



La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas

Desde hace ya varios años, **el acceso, sostén y garantía de Derechos fundamentales para las personas en situación de sin hogar ha sido el contenido, lema y sustento de las Campañas Nadie sin Hogar**. Este año 2013 hacemos referencia al **Derecho a la Salud**.

Entendemos que 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. 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.

Los problemas de salud pueden provocar la exclusión (causa), o aparecer después (efecto), en ambos casos, **las personas en situación de sin hogar ven reducida su esperanza media de vida en 20 años respecto el resto de la población**.

Para llevar a cabo nuestra labor de sensibilización e incidencia con la Campaña Nadie sin Hogar es fundamental pulsar y conocer el día a día que miles de personas viven, con dificultad, en el ejercicio pleno de este derecho. De ahí la necesidad de llevar a cabo este Estudio y contrastarlo, de manera especial, con el efectuado en 2007 por nuestra Confederación, para así poder valorar avances y retrocesos en su ejercicio.

Cuando ya estábamos sistematizando los resultados del informe, y siguiendo el camino de investigación, sensibilización y denuncia que Naciones Unidas (OMS) ha venido realizando (al considerar que **sólo actuando contra los determinantes sociales se puede llegar a una equidad sanitaria**¹); la oficina regional de Europa publicaba un informe ejecutivo² sobre dichos determinantes y la brecha de salud entre sus Estados, donde remarcaba, una vez más:

- Que en los últimos años **estas desigualdades en materia de salud se han generalizado, son más persistentes, innecesarias e injustas**, y la lucha contra ellas debe ser una prioridad en todos los niveles de gobierno en la Región.
- Que es necesario reflexionar y llevar a cabo la intervención **desde la mirada de derechos humanos**.
- Que es urgente abordar desde el ámbito político **la transformación de los determinantes sociales (pobreza, género, dependencia...)** con estrategias de prevención y erradicación.

¹ "Subsanar las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". Comisión sobre determinantes sociales de la Salud. OMS 2009

² "Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary" Regional Office for Europe. OMS 2013

Del lema en 2007 “Por una salud digna para todos. El alta médica es una mala noticia si vives en la calle” a “Nadie sin salud. Nadie sin hogar” en 2013.

Desde la primera Campaña de las Personas sin hogar (año 1992) ha sido una constante la reflexión, el análisis y la incidencia en el acceso, sostén y garantía de los derechos humanos que les corresponde a las personas en situación de sin hogar para poder tener y desarrollar una vida digna y plena.

En ese camino, tanto a nivel europeo (FEANTSA) como estatal, las entidades que formaban parte de la Campaña decidieron que el año 2007 era un momento clave para poner en medio de nuestra sociedad, de las Administraciones públicas, del trabajo de nuestras entidades, de nosotros mismos *el que las personas sin hogar 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.*

Y, entre otras acciones, llevaron a cabo un estudio sobre la salud y las personas sin hogar: Informe **Campaña sin techo 2007**³. Donde participaron⁴ 21 Cáritas Diocesanas y tres entidades españolas miembros de FEANTSA⁵ y se tuvo muy en cuenta los correlativos llevados a cabo por: las Cáritas Diocesanas de Canarias, Granada, Madrid y San Sebastián, y el Informe Anual FEANTSA 2006, titulado “El Derecho a la Salud es un Derecho Humano: Garantizar la Atención Sanitaria a las personas sin-techo”.

El objetivo principal de este estudio era **denunciar 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** utilizando para ello datos, cifras, estadísticas y relatos que nos mostrasen el acceso a la salud que tienen las personas sin techo.

En las páginas que siguen vais a encontrar toda esa información (datos, cifras...) que, en el presente **Informe de 2013**, utilizamos de soporte y contraste con el mismo objetivo que teníamos en 2007: **analizar la salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas utilizando dicho análisis para hacer una labor de sensibilización y denuncia ante la realidad de no ejercicio de dicho derecho humano.**

³ http://www.caritas.es/ghacemos_campanas_info.aspx?Id=559

⁴ Astorga, Bilbao, Canarias, Ciudad Real, Coria – Cáceres, Getafe, Granada, Huelva, Ibiza, Jaén, Jerez, Madrid, Málaga, Menorca, Mérida-Badajoz, Plasencia, Santander, Sigüenza-Guadalajara, Solsona, Toledo y Valladolid.

⁵ Arrels, Desenvolupament Comunitari y RAIS.

De ahí que, en la realización del estudio, los objetivos hayan sido:

1. Realizar **una comparativa con el Estudio** sobre salud en las personas en situación de sin hogar llevado a cabo en la Campaña “Por una salud digna para todos. El alta médica es una noticia”, **Campaña Sin Techo 2007**.
2. **Aproximarnos a la situación actual**, en referencia a su salud, de las personas en situación de sin hogar.
3. **Conocer las posibilidades de acceso a la sanidad por parte de las personas en situación de sin hogar**.

A tener en cuenta:

 **sobre la metodología** llevada a cabo en la recogida y sistematización de la información facilitada:

- Los cuestionarios han sido **completados por referentes** de las Cáritas Diocesanas miembros de la Red Confederada de Personas sin hogar de Cáritas.
- Han participado **35 Cáritas Diocesanas**⁶ pertenecientes a Asturias, Castilla-León, Cataluña, Euskadi, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, La Rioja, Andalucía, Baleares, Aragón, Galicia, Extremadura, Cantabria y Valencia.
- Se han completado **39 cuestionarios**.
- Temporalmente realizados en el **segundo trimestre de 2013**.
- El cuestionario contenía **22 preguntas** (muchas de ellas abiertas y con respuesta múltiple) en referencia a: **estado de salud, acceso a los recursos públicos de salud, reforma sanitaria, atención médica, principales problemas en la asistencia sanitaria y buenas prácticas**.

 Otro estudios e informes de referencia:

- **Encuesta del INE 2012** sobre Personas sin hogar.
- **Informe Anual FEANTSA 2006**. El Derecho a la Salud es un Derecho Humano: Garantizar la Atención Sanitaria a las personas sin-techo”.
- **Memoria 2011 Médicos del Mundo**.

⁶ Asturias, Ávila, Barcelona, Bilbao, Cádiz, Canarias, Ciudad Real, Coria-Cáceres, Cuenca, Getafe, Girona, Granada, Huelva, Huesca, Jaén, Jerez, La Rioja, Lleida, Madrid, Málaga, Menorca, Mérida-Badajoz, Mondoñedo-Ferrol, Orihuela-Alicante, Plasencia, Salamanca, Santander, Segorbe-Castellón, Sevilla, Sigüenza-Guadalajara, Tenerife, Teruel, Toledo, Valladolid y Zamora.

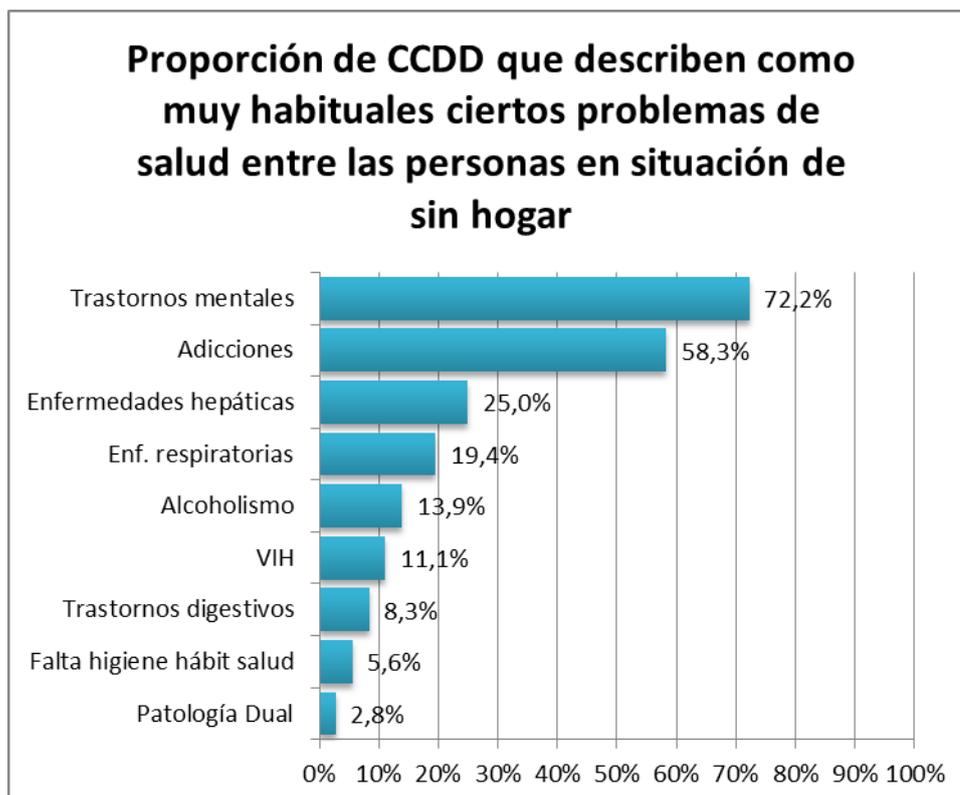
La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas:

