

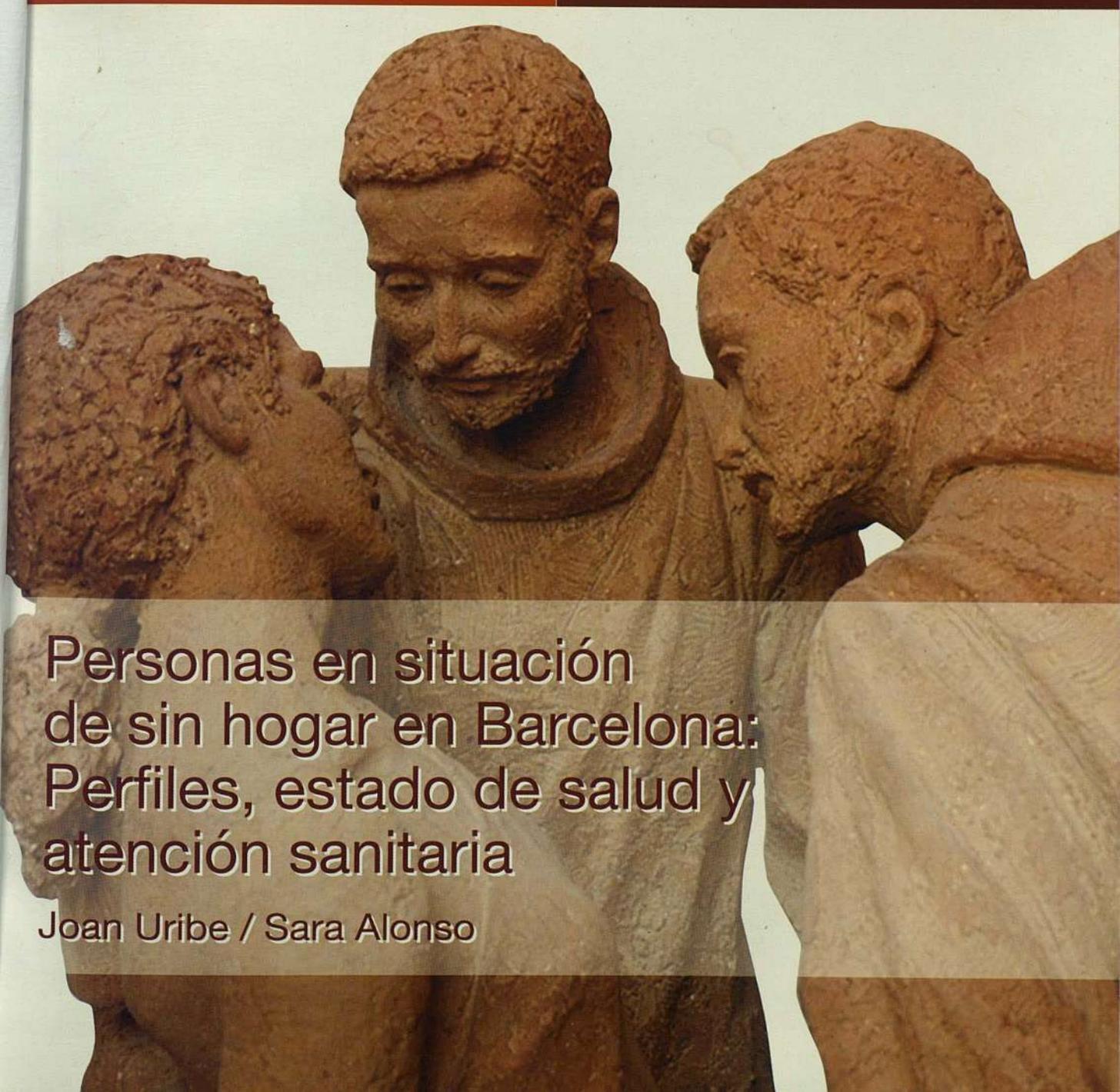
LA BOR HOS PITA LARIA

1-2 - 2010

enero / febrero / marzo
abril / mayo / junio

nº 295 - 296

Humanización, pastoral
y ética de la salud



Personas en situación
de sin hogar en Barcelona:
Perfiles, estado de salud y
atención sanitaria

Joan Uribe / Sara Alonso

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Humanización, pastoral
y ética de la salud

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona - Provincia de San Rafael

Año 59. Tercera época. Enero - Febrero - Marzo -
Abril - Mayo - Junio 2010

Número 295 - 296. Volumen XLII

Consejo de Redacción

Director - Miguel Martín
Administración - Joan Lluís Alabern
Coordinación y Redacción - Maite Hereu

Consejo Asesor

Francisco Abel, M^a. Carmen Alarcón, Miguel A. Asenjo,
Manuel Cebeiro, Esperanza Cachón, Ángel Calvo,
Jesús Conde, Rudesindo Delgado, Joaquín Erra,
Francisco de Llanos, Pilar Malla, Javier Obis, José A. Pagola

Dirección y Redacción

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 93 630 30 90
08830 Sant Boi de Llobregat -Barcelona-
curia@ohsjd.es

Fotografía

Santiago Domingo i Franquesa

Información y suscripciones
revistas@ohsjd.es

www.sanjuandedios.net

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR nº. 401

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61
COLOR DIGITAL - BCN

Barcelona, 15 de mayo de 2009

Autores: Joan Uribe y Sara Alonso

En la investigación también han participado, como asesor, el doctor **Josep Maria Haro**; con la base de datos, **Adriana Berengueras**, y como estadístico, **David Royo**

Sant Joan de Déu Serveis Socials, Barcelona
Fundació Sant Joan de Déu

Esta investigación ha sido impulsada y apoyada por la
Fundació Jaume Bofill



0

Sobre los autores.
Agradecimientos.
Pág. 5

1

Introducción.
Pág. 7

2

Metodología.
Pág. 15

3

Resultados.
Pág. 21

4

Anexo.
Pág. 73

Boletín de suscripción:

Año 2010

Suscripción anual: cuatro números

España **36** €

Zona Euro **50** €

Resto **50** \$

LA
BOR
HOS
PITA
LARIA

Apellidos		Nombre		
Calle		Número	Piso	Puerta
Código postal	Población	Provincia o país		
Teléfono		Profesión		

Indique con una X la forma de pago que le interese

Por giro postal **Por cheque nominativo** adjunto nº _____
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir datos)
Banca o Caja de Ahorros _____
Titular de la cuenta _____
Entidad _____ Oficina _____ DC _____ Núm. de cuenta _____

Ruego a ustedes se sirvan de tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

Fecha _____ / _____ / _____

Firma

Enviar esta hoja debidamente complimentada a:
Hermanos de San Juan de Dios, Dr. Antoni Pujadas 40,
Tel. 93 630 30 90, 08830 Sant Boi de Llobregat

www.sanjuandedios.net
curia@ohsjd.es
revistas@ohsjd.es

Sobre los autores.

Joan Uribe Vilarrodona es doctor en Antropología Social por la Universidad de Barcelona.

Colaborador del GRECS (Grup de Recerca en Exclusió i Control Social), del Departament d'Antropologia Social i Historia d'Amèrica de la Universitat de Barcelona. Profesor asociado de la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona. Investigador principal de este estudio, como investigador asociado a la Fundació Sant Joan de Déu. Autor de diversos artículos publicados sobre exclusión social y control social.

Su ámbito profesional lo desempeña como director de Sant Joan de Déu, Serveis Socials de Barcelona, dedicados básicamente a la atención asistencial a personas en situación de sin hogar.

Sara Alonso Arroyo es doctora en Antropología Social por la Universidad Federal de Río de Janeiro y con certificado de Homologación por la Universidad de Barcelona. Investigadora asociada de la Fundació Sant Joan de Déu y del CINAF-Grup de d'Estudis sobre Cultures Indígenes i Afroamericanes. Departament d'Antropologia Social i Historia d'Amèrica. Universitat de Barcelona.

Agradecimientos.

En primer lugar y muy especialmente, a la Fundació Jaume Bofill que ha creído en la pertinencia de nuestro proyecto y lo ha apoyado, impulsándolo y haciéndolo posible.

A la Fundació Sant Joan de Déu, que ha aportado herramientas para la explotación de datos así como asesoría en el ámbito de la investigación médica. Agradecemos también a las entidades colaboradoras, especialmente a Sant Joan de Déu, Serveis Socials por el apoyo e infraestructura necesaria para el desarrollo del trabajo.

A l'Àrea d'Acció Social i Ciutadania - Programa Sense Sostre, de l'Ajuntament de Barcelona, que acogió con interés el estudio y facilitó el acceso a los centros de Zona Franca, Cister i Almogàvers, de gestión municipal y al Servei d'Inserció Social, especialmente a Albert Garcia.

De entre las muchas entidades que han colaborado, especialmente a Assis Centre d'Acollida, Fundació Hospital Sant Pere Claver, Companyia de les Filles de la Caritat - Obra Social Santa Llúisa de Marillac, SAPS-Creu Roja Barcelona, SPOT- Diputació de Barcelona, Heura, Comedor la Terrasetta, Prisca, Yaya M^a Luisa, Fundació Mambré, Arrels, Dit i Fet, Sostre, Rauxa y Cáritas Barcelona, por el apoyo y la ayuda prestados durante la realización del trabajo de campo.

Agradecimientos especiales al equipo de encuestadores por su esfuerzo y su interés, sin los que no hubiera sido posible el buen desarrollo del trabajo de campo, y a Albert por sus indicaciones para identificar espacios urbanos frecuentados por la población objeto de estudio. También, al equipo profesional de Sant Joan de Déu Serveis Socials de Barcelona, que ha convivido y apoyado día a día el desarrollo de esta investigación.

1

Introducción.

1. Contexto General - políticas europeas y movilización a favor de las personas en situación de sin hogar.

En Cataluña en particular y en el Estado Español en general, se ha generado en los últimos años un cambio en torno a las preocupaciones y /o políticas destinadas a abordar la problemática de las personas que viven en la situación denominada como “sin hogar”¹. Este cambio se contextualiza dentro de las preocupaciones, debates, programas y políticas internacionales tanto en el ámbito de la Unión Europea como de alcance más global -como Estados Unidos de América-. Destaca, entre estos, la estrategia de Inclusión Social de la Unión Europea, lanzada por el Consejo Europeo de Lisboa en 2000 para luchar contra la pobreza y exclusión social² de los Estados miembros.

