". Resumiendo, diríamos que el "estigma percibido" es la percepción interna del estigma, y el "estigma efectivo" son las acciones de la discriminación. Una acción o actitud discriminatoria parte de un estigma, pero un estigma no tiene por que provocar una discriminación.

7.2.- ¿Cómo se produce el estigma y la discriminación con las personas sin techo?

Analizaremos como desde la sociedad el estigma y la discriminación se dan de manera frecuente y común. En el caso de las personas sin techo la estigmatización y discriminación se produce por muchas circunstancias; entre ellas, la falta de conocimiento sobre estas personas, sus enfermedades, los prejuicios sociales que existen, la falta de tratamiento, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre su situación, el hecho de que algunas enfermedades y muerte que padecen provoquen alarma social, los miedos sociales relacionados con su situación, con las drogas ilícitas y el consumo de drogas intravenosas. Esta situación provoca la autoestigmatización de las propias personas, que sienten vergüenza por su situación ante las respuestas y reacciones negativas del resto de la sociedad, y fácilmente provoca que las personas se culpen a sí mismas de su situación. Esta discriminación que sufren las personas sin techo en algunos casos se produce por las enfermedades que padecen, sin tomar en cuenta que los problemas de salud vienen provocados por factores derivados en muchos casos precisamente por las circunstancias socio sanitarias. Familias y grupos enteros culpan a las personas excluidas de su situación y estado de salud, "han escogido vivir así, por eso tienen ese estado de salud", y le retiran su ayuda para respuestas sociales más positivas. Se ha

⁶⁶ Erving Goffman es uno de los más importantes sociólogos del siglo XX, se le puede considerar como el padre de la "microsociología", y que estudió el estigma y las identidades dañadas en su obra, "Estigma: La identidad deteriorada" 1963

⁶⁷ Scrambler y Hopkins, 1986; Jacoby 1994; ONUSIDA, 2001

producido en nuestras sociedades, lo que en psicología se llama el "principio de habituación", las situaciones y enfermedades de las personas sin hogar están tan presentes en nuestra realidad, que nos hemos habituado a verlos durmiendo en la calle, hablando solos, enfermos, de alguna manera hemos aceptado que no tienen cura, nadie se preocupa por ellos y hemos perdido la sensibilidad hacia su situación. Presentamos varias noticias que ilustran esta realidad:

Fuente Noticia⁶⁸: El Correo Digital, 08/02/ 2006, (Álava)

Titular: "Muere en la calle un indigente con problemas psiquiátricos"

Contenido: El fallecimiento en plena calle de un indigente con problemas psiquiátricos hace doce días sirvió en la comisión de Asuntos Sociales de ayer para que el grupo municipal del PSE cuestionara la cobertura de los servicios de base de la ciudad. El hombre se desvaneció cuando caminaba con un amigo por la calle Portal del Rey.

Fuente Noticia⁶⁹: Diario de Córdoba, 14 de octubre de 2006 (Córdoba)

Titular: "El 30% de los Sin Techo padece un trastorno mental severo"

Contenido: El Defensor del Pueblo Andaluz denuncia el abandono de los enfermos mentales. Unas 600.000 personas viven en España bajo el umbral de pobreza.

Este proceso social que se desarrolla desde las estructuras se caracteriza por excluir, culpar o devaluar a las personas que se encuentran en situación de exclusión social de su situación. Las personas son segregadas y marginadas desde las estructuras en escuelas y hospitales; rechazados en empleos; negado su acceso a tratamiento con medicamentos; y atacadas, o incluso asesinadas, debido a su enfermedad. Ocurre en ocasiones que cuando las personas sin techo se acercan a Centros de Salud para ser atendidos, se les rechaza y exige "limpieza y decoro personal" sin tomar en cuenta la situación social que están sufriendo, o de la que son objeto. Rechazo, negación, presunción de culpabilidad, estigma, no-reconocimiento... Actitudes sociales que niegan cualquier posibilidad a la persona excluida para participar en la construcción de un "vivir juntos". Por último, destacar de manera especial "el estigma de los sin papeles", que sufren una discriminación que les obliga a vivir en situación irregular y clandestina en nuestras ciudades, provocándoles un deterioro humano grave. Estas personas se encuentran sin posibilidad de regularizar su situación, sin documento acreditativo que los/ as haga ciudadanos/ as de pleno derecho, impidiendo su integración y favoreciendo la discriminación ejercida desde las instituciones públicas y privadas.

⁶⁸ Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 52

⁶⁹ Anuario de Noticias sobre Personas Sin Hogar 2006, ENRED.PSH, Noticia nº 286

7.3.- Relación del Estigma y la discriminación en las Personas Sin Techo.

Estigma y discriminación interactúan de manera conjunta, uno se alimenta del otro y constituyen un círculo vicioso⁷⁰, que tiene como resultado la violación de los derechos humanos en este colectivo. Nuestras autoridades tienen la obligación de respetar, proteger y velar por el cumplimiento de los derechos de estas personas. Las enfermedades y muertes prevenibles son mucho más comunes entre las personas sin techo que se encuentran privadas de sus derechos, que entre otros colectivos. Este prejuicio, que provoca el estigma y la discriminación tiene graves consecuencias en la salud de las personas a distintos niveles. La estigmatización se convierte en un gran obstáculo para la prevención de enfermedades en el caso de las personas sin techo, ya que se hacen invisibles del espacio público.

Esta situación, que provoca un deterioro del estado físico, también tiene consecuencias graves en la salud psicológica de las personas. El estigma produce estrés y la discriminación que sufren les limita el acceso a derechos como la salud, vivienda, educación y trabajo. Las vidas de las personas sin techo estigmatizadas son más cortas que el resto de la población normalizada, podríamos decir que las personas sin techo sufren de estigmatización y discriminación socio-sanitaria desde distintos ámbitos. A continuación, presentamos una figura que muestra la relación que existe entre ambos fenómenos y los derechos humanos respecto las personas sin techo.

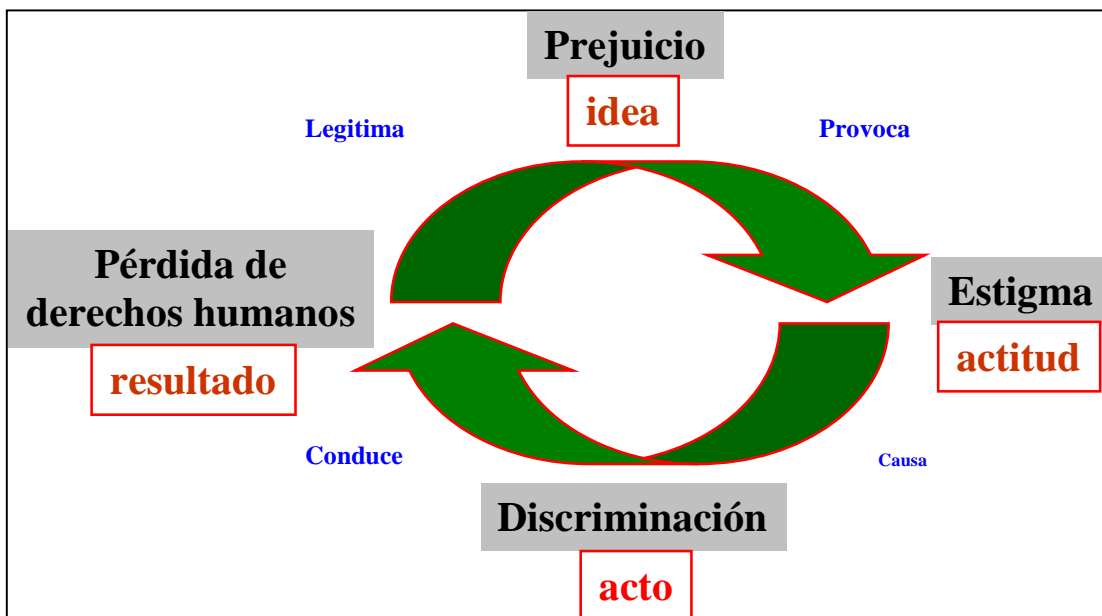


Gráfico: Estigma y Discriminación.

Fuente Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003

⁷⁰ Artículo: "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción" Peter Aggleton, Richard Parker y Miriam Maluwa. Figura 2 "El círculo vicioso"

El gráfico muestra que el estigma y la discriminación se producen de manera conjunta, uno determina y condiciona el otro. Una idea prejuiciada provoca el estigma que causa actitudes y acciones discriminatorias. Éstas provocan actos de discriminación, que acentúan el estigma. Esta discriminación que se produce a partir de las acciones, tiene como resultado la violación de los derechos humanos. Este círculo no es regla universal, ya que es posible que alguien sufra estigma, pero no discriminación. Salvaguardar los derechos humanos de las personas sin techo (y poblaciones vulnerables) es vital no solo en los terrenos éticos y legales sino también por razones pragmáticas. Es una necesidad, no un lujo, y no es una cuestión de los "derechos de la mayoría"⁷¹ contra los "derechos de unos pocos". La manera en la que un gobierno decide enfrentar el estigma y la discriminación refleja sus intereses subyacentes, valores y sistemas. El cómo un país trata a los más débiles refleja su abordaje de los derechos humanos.