Siguiendo los objetivos del informe, hemos desarrollado la información recogida en cuatro apartados:

- **Estado de salud** (física-orgánica, adicciones y salud mental).
- **Acceso a la salud** (estructural y efectos de la Reforma Sanitaria).
- **Atención médica** (dificultades de acceso. Especial referencia a los niveles de atención primaria, especializada y hospitalaria).
- **Experiencias significativas de acompañamiento en el derecho a la salud de las Personas en situación de sin hogar.**

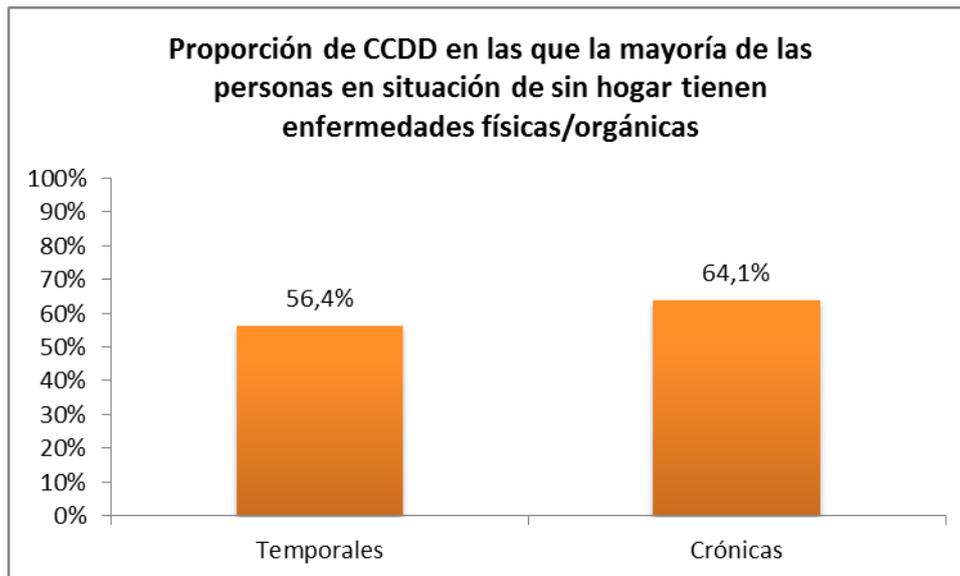
1. Estado de salud:

Hemos preguntado a nuestros referentes de la Red Confederal de Personas sin hogar cuál es información respecto al estado de salud de las personas que son acompañadas en nuestros recursos residenciales y acciones y, de forma genérica, afirman que **las enfermedades más habituales** son:



Enfermedad física/orgánica:

- Un **64,1% de las Cáritas Diocesanas** entienden que las personas en situación de sin hogar (PSSH) a las que acompañamos mayoritariamente **tienen enfermedades físicas/orgánicas crónicas**. Un alto porcentaje de las Cáritas entienden que también las tienen de forma temporal.



En nuestro **Informe Campaña sin Techo 2007**, además de constatar esta realidad, se incide en que **las condiciones de vida⁷ de las personas en situación de sin hogar 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

En la **Encuesta del INE 2012⁸** sobre Personas sin hogar, son las propias personas las que nos dicen:

⁷ Artículo "Personas Sin Hogar y Salud" Mercedes Portero y María Jesús Utrilla. Cáritas Española, Documentación Social nº 127

⁸ <http://www.ine.es/prensa/np761.pdf>

- ✚ El 58,6% de las personas sin hogar declara tener buena o muy buena salud, mientras que el **14,2% la percibe como mala o muy mala.**
- ✚ **La percepción del estado de salud es mejor en los hombres que en las mujeres.** El 60,7% de los hombres declara tener un estado de salud bueno o muy bueno, frente al 49,7% de las mujeres.
- ✚ **El 30,7% de las personas manifiesta tener alguna enfermedad crónica.** Cabe destacar la categoría de trastornos mentales en la que se ha clasificado el 16,6% de las personas con alguna enfermedad crónica. Estas enfermedades tienen mayor peso en las mujeres (22,3%) que en los hombres (15,0%)
- ✚ También es importante destacar que el **15,2% tiene alguna discapacidad reconocida.**

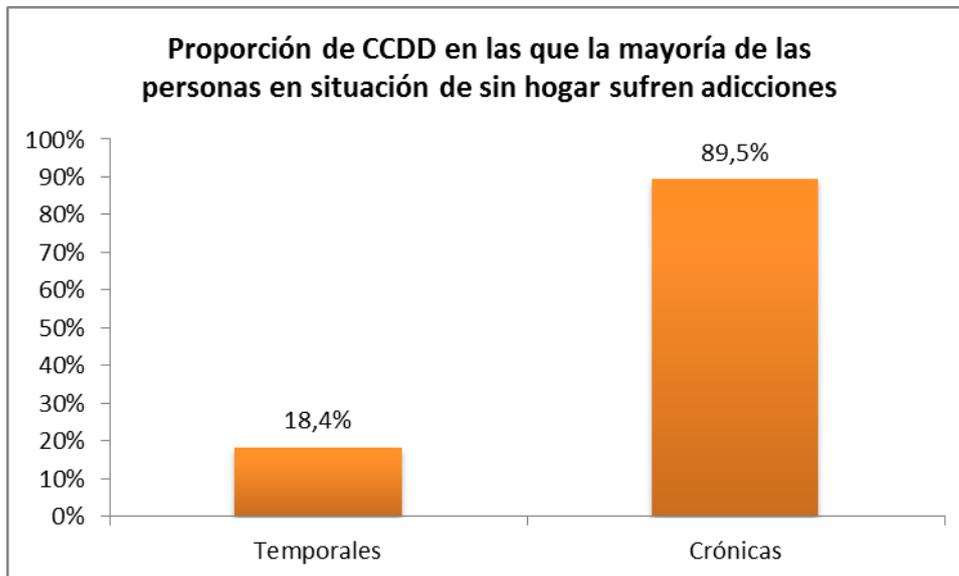
Constatamos que:

- ✚ **Las personas en situación de sin hogar viven 20 años menos que el resto de la población.**
- ✚ **Presenta entre 2 y 50 veces más problemas de salud físicos que la población en general.**
- ✚ **Sus condiciones de vida producen un efecto muy perjudicial para su salud: dando lugar a enfermedades o cronificando las ya existentes.**
- ✚ ***“Las personas en situación de sin hogar, al ocupar las posiciones sociales más desfavorables, están social e individualmente expuestas a adoptar estilos de vida con mayores riesgos para la salud que las personas que tienen mejores condiciones y, por extensión, que ocupan posiciones más favorables”.***⁹

Adicciones:

- Casi un 90% de las Cáritas Diocesanas entienden que las personas en situación de sin hogar (PSSH) a las que acompañamos, mayoritariamente **sufren adicción crónica.**

⁹ “Personas en situación de sin hogar en Barcelona: Perfiles, estado de salud y atención sanitaria” Joan Uribe y Sara Alonso. Revista 295-296 Labor Hospitalaria “Humanización, pastoral y ética de la salud”. 2010



Contrasta este dato con el **Informe Campaña Sin Techo 2007**, donde la proporción en el abuso de sustancias era:

- 25% alcoholismo.
- 16 % adicciones.
- **59% sin consumo de sustancias.**

Recoge también este Informe el de FEANTSA¹⁰ (España) un dato muy importante sobre tabaquismo: **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).

Respecto a hábitos de vida relacionados con la salud, en **la Encuesta INE 2012**, el **55,9% de las personas sin hogar señala que no consume alcohol**. Solo un 4,1% de personas manifiesta un consumo alto o excesivo de alcohol. Entre las mujeres hay más abstemias y consumidoras ligeras de alcohol que entre los hombres.

En relación con el **consumo de drogas**, **el 55,9% dice que no consume; el 30,5% que lo hace ligeramente; el 9,4% de forma moderada y el 4,1% de forma habitual**. La proporción de mujeres que consumen (24,5%) es menor que la de hombres (40,5%).