En este marco, los diferentes países acuerdan objetivos comunes a partir de una serie de indicadores de control para estimular desarrollos coordinados de políticas nacionales, traducidos en los diferentes contextos europeos en los llamados

“Planes Nacionales de Inclusión Social” (PANin)³. Un primer conjunto de indicadores para controlar la puesta en práctica de estos planes fue adoptado por el Consejo de Laeken en diciembre de 2001 (lista de Laeken)⁴. Aunque los indicadores no incluyen cuestiones directamente relacionadas con las personas en situación de sin hogar, -comprendidas en el ámbito de la discusión como la expresión extrema de exclusión social-, pasan a tener un relativo reconocimiento o proyección social y política, en gran parte vinculado a los trabajos de movilización de diferentes actores y/o entidades no gubernamentales realizados en los diferentes países del contexto europeo.

Dicho en otros términos, el interés por parte de diferentes actores en las personas en situación de “sin hogar” está relacionado con los efectos de la movilización y la coordinación como base del conjunto de acciones dirigidas a dar respuesta a la estrategia de lucha contra la pobreza y exclusión social.

Entre estas entidades movilizadas a favor de las personas sin hogar, hay que mencionar a FEANTSA (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) que ostenta el mayor grado de legitimidad o autoridad merced a su dimensión y alcance europeo⁵.

1- Utilizamos la denominación “personas en situación de sin hogar”, útil para enmarcar desde nuestra perspectiva, por un lado, la dimensión particular de cada persona en situación de sin hogar y, por el otro, el contexto dinámico y procesal y, por lo tanto, histórico, del fenómeno. Así, nuestro punto de partida pretende hacer referencia no sólo a la población reconocida como tal, sino también acercarse al significado relacional de las acciones de los diferentes agentes, actores y/o prácticas políticas y sociales que interfieren y forman parte de un mismo campo de acción y/ o de intereses.

2- Existe un amplio debate entorno a la definición de “pobreza” y de “exclusión social”, que varía según los agentes, sus posiciones, países etc. No hay, por tanto, una única definición o un consenso entorno a la misma (ni en el seno de los economistas, sociólogos, ni en el de responsables de las Administraciones Públicas o políticos). No obstante, desde 1984, los miembros de los países de la Unión Europea reconocen oficialmente la definición de persona pobre como “las personas cuyos recursos materiales, culturales y sociales son tan escasos que los excluye de las mínimas condiciones de vida aceptables, dentro de los miembros del Estado en el que viven”. En general, hace referencia a tres tipos de indicadores: A) económicos, B) condiciones de vida- ausencia o dificultad para acceder a bienes de consumo básicos y C) los indicadores de mínimos sociales -las personas que reciben una ayuda destinada a para luchar contra la pobreza.

3- Para una panorámica general de estos planes en España, ver José Manuel Fresno (coord.) “Cumbre Lisboa 2. Estrategia europea de Inclusión social”. Cuaderno europeo 2. Fundación Luis Vives, 2005. Dentro del contexto local -municipal- destacamos el Pla Municipal per a la Inclusió Social , aprobado en Marzo de 2005.

4- Ver Conclusiones de la Presidencia. Consejo Europeo de Laeken, 14 y 15 de diciembre de 2001

5- Los recursos financieros de la FEANTSA proceden de la Comisión Europea.

En general, uno de los argumentos de legitimidad usados por estos actores hace referencia a la tendencia polarizada del actual modelo social y económico, que diseña un mapa de distribución de la riqueza en el que tiende a aumentar la población en “riesgo de exclusión” y, concretamente, aquella reconocida socialmente como la “más marginal” o excluida, entiéndase también “sin hogar”.

En Estados Unidos de América, el interés y el debate sobre los **Homeless**, desde el punto de vista del efecto de “visibilización” de esta población, se manifiesta relativamente antes que en los países europeos, concretamente a inicios de la década de los años 1980. No obstante, en ambos lugares existe un punto en común: La “visibilidad” política y social de la población en situación de sin hogar está directamente vinculada a contextos de cambio y de movilización así como a la percepción del problema como algo circunstancial.

En otras palabras, la población en situación de sin hogar tiende a ser “visibilizada” y comprendida como una situación puntual, temporal⁶-o emergencial-, que resulta del crecimiento de esa población en un momento crítico dado.

Conforme a este punto de vista, en Estados Unidos de América, por ejemplo, fueron destinados en la década de 1980 esfuerzos para prevenir o combatir el crecimiento de los **Homeless**, así

como para mejorar las condiciones de vulnerabilidad de las personas que vivían en una “situación de cronicidad”⁷, los llamados “crónicos” (**Heidi Sommer, 2001**).

De un modo general, estas prácticas y percepciones sobre las personas en situación de sin hogar parten del presupuesto discursivo de que la población sin hogar -léase también la población en riesgo de “exclusión”- tiende a disminuir o desaparecer en el proceso de desarrollo de los países.

Sin embargo, esta tendencia no parece cumplirse. Según datos de **EUROSTAT**, en 1999 el 15% de la población de la UE (15 países) estaba en riesgo de exclusión. En 1999 España contaba con 3.639.069 personas (19% de la población) por debajo del umbral de riesgo de pobreza⁸. Cinco años más tarde, en 2004, el porcentaje de la UE era prácticamente el mismo, 16%, contando con la ampliación de los países y otros factores como inmigración y refugiados, y en España se mantenía, con un porcentaje alrededor del 18%⁹.

Es en este contexto que, a partir de 2005, se crea “un nuevo” cuadro político en materia de políticas de protección social e inclusión por parte de la **Comisión Europea (COM 2005, 706)**, como resultado de la “**Revisión de la Estrategia de Lisboa**” en 2005 y de la adopción por el

6- Debe puntualizarse el doble significado de la condición situacional -y por tanto temporal y acotable- del sinhogarismo: No debe confundirse el enfoque de “las políticas sociales de intervención contra la exclusión social”, que parten del presupuesto que los factores que llevan a una persona sin hogar a esa situación, son reversibles y, con ellos, se revierte la situación, con planteamientos de contexto macroeconómico que presuponen que las bolsas de exclusión aparecen en momentos convulsos de cambio social y económico, pero que desaparecen en cuanto estos cambios se estabilizan. Con este último significado, no estamos de acuerdo. No obstante, también es necesario ponderar el enfoque de las políticas contra la exclusión social ya que no están totalmente desvinculadas de los planteamientos macroeconómicos.

7- “Los crónicos” es una denominación procedente del discurso médico y es usada por los diferentes agentes y actores que son parte interesada en relación a las personas en situación de sin hogar. De forma general, hace referencia al perfil de persona que ha pasado -o lleva- varios años viviendo en la calle en unas condiciones materiales muy precarias y adquiriendo hábitos de comportamiento propios que implican, por ejemplo, el abandono de actitudes de higiene. Hemos preferido utilizar la denominación “situación de cronicidad”, en conformidad a nuestro punto de vista.

8- El umbral del riesgo de pobreza (económica) se define como el 60% de la renta mediana nacional.

9- Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. “Anexo I. Diagnóstico sobre la situación de exclusión en España. II Plan de Acción para la Inclusión Social, diagnóstico de situación (6/10/08).

Consejo Europeo de la “Estrategia para la protección social e inclusión social” en marzo de 2006. A grandes rasgos, trata de dar “continuidad” en las líneas de interés de los objetivos generados al inicio del proceso de Lisboa.

No es nuestra intención aquí examinar o enumerar estos objetivos. Apenas nos interesa, por un lado y a efectos de contextualización de este estudio, destacar algunos de ellos, es decir aquellos que afectan a las personas en situación de sin hogar, poniendo especial acento en la salud y sus cuidados. Por otro lado, poner de manifiesto los vínculos entre la movilización de los actores a favor de las personas sin hogar y la relativa implicación por parte de las administraciones en el desarrollo de estrategias.

Así, de estas estrategias, destacamos cuatro aspectos, el primero hace referencia al marco general de los objetivos: “*promover la cohesión social y la igualdad de posibilidades para todos a través de sistemas de protección social y de políticas de inclusión social apropiadas, accesibles, financieramente durables, adaptables y eficaces*”.

Del segundo, dentro de la “*política de inclusión para erradicar la pobreza y la exclusión*”, destacamos:

- A. Asegurar la inclusión social activa de todos por medio del mercado de trabajo y luchando contra la pobreza y la exclusión de las personas más marginales¹⁰;
- B. Garantizar el acceso de todos a los recursos, a los derechos y a los servicios sociales básicos, con la finalidad de luchar contra las formas

extremas de exclusión y discriminación que conducen a la exclusión;

- C. Asegurar que las políticas sean bien coordinadas e impliquen a todos los niveles del Estado así como a los diferentes actores involucrados, y aplicarlas en políticas públicas en los contextos particulares.

El tercer aspecto está relacionado con el derecho a asegurar y garantizar los mecanismos apropiados para acceder a pensiones que permitan a todas las personas mantener una vida adecuada a sus condiciones.

Por último, destacamos las estrategias relativas a la salud:

- A. Garantizar a largo plazo y de forma adecuada el acceso a todos a cuidados de la salud y abordar el tema de las desigualdades en cuestiones de acceso a los recursos y estado de salud;
- B. Promover la calidad de la salud y adaptarla a las necesidades y preferencias cambiantes¹¹;
- C. Asegurar, entre otros, que los medios necesarios sean accesibles financieramente y se promueva una buena coordinación entre los “sistemas” e instituciones de salud.

No podemos dejar de mencionar las cuestiones relacionadas con el alojamiento o el derecho al alojamiento. Aunque ha sido un tema presente desde el proceso de Lisboa, hasta 2005 no se ha planteado explícitamente como prioridad y como una cuestión de garantía de derechos en el sentido de asegurar un alojamiento adecuado

10- Este objetivo parte de la idea del empleo como uno de los medios fundamentales de la “integración y lucha contra la pobreza”. En este sentido, las políticas contra el empleo han de ser adaptadas a las necesidades de las personas más marginales, léase también las personas “sin techo”.