8.- El Acceso y las barreras a los servicios de Salud.

*"De nuestros miedos nacen nuestros corajes
de nuestras dudas viven nuestras certezas
Los sueños anuncian otra realidad posible".
Eduardo Galeano⁷²*

Para la redacción del presente capítulo nos hemos basado en la información recogida en los veintisiete (27) cuestionarios⁷³ que se han recibido de las veintitrés (23) organizaciones, y hemos completado el análisis con parte de la información recogida en el Informe FEANTSA 2006. El capítulo quiere concretar las barreras que tienen las personas sin techo, en los distintos momentos del acceso, y el tipo de obstáculos a los que continuamente tienen que enfrentarse.

8.1.- Dificultades en el Acceso a los Servicios de Salud.

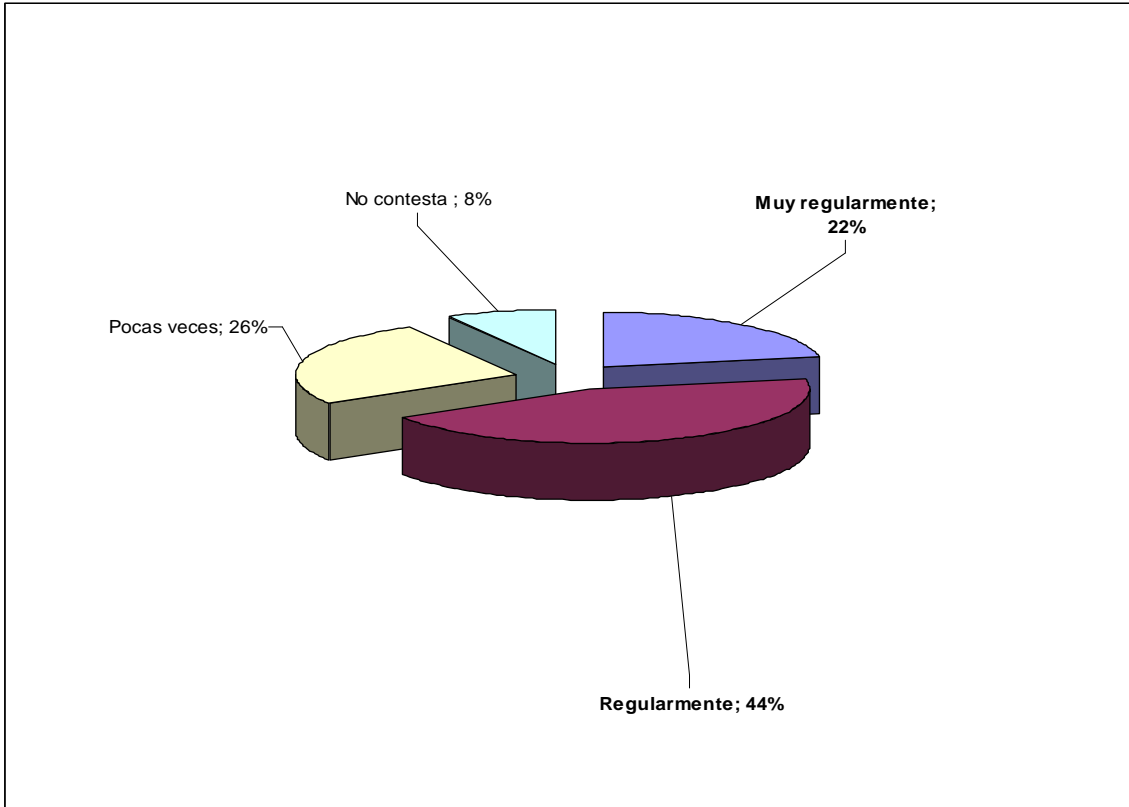
Un hecho constatado en la investigación es que existen serias dificultades por parte de las personas sin techo para acceder a los servicios de salud. Las organizaciones plantean que sus usuarios tienen dificultades a la hora de acceder a los servicios de salud "muy regularmente" (22%) y, "regularmente" (44%). La suma de ambos porcentajes nos muestra que las organizaciones señalan que se producen dificultades en el acceso en un 66% de las ocasiones.

⁷¹ Un abordaje del VIH/Sida basado en los derechos humanos, Discriminación y VIH/Sida: realidades y propuestas de acción. Ralf Jurgens

⁷² Eduardo Hughes Galeano (Montevideo, Uruguay 03 de Septiembre 1940) periodista y escritor, y una de las personalidades más destacadas de la literatura iberoamericana.

⁷³ por las siguientes Cáritas Diocesanas: Astorga, Bilbao, Canarias, Ciudad Real, Coria – Cáceres, Getafe, Granada⁷³ (2), Huelva, Ibiza, Jaén, Jérez, Madrid, Málaga, Menorca, Mérida-Badajoz, Plasencia, Santander, Sigüenza Guadalajara, Solsona, Toledo (2), Valladolid, y las organizaciones miembros de FEANTSA. ESPAÑA: Arrels (2), Desenvolupament Comunitari y RAIS

GRÁFICO: DIFICULTAD EN EL ACCESO A LOS RECURSOS SANITARIOS:



Fuente Propia Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

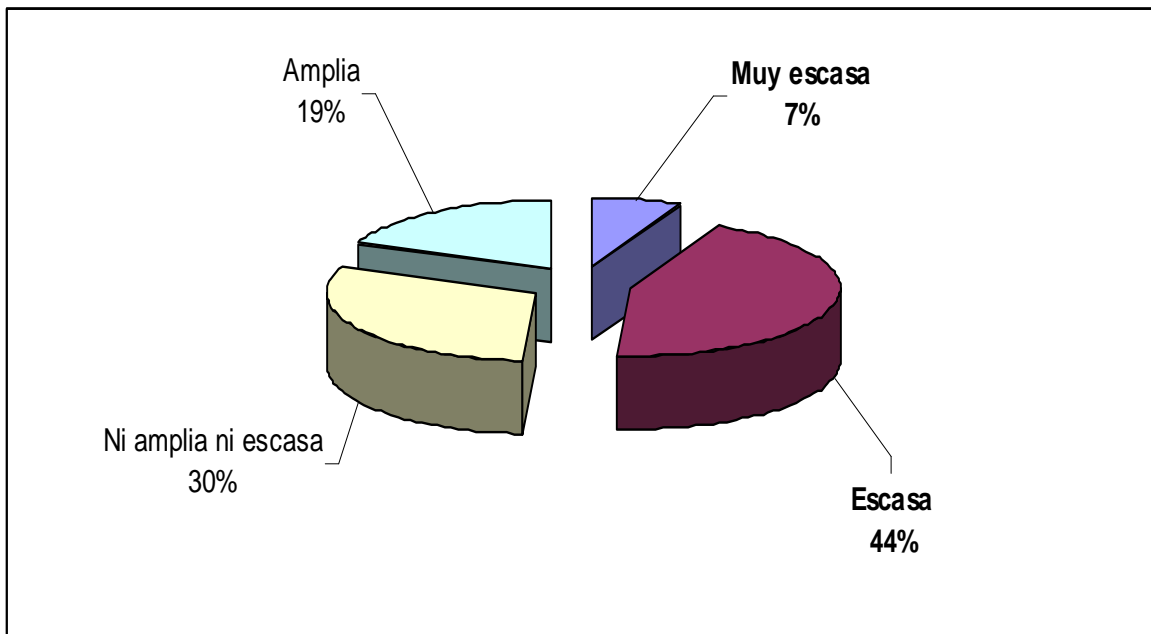
Este porcentaje tan elevado indica que los obstáculos que sufren las personas sin techo, no son hechos aislados, ni situaciones poco relevantes, sino que muestran un sistema público sanitario que restringe el acceso de estas personas a la salud de manera regular. Hecho que determina una negación de la condición de ciudadano hacia estas personas, por un inadecuado acceso a este derecho social. Señalar, además, que la violación de este derecho multiplica el impacto negativo que sufre como consecuencia de sus enfermedades físicas y psíquicas no tratadas.

8.2.- La Escasa cobertura Sanitaria.

Cuando abordamos la cobertura sanitaria estamos tomando en cuenta la calidad y amplitud del sistema en la atención a las personas sin techo. La salud del individuo dependerá en buena medida de cómo sea la extensión y cobertura del sistema sanitario hacia estas personas. Esta pregunta también fue abordada en el cuestionario, y las organizaciones la definieron como "muy escasa" (7%) y "escasa" (44%). Es evidente que una deficiente cobertura (51%) en las enfermedades más prevalentes del colectivo, les imposibilita acceder al mayor

nivel posible de salud y a tener una vida digna como ciudadanos de plenos derechos.

