

**SÍNTESIS**  
**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  
Equipo Recursos e Itinerarios

**Lema:** *"Por una salud digna para todos"*

**Día:** *25 de Noviembre de 2007*

**Organizan:** *Cáritas Española, FACIAM y FEANTSA ESPAÑA*

**Subvenciona:** *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia*

## 1.- Introducción.

Este año el lema del Día de los Sin Techo 2007 -Por una Salud Digna para todos- quiere denunciar las barreras que las Personas Sin Hogar (PSH) sufren en el acceso a la Salud, como pérdida de ciudadanía. La inexistencia de Sistemas públicos adecuados de Salud, la insuficiencia de los presupuestos/ recursos asignados a la sanidad, y las condiciones restrictivas en los servicios, limitan el acceso normalizado a este derecho social a las personas sin hogar.

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

Según el preámbulo de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad". La protección de la salud abarca al individuo y a sus circunstancias de manera global.

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

### \* ¿Qué ocurre en el ámbito internacional?

Los problemas de salud agrandan la brecha económica a nivel mundial, y afectan especialmente a los colectivos más desfavorecidos (niños, ancianos y mujeres). Destaca la enorme relevancia de las enfermedades mentales:

- El 10% de población mundial (10%), más de 450 millones de personas, padecen graves enfermedades neurológicas, mentales, y trastornos de conducta.
- El índice de intentos de suicidios, se calcula entre 20 y 60 millones de personas cada año,
- Mueren más personas en el mundo por suicidio, 1 millón, que por guerras u homicidios. Y, el 90% de estas muertes están relacionadas con trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia y el alcoholismo.

### \* El Marco de la Salud en el ámbito europeo.

En la Unión Europea la Salud es un derecho fundamental, que no depende exclusivamente de políticas sanitarias; sino de acciones en otros campos, como el social, económico y el medioambiental. Resaltar la incidencia que también están teniendo las enfermedades mentales, y que afectan a todos los ciudadanos de la UE directa o indirectamente:

- 1 de cada 4 sufren un episodio importante de enfermedad mental en su vida
- 18,4 millones padecen cada año una depresión importante
- Unos 58. 000 ciudadanos se suicidan cada año, cifra que supera las muertes anuales por accidentes de carretera o por VIH/sida. El número de personas que lo intentan es diez veces superior.
- Los costos económicos de estas enfermedades mentales significan entre un 3% y 4% del PIB en la UE.

**\* Mirando para casa.**

En España el derecho a la salud es un derecho básico de todos los ciudadanos y ciudadanas, reconocido constitucionalmente y desarrollado en la Ley General de Sanidad de 1986. La Salud es un elemento fundamental para la cohesión social y la justicia distributiva en España. También, en nuestro país, la enfermedad mental tiene un lugar preferente:

- Se cree que el 9% de la población padece en la actualidad algún tipo de trastorno mental, y el 15% lo padecerá a lo largo de su vida.

<<El Derecho de Salud Equitativo>>

La equidad obliga al Estado a garantizar la universalidad, gratuidad y el acceso de este derecho, a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente, a los más desfavorecidos.

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

Las “características de la pobreza” en nuestro país son “invisibilidad”, “persistencia”, y “transmisión generacional”. El despegue económico no ha producido distribución, sino, un aumento de la precariedad laboral (tasa de empleo temporal 33, 8%). Los “pobres invisibles” son obreros sin trabajo, jóvenes con empleos temporales, mujeres con hijos a su cargo, inmigrantes, ancianos y niños.

Según el Equipo de Investigación de la Universidad de Extremadura a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida (2005):

- Los pobres son 8,704.835 personas (19,47% población), y ganan menos de 6,346.8 euros al año (pobreza relativa). 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 como 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.**

Aunque no hay voluntad política para consensuar un concepto común, entre instituciones públicas y privadas, se está produciendo un cambio en la terminología, motivado por una mayor heterogeneidad (mujeres, jóvenes e inmigrantes) y conocimiento del colectivo.