11- Hace referencia explícita al nuevo cuadro político en que se crean las políticas de descentralización de la salud, y al mismo tiempo se introducen acciones estandarizadas para medir las desigualdades sociales en salud, por ejemplo, a través de las encuestas de salud y los correspondientes “indicadores” que permiten medir condiciones socioeconómicas, calidad y estilos de vida, así como la utilización y acceso a los servicios.

buscando combatir y prevenir las situaciones sin hogarismo.

Nuestra intención al destacar estas diferentes “Estrategias de lucha contra la pobreza y exclusión social”, es poner de manifiesto su relevancia como marco de referencia oficial propuesto por la Comisión de la Unión Europea, y a través de ellos y desde un punto de vista analítico, abordar desde este estudio elementos ligados a la complejidad que encierra “la problemática de las personas en situación de sin hogar”, en concreto algunos relativos a cuestiones de alojamiento, salud orgánica y salud mental, protección social y empleo.

En este marco, creemos que las personas en situación de sin hogar, en un sentido general, se enfrentan frecuentemente con obstáculos adicionales. Por un lado, para garantizar y acceder al empleo, alojamiento, a los servicios sociales en general y, en particular, a los de salud orgánica y salud mental. Por otro lado, porque tienen y corren riesgos específicos en gran medida ligados a las “condiciones en que viven” y, sobretudo, porque debido a su extrema posición desfavorable tienen una mayor grado de probabilidades de ser descalificadas a la hora de hacerse valer para acceder y/o garantizar esos derechos.

Conforme a esta perspectiva, y como punto de partida, postulamos que los “factores estructurales”¹², entre estos, salud y/o protección social, empleo, vivienda, -así reconocidos, explícita o implícitamente en la literatura sobre la temática de las personas sin hogar-, tienden a favorecer el aumento y mantenimiento de la exclusión y, por extensión, de las personas en situación de sin hogar¹³.

2. Los estudios sobre las personas en situación de sin hogar: una breve reflexión en torno a la producción, recogida y uso de los datos.

La producción de datos en general y, en particular, los relativos al número de personas de una determinada población, es -o acostumbra ser- una fuente de apoyo para viabilizar y aplicar políticas destinadas a esa población y, al mismo tiempo, son fuente y resultado de discrepancias entre los diferentes actores y agentes que forman parte de un mismo campo de actuación.

Un ejemplo paradigmático sobre estas cuestiones nos lo aporta la temática de las personas en situación de sin hogar. Actualmente existe una casi ausencia de datos y de registros estadísticos o estandarizados sobre esta población, sea a escala internacional, -de la Unión Europea-, o más local, como el estado español y/o sus distintos niveles -estatal, autonómico, local-. Y los que existen son raramente comparables entre los diferentes países o dentro de estos, debido en gran parte a la diversidad de criterios de definición usados y, consecuentemente, a la utilización de sistemas diferentes de recogida de datos.

En el contexto europeo, la producción de conocimiento a partir de la recogida de datos estadísticos, censos, etc., ha sido, a partir de la

12- Las comillas tienen la intención de enfatizar el vínculo explícito o implícito entre las diferentes líneas teóricas y los dominios de la política en el sentido de que sus enfoques presuponen la existencia de un marco de referencia ‘oficial’.

13- En general, la literatura sobre las “personas sin hogar” reconoce la importancia que tienen los factores individuales (perspectiva más biográfica) y los sociales o estructurales (la perspectiva social) para comprender esta problemática. En este sentido, destacamos el trabajo de Clapham, D. (2002) en su artículo titulado Housing pathways: A post-modern analytical framework. *Housing, the theory and Society* 19 (2):57-68. Este trabajo se insiere dentro del enfoque analítico de trayectorias de vida. A grandes rasgos, se trata de un enfoque que va más allá de las perspectivas de historia de vida o social en la medida que busca entrelazar aspectos significativos de la experiencia social e individual o grupal.

década de 1990, uno de los temas de interés a tenor de los escasos y limitados datos que existían sobre esta población.

Cabe mencionar que en 1988, con la creación de la **FEANTSA**, se materializó en Europa una cierta institucionalización de la problemática en torno a las personas en situación de sin hogar en un marco político de programas nacionales e internacionales “**para prevenir y aliviar la pobreza y la exclusión social**”. Esta materialización favoreció la creación y sistematización de un conjunto de prácticas -cómo producir, recoger y sistematizar datos o conocimiento transnacional sobre la problemática de las personas sin hogar- dirigidas a un eficaz aplicación y viabilidad de políticas. Así, esta actitud se puso ya de manifiesto en los primeros años de 1990 con la creación del **European Observatory on Homelessness (EOH)** de **FEANTSA**.

Además, a partir del nuevo milenio y en el marco de los “**Planes Nacionales de Inclusión Social**”, surge un interés en reorientar la producción de conocimiento y de recogida de datos por parte de los diferentes actores y agentes involucrados en la problemática con la intención de superar los vacíos existentes respecto a las fuentes de las personas en situación de sin hogar. Mencionamos entre estas acciones el estudio realizado en 2003 por el **Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE/EUROSTAT)**; la revisión de estadísticas sobre Homelessness producidas por el **European Observatory on Homelessness de FEANTSA** a través de su propuesta de **ETHOS**, como definición conceptual y operacional del “**sinhogarismo**”¹⁴; el proyecto “**Measurement of Homelessness at EU Level**” (marzo de 2007), de la **European**

Commission Directorate -General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Inclusion, Social Policy Aspects of Migration, Streamlining of Social Policies Unit. No obstante, la adopción de la Declaración escrita del Parlamento Europeo comprometiéndose a poner fin al sinhogarismo de la calle en 2015, firmada el 22 de abril de 2008, es quizá la expresión más formal respecto al compromiso e interés en la problemática del sinhogarismo en general y, en particular, en la creación de fuentes de datos estadísticos fiables y comparables por parte de los países de la Unión Europea¹⁵.

En España y sobre la población sin hogar, a efectos de nuestro trabajo nos interesa mencionar, además del trabajo de **Pedro Cabrera (2000)**, la encuesta sobre personas sin hogar del **Instituto Nacional de Estadística** cuyos resultados fueron publicados en diciembre de 2005, (**EPSH 2005**, también la actualización de 2006 cuyos resultados fueron divulgados en julio de 2007)¹⁶.

Dentro de la misma línea, es importante destacar en el contexto local el estudio realizado por el **Institut de Salut Pública** y la **Direcció de Serveis Socials**, ambos de **l’Ajuntament de Barcelona**, cuya iniciativa es bastante anterior al estudio citado del INE (2005). Sus resultados fueron divulgados a finales de 1999¹⁷.

Tanto el estudio del INE como el del Institut de Salut Pública, parten de universos empíricos, objetivos, procedimientos metodológicos y propuestas diferentes. No obstante, tienen en común su interés en coleccionar datos cuantitativos o estadísticos de carácter oficial objetivando la aplicación de políticas. En este sentido, tienen

14- Ver por ejemplo, Edgar Hill et Meert Henk , (2005) “Quatrième Bilan de Statistiques sur l’exclusion liée au logement en Europe” y Edgar Hill et Meert Henk (2006) “5e Bilan de Statistiques sur l’exclusion liée au logement en Europe”. FEANTSA.

15- <http://www.feantsa.horus.be/code/FR/pag.asp?Ppage=967>

16- Cabe mencionar que la encuesta del INE se encuadra en el mismo marco de la UE y la oficina de estadística de la EUROSTAT objetivando formalizar un marco metodológico (definiciones y métodos de investigación) sobre las personas sin hogar (INE, 2004).

17- Jansà, Josep Maria, Sanchez, Marina, Borrell, Carme, (1999) La salut de la població de Barcelona sense sostre a la ciutat de Barcelona. Institut de Salut Pública y Direcció de Serveis d’Afers Socials. Ajuntament de Barcelona.

un significado especial, dentro de su especificidad, por tratarse de las primeras encuestas sobre las personas sin hogar realizadas en y por contextos administrativos de diferente nivel¹⁸.

No podemos dejar de mencionar que aunque la encuesta del INE no buscaba evaluar el número de personas sin techo en España, no deja de hacerlo, al proponer una estimación de 18.500 (5 de noviembre de 2003), tomando como base las informaciones procedentes de los centros¹⁹.

Conforme a esta estrategia metodológica, el INE presentaba para finales del año 2005 una estimativa de 21.900 personas sin techo²⁰.

Posteriormente retomaremos algunas observaciones en relación al estudio del Institut de Salut de Barcelona. De momento sólo destacar que es una encuesta que se realiza directamente en la calle y en los centros asistenciales, lo cual tiene un significado y un valor especial si la comparamos con el estudio del INE, cuyo trabajo de campo no es realizado directamente en la calle y, por tanto, no fueron contabilizadas las personas que, literalmente, duermen en la calle.

A pesar de su innegable importancia como primeros registros de información estadística sobre personas en situación de sin hogar, estos estudios plantearían ciertas limitaciones desde un punto de vista comparativo.

Especialmente, por la ausencia de parámetros comunes y de calidad, es decir, que sean capaces de evaluar las “desigualdades y/o condiciones

socioculturales” que encierra la complejidad de la problemática de las personas en situación de sin hogar.

Desde esta perspectiva, la ausencia de criterios unificados para definir y/o recoger datos sobre las personas en situación de sin hogar también puede presentarse como un obstáculo al desarrollo de estudios que objetivan crear parámetros o bases que fundamenten políticas específicas dirigidas a esta población, como las del ámbito de la salud, objetivo de nuestra investigación.

El estudio que aquí presentamos se insiere en esta línea de preocupaciones y, en este sentido, esperamos poder contribuir, desde nuestra modesta aportación, a soslayar algunas de estas lagunas y obstáculos, y poder sentar bases de referencia para una política pública más allá del modelo bioquímico y o asistencial; es decir, que comprenda la salud según “patrones sociales y de acción”, dentro de la complejidad que encierra la diversidad de situaciones de las personas sin hogar.

2.1. Objetivos.

Para ello, nos hemos marcado como objetivo principal conocer el **estado de salud** de las personas sin hogar en Barcelona a través del estudio de su morbilidad, tanto en salud física como mental, de los hábitos (o estilos de vida) relacionados con la salud; conocer también su **autovaloración del estado de salud**, y, finalmente; conocer la **atención sanitaria recibida, uso de la misma y percepción de los servicios (o recursos) sanitarios**.