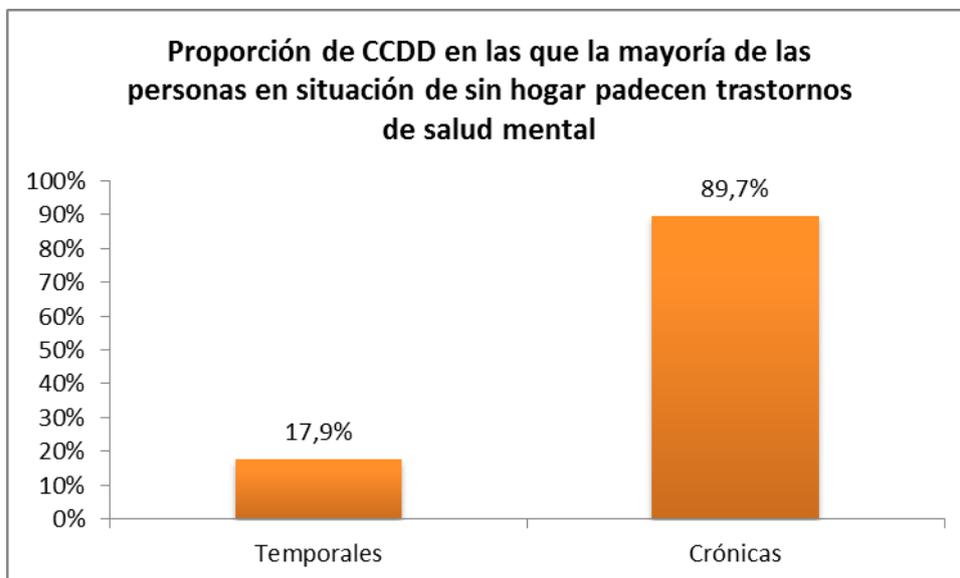
¹⁰ Informe Anual FEANTSA 2006 (Estado Español) "Salud y sinhogarismo" llevado a cabo por Prohabitatge. <http://www.feantsa.org/spip.php?article153&lang=en>

Constatamos que:

- 🚩 Hoy en día conocemos con más rigor y precisión la relación entre alcohol, tabaco y otras drogas, y la complejidad de problemas que su consumo lleva asociado.
- 🚩 Hay muchos problemas de salud asociados al abuso de sustancias.
- 🚩 Sobre la diferente percepción en el consumo de sustancias que tienen las PSSH y los profesionales¹¹: *“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.

Trastornos de salud mental:

- El 90 % de las Cáritas Diocesanas perciben en su trabajo y acompañamiento diario que las personas en situación de hogar padecen mayoritariamente trastornos de salud mental crónicos.



El **34% de las personas** enfermas lo eran por padecer trastornos mentales (**Informe Campaña Sin Techo 2007**). Siendo, de mayor a menor las enfermedades más frecuentes:

¹¹ Informe Anual FEANTSA 2006 (Bélgica). Pág 11 <http://www.feantsa.org/spip.php?article153&lang=en>

- Trastorno del estado de ánimo (depresión).
- Esquizofrenias.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos de conducta.
- Alcoholismo.
- Drogodependencia y discapacidad psíquica
- Ludopatía.

El **Informe Anual FEANTSA 2006**, nos indicaba que las enfermedades mentales más comunes entre las personas sin hogar son: esquizofrenia, trastornos de personalidad, depresión y dificultades de aprendizaje.

Médicos del Mundo, en su **Informe de 2011**¹², llevó a cabo 295 intervenciones psíquicas a PSSH y 2622 sanitarias.

Los datos de la **Encuesta INE 2012** (recordamos que acerca de una población de 22.938 personas) son:

- Las personas con **discapacidad reconocida: el 39,5% es psíquica.**
- Un **16,6 % de las personas tienen un trastorno mental grave o crónico.**

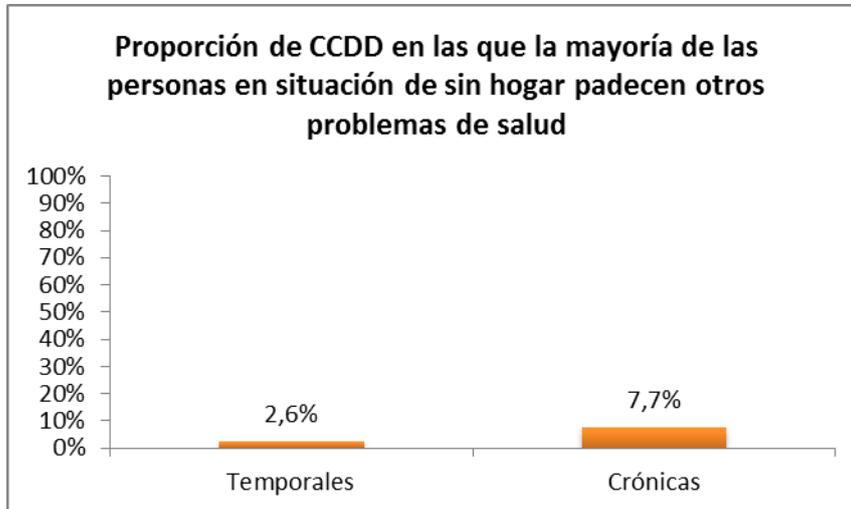
Constatamos que:

- ✚ **27 años después de la Reforma Psiquiátrica en nuestro Estado, las personas en situación de sin hogar con trastornos mentales continúan sin encontrar una respuesta integral y especializada.**
- ✚ **La carencia de redes personales y familiares de las personas en situación de sin hogar exige que las fórmulas y protocolos de la propia Reforma contemplen su especificidad en la prevención y tratamiento de trastornos mentales.**
- ✚ **En la mayoría de las Comunidades Autónomas existen largas listas de espera para tener una atención especializada.**
- ✚ **Muchas personas en situación de sin hogar con trastorno mental no tienen diagnosticada su enfermedad o su diagnóstico no ha sido actualizado.**

¹² <http://www.medicosdelmundo.org/memorias/2011/nuestra-intervencion/inclusion-social/sin-hogar/>

Otros problemas de salud:

- Es muy pequeño el porcentaje de CCDD que piensan que mayoritariamente las PSSH tienen otros problemas de salud.



Estas serían: enfermedades de tipo degenerativo, cáncer, enfermedades de la piel, diabetes, audición, visión, buco-dental, nutrición, enfermedades infecto-contagiosas (VIH).

Apartado 1. Estado de Salud: Tres Propuestas

- **Mejorar el acceso de las personas en situación de sin hogar a la salud:** con especial dedicación presupuestaria al acompañamiento en calle y en coordinación entre los servicios sociales y médicos (tanto físicos-orgánicos como de 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).**
- Ante la complejidad de las enfermedades de las personas en situación de sin hogar y de las condiciones de vida (ausencia de bienestar mental, social y físico) **las entidades sociales y las administraciones públicas han de llevar a cabo una acción en red que contemple una intervención integral y de larga duración.**
- **Desarrollar políticas relativas a la prevención y tratamiento de Salud Mental:** Aplicando específicamente medidas que garanticen la calidad y el adecuado acceso a las personas en situación de sin hogar 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 en situación de sin hogar.

2. Acceso a la salud:

En este segundo apartado consideramos importante diferenciar:

- La situación que viven las PSSH al querer ejercitar su derecho a la salud **ante el obligado a garantizarla: la administración pública** (en sus tres niveles: primaria, especializado y hospitalario).
- Recoger lo que ha supuesto en esta realidad estructural la **Reforma Sanitaria¹³ de 2012**.

2.1 Acceso a la salud de las PSSH:

En el **Informe Campaña Sin Techo 2007** se denunciaba de manera rotunda que: *“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**”.*

Y las razones que dábamos en el **Informe** para la escasa cobertura sanitaria que tienen las PSSH eran:

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.