- *Persona Sin Techo*: Define a la persona sólo por la ausencia de espacio físico. Son los que están literalmente en la calle, es decir, viven en espacios públicos abiertos, a veces, en albergues nocturnos (cerrados durante el resto del día),

- *Persona Sin Hogar*: Se refiere a elementos relacionales, emocionales, familiares o de salud de las personas, que no pueden acceder a un “alojamiento digno”, por razones económicas u otras barreras sociales. Este concepto muestra la “realidad de exclusión social residencial” en nuestro país.

Si hablamos de personas sin hogar, se quedan cortas las cifras de 30,000 personas sin techo y 273.000 en infraviviendas. En la Unión Europea se estima que hay alrededor de 3,000.000 de personas sin hogar y otros 15,000.000 que habitan en viviendas precarias.

## **6. Salud y Sinhogarismo.**

Los problemas de salud pueden provocar la exclusión (causa), o aparecer después (efecto), en ambos casos, las personas sin hogar ven reducida su esperanza media de vida en 20 años respecto el resto de la población. La incidencia de enfermedades es mayor en las mujeres (49,8%), que en los hombres (36,4%). Estos problemas que se producen de manera simultánea, podemos clasificarlos en:

**A) Problemas Salud física:** El grupo de personas sin hogar sufre entre 2 y 50 veces más problemas de salud físicos que la población en general. Los más frecuentes son: heridas no tratadas (úlceras), lesiones físicas, enfermedades respiratorias (bronquitis, asma,..), de la piel (pediculosis y sarna), de huesos, cardiacas, problemas dentales y de pies. Éstos son resultado de sus hábitos y condiciones de vida donde:

- Una dieta deficiente y el poco descanso provoca un debilitamiento general
- Y, la falta de alojamiento hace que estén a merced de las inclemencias meteorológicas y expuestos, a focos de infección por la falta de higiene.

**B) Problemas Abuso de sustancias:** Otra realidad presente es el consumo de: <<Alcohol>>:

- Sin consumo de alcohol (40,8%)
- Con algún tipo de consumo (57,5%).

Las enfermedades asociadas a su consumo son: hepatitis, cirrosis alcohólica y pancreatitis alcohólica, e incluso aumenta el riesgo de padecer tuberculosis y hepatitis.

<<Drogas>>: El 41,5% ha consumido alguna vez drogas.

- Han cambiado las tasas en los consumo de “drogas marginales” (5,8% heroína), a otras más asociadas a la juventud (marihuana 48,5%, cocaína 19,4% y otro tipo de drogas 4,1%).

Las enfermedades asociadas al consumo dependerán del tipo de sustancia si es Cannabis (depresión, ansiedad y esquizofrenia), otras drogas vía intravenosa riesgo de hepatitis y HIV.

Destacar en este último año el aumento de trastornos duales (esquizofrenia-trastorno por consumo de sustancias) entre los más jóvenes.