18- Aunque no tienen una finalidad estadística, mencionamos, entre otros, los trabajos de Muñoz, M., Vázquez, J.J., et. al. (2003) titulado “Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos” y; concretamente, en relación a la temática de salud con las personas sin hogar el trabajo de Muñoz, M, Vázquez, C. Cruzado, J. del departamento de psicología de la Universidad Complutense (1995) “Personas sin techo en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico” y Muñoz, M., Vázquez, C., Vázquez, J. (2002) Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar de Madrid). Caja Madrid .

19- A este respecto ver, también, el informe de Cabrera (2004) titulado Spain report 2004 for the European Observatory on Homelessness: Statistical Update. Brussels, FEANTSA. Pag. 29.

20- Tomado como referencia la conceptualización de ETHOS, el INE adopta como definición de su universo aquellas personas que se insieren dentro de las categorías “sin vivienda” y “sin abrigo” dentro de los indicadores operacionales, 1, 2, 3, 4, 5, y 7.

Eso nos lleva a definir unos objetivos secundarios, como son:

- A. La identificación de problemas de la población “sin hogar”, tanto desde el punto de vista del perfil individual -como estrés, ansiedad, etc.-, así como socioeconómico. Este análisis permite observar elementos que han favorecido la condición de “exclusión social” en que se encuentra este sector de la población y, en última instancia, detectar las condiciones de desigualdad social.
- B. Comprender en qué medida interfieren en la salud y/o estilos de vida las adicciones y factores socioeconómicos, reflejando estos últimos las condiciones de vida de los individuos, -como situación y actividad laboral, situaciones de estrés, apoyo social, educación o nivel de estudios, ingresos económicos, alojamiento-.
- C. Identificar necesidades de las personas “sin hogar” en:
 - a) la utilización y seguimiento de los servicios de salud,
 - b) la existencia o no de problemas de salud específicos (según características o relevancia) y/ o más habituales,
- D. Determinar el índice de cronicidad de la población en situación de sin hogar de la ciudad de Barcelona y establecer sus interrelaciones con situaciones de estrés, apoyo social, así como la identificación o no de elementos específicos, a partir de nuestra definición operativa de personas en situación de sin hogar (ver más adelante) y filtrada por el tiempo que cada persona lleva en esa situación.

En un sentido general, el estudio pretende apoyar la planificación de políticas de salud atenta a las necesidades de las personas en situación de sin hogar, concretamente:

- A. Aportar bases de apoyo para una planificación atenta a las condiciones sociales de esta población.

- B. Facilitar la toma de decisión sobre el ajuste de protocolos de actuación sanitaria sobre este colectivo.

- C. Facilitar herramientas para la previsión de necesidades sanitarias de futuro en función de los problemas de salud que se detecten y su previsible evolución a corto y medio plazo.

Los tres aspectos están directamente relacionados con una planificación política atenta a la eliminación de estereotipos y estigmas sociales atribuidos socialmente a las personas en situación de sin hogar.

Metodología.

1. Definición operativa de personas en situación de sin hogar.

El criterio que usamos para definir las PSSH se aproxima a la conceptualización de ETHOS utilizado por la FEANTSA. Bajo este punto de vista metodológico, consideramos personas en situación de sin hogar: Las que no tienen un espacio físico (o sin techo) así como también las personas a las que les falta el acceso a una vivienda para desarrollarse humana y socialmente. En esta definición, entran, por tanto:

- A. Personas que viven en la calle o espacio público²¹
- B. Persona que pernocta en un albergue y/o forzado/a a pasar el resto del día en un espacio público.
- C. Personas temporalmente acogidas en entidades privadas, pensiones, refugios, es decir, residencias para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia.
- D. Situaciones de "infravivienda" en las que personas o familias habitan en condiciones de amontonamiento -población chabolista que vive en barracas, descampados, ocupaciones de casas abandonadas en condiciones insalubres, etc -

Las cuatro definiciones, conforme a la definición operativa de ETHOS propuesta por FEANTSA, corresponden a los indicadores 1 y 2 (categoría "sin techo") 3, 4 y 7 (categoría "sin vivienda") y 11 (vivienda insegura)²².

2. El cuestionario y punto de partida.

Utilizamos el cuestionario de la Encuesta de Salud de Cataluña, (ESCA 2006)²³, convenientemente adaptada al grupo de personas sin hogar y ampliada con nuevos aspectos que consideramos significativos para comprender el universo de estudio de las personas en situación de sin hogar. Estos aspectos son relativos tanto al ámbito estricto de la salud (Morbilidad, Salud Mental y Trastornos Mentales Severos), como al de la vivienda o al socioeconómico y jurídico.

Destacamos, no obstante, que debido a nuestro objetivo, el cuestionario, que mantiene numerosos apartados con variables e indicadores de cálculo usados en la ESCA, no incluye en cambio el apartado de seguridad viaria y obvia la extensión que en la última ESCA se hizo sobre tabaquismo.

La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2006) del Departament de Salut de Catalunya, así como la Encuesta Nacional de Salud de 2006 del Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo, se contextualizan en el marco general de la Encuesta Europea, de acuerdo con las transformaciones que resultan de la Estrategia de política sanitaria para la UE ("Estrategia de Lisboa", ver arriba)²⁴.

Tomando este marco de referencia como punto de partida, se introdujeron algunas innovaciones en relación a las anteriores encuestas. El objetivo principal de esta revisión fue potenciar la encuesta como instrumento para la detección y medición de las desigualdades en salud y de utilización de servicios, según género, edad, clase social (entiéndase según

21- Espacio público en sentido abierto: Cajeros, parking, coches o vehículos en general, descampados, parques, etc.

22- Ver en la web <http://www.feantsa.org>

23- La ESCA 2006 se elabora a partir de 18.126 entrevistas realizadas a una muestra aleatoria simple del Registro de población de Cataluña del Idescat a 1 de enero de 2005.

24- No podemos dejar de mencionar el tema anual elegido por la FEANTSA para el año 2006: "El derecho a la salud es un derecho humano. Garantizar el acceso a la salud a las personas sin abrigo". Ver (<http://feantsa.horus.be/code/fr/theme.asp?ID=2>)

las cinco agrupaciones de ocupación laboral y complementada con informaciones de la situación laboral, la ocupación en la empresa y la actividad laboral), el nivel de estudios y el territorio²⁵.

2.1. La estructura del cuestionario y sus dimensiones.

La encuesta aporta información importante sobre distintos factores condicionantes de los estilos de vida, agresiones sufridas, estado de salud y enfermedades crónicas (física y mental), trastornos mentales severos, consumo de medicamentos, accidentes, apoyo social, acceso y utilización de los servicios sanitarios, inmigración y prácticas discriminatorias.

Con el objetivo de comprender factores que pueden condicionar o interferir en la salud, se han obtenido informaciones sobre las características sociodemográficas de las personas seleccionadas.

Cuadro de la Estructura del Cuestionario

Apartados:	Página
PC. <i>Dónde Vive Usted</i>	3
A. <i>Contexto familiar y de la vivienda</i>	4
B. <i>Datos sociodemográficos...</i>	5-8
C. <i>Cobertura sanitaria</i>	9
D. <i>Estado de salud y Calidad de vida</i>	10-11
E. <i>Morbilidad crónica</i>	12-13
F. <i>Accidentes</i>	13
G. <i>Uso de medicamentos</i>	14
H. <i>Restricción de la actividad (últimos 15 días)</i>	15
I. <i>Restricción de la actividad (últimos 12 meses)</i>	15
J. <i>Discapacidades</i>	16-18
K. <i>Salud Mental</i>	18
L. <i>Apoyo social</i>	19

M. <i>Visitas médicas durante los últimos 12 meses</i>	19
N. <i>Visitas médicas durante los últimos 15 meses</i>	20-21
O. <i>Atención primaria</i>	21-22
P. <i>Hospitalizaciones</i>	22-23
Q. <i>Prácticas preventivas</i>	23
S. <i>Estilos de vida: Alcohol y drogas</i>	24-25
U. <i>Estilos de vida: Tabaco</i>	25-26
V. <i>Discriminación-estigmatización</i>	28
W. <i>Alimentación</i>	28-29

2.2. Ámbito de la Encuesta.

A. Universo empírico (poblacional). La investigación se dirige al conjunto de personas que viven en situación de sin hogar en la ciudad de Barcelona, una estimativa de alrededor de 1800 personas.

B. Geográfico. La encuesta se realiza en la ciudad de Barcelona, en los diferentes barrios o en los diez distritos que constituyen la ciudad desde el punto de vista de la administración política (Ciutat Vella, Eixample, Gràcia, Horta-Guinardo, Les Corts, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí, Sants-Monjuïc, Sarriá -Sant Gervasi)

C. Temporal. El período de recogida de la información comprende de abril a junio de 2008, con entrevistas a 611 personas mayores de 18 años.

25- Ana Mompert, Antonia Medina, et. al. (2007) Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria. Servei del Pla de Salut. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

3. Trabajo de campo: Diseño muestral, selección de casos y recogida de información.

3.1. Diseño muestral y selección de casos.

En un primer momento se valoró la posibilidad de determinar la muestra por saturación del universo de personas sin hogar de la ciudad de Barcelona. Finalmente, de entre la bibliografía consultada, el artículo **A Multiple Frame Approach to Sampling the Homeless and Transient Population**, de Iachan i Dennis²⁶, centrado en el abordaje de la determinación de la muestra, nos ilustró respecto a la aplicación de un criterio que nos permite determinar ésta con garantías.

Estos dos autores delimitan su universo a partir de la previa identificación de los distintos ámbitos físicos referentes en la situación vital de las personas sin hogar en los que la población en situación de sin hogar desarrolla sus actividades habituales, tanto individualmente como en conjunto.

Una vez identificados estos ámbitos, se procede a discriminar, primero, las personas presentes en el ámbito que no forman parte de la población sin hogar, y en segunda instancia, conocer el grado de solapamiento que cada ámbito tiene con los otros ámbitos para así ponderar su peso específico en el conjunto de la muestra.