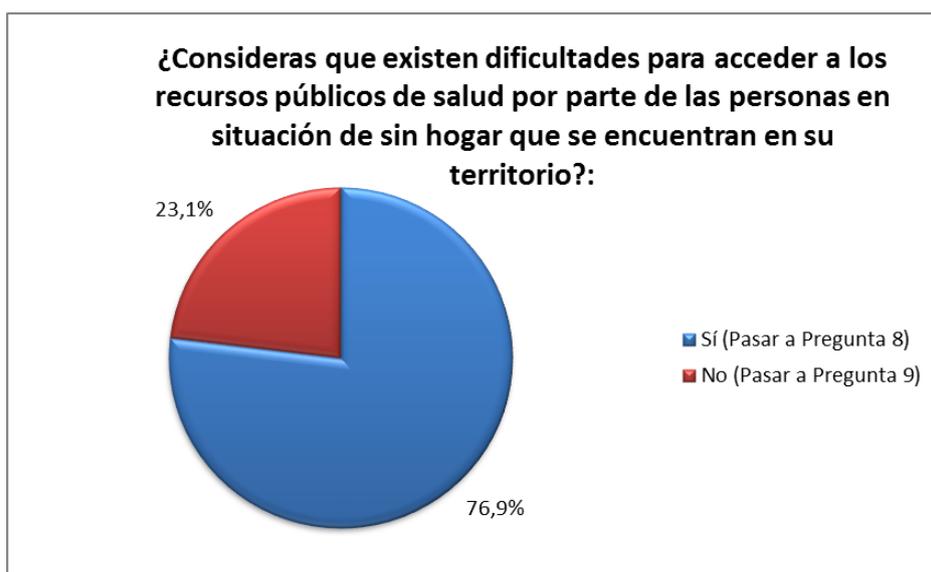
¹³ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Dos más son añadidas por el **Informe Anual FEANTSA (Estado español) de 2006**:

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

Respecto al **acceso a medicamentos**, la **Encuesta INE 2012** sigue reflejando la dificultad en el acceso a medicamentos por parte de las PSSH: **un 76,8% no lo tiene**.

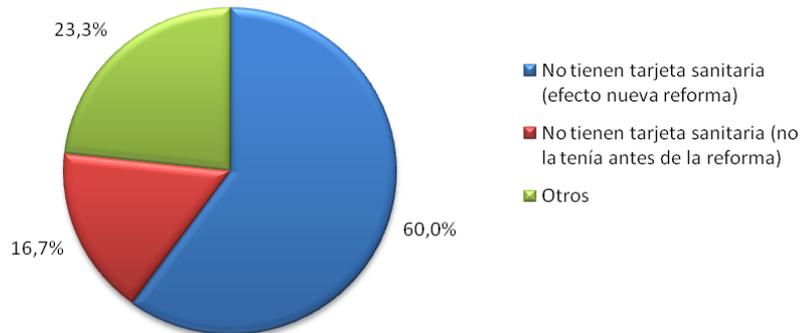
En nuestro **Informe de Salud 2013**, casi un **80% de las CCDD** consideran que **sí existen dificultades** en el acceso a los recursos públicos de salud por parte de las PSSH.



Y las razones de ello serían:

- **No tener tarjeta sanitaria (efecto nueva reforma): 60,0%**
- **No tener tarjeta sanitaria: 16,7%**
- **Otros** (dificultades administrativas de obtención de la tarjeta tanto primera vez como duplicados etc; burocratización, falta de protocolos, listas de espera, no actualización de diagnósticos, copago de medicamentos etc) : **23,3%**

En caso de haber respondido Sí, ¿puedes señalar los motivos?:

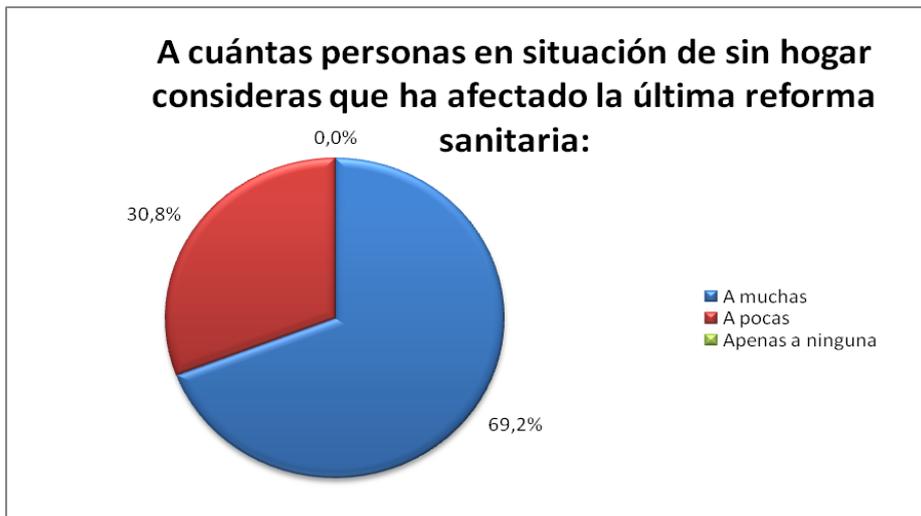


Constatamos que:

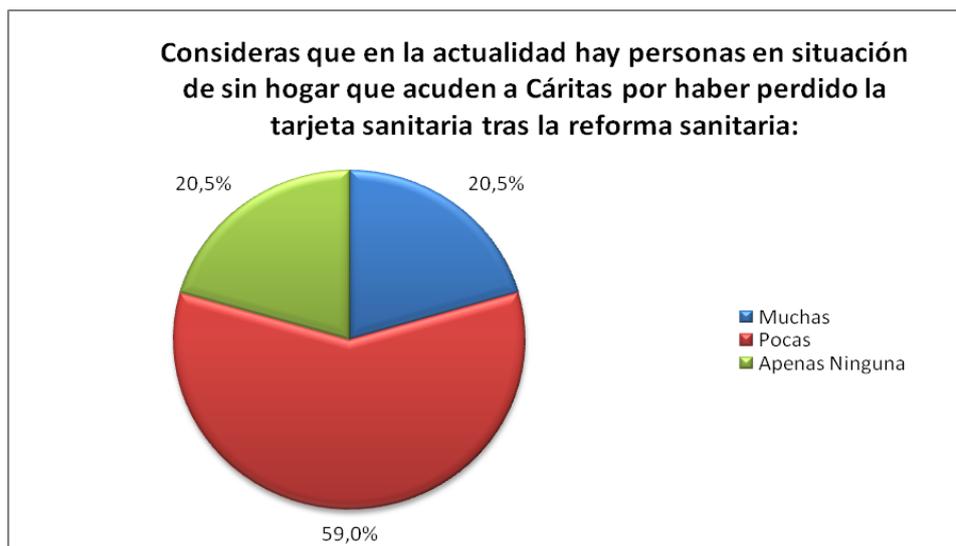
- ✚ Los obstáculos que sufren las personas en situación de sin hogar, no son hechos aislados, ni situaciones poco relevantes, sino que muestran un sistema público sanitario que restringe el acceso de estas personas a la salud de manera regular. Hecho que determina una negación de la condición de ciudadano hacía estas personas, por un inadecuado acceso a este derecho humano.
- ✚ La violación de este derecho multiplica el impacto negativo que sufre como consecuencia de sus enfermedades físicas y psíquicas no tratadas.
- ✚ No existen protocolos de intervención integrales y coordinados ante la situación de sinhogarismo.
- ✚ Las listas de espera, falta de diagnóstico o su actualización; la burocratización, coste de medicamentos muy específicos conlleva que la situación ya de por sí inestable y completa de las PSSH se cronifique y se intensifique.

2.2 Consecuencias de la Reforma Sanitaria de 2012:

Los referentes de la Red Confederal de Personas sin hogar de Cáritas consideran que la Reforma Sanitaria **ha afectado, en casi un setenta por ciento a las PSSH.**



Pero que ello **no conlleva un aumento significativo** en la solicitud de acompañamiento y/o ayuda de emergencia para PSSH en nuestra Red Confederal:



En el **VIII Informe del Observatorio de la Realidad de Cáritas**¹⁴ (octubre 2013) “EMPOBRECIMIENTO Y DESIGUALDAD SOCIAL. *El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece*” se hace referencia a que: en 2012 el gasto que han tenido las CCDD en relación a la salud de las personas ha sido de un millón de euros.

¹⁴ http://www.caritas.es/publicaciones_download.aspx?id=4706

En el Informe INE 2012 sobre personas sin hogar se constata que **no tienen tarjeta sanitaria:**

- El 24,3% de las PSSH de nacionalidad española.
- El 75,7% de las PSSH de otras nacionalidades.