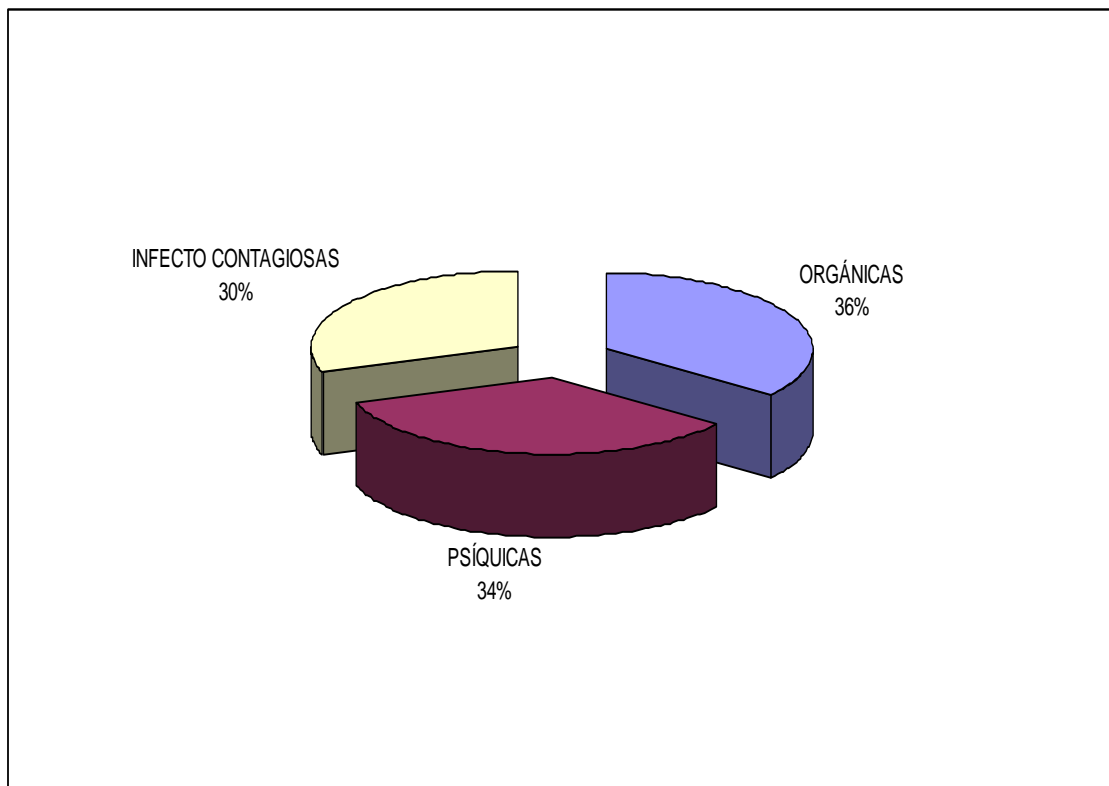
<<Tabaco>>

Aproximadamente un 70% *fuman* y la media de cigarros persona/día es de 20

**C) problemas Salud mental.**

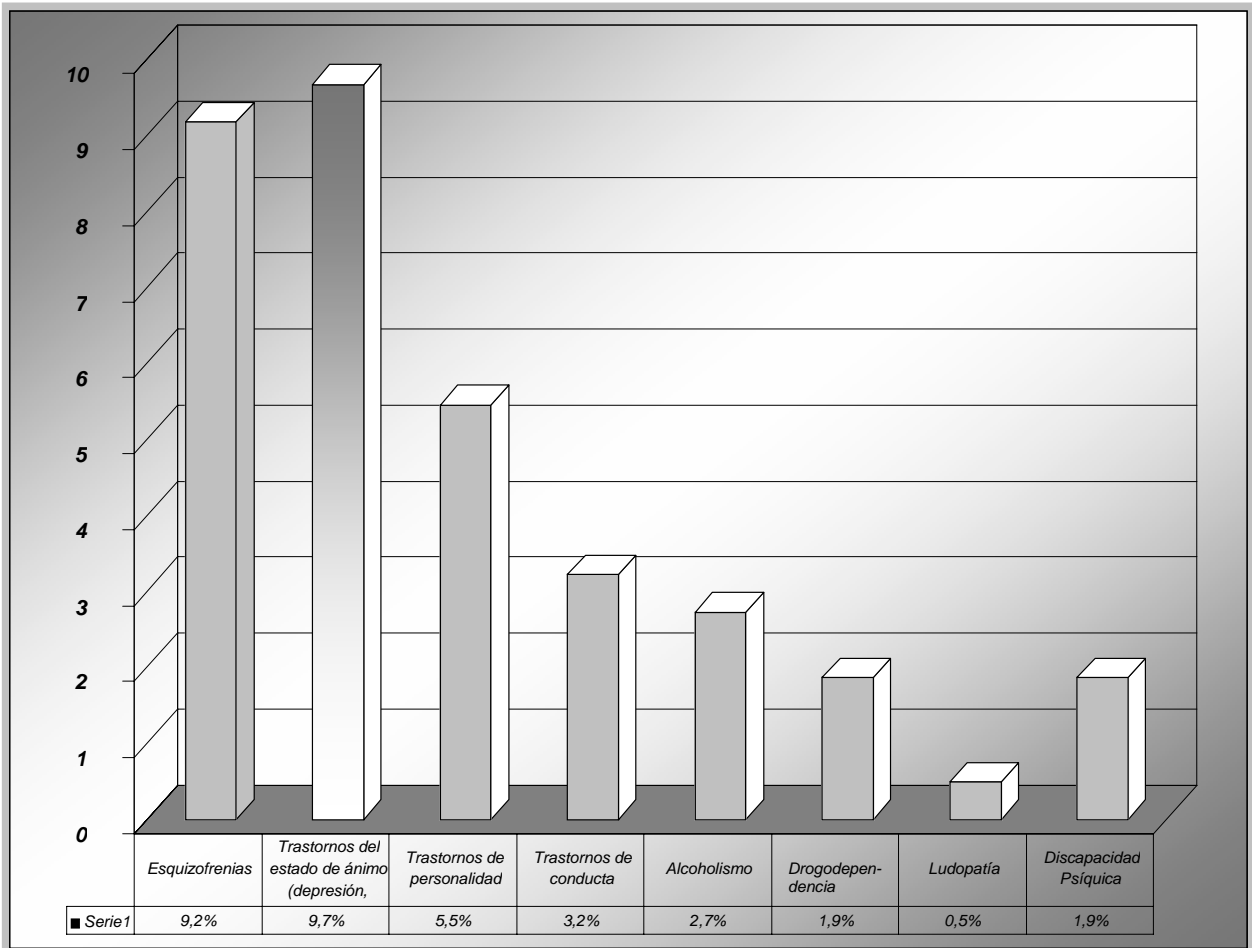
Según diversos estudios e investigaciones entre un 25% y 35% de las personas sin hogar sufren algún tipo de enfermedad mental. La tasa de prevalencia casi es el doble entre las mujeres. La enfermedad mental se agrava con el consumo de sustancias. Las enfermedades más comunes entre las personas sin techo son esquizofrenia, trastornos de personalidad, depresión, y dificultades de aprendizaje. Estos datos 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