Conforme a este punto de vista metodológico, la selección de la muestra se hizo a partir de la estratificación en cuatro ámbitos físicos la suma de los cuales represente la totalidad del universo de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona, alrededor de 1800 personas. Estos ámbitos son:

- A. Personas con residencia habitual en el espacio público.
- B. Personas que utilizan servicios de comedores sociales.
- C. Personas que están en centros de día para personas sin hogar.
- D. Personas que utilizan los refugios/albergues de la red pública o privada para personas sin hogar.

Esta división, además de no ser arbitraria, está directamente relacionada con los criterios que utilizamos para definir las personas en situación de sin hogar. Desde esta perspectiva, consideramos personas sin hogar: Tanto las que no tienen techo, como las personas que, teniéndolo, les falta el acceso a una vivienda para desarrollarse humana y socialmente: “un hogar”.

Inicialmente se partió de una ponderación inicial del peso de cada ámbito y a medida que se llevaba a cabo la recogida de información, para asegurar la representatividad de la muestra, se ponderó a cada sujeto en función de su concurrencia en uno o más ámbitos. Vale subrayar que la información de solapamiento entre los ámbitos se tuvo en cuenta para tener una representatividad del total de la población²⁷.

Así, la frecuencia y distribución porcentual relativa a la asignación de casos conforme al tamaño muestral (611 encuestados, sobre un universo de unas 1800 personas detectadas, conforme mencionado) y a la estrategia metodológica aplicada queda de la siguiente manera²⁸:

Ámbitos	Totales	%
En la calle(espacio público)	201	32,9
Albergues y centros y residencias para los sin techo	322	52,7
Estructura temporal, o chabola, o casa de ocupas:	51	8,3
Otras posibilidades (pisos con amigos de personas sin techo)	34	5,6

Fuente: Elaboración propia.

La duración de la entrevista osciló entre los 45 y los 60 minutos.

Las encuestas se realizaron en espacios o centros relativos a cada uno de los cuatro ámbitos físicos de localización de la muestra. La selección del encuestado se hizo de forma aleatoria, es decir, la selección de la persona encuestada se realizó de manera sistemática a partir de unas normas de muestreo.

No se entrevistaron todas las personas presentes en cada momento en un centro sino solamente una muestra de ellas.

3.2. Recogida de información.

El trabajo de campo lo comprendemos en un sentido amplio que implica diferentes técnicas de investigación en la recogida de datos, es decir, no se limita únicamente a la técnica dirigida a recogida de datos del cuestionario. Según este punto de vista, consideramos datos y técnicas de campo las informaciones recogidas durante:

- La prospección que se hizo a los recursos e instalaciones relativas a los ámbitos de estudio, mediante entrevistas informales y la observación.
- Las técnicas de supervisión, formación continua de los encuestadores durante los 3 meses de la realización de los cuestionarios.
- Además, destacamos la hoja de observaciones en la que los encuestados indicaban los aspectos que habían sido destacados por el encuestado durante la realización de la encuesta.

Igualmente, estas estrategias metodológicas implicaron, durante la realización del trabajo de campo, que se estableciera un rígido control de calidad. Éste consistió en la revisión periódica de las entrevistas realizadas y en la realización de sesiones con los entrevistadores para detectar problemas en el trabajo de campo.

4. Variables e indicadores: instrumentos de cálculo.

La encuesta tiene 148 preguntas que incluye una hoja de observación y una segunda hoja de observación donde el encuestador anota las percepciones y puntos de vista considerados más significativos sobre el contexto relacional de la encuesta (ver anexo).

Conforme a la **ESCA 2006**, las preguntas son heterogéneas y comportan una diversidad de variables -dicotómicas, categóricas, cuantitativas, continuas-. Algunas variables se obtienen a partir de las respuestas, mientras que otras necesitan de cálculos determinados con el objetivo de estimar indicadores compuestos.

De acuerdo a los objetivos comparativos, usamos indicadores y cálculos utilizados en la ESCA 2006 pero también incorporamos nuevos.

Las variables de clasificación son: Edad, sexo, nivel de estudios, ocupación, nivel de ingresos, clase social, tiempo en la calle, inmigrantes.

26- Iachan, R. I Dennis, L., (1993). A Multiple Frame Approach to Sampling the Homeless and Transient Population, a Journal of Official Statistics, vol. 9, núm. 4, pp. 747-764.

27- Fueron excluidos los extranjeros con dificultades idiomáticas y las personas en estado de toxicidad o en estado alterado de conciencia que imposibiliten la realización de la encuesta, procediendo a penas a una recogida de información básica.

28- La tasa de respuesta es de 0,8, cuyo cálculo se ha realizado sobre la base de la totalidad de las respuestas (611) dividido entre la suma de las respuestas (611) y las no respuestas (167).

- Morbilidad crónica.

Además de las 27 enfermedades que registra el cuestionario de la ESCA 2006, fueron incluidas las siguientes:

- VIH/SIDA
- Ludopatía
- Alcoholismo
- Toxicomanía diferente al alcoholismo
- Hepatitis
- Cirrosis
- Epilepsia

Igualmente, procedimos a una reagrupación de las 27 conforme la siguiente remodificación:

- Cardiovasculares (CV)
- Músculo-esqueléticas (ME)
- Respiratorias (RE)
- Mentales (MT)
- Neurológicas (NE)
- Digestivas (DIG)
- Toxicomanía (Drogas y Alcohol).

-Clase social.

La clase social según la posición socioeconómica se apoya en la propuesta de medida de clase social del grupo de trabajo de la Sociedad española de Epidemiología y de la sociedad española de Medicina familiar y Comunitaria²⁹.

Desde esta perspectiva, la clase social viene dada a partir de la situación laboral, actividad en la empresa y la ocupación. Para poder evaluar mejor los determinantes y condiciones sociales hemos creído conveniente complementar esta información de clase según la ocupación con el nivel de estudios ya que acostumbra a no haber una correspondencia entre nivel de estudios y ocupación o actividad que realiza en la empresa.

Cuadro de Categorías de clase según posición socioeconómica.

Categoría	Definición Grupo
Grupo I	Directivos de Administración Pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesionales asociados a titulaciones de segundo y 3º ciclo.
Grupo II	Directivos de empresas con menos de 10 trabajadores. Profesionales asociados a titulaciones de 1er ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas
Grupo III	Empleado de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad
Grupo IVa	Trabajadores manuales cualificados
Grupo IVb	Trabajadores manuales semi cualificados
Grupo V	Trabajadores manuales no cualificados

Fuente: Elaboración propia.

29- Una Propuesta de medicina de clase social. Grupo de Trabajo de la Sociedad española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria 2000. Vol. 25:350-363, Nº 5.

3

Resultados.

1. Construyendo perfiles: factores individuales, sociodemográficos.

Este apartado tiene como objetivo describir las principales características sociodemográficas de las personas en situación de sin hogar de Barcelona. Se enfoca sobretudo en los aspectos individuales y socio-familiares que resultan de los datos estadísticos extraídos del estudio.

Con la intención de evitar reduccionismos y de poder explicitar, en la medida de lo posible, la complejidad del fenómeno, no nos limitaremos a exponer un determinado perfil, sino que trataremos de delinear diferentes características o atributos de las personas objetos de la investigación.

Los datos e información que disponemos sobre las personas en situación de sin hogar son insuficientes, limitados o parciales y muy localizados en el espacio y el tiempo lo cual dificulta conocer el perfil sociodemográfico de las personas en situación de sin hogar. Esta carencia de datos suele suplirse con el mantenimiento de tópicos sobre las personas que están en esa situación.

Tópicos en su mayoría estigmatizantes, que cuando se manejan a nivel coloquial, lejos de acertar en las interconexiones de causas y efectos de esta forma de manifestación de la exclusión social se confirman como un ruido altamente peligroso, en el peor de los casos incluso para la integridad física de las personas que se hallan en esta situación, y que frecuentemente distorsionan la comprensión del fenómeno.

Además, la intervención de las entidades, organismos e instituciones que, desde su experiencia local, con algunos datos no muy actualizados y sobre todo, mucho rumor “boca-oreja”, hilvanan políticas de intervención que en la medida en que se puedan estructurar alrededor de más y mejores datos objetivos, se revelarán como más eficientes.

Existe una falta de datos estadísticos estandarizados sobre las personas en situación de sin hogar, y los que existen varían según la fuente. Tomando como base la clasificación de (FEANTSA) en sus tipologías 1, 2, 3, 4, 7 y 11, en 2005 existían en Europa alrededor de un millón de personas sin hogar. En el contexto de España, **Pedro Cabrera** nos presenta un cálculo aproximado de personas en situación de sin hogar de 18.500 personas en 2003 (**Cabrera, 2004:14**), que según una estimación del **INE**, en 2005, podrían haber aumentado hasta llegar a ser 21.900 personas.

En Cataluña, la ausencia de datos y de estudios estadísticos es también notable: Una aproximación son las 8.043 personas “sin techo”, dato extraído del estudio “**Sense Sostre a Catalunya (1999)**” solicitado al **Departament de Benestar Social por el Parlament de Catalunya**. En la ciudad de Barcelona, en la que se centra el interés de este estudio, los resultados publicados en *Qui dorm al carrer?*³⁰ nos hablan de 1.878 personas. Este cálculo corresponde a un recuento diagnóstico realizado sobre la práctica totalidad de la ciudad de Barcelona la noche del 12 de marzo de 2008 con la ayuda de centenares de voluntarios. Su estimación se distribuye en un 34,6% de personas que esa noche pernoctaron en la calle, un 51% de personas alojadas en recursos residenciales y un 14,2% en asentamientos.

Estos datos son perfectamente comparables a los obtenidos en nuestro estudio, realizado en el período de abril a junio también de 2008 y con anterioridad a la publicidad de los datos de *Qui dorm al carrer?*. Sobre una muestra de 611 personas, nuestros datos nos dijeron que un 32,9% de las personas encuestadas pernoctaban en la calle; el 52,7% en albergues y residencias para personas en situación de sin hogar y un 8,3% en estructuras temporales -carpas o chabolas-. El margen respecto al 14,2% del estudio anteriormente citado se puede entender a partir de que el estudio citado dispuso de datos estadísticos de asentamientos geográficamente aislados en zonas de difícil acceso del municipio de Barcelona, a los que nosotros no accedimos físicamente.