Ante la Reforma Sanitaria constatamos que¹⁵:

- ✚ Existe una honda preocupación suscitada en el seno de la Confederación Cáritas por el impacto que va a tener en las personas a las que acompaña la aplicación de esta reforma, sobre la que días atrás se manifestaba también Cáritas Europa y otras organizaciones en la declaración “**El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano básico**”.
- ✚ Existe el riesgo de que determinadas decisiones se puedan estar llevando a cabo **sin evaluar previa y suficientemente el impacto** de dichas medidas sobre el sistema de garantía de derechos en el que se sustenta nuestra sociedad, ni su repercusión en los ciudadanos más vulnerables, de los que el Estado también es garante.
- ✚ La reforma supone **un cambio de modelo que afecta fundamentalmente a las personas más desprotegidas**, tanto a ciudadanos españoles como a ciudadanos comunitarios (modificando los requisitos para obtener autorización de residencia), aumentando la estigmatización de los colectivos más vulnerables y con mayor riesgo de exclusión social (como jóvenes desempleados, personas afectadas por enfermedades infecto-contagiosas, personas con discapacidad, enfermos de entornos rurales), así como de los ciudadanos extracomunitarios en situación irregular.
- ✚ La **exclusión del sistema sanitario de las personas migrantes en situación irregular va a añadir un sufrimiento muy severo a un colectivo especialmente vulnerable** y muy presente en la acción diaria de Cáritas, que no puede ser sacrificado con el argumento de la eficiencia. Recordando, además, que el incremento de la irregularidad sobrevenida por la falta de empleo y la dificultad en la renovación de autorizaciones o de acceso al arraigo hace que el colectivo de personas en esta situación crezca cada día.
- ✚ Una especial preocupación ante **la situación de las mujeres migrantes víctimas de violencia y mujeres en situación de trata** con fines de explotación sexual en situación irregular, ya que su exclusión del sistema agrava y dificulta la prevención, detección, asistencia y protección de las víctimas, que, además no podrán aportar pruebas imprescindibles para que, en su caso, un tribunal pueda o no disponer una orden de alejamiento del agresor o una medida de protección a la víctima, poniendo en riesgo su seguridad y la de sus familias.

¹⁵ 21 de mayo de 2012- Reflexión de la Comisión Permanente de Cáritas Española sobre el derecho a la salud y las consecuencias sobre el mismo del “*Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*”.

- ✚ El riesgo de precariedad aumenta, asimismo, tanto en los casos de las **personas afectadas por una discapacidad** con elevado deterioro de la autonomía, como en los **enfermos crónicos** o los que necesitan **tratamiento oncológico**, sobre todo porque se corre el riesgo de la aplicación de criterios dispares por parte de las CC.AA., lo que **propiciaría la desigualdad en función del lugar de residencia**, especialmente en el caso de las personas que habitan en el medio rural.
- ✚ En cuanto a la búsqueda de la sostenibilidad perseguida por la reforma, la Comisión opina que si se han constatado prácticas abusivas de los servicios sanitarios, será necesario atajarlas, pero sin negar el derecho a la salud a personas que conviven y construyen nuestra sociedad.
- ✚ El aumento que esta reforma puede tener de cara la **estigmatización social de algunos colectivos, como es el caso de las personas migrantes**, dado que son precisamente las personas migrantes quienes comprueban a diario el aumento de las dificultades a las que se enfrentan para desarrollar una vida en condiciones de dignidad.
- ✚ En lugar de favorecer la articulación de una sociedad de acogida, integrada y diversa, **estas medidas alimentan un discurso reduccionista y lleno de riesgos, según el cual las personas migrantes que conviven y forman parte de nuestras comunidades son los responsables del deterioro socioeconómico actual**, en vez de considerarlas las primeras y principales víctimas del mismo, tal y como lo comprobamos a diario en nuestros servicios de acogida y atención.
- ✚ También se constata el **inicio de una dualización del sistema sanitario**, que supone ofrecer a los ciudadanos una cobertura distinta según el grupo de población al que se pertenezca. Señalándose también que, de manera no explícita, **se están sentando las bases para que surja un sistema estatal paralelo de beneficencia para las personas más vulnerables**, una fórmula hacia la que Cáritas ha manifestado reiteradamente su rechazo al poner en cuestión la garantía del respeto a los derechos humanos y el acceso igualitario a los servicios de atención y asistencia socio-sanitaria en todo el territorio y para toda la población.

Apartado 2. Acceso a la salud: Tres Propuestas

- ✚ Garantizar el **acceso, como derecho subjetivo**, de todas las personas que viven en el territorio del Estado al conjunto del sistema de Servicios de Salud en situación de igualdad.
- ✚ Creación de **protocolos de intervención integrales y coordinados ante la situación de sinhogarismo** en los que intervengan las personas que lo viven, las entidades que las acompañan y las administraciones públicas.
- ✚ **Acabar con las listas de espera, el cumplimiento de la obligación de hacer un diagnóstico y de actualizarlo y facilitar el acceso de medicamentos a las personas en situación de exclusión severa.**

3. Atención médica:

Siendo complejo y con su propia diversidad territorial, **el Informe Anual FEANTSA (Estado español) 2006** resume en dos grandes bloques lo que podrían ser las causas principales de no acceder-sostener la atención médica por las PSSH:

a). Dificultades derivadas de la condición misma de persona sin hogar

a. Problemas económicos para el pago de la medicación (las personas sin hogar suelen tener recursos económicos precarios, hecho que dificulta la adquisición de la medicación prescrita por los facultativos, e imposibilidad de seguimiento de dietas específicas).

b. Desconfianza o rechazo a utilizar los servicios sanitarios por parte de las personas sin hogar (quizás por no sentirse bien atendidos en ocasiones anteriores, tener sensación de exclusión, por el hecho de poseer escasa educación sanitaria, etc.).

c. Incapacidad para saber dónde tiene que dirigirse y cuáles son las gestiones que se tienen que realizar.

b). Dificultades atribuibles al sistema sanitario

a. Burocratización del sistema sanitario.

b. Barreras normativas y administrativas. La población más susceptible de correr este riesgo son los extranjeros en situación irregular, pues que no estén empadronados supone que no tengan tarjeta sanitaria.

c. Barreras lingüísticas y de comunicación, especialmente en el caso de inmigrantes.

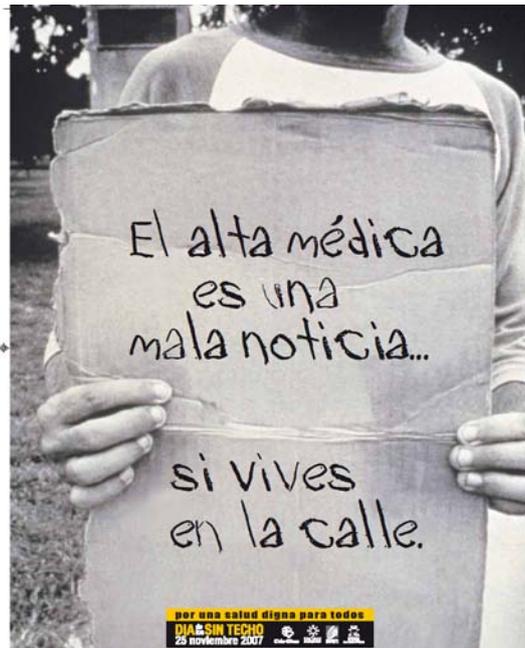
d. Barreras culturales y religiosas.

e. El rechazo pasivo del sistema o de los profesionales sanitarios.

f. Muchas dificultades de acceso a los médicos especialistas (debido a la movilidad geográfica de las personas sin hogar, y porque necesitan hacerlo a través de los médicos de cabecera).

g. Discrepancias a la hora de determinar que casuísticas competen a los servicios sociales y cuáles a sanidad.

h. Largas listas de espera que se convierten en otro obstáculo a la hora de facilitar el acceso a la sanidad de las personas sin hogar.



En nuestro **Informe Campaña sin Techo 2007** se cuantifica que las barreras en el acceso a la atención médica vienen **desde tres ámbitos**

- sistema de salud,
- profesionales y
- desde la persona

y en tres momentos

- acceso
- tratamiento y atención
- convalecencia y rehabilitación

(ver cuadro página siguiente)

Barreras Derecho a la Salud de las PSSH Informe 2007	Acceso	Tratamiento y atención	Convalecencia y rehabilitación
Desde el sistema de salud.	Barrera: 85% del total. <ul style="list-style-type: none"> - Falta de información - Medios no adaptados a las PSSH - Falta de coordinación socio-sanitaria - Lista de espera. - Imposibilidad de tratamiento. - Situación administrativa 	Barrera: 90% del total <ul style="list-style-type: none"> - Servicios no adaptados. - Falta de medios. - Idioma. - Situaciones personales. - Seguimiento tratamiento. - Falta de coordinación áreas. - Espera tratamiento. - Imposibilidad tratamiento. 	Barrera: 100% del total <ul style="list-style-type: none"> - Falta de espacios de recuperación. - Falta de espacios de seguimiento - Imposibilidad por coste económico. - Falta de coordinación áreas. - Falta de plazas para salud mental.
Desde los profesionales de la salud	Barrera: 10% del total <ul style="list-style-type: none"> • Discriminación aspecto físico. • Estigmatización. 	Barrera: 4% del total <ul style="list-style-type: none"> • Discriminación aspecto físico. • Estigmatización 	
Desde las PSSH	Barrera: 5% del total <ul style="list-style-type: none"> • Acudir bajo efectos sustancias. • Desconfianza de la atención. 	Barrera: 6% del total <ul style="list-style-type: none"> • Rechazo al tratamiento. 	