**GRÁFICO: ENFERMEDADES MENTALES % DE PERSONAS SIN HOGAR.**



Fuente Propia: Cáritas Española  
 Campaña Sin Techo 2007

Los factores vitales estresantes que sufren las personas sin hogar conllevan muchas de las enfermedades mentales:

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

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

El estigma y la discriminación que sufren las personas sin hogar en razón de sus enfermedades, los convierten frente a la sociedad en “personas indignas”. La discriminación que sufren les limita el acceso al derecho de salud. Ocurre en muchas ocasiones que cuando las personas sin hogar 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. Estigma y discriminación interactúan de manera conjunta, uno se alimenta del otro y constituyen un círculo vicioso<sup>1</sup>, que tiene como resultado la violación de los derechos humanos en este colectivo. El gráfico muestra que el estigma y la discriminación se producen de manera conjunta, uno determina y condiciona el otro.

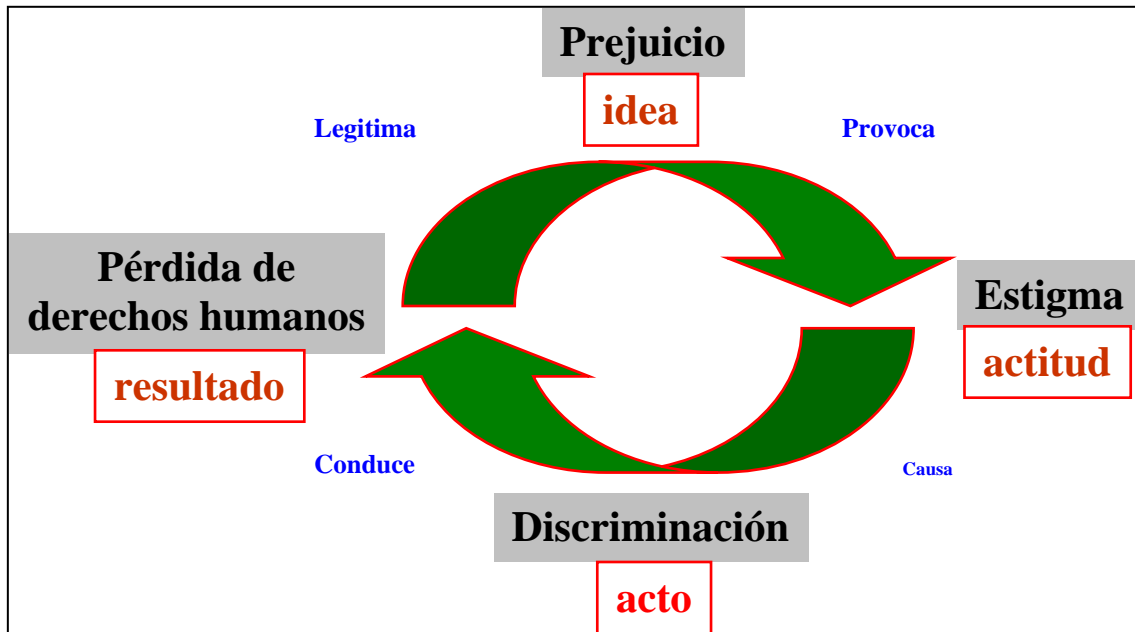


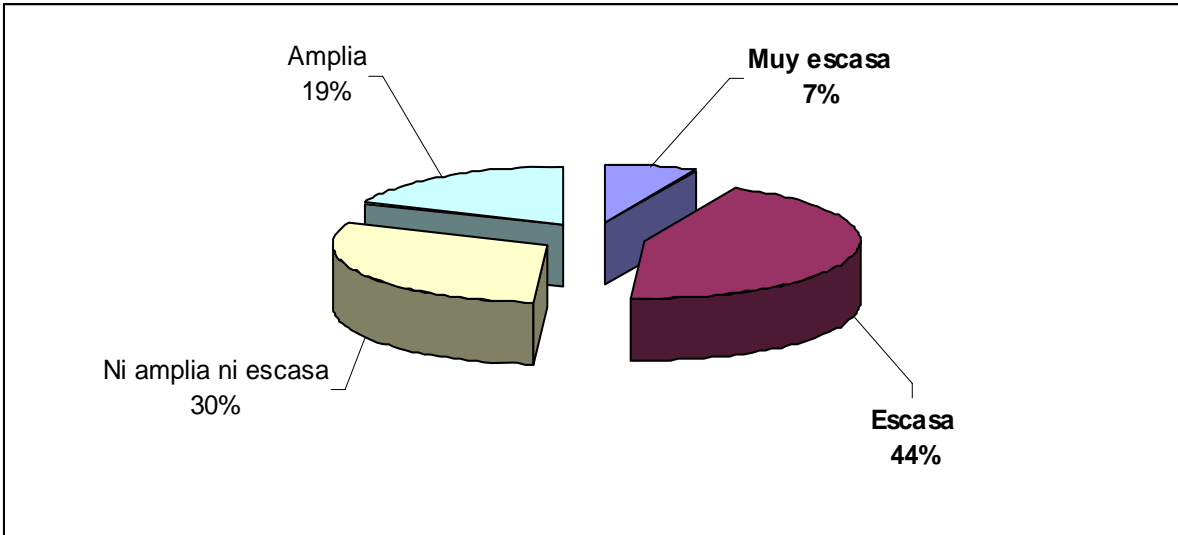
Gráfico: Estigma y Discriminación.  
 Fuente Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003

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

En el marco de la Campaña Sin Techo 2007, se ha realizado una labor de investigación en los centros, que ha mostrado como la falta de acceso en Salud define la vida de las Personas Sin Hogar (PSH). Esta situación de vulnerabilidad se agrava por un deterioro físico y psíquico, donde **en un 66% de las ocasiones las personas no tienen acceso al sistema de salud, y la cobertura sanitaria (calidad y amplitud) brindada es deficiente (51%)**. Ésta se debe a la ausencia de recursos para enfermos mentales (37%), situaciones administrativas legales (24%), servicios sanitarios no adaptados (19%), falta de coordinación sociosanitaria (15%), y discriminación de los Profesionales (5%).