GRÁFICO: COBERTURA SANITARIA PERSONAS SIN HOGAR



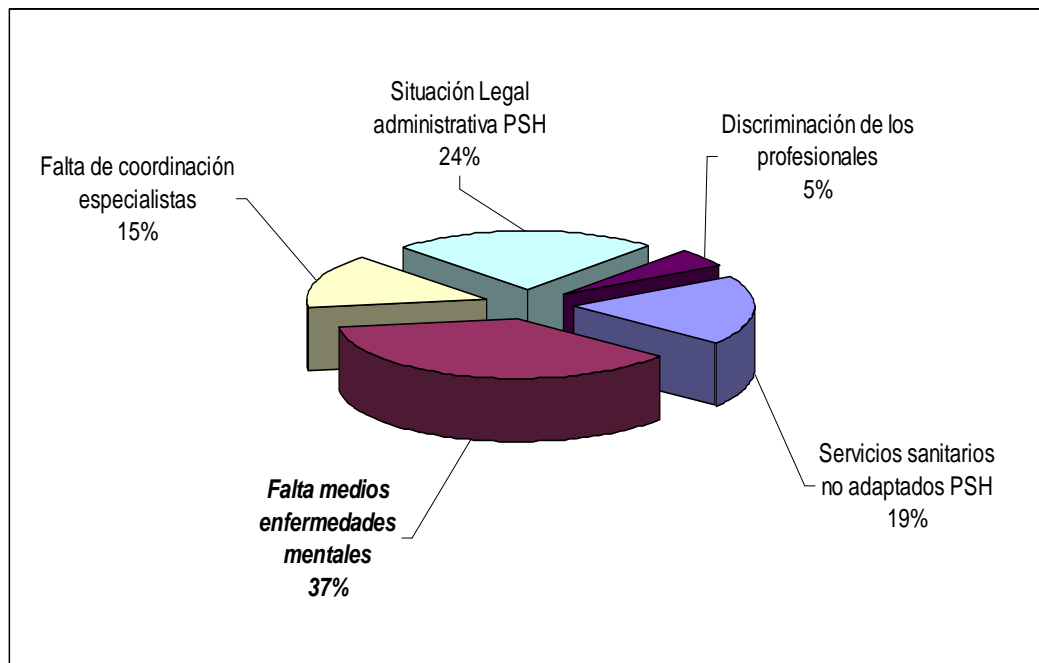
Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

Sorprende ver cómo esa deficiente cobertura se produce por varias razones, entre las que destacan:

- Falta de medios en las enfermedades mentales (37%)
- Falta de coordinación entre profesionales especialistas (15%)
- Servicios sanitarios no adaptados a las situaciones personales de las personas sin hogar por parte de los servicios sanitarios (19%)
- Situaciones administrativas legales que les imposibilitan la debida cobertura sanitaria (24%)
- Por último, subrayar el rechazo que en algunos casos se produce por ciertos profesionales sanitarios (5%) a la hora de atender a las personas sin hogar.

Esta deficiente cobertura sanitaria, nos demuestra como para promover la salud de estas personas debemos tomar en cuenta sus circunstancias personales de vivienda, alimentación, empleo, ingresos, situación familiar, etc.

GRÁFICO: CAUSAS DEFICIENTE COBERTURA SANITARIA.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

8.3. - Barreras en el acceso a la Salud de las PST.

En este apartado pretendemos mostrar cuáles son las principales barreras que tienen las personas sin techo para acceder a este derecho social. La Salud es un elemento determinante en todas las fases que el individuo tiene que vivir en el proceso del sinhogarismo. Un adecuado acceso a la salud garantiza una correcta y sostenible inclusión social de las personas. Es necesario que nuestros gobiernos implementen políticas y medidas que eliminen todas las barreras que actualmente existen en el acceso a la sanidad pública para las personas sin techo. A continuación, presentaremos las barreras en función de los tres momentos en los que se presentan:

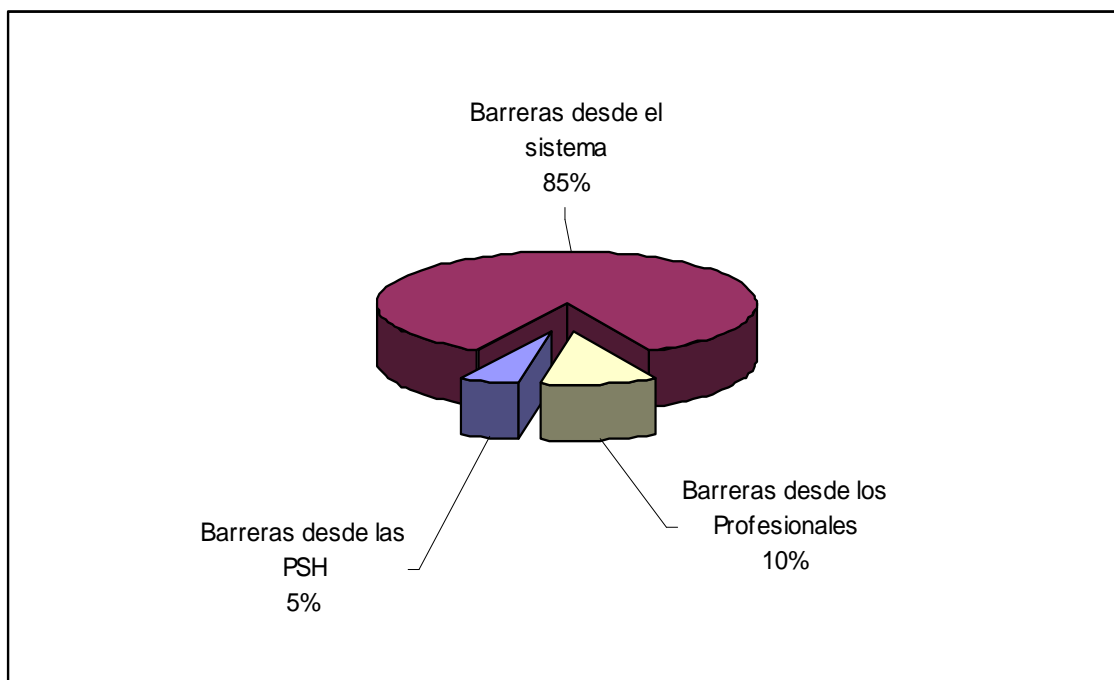
- ❖ A) <<Primer momento: En el acceso a los servicios de salud>>
- ❖ B) << Segundo momento: Durante el tratamiento y la atención >>
- ❖ C) << Tercer momento: Convalecencia y rehabilitación>>

❖ **A) << PRIMER MOMENTO: En el acceso a los servicios de salud>>**

Las barreras en el acceso a la Salud por parte de las personas sin techo, se producen desde tres ámbitos distintos:

- Barreras desde el sistema de salud (85%)
- Barreras desde los profesionales (10%)
- Barreras desde la persona (5%)

GRÁFICO: Dónde se producen Barreras PRIMER MOMENTO Acceso.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

A continuación, analizaremos el tipo de barreras que se producen desde cada uno de estas dimensiones:

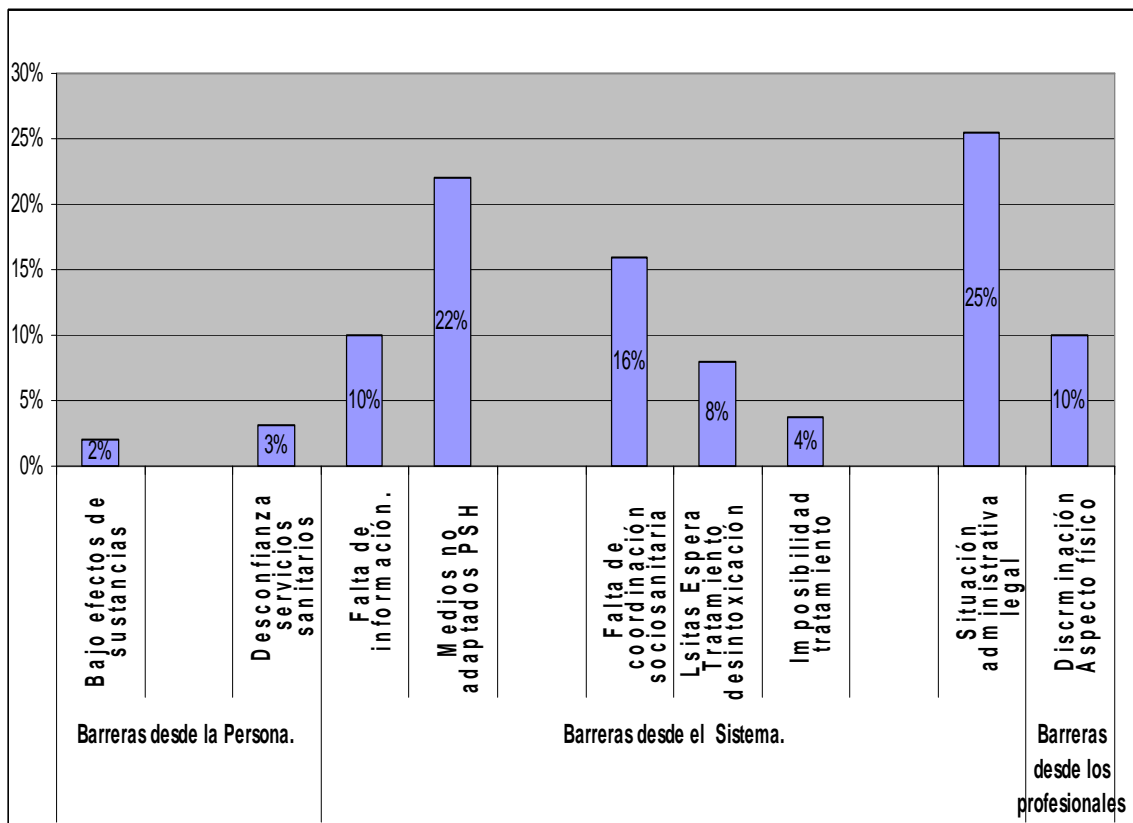
- **Desde el sistema (85%) tenemos:**
 - **Por falta de información (10%).** Muchas organizaciones han señalado que las personas sin techo no gozan de la debida información para saber cuál es el médico que les corresponde. Además, el proceso hasta que finalmente se les asigna médico es muy complejo, particularmente para este colectivo por sus condiciones socio sanitarias (físicas y psíquicas). Sin duda esto se agudiza por la gran incidencia de las enfermedades mentales (30% enfermos mentales colectivo de personas sin techo). La ausencia o falta de claridad en la información a la hora de los procedimientos administrativos, provoca una situación de indefensión, ya que en la mayoría de los casos los sin techo desconocen sus derechos.
 - **Medios no adaptados a las PST (22%).** Se refiere a que los servicios sanitarios actúan sin tomar en cuenta las situaciones personales en las que se encuentran los sin techo. Por ejemplo, el horario de visitas suele ser bastante inflexible en las atenciones médicas, por lo que cuando acuden para que se les atienda ya se encuentran con situaciones de salud graves. Esta situación provoca que las personas sin techo se dirijan directamente hacia los servicios de urgencias cuando se encuentran realmente con un estado muy avanzado de la enfermedad.

- **Falta de coordinación sociosanitaria (16%).** Esta deficiencia en la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios se repite en los tres ámbitos del acceso (antes, durante y después) poniendo de manifiesto la importancia de la coordinación sociosanitaria en todas las fases que se produce la atención (acceso, durante el tratamiento y seguimiento).
 - **Listas de espera desintoxicación (8%).** Los cuestionarios han señalado que son numerosos los casos en que las personas sin techo solicitan tratamientos de desintoxicación, por situaciones de drogodependencia o alcoholismo, y tienen que pasar por largas listas de espera antes de comenzar su tratamiento.
 - **Imposibilidad tratamiento (4%).** En muchas ocasiones, la ausencia de un domicilio fijo es una gran barrera para el acceso (médico asignado). Muchas de las personas sin techo no tiene atención médica en los lugares donde se encuentran, por lo que tienen que trasladarse a otras ciudades si quieren ser atendidos.
 - **Situación administrativa legal (22%).** Los documentos (tarjeta sanitaria, DNI, etc) se convierten en un obstáculo difícil de superar tanto para los sin techo nacionales como para los extranjeros. Hay que mencionar el limitadísimo acceso a la salud que tienen los inmigrantes indocumentados, muchos de los cuestionarios señalan que si ya el entramado jurídico administrativo excluye a personas nacionales, en el caso de los extranjeros indocumentados esto se vuelve un escollo insalvable que los deja en una situación de indefensión, que únicamente les posibilita acceder al servicio de salud por el servicio de urgencias hospitalarias. La gran mayoría de los cuestionarios presentan el problema administrativo-legal como un problema serio, agravado como decíamos en el caso de los extranjeros indocumentados. Sin duda, esto hace que distingamos de manera clara la situación de indefensión para los sin techo autóctonos o con situación legal regular, respecto de los comúnmente llamados sin techo "sin papeles". Estos últimos ven restringido su acceso al sistema sanitario, teniendo como única alternativa la posibilidad del servicios de urgencias.
- **Desde los profesionales:**
- **Discriminación aspecto físico (10%).** Sorprende el porcentaje tan elevado en las barreras que se producen desde los profesionales de la salud. Los cuestionarios muestran como en algunos casos a las personas sin techo se les niega la atención por su estado físico o por su imagen (mal aseado, sucio, etc). Esta situación y la discriminación que sufren las personas sin techo, se repite en los otros dos momentos que vamos a analizar en la atención y el seguimiento, mostrando como la discriminación y la estigmatización, sí que tiene lugar y se realiza desde los profesionales por el aspecto físico de las personas que atienden.

○ **Desde las personas (5%):**

- **Bajo efectos de sustancias (2%).** En algunos casos las personas se presentan demandando una atención o cura, pero se encuentran bajo los efectos de sustancias (alcohol o drogas), siendo en muchos casos verdaderamente difícil la atención por el estado en el que se presentan en el servicio de salud.
- **Desconfianza servicios sanitarios (3%).** En algunos casos experiencias negativas previas que algunas de las personas sin techo han tenido con personal médico ó administrativo, se convierten en barreras difíciles de superar, ya que provocan rechazo e indiferencia hacía la atención y el cuidado que puedan recibir por parte del sistema de salud en el futuro.

GRÁFICO: Tipo de Barreras en el PRIMER MOMENTO Acceso.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

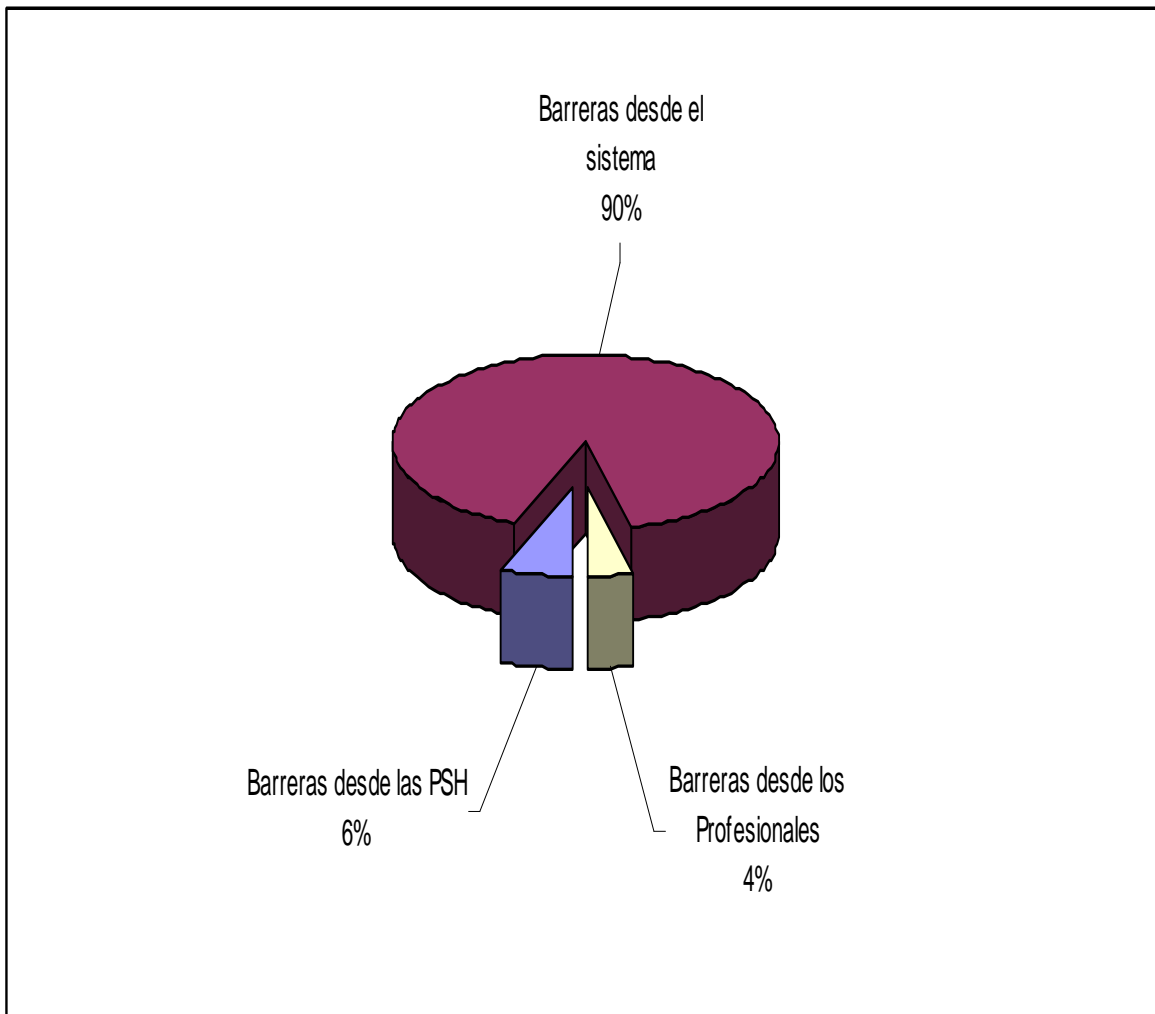
❖ **B) << SEGUNDO MOMENTO: Durante el tratamiento y la atención >>**

Este apartado abordará desde dónde se producen las barreras a la hora del tratamiento, y cuáles son los obstáculos más comunes que se producen durante el tratamiento de las enfermedades que padecen las personas sin techo. Igual que

en el apartado anterior, señalamos que los cuestionarios indican que durante la atención los ámbitos desde los que producen las barreras son:

- Las barreras desde el sistema (90%)
- Las barreras desde los profesionales (4%)
- Las barreras desde las personas sin techo (6%)

GRÁFICO: Dónde se producen las barreras DURANTE tratamiento.