Elaboración propia en base a Documento Base Campaña sin Hogar 2007. Cáritas Española. Coord. Sergio Barciela

El presente **Informe de 2013**, contiene dos diferentes claves:

- Situaciones que dificultan el acceso a la atención médica.
- Niveles de atención: primaria, especializada y hospitalaria.

3.1 Situaciones que dificultan el acceso a la atención médica:¹⁶



Siendo las tres más mayoritarias:

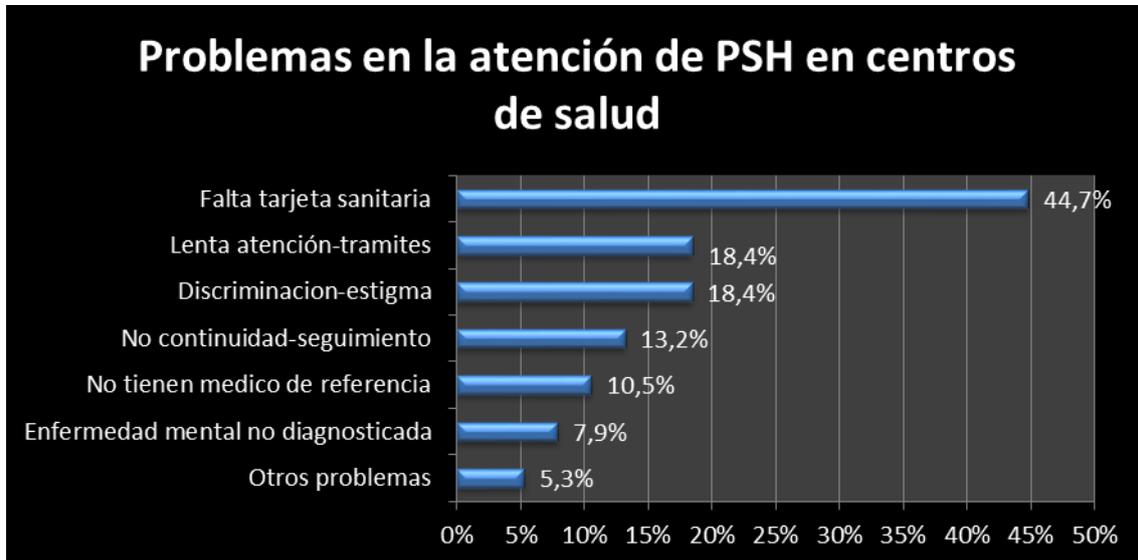
- No hay recursos para salud mental.
- Faltan plazas en recursos especializados.
- Faltan recursos: post-hospitalarios, especializados. Burocracia. Protocolos.

¹⁶

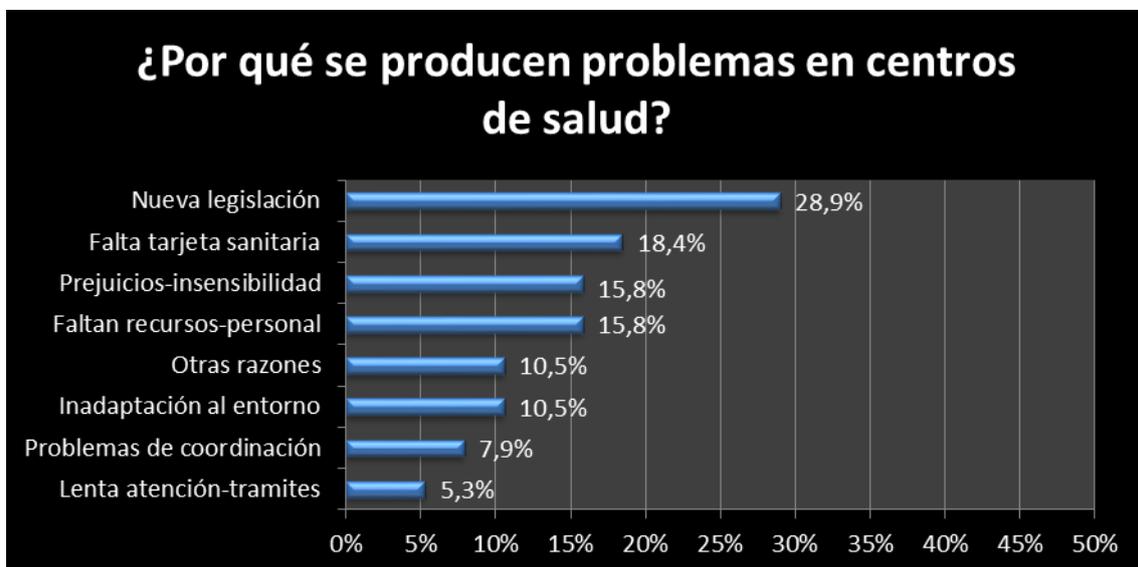
Existe escasez de recursos para enfermos mentales:
Faltan plazas/recursos especializados:
Otros (detallar): Faltan recursos especializados, post-hospitalarios, patología dual, protocolos, burocracia
Plazos y tiempo de espera en los Centros Especializados:
El acceso a determinados recursos es complicado por exigir criterios de acceso muy restrictivos:
Se ven afectados por problemas derivados de la coordinación (insuficiente/inadecuada) entre los SSSS Públicos y la Red pública de salud:
Dificultad en la atención por ausencia de profesionales especialistas:
Plazos y tiempo de espera en los Hospitales:
No realiza derivación:
Plazos y tiempo de espera en los Centros de Salud:
No reciben los medicamentos apropiados:

3.2 En los diferentes niveles de atención sanitaria

3.2.1 Primaria:

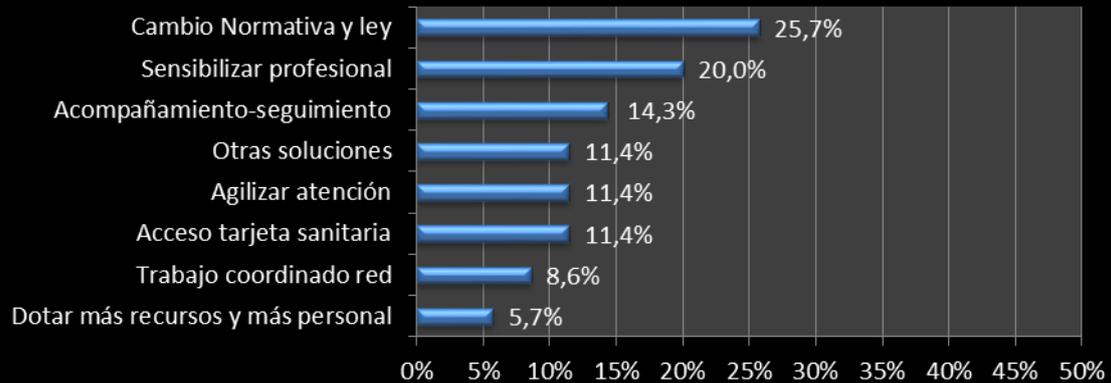


El principal problema que encuentran las PSSH en los centros de salud es **no tener tarjeta sanitaria y ello se relaciona con la nueva normativa. Proponiendo, por tanto, una reforma de la misma.**



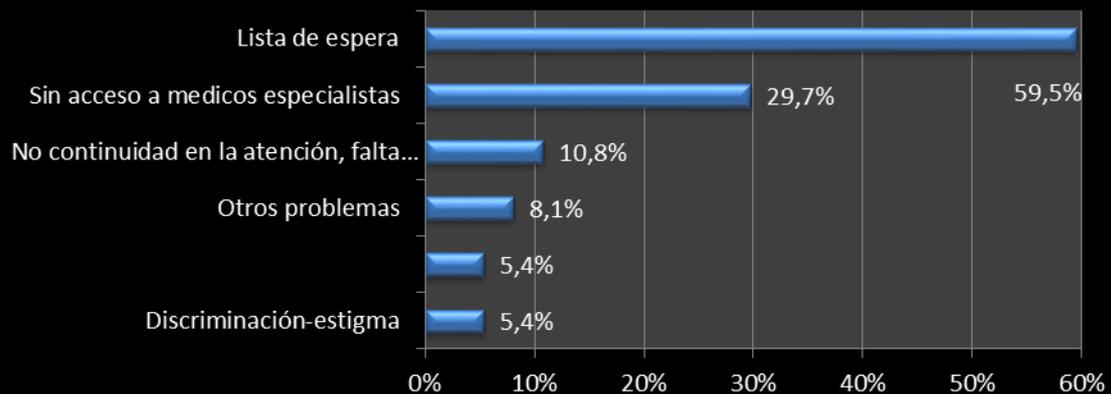
El segundo problema que encuentran las PSSH en los centros de salud está en la **discriminación y estigmatización por parte de los profesionales. Relacionando esto con la existencia de muchos prejuicios e insensibilidad ante las situaciones de sinhogarismo de las personas. Proponiendo como camino para modificar estas actitudes la sensibilización.**