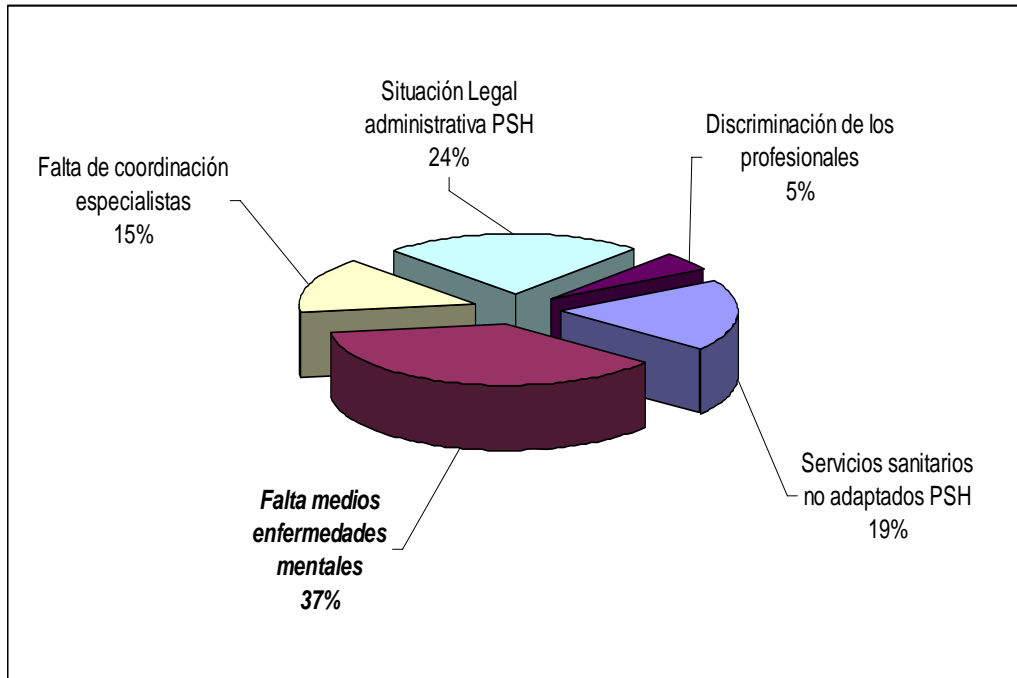
<sup>1</sup> Artículo: “Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción” Peter Aggleton, Richard Parker y Miriam Maluwa. Figura 2 “El círculo vicioso”

**GRÁFICO: COBERTURA SANITARIA PERSONAS SIN HOGAR**



Fuente Propia: Cáritas Española  
 Campaña Sin Techo 2007

**GRÁFICO: CAUSAS DEFICIENTE COBERTURA SANITARIA.**



Fuente Propia: Cáritas Española  
 Campaña Sin Techo 2007

Las principales **barreras en el acceso** que sufren las personas sin hogar tienen su origen en el sistema de salud en un (91%) de los casos, en los profesionales (5%), y en las propias personas sin hogar (4%).

❖ <<Desde el Sistema>>

- **Falta de información (3%)**. No saben qué médico les corresponde, y el proceso les resulta complejo y difícil.
- **Situación administrativa legal (13%)**. Aquellos que por sus circunstancias personales (desconocimiento, no están empadronados, carecen DNI, etc) carecen de tarjeta sanitaria para ser atendidos, sólo acceso por urgencias.
- **Idioma (2%)**. El hecho lingüístico es una barrera en el tratamiento sanitario.
- **Servicios Sanitarios no adaptados (14%)**. Horarios inflexibles en atenciones médicas, ausencia de domicilio fijo para asignarles médico, etc. Sin familiares ni amigos, situaciones hospitalarias diarias (lavar ropa, comprar artículos de limpieza, etc.) difíciles de obtener.
- **Falta de coordinación sociosanitaria (11%)**. Entre sistema de salud y servicios sociales en el acceso, tratamiento y alta hospitalaria. No tomar en cuenta las condiciones socio sanitarias (sin familia, sin vivienda, sin trabajo, etc) imposibilita los cuidados y tratamiento para la recuperación.
- **Listas de espera desintoxicación (5%)**. En tratamientos de desintoxicación con drogodependencias, alcoholismo, etc.
- **Falta de espacios recuperación (19%)**. Los recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en la recuperación. Muchos tratamientos se basan en la premisa de vivienda, y alimentación sana, no contemplar esta ausencia de condiciones significa que la persona volverá a recaer.
- **Falta de recursos para enfermos mentales (15%)**. Dispositivos insuficientes e inadecuados, largas listas de espera, imposibilidad en los tratamientos por su situación social.
- **Imposibilidad por costo económico (10%)**. El precio de los medicamentos y en algunos casos de aparatos para el tratamiento.