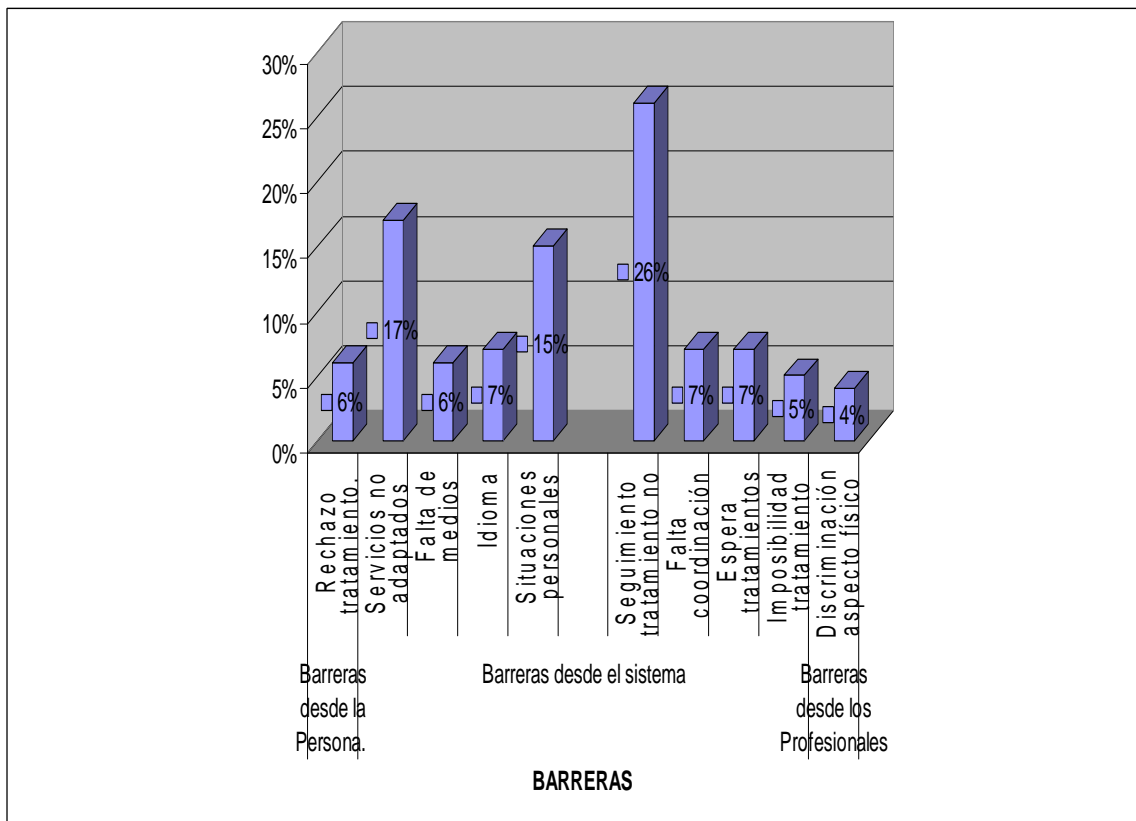
Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

Ahora procederemos al análisis del tipo de barreras que se producen desde cada uno de estas dimensiones y presentaremos los % en cada una de ellas:

- **Desde el sistema (90%) tenemos:**
 - **Servicios no adaptados (17%).** Esta barrera coincide con la que se produce a la hora de acceder al servicio en el primer momento, y que indica que el sistema de salud "no" dispone de "Medios adaptados a las PSH" (22%), por lo que entendemos que deben ser problemas coincidentes pero presentados desde distintos puntos de vista.
 - **Falta de medios (6%).** Los cuestionarios señalan que existe una falta de medios en la atención, coincidiendo muchos cuestionarios en el aspecto de la carencia de "profesionales especialistas".
 - **Idioma (7%).** Son varios los cuestionarios que denuncian como los servicios ofrecidos no se adaptan a las personas extranjeras sin techo. Esta situación provoca que el hecho lingüístico o cultural se vuelva una barrera a la hora de recibir el tratamiento sanitario.
 - **Situaciones personales (15%).** La soledad es la nota característica de las personas sin techo, lo que provoca que cuando tienen que ser internados, problemas sencillos como el lavado de la ropa o el aseo personal se vuelven tareas muy complicadas. Sin familiares ni amigos que se preocupen por ellos, estas situaciones comunes diarias (lavar la ropa, comprar artículos básicos de limpieza, etc) se vuelven difíciles o imposibles de obtener para ellos.
 - **Seguimiento tratamiento (26%).** Esta situación se conecta de manera directa con las barreras del primer momento en la "Imposibilidad en el tratamiento" (4%) y la falta de coordinación sociosanitaria que se produce a lo largo de los tres momentos (antes, durante y después). La ausencia de domicilio fijo y todo lo que esta situación lleva consigo se convierte en un escollo insalvable a la hora del tratamiento y de prescripción médica.
 - **Falta de coordinación sociosanitaria (7%).** Esta barrera ya indicamos que se produce en todas las fases del tratamiento y el acceso a los servicios sanitarios, el % es mayor en el primer momento (16%) y coincide con lo recogido en el tercer momento en el seguimiento y acompañamiento del tratamiento (8%).
 - **Espera tratamiento (7%).** Es la misma situación que aparece recogida en el primer momento y que se denomina "listas de espera a la desintoxicación" (8%).
 - **Imposibilidad tratamiento (5%).** Esta situación conecta con las barreras del primer momento de "Imposibilidad en el tratamiento" (4%), que se produce por una gran variedad de situaciones, como la ausencia de un domicilio fijo, costo económico de medicinas, etc. Destacar que tanto antes, como durante el tratamiento, el costo económico en las medicinas se incluye dentro de esta barrera denominada "imposibilidad del tratamiento". Sin embargo, en el tercer momento, sí que las respuestas de las organizaciones la identifican como barrera clara e individual, que se vuelve insalvable a la hora de un tratamiento.

- **Desde los profesionales (4%) tenemos:**
 - **Discriminación aspecto físico (4%).** Aquí volvemos a tener el rechazo en la prestación del servicio por el aspecto físico, el porcentaje que tenemos durante esta fase del tratamiento, es inferior al momento previo a la atención (Primer momento), que alcanza un (10%). Sigue alarmando que también durante el tratamiento se produzcan barreras y obstáculos desde el ámbito de los profesionales de la salud.
- **Desde las personas (6%) tenemos:**
 - **Rechazo al tratamiento (6%)** En algunos casos las personas sin techo rechazan el tratamiento que les ofrecen los profesionales de la salud, por desconfianza, negándose a ciertos tratamientos ante la enfermedad que sufren.