Posibles soluciones a problemas en centros de salud



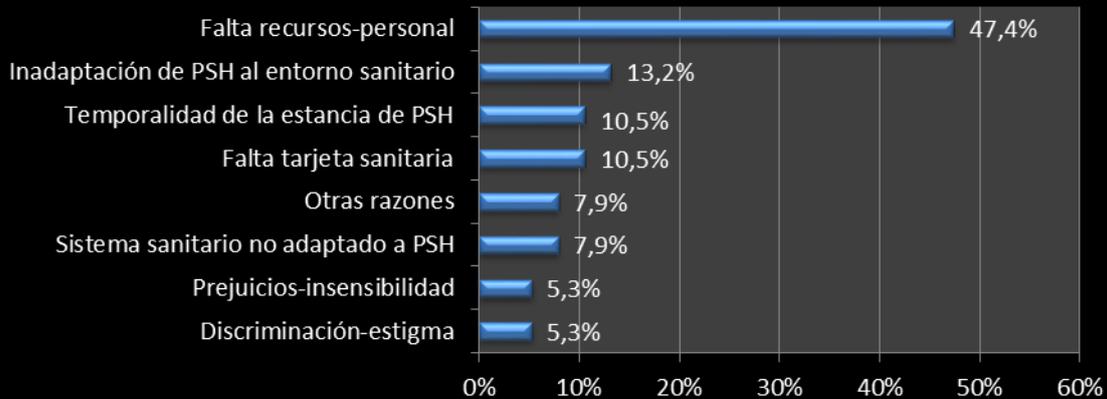
3.2.2 Atención especializada:

Problemas en la atención de PSH en centros especializados



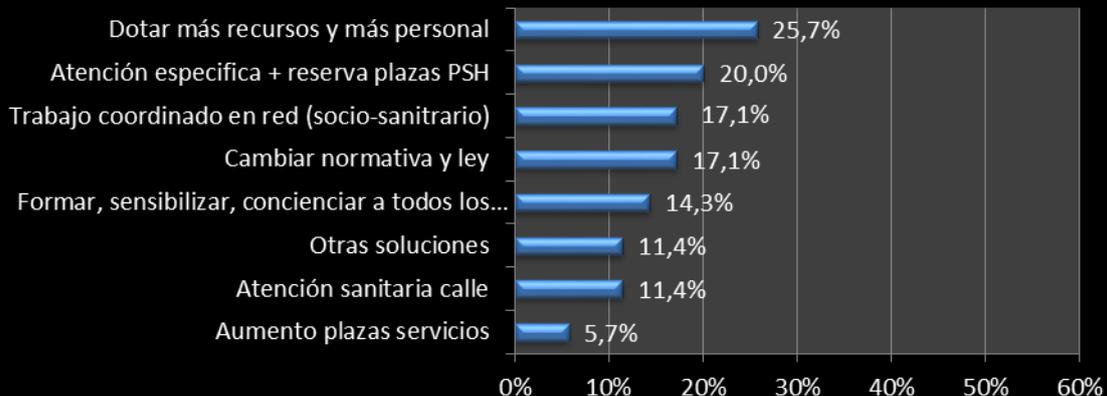
Con un elevado porcentaje, la mayor dificultad que tienen las PSSH para tener atención especializada son **las listas de espera**. Ello viene provocado por **la falta de recursos y personal**.

¿Por qué se producen problemas en centros especializados?



Y la solución para evitar estas listas de espera que vulneran el derecho de las PSSH a una atención especializada sería, como es lógico: **dotar de más recursos y más personal**.

Posibles soluciones a problemas en centros especializados



3.2.3 Atención hospitalaria:

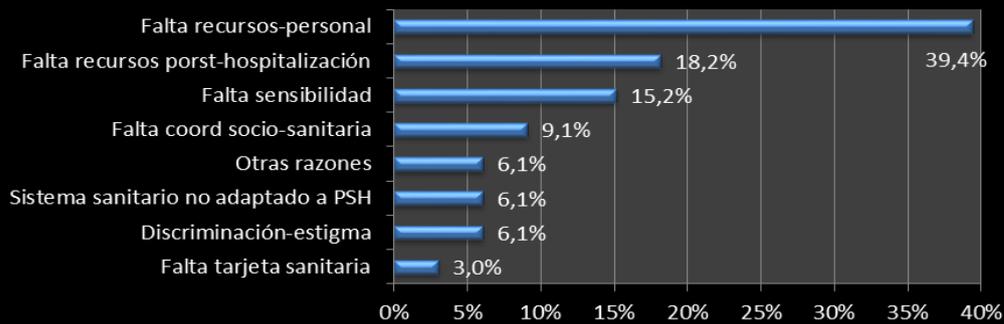
El alta hospitalaria sin recurso alternativo de alojamiento y las listas de espera son las mayores dificultades que tienen las PSSH en el derecho a la salud en la atención hospitalaria.

Problemas en la atención de PSH en hospitales



Como es lógico, **ello sucede por la falta de recursos y personal en los hospitales y por no existir recursos post-hospitalización para personas que no tienen referentes familiares o red social.**

¿Por qué se producen problemas en hospitales?



Posibles soluciones a problemas en hospitales



Destacamos las tres primeras soluciones que se proponen desde la Red Confederada de Personas sin hogar:

- **Dotar de más recursos y personal.**
- **Llevar a cabo un trabajo coordinado en red (socio-sanitario)**
- **Formar, sensibilizar, concienciar a todos los trabajadores de los centros hospitalarios.**

Constatamos que:

- ✚ **Es fundamental un acompañamiento integral que sea coordinado y en red (socio-sanitario-emocional-laboral-...) y no se está dando en la mayoría del Estado. Ejemplos¹⁷ como la muerte de Piotr Piscozub en Sevilla el pasado mes de octubre ponen dolor, humanizan y visibilizan esta realidad.**
- ✚ **En la atención primaria las mayores dificultades se encuentran en temas documentales (que requieren la solución de una agilización y adecuación de la burocracia a la realidad de las personas) y la estigmatización por parte de los agentes que intervienen (que precisa una labor de información, formación y sensibilización).**
- **En la atención especializada y hospitalaria no hay recursos, faltan profesionales, no hay plazas. Además las listas de espera dificultan el acompañamiento integral a las PSSH que están enfermas.**
- ✚ **El alta hospitalaria sin recurso de alojamiento alternativo (que provoca la vuelta a la calle en muchos casos) y las listas de espera son las mayores dificultades que encuentran las personas en situación de sin hogar en la atención hospitalaria. La falta de personal y de recursos vuelve a ser el origen de esta situación.**

¹⁷ http://www.caritas.es/noticias_tags_noticialInfo.aspx?Id=6901

Apartado 3. Atención médica: Tres Propuestas

-  **Incorporar de forma real y decidida, a través de procesos de participación, a destinatarios y a organizaciones sociales,** en cuanto sujetos de la intervención social unos y miembros de la sociedad civil organizada otros, como actores de pleno derecho del sistema de Salud.
-  **Formación del personal sanitario:** En áreas como psiquiatría, psicología clínica, drogodependencias, y alcoholismo, para prevenir el trato discriminatorio a las personas en situación de sin hogar. Es fundamental la sensibilización **acerca de la situación de las PSSH** y, por ejemplo, conocer y ser conscientes que para ellas no es nada fácil ejecutar una tarea tan sencilla a simple vista como tomarse una pastilla en cada comida, pues igual sólo comen una vez al día. Al igual que el acceso y mantenimiento de medicación especializada.
-  **Coordinación socio-sanitaria:** Entre salud, asuntos sociales y vivienda; para abordar los problemas de salud de manera integral.

4. Experiencias significativas de acompañamiento en el derecho a la salud de las Personas en situación de sin hogar:

Es un gozo y un signo de esperanza volver a comprobar que en la Red Confederal estamos dando muchos pasos (unos grandes y sonoros, pero también pequeñitos y firmes) en el trabajo de acompañamiento para que las Personas en situación de sin hogar tengan acceso a los derechos humanos y, sobre todo, puedan mantenerlos y ser garantizados en caso de ser lesionados.

Vamos ahora a hacer un relato, que no pretende ser exhaustivo pero sí dar las pinceladas, para que podamos visualizar el cuadro de lo que estamos haciendo de forma significativa y reflexionando en el acceso a la salud por parte de las PSSH.