Así mismo, en nuestro estudio dispusimos del dato relativo a un 5,6% de personas que, categorizadas como "otros", son las que viven, entre otras situaciones, en pisos de amigos o pisos de entidades u organismos.

En relación al lugar de nacimiento de las personas en situación de sin hogar de Barcelona y tomando como punto de partida las afirmaciones de numerosos profesionales con años de experiencia en el ámbito, parece que, en números absolutos, ha habido cambios sustanciales en los últimos años.

Según algunos testimonios y estadísticas facilitadas por entidades consultadas, en los últimos años del siglo XX la mayoría de la población sin

hogar había nacido en España. Progresivamente, se ha constatado en el último decenio como, de la misma manera en que España se consolidaba como un estado receptor de inmigración no española, las personas en situación de sin hogar de origen inmigrante no español aumentaban porcentualmente en la ciudad de Barcelona de manera vertiginosa³¹. Actualmente, las personas inmigrantes son mayoría entre la población en situación de sin hogar de Barcelona: Los países distintos de España y el propio municipio de Barcelona son los lugares de donde procede la mayoría de la población, un total de 309 (50,7%) y 138 (22,7%) personas respectivamente, seguido de un total de 129 (21,2%) que provienen de municipios de España -fuera de Cataluña-. Y de municipios de Cataluña distintos de Barcelona, un total de 33 personas (5,4%).

31- El trabajo de l'Agència de Salut Pública titulado "la població vulnerable a Barcelona (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006) en el apartado la "població sense sostre" menciona, dentro de las características generales del perfil, a una población española de fuera de Cataluña.

Abantia

Instalaciones

Instal.lacions específiques d'establiments sanitaris

Instal.lacions d'electricitat (alta i baixa tensió)

Instal.lacions de seguretat

Instal.lacions contraincendis

Instal.lacions de comunicacions

Instal.lacions de control

c/ Asturias, 8-10

08830 Sant Boi de Llobregat

Telf. 93 552 14 00 Fax. 93 552 15 00

Es decir, el perfil de las personas en situación de sin hogar ha mudado también a través del peso mayoritario de la población inmigrante sin hogar y el descenso del número de la nacional en los últimos años. Les siguen las personas originarias del propio municipio, Barcelona. Después, personas del resto del estado español fuera de Cataluña y, finalmente, personas oriundas de Cataluña no barcelonesas.

1.1. Características individuales:

Sexo, edad, lugar donde viven, duración de la situación de sin hogar.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y a partir de los datos que aporta su estudio de 2005, el 82,7% de las personas sin hogar son hombres. Más allá de este dato, el estudio aporta datos que, a grandes rasgos, presentan un perfil sociodemográfico que en términos comparativos mantiene sólo relativas similitudes con el perfil o perfiles que se desprenden de los resultados de nuestro estudio.

Eso es así gracias a los matices que facilitan sobre las cuestiones de interés exploradas las consideraciones de género, edad y lugar de residencia de la persona.

Según nuestros datos, estimamos en un 87,7% de hombres y un 12,3% de mujeres³² la distribución por sexo entre las personas en situación de sin hogar en la ciudad de Barcelona.

En términos absolutos y en relación a la edad de las personas en situación de sin hogar de la ciudad de Barcelona, se constata que la población más joven, con una edad comprendida entre los 18 y los 30 años, supone el 13,3% del total; un poco más de la mitad de la población tiene entre 31 y 50 años (55,41%), y alrededor de una quinta parte (19,2%) está entre los 51 y los 60 años. La población de más de 61 años supone el 12%.

El resultado es una curva de tendencias muy similares entre hombres y mujeres: El porcentaje de personas en situación de sin hogar entre 18 y 30 años aumenta de los 31 a los 50 -con su punto máximo en la franja 41 a 50 en el caso de los hombres-, decrece entre los 51 a 60, y tiene su punto más bajo en el grupo de más de 61 años.

La curva tiene un pico más marcado entre los hombres y es más suave entre en grupo de mujeres. Hay un matiz interesante a esta observación: Con el aumento de la edad, en concreto a partir de los 51 años, el porcentaje cae más entre los hombres que entre las mujeres, es decir, hay porcentualmente más mujeres de edad avanzada que hombres, aunque en números absolutos ellas sean menos.

Así pues, la mayoría de personas en situación de sin hogar de Barcelona ciudad se encuadra en edades adultas maduras, mayoritariamente hombres entre 31 y 50 años, seguidas por el grupo de 51 a 60 años. Eso no debe hacernos pasar por alto

32- Esta diferencia en números absolutos entre hombres y mujeres llama poderosamente la atención, y para conocer su razón, sería necesario un estudio que destacase entre otros aspectos las prácticas de las entidades e instituciones interesadas en las personas en situación de sin hogar -objetivos, ofertas y o criterios para definir los perfiles de personas en situación de sin hogar, etc.-. Dicho de otra manera, nos preguntamos si, dentro del campo de acción de actores y entidades interesados en las personas en situación de sin hogar, existe un discurso interpretativo -o sentido común generalizado- que justifica el limitado número de mujeres en situación de sin hogar relacionado con la idea de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres que se encuentran en esta situación y en línea con que "el vivir o dormir en la calle" implica "mayores riesgos a las mujeres que a los hombres", condicionando a partir de ese "peso" el considerar o no a determinadas mujeres como personas en situación de sin hogar. Lejos de querer entrar en la validez o no de estas interpretaciones, se pretende solamente enfatizar que la comprensión de estas diferencias numéricas según el sexo pasa, sobretodo, por un análisis que ultrapase el recorte del género y se centre también en los aspectos socioculturales tanto los que refieren a las entidades e instituciones interesadas en esta población, como los de la propia población en situación de sin hogar.

33- Entiéndase en régimen de alquiler -sea o no compartido-, o como propietario.

ni el numeroso grupo de mujeres, ni que el porcentaje que suponen las personas en situación de sin hogar, tanto de 18 a 30 años -jóvenes-, como de más de 61 años -personas mayores-, superan, en cada tramo de edad, el 10%.

La edad media del total de las personas es de 44,6 años. Ese dato se mejora al introducir la variable sexo: Las mujeres tienen una edad media mayor, alrededor de 47 años y los hombres una media de un poco más de 43 años.

Este resultado se puede matizar al incorporar a la clasificación según sexo la variable **lugar donde vive**. Así, se constata al comparar el universo de hombres con el de mujeres que existe un porcentaje menor de mujeres que de hombres viviendo en la calle (22,66% mujeres; 34,14% hombres). También, que porcentualmente hay más mujeres que hombres alojadas en centros o residencias para sin techo, un 33,33% y un 25,14% respectivamente.

TABLA 1. Personas en situación de sin hogar y lugar donde viven, según sexo y edad.

Tramos de edad/años	Calle %		Pernocta en Albergues		Residencias para sin hogar		Chabola		Otros		Totales		Totales	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
18-30	15,38	11,76	16,78	21,05	11,19	8,00	10,86		3,84	-	13,69	10,66		
31-40	26,92	35,29	32,86	36,84	17,16	12,00	23,91		38,46	37,5	26,45	25,33		
41-50	34,61	35,29	29,37	26,31	21,64	20,00	34,78	40,00	26,92	12,5	29,64	25,33		
51-60	16,48	17,64	14,68	5,26	23,88	24,00	26,08	60,00	23,07	18,75	18,45	21,33		
Más de 61	6,59	10,52	6,29	10,50	26,11	36,00	4,34		7,69	12,5	11,25	17,33		
Totales											533	75		

Fuente: Elaboración propia.

Sitomamos como referencia el vivir en residencias o centros para sin hogar, en ambos sexos el tramo de mayor porcentaje es el de personas mayores de 61 años, siendo la población de mujeres (36,00%) mayor que la de hombres (26,11%).

El tiempo que las personas en situación de sin hogar de Barcelona llevan sin tener una casa o alojamiento propio, es una variable significativa que influye en la construcción de las características de los perfiles de esta población.

En términos generales, las personas sin hogar en Barcelona llevan una media de alrededor de dos años sin tener un alojamiento propio.

Matizar este dato nos permite, no obstante, observar que más de una cuarta parte (27,55%)

del total de la población lleva menos de seis meses sin tener vivienda propia³³. Es decir, posiblemente una de cada cuatro personas en situación de sin hogar está en una fase muy inicial o, cuando menos, no consolidada de exclusión social.

Incluso puede que en muchos casos estemos hablando de personas que ni estén en situación de exclusión social, sino en un momento puntual de "quiebra personal" que está afectando especialmente al ámbito de la cobertura de la vivienda. Este matiz debería hacernos reflexionar sobre la posibilidad de que una intervención / apoyo social ajustada y oportuna, en este momento, pueda restablecer en plano de inclusión social a un elevado porcentaje de este 27,55% del total del universo descrito, solventando la situación y minimizando el coste social a medio y largo plazo

de las situaciones avanzadas o consolidadas que se pudiesen evitar merced a la intervención.

Por otra parte, y volviendo al tiempo sin tener una casa o alojamiento propio, un 23,2% lleva más de cinco años -es decir, casi una de cada cuatro personas -, estaría con casi total seguridad en fase de consolidación de la situación de sin hogar, o cerca de ella.

Comparando en base al sexo, se pone de manifiesto la diferencia entre hombres y mujeres: El 45,5% del total de hombres en situación de sin hogar está sin alojamiento propio o casa en un período que oscila entre menos de 6 meses y 1 año, y el 54,5%, lo está entre la categoría más de 1 año hasta la de más de 5 años.

En cambio, para las mujeres, el período de menos de seis meses a un año comprende al 30,4% del total de las mujeres, y el período de más de 1 año a más de 5 años, el 69,3%.

Volviendo a los números absolutos, la proporción de hombres sin alojamiento o casa propia desde hace más de 1 año y hasta más de 5 es unas 5,5 veces superior a la de mujeres en ese mismo lapso (275 hombres; 48 mujeres).

En términos concretos, esta realidad se recoge en un 64% de las mujeres en esta situación, y en un 51,3% de los hombres.