GRÁFICO: Dónde se producen las barreras DURANTE tratamiento.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

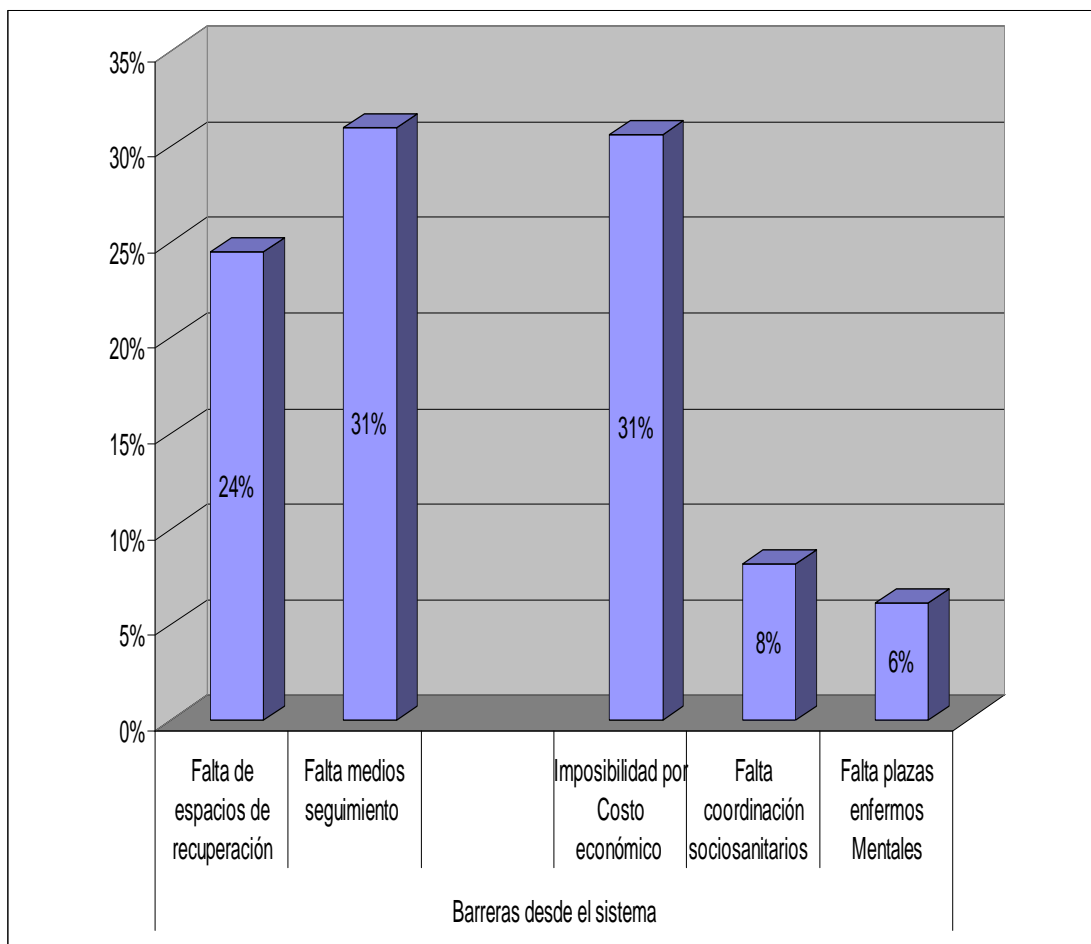
❖ **C) << Tercer momento: Convalecencia y rehabilitación >>**

Ahora pasaremos al análisis del tipo de barreras que se producen en el último momento, que sería lo que denominamos "convalecencia y rehabilitación" de las enfermedades que padecen las personas sin techo, además, volveremos a presentar de manera desglosada los distintos obstáculos y barreras. Sólo indicar que en este tercer momento, los cuestionarios únicamente indicaron que las barreras procedían del sistema.

○ **Desde el sistema (100%):**

- **Falta de espacios de recuperación (24%).** La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de recuperación de las personas. Esta situación aparece recogida como una barrera determinante a la hora del seguimiento y tratamiento de ciertas enfermedades con las personas sin techo.
- **Falta de medios para seguimiento (31%).** Desde luego constituye un error, no tomar en cuenta la situación en que viven las personas sin techo a la hora de que se produzca el alta hospitalaria. Muchos tratamientos eficaces se basan en la premisa de que la persona sea capaz de cuidarse a sí misma, es decir, que cumpla ciertos estándares de higiene y que siga una cierta dieta. En el caso de las personas sin techo, no se puede suponer que tendrán acceso a un techo ni a una alimentación sana durante todos los días, por lo que no contemplar estas condiciones significará que la persona probablemente vuelva a recaer.
- **Imposibilidad por costo económico (31%).** El precio de los medicamentos y en algunos casos de aparatos necesarios para el tratamiento, constituye en nuestro país para las personas sin techo un escollo insalvable. Señalar el % tan elevado que representa esta barrera, y las repercusiones que tiene para las personas que no puedan acceder a la debida medicación, y que se convierten en un obstáculo a la hora de acceder a la salud.
- **Falta de coordinación sociosanitaria (8%).** De nuevo se vuelve a repetir esta barrera, que es del (16%) en un primer momento y del (7%) en un segundo momento. Es evidente que dar un alta hospitalaria, sin tomar en cuenta las condiciones socio sanitarias del paciente (sin familia, sin vivienda, sin trabajo, etc) hará imposible seguir con los debidos cuidados y tratamiento que requiere la recuperación. Una deficiente coordinación sociosanitaria provocará, que sin soporte comunitario alguno la persona recaiga en su enfermedad.
- **Falta de plazas enfermos mentales (6%).** Los dispositivos para hacerse cargo de las personas con enfermedades mentales son insuficientes e inadecuados, suelen tener largas listas de espera. Determinadas enfermedades mentales requieren que la persona reciba de manera regular un tratamiento, sin embargo, su situación social hace que sea imposible.

GRÁFICO: Las barreras Convalecencia y rehabilitación.



Fuente Propia: Cáritas Española
Campaña Sin Techo 2007

9.- La Exigibilidad del Acceso al Derecho de Salud.

"Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa"
Mahatma Gandhi⁷⁴

La salud es un derecho consagrado en numerosos tratados internacionales, y también en nuestra Constitución de 1978. El no poder acceder a este derecho, tal y como ocurre con las personas sin techo, constituye una violación flagrante, y muestra las contradicciones de nuestro sistema público sanitario, que oficialmente, pretende cubrir las necesidades sociales de toda la ciudadanía, por medio de un

⁷⁴ Mahatma Gandhi, político y pensador indio (1869-1948).

sistema configurado a través de la Administración del Estado, Comunidades Autónomas (CCAA), y Corporaciones Locales (Ayuntamientos). Este derecho significa "disfrute de toda una serie de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud". Nuestras Administraciones Públicas (nacional, autonómica y local) tienen que luchar contra todas las barreras y obstáculos que hemos señalado a la hora del acceso (antes, durante y después) a la salud. Ellos son los máximos responsables de promover un adecuado marco legal, que permita la canalización de los debidos recursos humanos, técnicos y financieros para la prevención, la atención básica y la integración de estos ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. La salud como derecho y libertad fundamental inalienable de cualquier persona, propugnada por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales, ratificado por la normativa europea y por nuestra Constitución, no son negociables. Por tanto, su exigibilidad judicial sería imprescindible si queremos garantizar un adecuado acceso de los colectivos más vulnerables a este derecho.

- Los **tratados internacionales** reconocen a este derecho social una vinculación con el principio de justicia social, en cuanto protección de los más débiles, para la realización de sociedades más igualitarias y justas.

❖ **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales:**

Artículo 12: "Los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- e. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas..."
- f. "La creación de las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad."

❖ **Declaración Universal de Derechos Humanos:**

Artículo 25, párrafo 1: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

- Las **acciones comunitarias** complementan las políticas nacionales en materia de salud, prevención de afecciones y enfermedades, información y educación. Sin embargo, no olvidemos que la organización de los servicios sanitarios y la asistencia son competencia exclusiva del Estado español.

❖ Tratado de la Constitución Europea:

Artículo 152 TCE: “Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. La acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias”

- El análisis del articulado recogido en **nuestra constitución** nos permite concluir como el estado conserva las competencias exclusivas para la “regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”.

❖ Constitución Española:

Artículo 43.1 CE: “Reconoce el derecho a la protección de la salud”

Artículo 43.2 CE: “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”

Artículo 148 CE: “Las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en las siguientes materias:”

21. “Sanidad e higiene”.

Artículo 149.1.1ª CE: “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:”

1. “La regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales”

Artículo 149.1.16ª CE: “El Estado tiene competencia exclusiva sobre las siguientes materias:”

16. “Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos”.

- Sin duda, la norma más importante en materia de salud es la **Ley 14/1986, Ley General de Sanidad (LGS)**, que supuso un cambio sustancial en el sistema sanitario español, ya que permitió la creación de un sistema nacional de salud (SNS) unificado y desvinculado de la seguridad social tal

y como se recogía en la constitución. Esta Ley General de Sanidad expone que la atención a la salud es universal, por consiguiente, las personas sin techo deberían beneficiarse de la misma asistencia sanitaria que el resto de la población. Nuevas realidades exigen nuevos servicios sanitarios, esto se constata en las necesidades del colectivo sin techo, que se encuentran recogidas en los cuestionarios en el tercer momento de la atención sanitaria, destacar las implicaciones para su salud en la población inmigrante en situación irregular, ya que únicamente son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria los sin techo españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

❖ **Ley General de Sanidad:**

Artículo 1, LGS: "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".*

El Estado se encuentra obligado a *respetar* este derecho, previendo toda violación, barrera u obstáculo en el acceso, no solo desde la administración central, sino autonómica y local. Las reglas constitucionales de distribución territorial y que afectan a la salud, no deberían significar falta de acceso, sino todo lo contrario. Así que por un lado deberían existir dos tipos de acciones:

1. *Crear mecanismos judiciales y administrativos ágiles, que garantizaran a personas en situación de exclusión exigir este derecho con facilidad.*
2. *Y, decisiones presupuestarias públicas (centros de salud, unidades de convalecencia, equipos móviles de salud mental, provisión y/o compra de medicamentos), que permitiesen una inversión mayor en el acceso debido a los beneficios de la sanidad sin discriminación de ningún tipo. La salud tiene que llegar a toda la sociedad, y con mayor necesidad a los sectores más excluidos, entre los que se encuentran los sin techo.*

10.- ¿Qué pedimos?