Dejar también reflejado que han sido varias las CCDD que nos han hecho llegar su **buena sintonía, coordinación y trabajo común con unidades específicas de hospitales, o centros específicos de salud mental, adicciones etc...** y que, al considerarlo dentro de lo que debe ser un trabajo coordinado y en red habitual en nuestro acompañamiento, no lo vamos a reflejar en los cuadros de experiencias, para así destacar de manera especial, acciones significativas concretas que nos pueden ir dando luz y pistas en nuestra intervención.

Experiencias significativas:

Cáritas Diocesana de	Ávila
Nombre Proyecto	Red de Integración Social. Referente permanente en distrito sanitario (según necesidad PSSH)
Acción realizada	Acogida a personas en situación de sin hogar, atención necesidades básicas, planteamiento de proceso continuado de formación.

Cáritas Diocesana de	Barcelona
Nombre Proyecto	VINCLES
Acción realizada	Equipo de atención a personas con trastorno mental severo formado por psiquiatra, psicólogo y enfermería. Atienden a personas derivadas por parte de trabajadores sociales de Càritas.

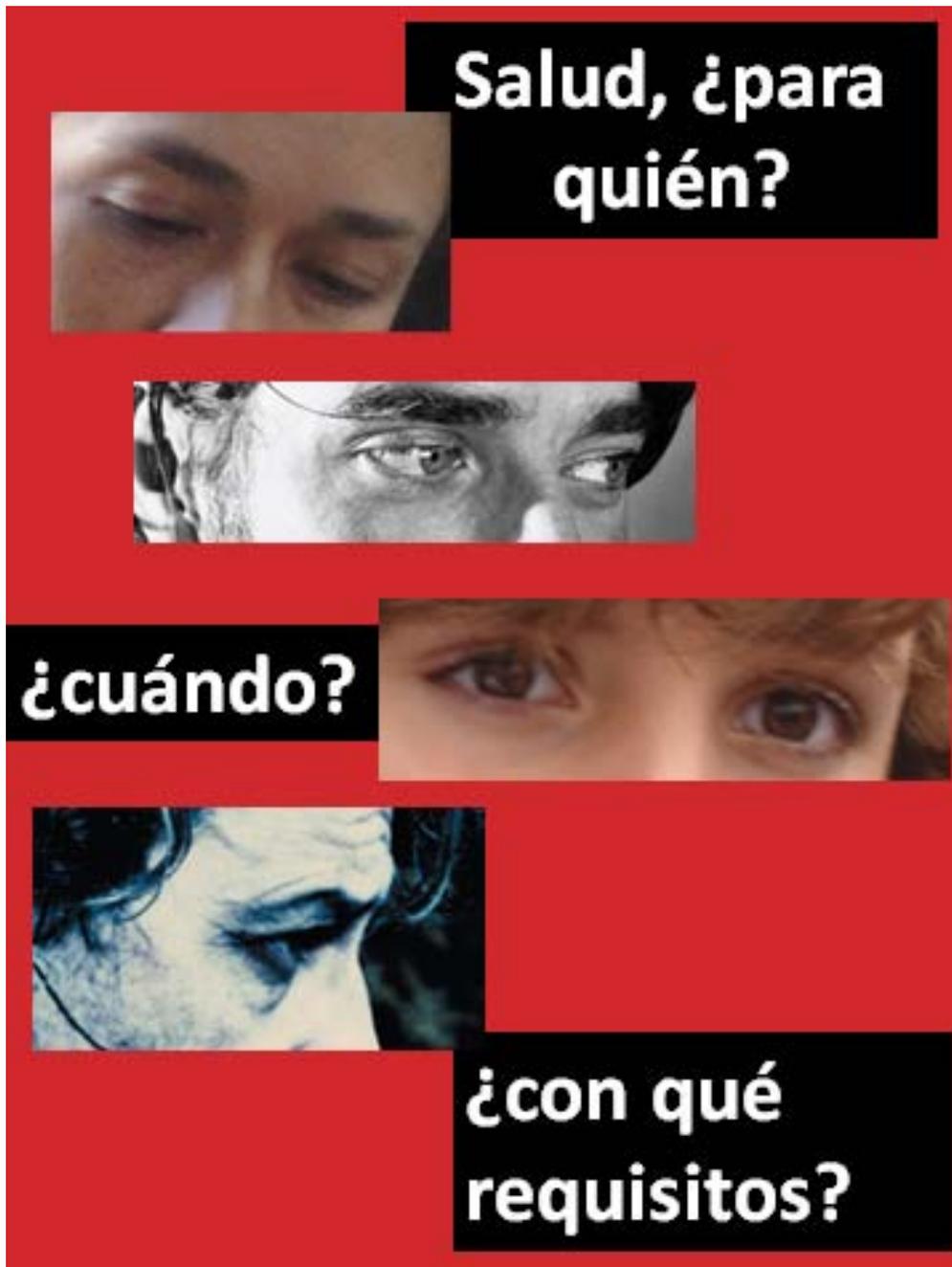
Cáritas Diocesana de	Granada
Nombre Proyecto	Servicios epidemiología Enfermero enlace de zona Unidad del dolor.
Acción realizada	Acompañamiento y seguimiento (enfermero enlace de zona y unidad del dolor). Casos de tuberculosis en especial: No se trata de un proyecto propiamente dicho, sino de una metodología de intervención y coordinación en la detección, seguimiento y atención de la enfermedad, entre la Fundación Casas Diocesanas de Acogida-Cáritas y el Servicio de Epidemiología de Granada, con una dilatada trayectoria en el tiempo. Tanto para personas en situación de sin hogar como para trabajadores de la Fundación.

Cáritas Diocesana de	Bilbao
Nombre Proyecto	Programa¹⁸ de Asistencia Psiquiátrica a Personas sin hogar con Enfermedad Mental Grave.
Acción realizada	<p>Entidades que participan: Osakidetza (Red de Salud Mental de Bizkaia), Ayuntamiento de Bilbao y Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.</p> <p>Atención psiquiátrica a PSSH en calle.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - captación y vinculación, a la vez que mantener unos mínimos de seguridad personal, abordando la reducción de riesgos y daños. - lograr la adherencia al tratamiento; el cumplimiento de un tratamiento integral, que incluya tanto el abordaje de sus necesidades más básicas como la asistencia psiquiátrica y sanitaria, y de soporte social. - Garantizar la continuidad de cuidados es una meta fundamental, pues debe evitarse que tras el alta hospitalaria se alejen del sistema de atención, ahondando de nuevo en la reincidencia hospitalaria. Habitualmente las hospitalizaciones suelen ser breves, siendo difícil en este periodo lograr una adherencia al tratamiento. - Como horizonte y meta a más largo plazo nos planteamos propiciar la inserción en la red de salud normalizada.

¹⁸http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Evolucion_del_Programa_de_Asistencia_Psiquiatrica.pdf

Apartado 4. Tres Propuestas para el acompañamiento en el derecho a la salud de las Personas en situación de sin hogar.

-  La situación de **mayor vulnerabilidad y dificultad** en el acceso a la salud de las personas en situación de sin hogar se produce en **ETHOS 1: Sin techo (calle)**. Por tanto, nuestro acompañamiento (prevención e intervención) ha de contemplar la presencia **de equipos de calle en coordinación con los recursos sociales, sanitarios y de salud mental** (especialmente los de emergencia) que existan en los territorios donde tenemos los proyectos y acciones de nuestra Red Confederal.
-  En **el trabajo en red, crear protocolos específicos** para el acompañamiento de las enfermedades físicas y mentales de las personas en situación de sin hogar en todos los niveles de asistencia sanitaria (atención primaria, especializada y hospitalaria).
-  La equidad es un principio fundamental en cualquier sistema sanitario. Llevar a cabo nuestra labor de sensibilización e incidencia política en la lucha por la garantía en el **acceso, como derecho subjetivo**, de todas las personas que viven en el territorio del Estado al conjunto del sistema de Servicios de Salud en situación de igualdad.



Un agradecimiento especial a **Raúl Flores** y a **Francisco Lorenzo**, nuestros compañeros del Equipo de Estudios, por su acompañamiento y guía en el diseño, ejecución y sistematización de este Informe.

Igualmente, a todos los **compañeros y compañeras de la Red Confederal de Personas sin hogar de Cáritas** que, una vez más, habéis hecho el esfuerzo personal de sacar tiempo en vuestros complejos cotidianos para facilitar la información que ha hecho posible este informe; y, sobre todo, por las propuestas en el trabajo futuro para acompañar y acompañarnos desde el Modelo de Acción Social de Cáritas.