Aún nos gustaría comentar otra constatación que se desprende de estos datos: El 31, 25% de mujeres de más de 61 años lleva más de 5 años sin tener una casa propia contra el 18,80% de hombres.

Es decir, al comparar dentro de cada universo de hombres y mujeres de 61 años se identifica que es mayor el porcentaje de mujeres que lleva más de 5 años sin tener alojamiento propio que el de hombres.

Esta diferencia podría estar vinculada al hecho de que hay un porcentaje más elevado de mujeres

que hombres de más de 61 años, 36% y 26,11% respectivamente, viviendo en residencias o centros para sin techo y no propiamente en la calle o espacio público (ver las relaciones completas en la **Tabla 1 y Tabla 2**).

Al ampliar este perfil considerando la edad, vemos como las personas más jóvenes -18 a 30 años- llevan menos tiempo sin tener una casa propia que las personas de mayor edad -más de 61 años- (43% frente a casi un 7%).

El dato se complementa con que alrededor de un 37% de las personas de más de 61, un casi 36% de las de 51 a 60 y un 10% de las más jóvenes - 18 a 30 años- llevan más de 5 años.

Es decir, las personas de 18 a 30 años, son muy representativas en la franja de menos de seis meses sin alojamiento o casa propios, mantienen esta representatividad hasta los 3 años, y pierden peso porcentual a partir de ésta temporalidad.

En cambio, las personas de más de 51 a 60 años y también las mayores de 61 años, muestran una tendencia inversa: Es a partir de 1 año sin alojamiento o casa propia cuando su peso porcentual es de manera progresiva más significativo, con especial incidencia en la permanencia en más de 5 años.

Aunque estos datos parecen apuntar una correlación proporcional entre edad y permanencia en situación de sin hogar, es necesario relativizarlos ya que dentro de las personas que han pasado entre 1 año y menos de tres haya un porcentaje elevado de jóvenes de 18 a 30 años, el 22,2 %, superado sólo por 3 y 4 puntos porcentuales, respectivamente por las personas comprendidas entre 51 a 60 años y más de 61 años.

A través de la **Tabla 2**, que introduce la variable sexo, se complementa esta información.

TABLA 2. Tiempo que lleva la población de hombres y mujeres en situación de sin hogar de Barcelona sin tener domicilio propio, según edad y sexo.

Tramos de edad/años	Menos de 6 meses		De 6 meses a 1 año		1 a menos de 3 años		De 3 a 5 años		Más de 5 años	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
I-18-30	20,83	33,3	13,95	-	14,52	5,00	9,75	-	5,12	2,25
II-31-40	30,55	40	48,83	33,33	23,07	30,00	17,07	16,66	12,82	6,25
III-41-50	33,33	20	13,72	50	29,05	20,00	29,26	50,00	32,47	12,5
IV-51-60	18,94	-	6,97	7,14	20,51	25,00	26,82	16,66	30,76	37,15
V- Más de 61	7,54	6,66	5,85	-	12,82	20,00	17,07	16,66	18,80	31,25

Fuente: Elaboración propia.

1.2. Las relaciones socio-familiares y la dimensión temporal.

Las relaciones sociales y/o familiares son aspectos esenciales de la existencia social e individual de las personas. Bajo este punto de vista, se hace pertinente mostrar brevemente algunos indicadores que nos ayudan a profundizar en las circunstancias que acompañan a las personas en situación de sin hogar de Barcelona.

Alrededor de un 30% de las personas entrevistadas vivían con “la familia”³⁴ antes de llegar a la situación de sin hogar; cerca de un 10% con “la pareja”; un poco menos de una cuarta parte vivían con amigos (21,11%) y apenas un 15,4% vivían solas. Los datos nos dicen que algo más del 60% de las personas en situación de sin hogar tenían relaciones familiares y/o de pareja y vínculos de amistad antes de llegar a esta situación -lo cual no implica afirmar que actualmente no mantengan o alimenten estos vínculos -.

Para profundizar en el significado de estas observaciones se han establecido otras relaciones,

como la dimensión temporal, es decir, el número de años sin tener casa propia así como los motivos que interfirieron para abandonarla. Como se ha dicho, un poco más del 23% de las personas llevan más de 5 años sin tener casa propia, y un 34% afirma que abandonó la casa por motivos considerados “personales” (o “íntimos”)³⁵.

Igualmente, las personas destacaron, como factores que les motivaron -o indujeron- a dejar la última casa en que vivían, y por orden de prioridad: Los económicos (41%), seguidos de los personales ya mencionados (34%), y laborales (el 23%).

Es oportuno mencionar que la acción de abandonar o dejar la casa o vivienda suele ir relacionada con situaciones de ruptura que afectan al estado de las relaciones sociales familiares.

Es decir, situaciones críticas que interfieren en la creencia y en el grado de equilibrio o de conflicto de esas relaciones. En este marco de observaciones, aún con el riesgo de generalizar, se puede suponer que una parte significativa de las personas en situación de sin hogar han

34- La categoría familia tiene múltiples significados y refiere a diferentes situaciones, el sentido que le damos aquí es el de “unidades familiares” constituidas por un hombre, (marido) mujer (esposa) y sus descendientes directos. Esta definición tiene una directa relación con las respuestas de los encuestados.

35- La idea de relaciones personales puede parecer muy vaga y amplia, pero no podemos olvidar que socialmente existe una idea cultural común a este respecto que está relacionada con los aspectos considerados como más íntimos o privados de la persona.

dejado de alimentar los vínculos y lazos familiares o afectivos y que, por extensión, éstos pueden estar bastante debilitados.

En general y aunque estos aspectos críticos pueden expresarse a través de factores aparentemente más objetivos como la situación laboral - pérdida o falta de trabajo, quiebra de un negocio-, desmembramiento familiar -divorcios o separaciones, o incluso drogodependencias y/u otras enfermedades-, la percepción y el significado que las personas sin hogar atribuyen a estos últimos factores no puede ni debe desligarse de las trayectorias y experiencias de vida de las personas en sus dimensiones social e individual, o con las posiciones y papeles que socialmente ocupaban antes de llegar a la situación actual de sin hogar.

Dicho de otra manera, la ruptura o debilitamiento de los lazos y vínculos afectivos y sociales, guardan una relación directa con problemas laborales y/o económicos, rupturas familiares, consumo de drogas, enfermedades orgánicas o mentales, apoyo social. En muchas ocasiones, unos serán la causa de los otros, y en otras, al revés. En cualquier caso, queremos destacar que unos y otros deben ser siempre considerados para intentar abordar la heterogeneidad del perfil, que es lo mismo que hablar de la particularidad de cada caso.

1.3. Ocupación.

Según el punto de vista de la ocupación laboral que la persona ha manifestado que ha desempeñado o desempeña, sabemos que más de la mitad de la población encuestada, el 60,7%, está situada en la posición social más desfavorable o estatus socioeconómico más bajo, que relacionado a los trabajos manuales no cualificados y seguido de las personas con trabajos manuales semi cualificados, el 22,6%.

Sólo un 0,86% de población se sitúa en las posiciones más favorables, respectivamente, técnicos o profesionales asociados con titulación universitaria de primer ciclo (0,69%) y de segundo ciclo (0,17%).

No obstante, estos resultados sobre la ocupación laboral que en última instancia hacen referencia a condiciones sociales, pueden ocultar otras condiciones o atributos quizás más significativos para entender la heterogeneidad de la población estudiada.

En este sentido, creemos que los datos e informaciones sobre la situación laboral y el nivel de estudios pueden ser tan relevantes o más que los relativos a la definición de estrato socioeconómico a partir de la ocupación³⁶.

1.4. Situación laboral / ingresos mensuales.

Constan como paradas un total de 461 personas, poco más de las tres cuartas partes (77%) de la población encuestada que contestó en ese sentido. No recibe ningún subsidio un 55% de este grupo, y sí lo recibe el 22% (129 personas).

Aproximadamente un 13% está trabajando. Un 1% de este grupo estaba en el momento de la encuesta en situación de baja laboral (ILT) desde hacía más de tres meses. La media de salario mensual del grupo de personas sin hogar que trabajan es de 866,16 euros, cantidad que se pondera con los datos proporcionados más adelante en éste mismo capítulo. Más del 25% tiene una jornada irregular o variable en función de los días, es decir, tiene un trabajo circunstancial que le ocupa una media de cerca de 32 horas por semana trabajada.

Un 5% de las personas encuestadas, están en la categoría de personas jubiladas.

36- Entiéndase por "ocupación" o "ocupación laboral", el sector, ámbito o profesión en el que trabaja la persona, y por "situación laboral" la circunstancia de estar empleada o desempleada, incapacitada, jubilada, entre otras.

Otro 5% lo está en la de personas incapacitadas / invalidez, pero se puede tener una aproximación a sus ingresos considerando los ingresos netos mensuales de este colectivo y, especialmente, la media de ingresos que tienen por mes, 444,66 euros -concretando más el dato, el 80,76% de las personas incapacitadas o inválidas entrevistadas ingresa entre 301 i 600 euros mensuales-. Considerando que el valor de las pensiones no contributivas y/o de las rentas mínimas de inserción laboral oscila dentro de esta media, se puede inferir que un alto porcentaje de la población entrevistada jubilada o incapacitada recibe renta o pensión³⁷ dentro de este promedio.

Tienen algún tipo de ingresos³⁸ un 49% del total de la población en situación de sin hogar de Barcelona. Por una parte, el 13% que trabaja. Poco menos de una cuarta parte del total, 22%, recibe algún subsidio por desempleo (129 personas). No sabemos en que medida el 5% de personas inseridas en la categoría de incapacitados / invalidez permanente así como del 5% de personas jubiladas, reciben o tienen garantizados sus derechos sociales o laborales. Se supone que el resto, hasta completar el 49% citado, puede tener ingresos derivados de otras situaciones.