Las organizaciones promotoras de la Campaña Sin Techo 2007 -Cáritas Española, FACIAM y FEANTSA ESPAÑA- exigimos una serie de medidas a las autoridades públicas, al servicio de salud, a los medios de comunicación, y a la

sociedad en general, para que los Derechos Humanos se conviertan en la agenda que promueva una ciudadanía, que tenga por objetivo último y horizonte, hacer realidad un Derecho de Salud para todos y todas. Las personas sin techo como CIUDADANOS y CIUDADANAS DE PLENO DERECHO, en una situación de indefensión y vulnerabilidad, tienen que ser atendidas por las Administraciones Públicas para brindar unos sistemas públicos de salud adecuados, con presupuestos/ recursos asignados a sanidad, y sin condiciones restrictivas de acceso, que permita a estas personas hacer real su condición de ciudadanos en el acceso normalizado a este derecho social.

Por ello, PEDIMOS:

- **A las autoridades públicas (nacionales, autonómicas y locales).**
 1. **Un Sistema Nacional de Salud Equitativo (universal, gratuito, y público):** Las personas sin techo se ven privadas de un adecuado acceso al sistema de salud, al ser obligados a cumplir con los mismos requerimientos, que el resto de población (por ejemplo: tarjeta sanitaria, DNI, domicilio, etc), desincentivándoles a acudir a los centros de salud, y viéndose obligados a recibir tratamiento en los servicios de urgencias. Es fundamental, que el gobierno ponga en marcha medidas que reduzcan estas dificultades, desarrollando estrategias que garanticen una «equidad en el acceso a la salud», es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, que en extensión y calidad, sean equivalentes a las de la población general.
 2. **Mayor coordinación entre las administraciones públicas:** Que permita una política sanitaria coordinada, que informe, asesore, analice, y brinde una cobertura técnica y social a las personas sin techo. Realizando estadísticas sobre las enfermedades más comunes dentro del colectivo, y las barreras que sufren en el acceso a la salud.
 3. **Mejorar el acceso de la población sin techo a la salud:** La obligatoriedad de pagar determinadas recetas médicas para tratamientos, o la dificultad en la compra de ciertos aparatos provoca una situación de indefensión entre las personas sin techo.
 4. **Desarrollar políticas relativas a la Salud Mental:** Aplicando específicamente medidas que garanticen la calidad y el adecuado acceso a las personas sin techo afectadas por trastornos psíquicos (esquizofrenias, trastornos de la conducta, y trastornos de la personalidad) a los servicios de salud, evitando que la pobreza, el abandono y la marginación sean los denominadores comunes que enmarquen las enfermedades mentales de las personas sin techo.
 5. **Promover respuestas eficaces al estigma y a la discriminación que sufren las personas sin techo:** Por medio de campañas de sensibilización entre la ciudadanía en general dentro de las ciudades, que promueva un trato no discriminatorio, ni estigmatizante de este colectivo en razón de sus enfermedades.

6. **Responder con una política migratoria adecuada en el acceso a la salud:** Que permita responder al fenómeno de la inmigración con acciones legales que permitan una adaptación de los mecanismos preventivos de salud, para evitar situaciones de exclusión social grave entre la población inmigrante sin regularizar, por medio de tarjetas provisionales que les permitan acudir a los Centros de Salud y tener acceso a los medicamentos.
 7. **Cambiar ordenanzas represivas o policiales:** Para centrarse en crear ordenanzas con medidas y acciones de carácter social, que muestren la relación "causa – efecto" entre su estado de "salud" y la situación de "pobreza".
- **Al Servicio de Salud.**
8. **Formación del personal sanitario:** Las Administraciones sanitarias deberán formar en áreas como la psiquiatría, psicología clínica, drogodependencias, y alcoholismo, que intenten prevenir un trato discriminatorio de los profesionales a las personas sin techo.
 9. **Priorizar las citas de personas sin techo derivadas desde los centros de inserción social:** De cara a iniciar cuanto antes un proceso de inserción y promoción personal, así como una contención y reducción de daños.
 10. **Establecer recursos intermedios:** Que permitan el tratamiento, rehabilitación y los cuidados sanitarios debidos a las personas sin techo, por medio de recursos residenciales cuyo objetivo sea la rehabilitación progresiva en instituciones de transición donde se aprenda a romper su dependencia del medio protector del hospital (unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, Hospitales de Día, etc)
 11. **Compartir información con los centros de inserción social:** La información debería ir del centro de salud a los centros de inserción, y de manera recíproca del centro de inserción a los centros de salud, para trabajar de manera coordinada con la persona sin techo para abordar determinados problemas de salud de manera integral.
 12. **Mejorar el trato y la atención al enfermo:** Alargar los tiempos en los que el médico está con el enfermo, procurando una atención más integral, y ofreciendo más tiempo de escucha que permita mejorar la calidad del servicio prestado.
 13. **Necesidad de traductores.** Las personas inmigrantes que no conocen el idioma tienen muchas dificultades para comunicarse. El traductor se vuelve una herramienta imprescindible del médico a la hora de realizar un diagnóstico del estado de salud que tiene el individuo
 14. **Mayores medios para enfermedades mentales:** En relación a los programas de salud mental en la atención primaria, seguimos sin una homologación de los profesionales. Además, el tratamiento de las enfermedades mentales con las personas sin techo, necesita crear una estrategia más ambiciosa y adecuada en este sentido con un modo de intervención más flexible y ligado a la calle.

15. Desarrollar medidas innovadoras en el acceso a la salud: Como por ejemplo programas de: Auto cuidados, equipos itinerantes de ayuda en la calle, red de acompañantes voluntarios para enfermos mentales, etc.

16. Acceso a las tarjetas sanitarias: Desarrollar una política a nivel nacional, autonómica y local, que permita otorgar "tarjetas sanitarias" a las personas sin techo tomando en cuenta sus circunstancias personales.

□ **A los medios de comunicación.**

17. Adoptar tratamientos periodísticos honestos: Que sean capaces de abordar la situación de las personas sin techo desde una óptica amplia, tomando en cuenta su situación, y elaborando un planteamiento que haga compatible el tratamiento informativo, con una imagen positiva y digna de este grupo social.

18. Creación de mensajes positivos: Que luchen contra la discriminación y estigma que sufren estas personas debido a las enfermedades (físicas, mentales, drogadicción, alcoholismo, etc) que sufren, creando en la ciudadanía española imágenes que luchen contra estereotipos sociales de conductas "desviadas contra la convivencia".

□ **A la Sociedad Civil.**

19. Complementar la acción del estado y las administraciones públicas: Por medio de pactos con el Estado, las empresas, y el resto de organizaciones e instituciones que desarrollen acciones e iniciativas, tendentes a promover acciones de inclusión social, para llegar adonde éstas no alcanzan con las personas sin techo.

11.- Bibliografía.

La relación bibliográfica de la documentación utilizada, está a disposición de cualquier persona física u organización, previa solicitud a los Servicios Generales de Cáritas Española⁷⁵:

Informes y documentos de trabajo:

- Documento Base, Campaña Sin Techo 2005 "Los dos viven en la calle pero sólo uno es de piedra. Un techo por derecho", Cáritas Española 2005.
- Informe Campaña contra el frío, Madrid, 2005-2006, Dirección General de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
- Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco, Respuestas a las necesidades básicas de las personas Sin Hogar y en Exclusión grave, Mayo 2006.