❖ <<Desde los profesionales>>

- **Discriminación aspecto físico (5%)**. Se niega la atención por el estado físico o la imagen (mal aseado, sucio, etc).

❖ <<Desde las personas>>

- **Bajo efectos de sustancias (1%)**. Cuando demandan atención o cura, bajo efectos de sustancias (alcohol o drogas).
- **Desconfianza hacia servicios sanitarios (1%)**. Experiencias negativas previas provocan rechazo e indiferencia hacia la atención.
- **Rechazo al tratamiento (2%)** Por desconfianza, negándose a ciertos tratamientos ante la enfermedad que sufren.

## 10.- ¿Qué pedimos?

Exigimos medidas eficaces para garantizar un acceso al sistema de Salud a todos y todas, especialmente, aquellas personas, CIUDADANOS y CIUDADANAS DE PLENO DERECHO, en situación de vulnerabilidad y exclusión.

- **A las autoridades públicas (nacionales, autonómicas y locales).**
  1. **Un Sistema Nacional de Salud Equitativo (universal, gratuito, y accesible):** Que garantice «equidad en el acceso a la salud» con una extensión y calidad, equivalente para todos los ciudadanos.
  2. **Desarrollar políticas en Salud Mental:** Medidas específicas para las personas afectadas con trastornos psíquicos en los servicios de salud.
  3. **Promover políticas contra el estigma y la discriminación:** Del colectivo en razón de sus enfermedades, por medio de Campañas de sensibilización.
  4. **Política migratoria en el acceso a la salud:** Medidas legales preventivas, que les permitan acudir a los Centros de Salud y tener acceso a los medicamentos.
- **Al Servicio de Salud.**
  5. **Formación del personal sanitario:** En áreas como psiquiatría, psicología clínica, drogodependencias, y alcoholismo, para prevenir el trato discriminatorio de los profesionales a las personas sin techo.
  6. **Priorizar citas de personas sin hogar:** De cara a iniciar un proceso de inserción y promoción personal, para la contención y reducción de daños.
  7. **Crear recursos residenciales intermedios:** Cuyo objetivo sea el tratamiento y la rehabilitación en instituciones de transición (unidades de Rehabilitación Psiquiátrica, Hospitales de Día, etc)
  8. **Coordinación sociosanitaria:** Entre el centro de salud y los centros de inserción, para abordar los problemas de salud de manera integral.
  9. **Mejorar la calidad del servicio:** Alargar tiempos de escucha y trato, para una atención integral, que permita mejorar la calidad del servicio.
  10. **Necesidad de traductores.** Como herramienta imprescindible a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento para las personas extranjeras.
  11. **Mayores medios en Salud mental:** Homologación programas de salud mental en atención primaria.
  12. **Estrategias adecuadas en Salud Mental:** El tratamiento de enfermedades mentales, necesita modos de intervención más flexibles y ligados a la calle (Equipos de calle, red de acompañantes para enfermos mentales).
  13. **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, etc.
  14. **Acceso a tarjetas sanitarias:** Para personas que por circunstancias personales (desconocimiento, no empadronados, falta de documentación de identidad, etc) carezcan de tarjeta sanitaria.

- **A los medios de comunicación.**
  - 15. Denunciar las dificultades en el acceso:** Con tratamientos periodísticos honestos que luchen contra el estereotipo de: “falta de tratamiento por conducta desviada”
  - 16. Crear mensajes que luchen contra la discriminación y el estigma:** Por las enfermedades que sufren físicas, mentales, alcoholismo, etc.
  
- **A la Sociedad Civil en General.**
  - 17. Complementar la acción del estado y las administraciones públicas:** Desarrollando acciones e iniciativas, tendentes a promover acciones de inclusión y respeto social.