⁷⁵ Solicitar a Cáritas Española, Área de Análisis Social y Desarrollo, Equipo de Recursos e Itinerarios, correo electrónico: sbarciela.ssgg@caritas.es, Teléfono: 91 444 1334

- Informe de noticias sobre Personas Sin Hogar", enero a junio 2006, Red Nacional de Entidades que trabajan con personas Sin Hogar (ENRED), Iñigo Arranz.
- Informe de noticias sobre Violencia directa e indirecta contra las personas Sin Hogar, enero a junio 2006, Centre d'Accollida Asís.
- Informe "Personas Sin Techo en Madrid" Diagnóstico y propuesta de actuación 2003, Universidad de Comillas, Pedro Cabrera.
- Informe de la tipología europea Sin Hogar y exclusión social (ETHOS), 2005.
- Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las regiones. Informe conjunto sobre protección social e inclusión social de 2006.
- Annual European report 2006: "The right is a Human Right: Ensuring Access to Health for People who are Homeless", FEANTSA
- Informe Anual de España 2006: "Salud y Sinhogarismo", FEANTSA.ESPAÑA
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo 2007
- Documentación Social, nº 142, "La cooperación al desarrollo y la construcción de la Paz", Sección Tribuna Abierta: "La Salud Mental entre la Población Excluida de la Diócesis de Madrid". Raúl Flores y Mercedes Ruiz Cubero. Cáritas Española 2002.
- Documentación Social, nº 127, "La Salud y la Equidad" Cáritas Española.
- Estudio sobre el perfil social, demográfico y sanitario de las personas sin hogar, Cáritas Diocesanas de Canarias.
- Estudio de las Personas con enfermedad mental atendidas en los centros y fundaciones de Cáritas, 2005, Plataforma Diocesana de Salud Mental, Cáritas Diocesana de San Sebastián.
- "La Salud Mental entre la población excluida de la diócesis de Madrid", Equipo de investigación sociológica (EDIS), Cáritas de Madrid 2005.
- Libro verde de la Comisión Europea: «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental», 2005.
- Resolución del Parlamento Europeo: «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental», 2006.
- Informe del Parlamento Europeo 2006: <<Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental>>
- Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria, Vol 3, nº 2, "Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos". Manuel Muñoz López, José Juan Vázquez Cabrera, Sonia Panadero Herrero y Carmelo Vázquez Valverde.

- Los Límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid. Manuel Muñoz, Carmelo Vázquez y José Juan Vázquez. 2002
- Situaciones de emergencia e intervención en períodos de crisis en las grandes ciudades del estado español, Informe Anual, FEANTSA.ESPAÑA 2005.
- Grupo de Trabajo sobre el Empleo de FEANTSA <<Múltiples barreras, múltiples esfuerzos>>: Barreras al empleo y soluciones para las personas sin hogar, Septiembre 2006, Linda Butcher, Off the Streets and Into Work
- Familia, Infancia y Privación Social, Estudio de las situaciones de pobreza en la infancia, Colección de Estudios FOESSA, 2006.
- Informe "La Construcción del Empleo Precario. Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral", Colección de Estudios FOESSA y Cáritas Española, 2007.
- Los Rostros de la Pobreza en Europa, La necesidad de políticas orientadas hacia la familia, 2º informe sobre la Pobreza en Europa, Bruselas, febrero 2004.
- Un Techo y un futuro, buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar, Pedro Cabrera (dir.), Graciela Malgesini, J. Antonio López.
- Informe de la Organización Panamericana de la Salud, 2003. "Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/ SIDA en el Sector de Salud"
- Artículo "Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un marco conceptual e implicaciones para la acción", por Peter Aggleton, Richard Parker y Miriam Maluwa.
- El tratamiento del VIH/SIDA en los medios de comunicación escritos españoles: ABC, El Mundo, El País, El Periódico, La Vanguardia (Octubre 2005-Marzo 2006) Observatorio de Comunicación i Salut InCom-UAB.
- Homelessness and mental illness: a brief history. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
- Marshall M. European perspectives. Introduction to european chapter. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
- Protección jurídica de las personas en situación de exclusión, marco general, Cáritas Española, 2001.

Ponencias y Encuentros:

- Cáritas Española, SEMINARIO "SALUD MENTAL Y EXCLUSIÓN", El Escorial, 15-16 Diciembre 1997
- Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales que se realizó en agosto de 2005, en México, D.F., Artículo "El derecho a la no discriminación como una alternativa de acceso a los derechos sociales", Carlos de la Torre Martínez.

Memorias:

- Memoria Socio Económica y Laboral, Consejo Económico y Social (C.E.S), 2005.

Estadísticas:

- Encuesta de Personas Sin Hogar-Centros, Instituto Nacional de Estadística (INE), 2003.
- Encuesta de personas Sin Hogar- Personas, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y, en colaboración con el Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), 2005.
- Encuesta sobre las Personas Sin Hogar-Centros 2006 (EPSH-06)

Revistas de Prensa:

- Revista Cáritas Española, "La modernización de la estrategia europea y el encubrimiento de la pobreza", nº 469, de marzo 2006, Víctor Renes.

Dirección de Páginas Web:

- Banco de España.
www.bde.es
- Cáritas Española.
www.caritas.es
- Centro de Investigaciones Sociológicas.
www.cis.es
- Consejo Económico y Social-CES.
www.ces.es
- Federación europea de organizaciones que trabajan con Personas sin hogar- FEANTSA.
www.feantsa.org
- Instituto Nacional de Estadística –INE.
www.ine.es
- Red europea contra la pobreza y la exclusión social- EAPN:
www.eapn-es.org
- Red Internacional para la paz y el desarrollo.
www.trascend.org
- Red Nacional de Entidades que trabajan con personas Sin Hogar-ENRED:
www.enredpsh.org

12.- ANEXOS.

**CUESTIONARIO
CAMPAÑA SIN TECHO 2007**

❖ **1. ORGANIZACIÓN/ ENTIDAD:**

❖ **2. Localidades objeto análisis:**.....

❖ **3. ¿Qué enfermedades según vuestra experiencia son más comunes a las Personas Sin Hogar (PSH)? MARCA CON UNA X** aquellas enfermedades que sufran las PSH, pueden ser varias. Además, jerarquiza su frecuencia entre 1 y 7. Las enfermedades más habituales (1) y las que menos (7)

- Para enfermedades orgánicas crónicas
- Para enfermedades orgánicas temporales
- Para enfermedades Psíquicas crónicas
- Para enfermedades Psíquicas temporales
- Para enfermedades terminales
- Para Alcoholismo
- Para Toxicomanía
- Para Ludopatía/ otras adicciones
- Enfermedad infecto – contagiosa

Podrías escribirnos cuáles son las enfermedades más comunes en cada uno de estos aspectos, pueden ser varias en cada punto:

- Orgánicas:**

- Psíquicas:**

- Infecto-contagiosas:**

❖ **4. ¿Cómo definiría la COBERTURA SANITARIA en su localidad para las Personas Sin Hogar?: (MARCA CON UNA X)**

- Muy escasa
- Escasa
- Ni amplia ni escasa
- Amplia
- Muy amplia

- **Podrías explicar brevemente, por qué es así:**

❖ **5. ¿Existe dificultad para acceder a los recursos de Salud por parte de las personas sin hogar que se encuentran en situación de exclusión social en su territorio?: (MARCA CON UNA X)**

- ✓ Muy regularmente
- ✓ Regularmente
- ✓ Pocas veces
- ✓ Nunca

- Podrías explicar brevemente, cuáles son las dificultades:

❖ **6. ¿Cuáles dirías tú que son los problemas en la atención a las personas sin hogar?: (MARCA CON UNA X todos los problemas, pueden ser varios. Además, jerarquiza según su frecuencia con un número entre 1 y 7. Los problemas más habituales serán (1) y los que menos (7)**

- ✓ No les dan medicamentos apropiados
- ✓ Dificultad en la atención por ausencia de profesionales especialistas
- ✓ Poco personal en general
- ✓ Largos plazos de tiempo
- ✓ No realizan derivación
- ✓ Recursos muy restrictivos
- ✓ Existen escasez de recursos para enfermos mentales
- ✓ Otros

- Podrías explicar brevemente por qué se dan, a tu juicio, las mayores dificultades:

❖ **7. ¿Cuáles son los problemas en la atención a las personas sin hogar en estos tres momentos?:**

• **7. A) Antes de ser atendido/ en el acceso al Servicio.**

- Tipo de Problemas presentados:
- Explicar brevemente por qué se producen:
- Que soluciones planteas ante estos problemas:

• **7.B) Durante el tratamiento de la Persona / en un Centros de Salud/ Hospital/ etc.**

- Tipo de Problemas presentados:



- Explicar brevemente por qué se producen:
- Que soluciones planteas ante estos problemas:
- **7.C) Después del tratamiento de la Persona / convalecencia/ medicación/ etc.**
- Tipo de Problemas presentados:
- Explicar brevemente por qué se producen:
- Qué soluciones planteas ante estos problemas:
- ❖ **8. ¿Podrías indicarnos brevemente un caso real en cada una de estas situaciones?:**
 - **8. A) CASO REAL: Antes de ser atendido/ en el acceso al Servicio.**
 - **8.B) CASO REAL: Durante el tratamiento de la Persona / en un Centros de Salud/ Hospital/ etc.**
 - **8.C) CASO REAL: Después del tratamiento de la Persona / convalecencia/ medicación/ etc.**
- ❖ **9. ¿Qué propondrías frente a estos problemas que has detectado antes, durante y después del tratamiento?**
- ❖ **10. ¿Conoces alguna experiencia que el acceso y la atención que se haga a las Personas Sin Hogar, que sea una buena práctica? ¿Dónde?**

¿Podrías explicarla brevemente?
- ❖ **11. ¿Qué propuestas o soluciones crees que deberíamos hacer aprovechando la Campaña Sin Techo 2007?**