El 49% del total de la población con ingresos -por estar ocupados laboralmente, recibir pensión por jubilación, incapacidad/invalidez, u otros subsidios, prestaciones o ingresos-, percibe de media 274,54 euros mensuales. Más detalladamente, y en relación a la cuantías que reciben el 48% de personas con ingresos mensuales, un 3,8% recibe menos de 300 euros mensuales; un 31,5% recibe entre 301 y 600, un 6,6% entre 601

y 900; el 3,3%, de 901 a 1200 euros, un 2% entre 1201 y 1500 euros, y un 0,8% recibe más de 1500 euros. Puede sorprender que, aunque en un índice muy bajo, pueda haber personas en situación de sin hogar con ingresos mensuales superiores a los 1000 euros mensuales: Ejecuciones judiciales, embargos, deudas hipotecarias personales o profesionales, entre otras circunstancias, pueden abocar a algunas personas a la situación de sin hogar muy posiblemente relacionada, de manera directa, con razones precisamente económicas.

Por otra parte, debería también captar nuestra atención el casi 4% con ingresos inferiores a 300 euros mensuales así como el 31,5% entre 301 y 600 euros, y del que no sabemos cuantas personas están más cercanas a los 301 que a los 600.

Hay un porcentaje mayor de mujeres que hombres con ingresos de 301 a 600 euros, (el 52,7% de las mujeres y el 28,7% de los hombres). El porcentaje de mujeres sin ingresos es del 36,5%, comparable al 54% del colectivo de hombres. En cambio, cobrando más de 601 euros, hay un total del 14% de hombres frente a solamente un 4% de mujeres, entre las cuales un 1,5% percibe más de 1500 euros al mes. En resumen, Hay menos mujeres que hombres sin recibir algún tipo de ingreso, aunque se instalan mayoritariamente en la franja de 301 a 600 euros, (52,7%) y de menos de 300 euros (6,7%).

1.5. Ocupación y nivel de estudios.

La mayor parte de la población tiene un nivel de estudios básico, es decir, dos terceras partes tiene estudios primarios (66,4%), de los cuales

37- La media de salarios o ingresos se ha calculado a partir del punto medio de las categorías por ingresos y ponderado por las personas que han contestado. Eso supone que la media se ha elaborado a partir de un total de 599 personas.

38- No está de más recordar que "ingresos" no es sinónimo de "subsidio" o "parado sin subsidio": Es decir, no tiene porqué haber correlación entre la situación de parado o incapacitado o jubilado, y tener o no ingresos.

39- Hay que tener en cuenta que las edades comprendidas entre la población que contestó la ESCA 2006 y la población en situación de sin hogar de Barcelona son distintas: La ESCA 2006 comprende 18.126 entrevistas, de las cuales 15.926 han sido efectuadas a población adulta de 15 años sin límite de edad, y 2.200 a menores de 15 años. Entre la población sin hogar encuestada no hay población menor de 18 años ni de edades muy avanzadas como las que si se hallan en la ESCA. Por ello, debemos tener en cuenta que los resultados de los dos estudios son distintos, aunque entendemos las tendencias sean parecidas y comparables.

tienen completados estos estudios el 45,7%. Es significativo que casi una décima parte de la población tiene estudios universitarios (9,8%).

Al comparar la población general de Barcelona con la población sin hogar y tomando como referencia los resultados de la ESCA (Enquesta de Salut de Catalunya) 2006, se observa que en ambos colectivos es mayoritaria la población que tiene estudios primarios, y que tampoco son muy significativas las diferencias entre los sexos (tienen estudios primarios en la población general catalana el 53,8% de los hombres y el 51,3% de las mujeres y entre las personas sin hogar de Barcelona el 70,3% y el 65,9%)³⁹.

Es significativo el dato que se refiere al relativamente alto porcentaje de universitarios (9,9% de los hombres y el 9,4% de mujeres). En este sentido y desde el punto de vista comparativo, aunque existen diferencias significativas (según los datos de la ESCA 2006, el 17,1% de las mujeres y 16,2% de los hombres tienen estudios universitarios), también se pone de manifiesto la heterogeneidad social intrínseca de la población de Barcelona en situación de sin hogar.

Esta heterogeneidad, sin duda, hace referencia a experiencias de vida o condiciones sociales diferentes entre la población en situación de sin hogar de Barcelona, aunque, por otro lado, la comparación del nivel de estudios entre ambos universos empíri-

cos -el de la población catalana por un lado y el de la población en situación de sin hogar en Barcelona por el otro-, pone de manifiesto ciertas similitudes en el perfil sociológico de ambas poblaciones.

En otras palabras, los diferentes grados o niveles de educación de la población nos hablan de perfiles sociales parecidos a los de la población general pero que en éste contexto hacen referencia a desigualdades sociales -o mayor grado de vulnerabilidad en esas poblaciones-: Estas desigualdades se ponen de manifiesto si establecemos conexiones entre el nivel de estudios y la situación laboral de la población activa adulta y la ocupación.

Así pues, tomando como referencia la población total de personas en situación de sin hogar y estableciendo la comparación entre el nivel de estudios y la situación laboral, vemos que casi un 73% por ciento de las personas en situación de sin hogar que no saben leer están en situación de desempleo.

Así mismo, de entre las personas que tienen acabados sus estudios primarios, están desempleadas el 82%, y también el 78,6% de las que acabaron estudios secundarios. Finalmente, un poco más del 77% de las personas que acabaron sus estudios universitarios, están, igualmente, en el paro (ver la relación completa en la **Tabla 3**).

TABLA 3. Población con nivel de estudios y desempleada, según sexo.

Nivel de estudios acabados	Total población		Total desempleados *	Sexo** %	
	Nº	%		H	M
No sabe leer	11	8	72,7	2	
Primarios/ ESO	378	310	82	67	71,18
Bachillerato/ FP	126	99	78,6	21	18,64
Universitarios	57	44	77,2	9,5	10,16
Otras posibilidades	2	1	0,5	0,5	

* Hace referencia al grupo de personas desempleadas con y sin subsidio. Aclarar que el valor toma como referencia el número total de población sin hogar, para cada nivel.

** El valor toma como referencia la totalidad de personas desempleadas en los diferentes niveles.

Fuente: Elaboración propia.

Para concluir este apartado, y como resumen, retomamos algunos aspectos del capítulo con la intención de visualizar mejor las principales características o perfiles de las personas en situación de sin hogar.

Aunque, como hemos puesto de manifiesto, destaca el perfil de hombre inmigrante, no por ello deja de ser menos significativo el perfil de las mujeres. Así, en términos generales se trata de un perfil adulto relativamente joven con una edad de un poco más de 44 años y medio que ha nacido fuera del estado español y que vive y pasa la mayor parte del tiempo en la calle. En términos concretos, tenemos a hombres y mujeres adultos respectivamente de 43 y 47 años (o entre 31 a 50 años). También dentro del perfil edad y porcentualmente, delineamos situaciones de mujeres viviendo en las diferentes modalidades de residencias para sin techo con mayor edad que la que tienen los hombres (entre 50 a más de 61).

En general, la mayoría de las personas en esta situación llevan entre menos de 6 meses a menos de tres años, es decir, un perfil dentro de una fase relativamente inicial de la situación de sin hogar, ya que algo más de una cuarta parte (27,6%), lleva menos de seis meses en esta situación y cerca de la mitad (el 46,9%) entre 6 y menos de tres años. Apenas un poco más de una cuarta parte, el 25,9% corresponden a la situación que en lenguaje médico se denomina “los crónicos”.

Aunque son mayoritarias las personas con estudios primarios, el 66,4%, - cerca de una tercera parte de este grupo, no los tiene terminados -, no podemos dejar de resaltar los perfiles con estudios universitarios, alrededor de una décima parte.

Desde el punto de vista socioeconómico, también nos referimos a perfiles que hacen referencia a posiciones sociales más desfavorables o estatus socioeconómico más bajo, y que desempeñan -o desempeñaron- trabajos manuales no cualificados.

En este marco, como hemos puesto de manifiesto, es significativo el perfil desde el punto de

vista laboral, ya que si bien nos encontramos con un colectivo en el que la mayoría de las personas ubicadas en el desempeño de trabajos manuales no cualificados están paradas, también hay un porcentaje elevadísimo de parados entre el grupo de personas sin hogar que tiene estudios universitarios.

Respecto a los atributos socio familiares y/o vínculos interpersonales que interfieren en “**los grados de cohesión e integración social**”, indicamos que aunque no podemos constatar si la gran mayoría de la situaciones o de perfiles aún mantiene vínculos socio familiares, sí se ha puesto de manifiesto la existencia de una parte significativa de las personas en situación de sin hogar de Barcelona que han dejado de alimentar los vínculos y lazos familiares o afectivos con lo que, por extensión, éstos pueden estar bastante debilitados.

2. Estilos de vida: Factores y actitudes que interfieren en la salud.

Hablamos de **estilos de vida** en el sentido de medición de la salud utilizado en la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2006. Desde este punto de vista, los factores del entorno, las actitudes y comportamientos individuales junto con los sociales y económicos -entiéndase especialmente el nivel de estudios, condiciones de trabajo, ingresos y vivienda o lugar dónde la persona vive-, han de comprenderse como aspectos que generan diferencias en relación a los riesgos para la salud.

Partiendo de este presupuesto, los resultados de este apartado apuntan a que 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.

En este estudio, dentro de las aptitudes **individuales**⁴⁰ o físicas indicamos los hábitos de alcohol y drogas, de alimentación, el índice de masa corporal y la práctica preventiva sobre estado de la presión arterial.

2.1. Alcohol.

Para determinar el consumo de alcohol se ha utilizado la unidad de bebida estándar (**UBE**)⁴¹ que cuantifica las diferentes unidades de consumo a partir de las cuales se agrupa el consumo de alcohol en tres categorías: No bebedor, bebedor moderado y bebedor de riesgo. Este instrumento nos permite identificar la población en situación de sin hogar que está en riesgo de tener problemas de drogodependencia con el alcohol. No obstante, no tiene validez para la detección de sintomatología crónica. Para ampliar y diversificar resultados, se ha utilizado también el cuestionario **Cage**⁴². Como veremos, el uso de uno u otro instrumento aporta resultados diferentes y, por tanto, también diagnósticos diferentes. Nuestra intención al usar los dos instrumentos ha sido poner de manifiesto la existencia de un debate en torno a tema del alcoholismo y, en última instancia, una cierta diversidad de opiniones sobre este problema.

De los resultados obtenidos, se destaca que el 9% de las personas encuestadas nunca han consumido alcohol y un 21% lleva más de un año sin consumirlo -es decir, más del 30% de la población hace un año o más que no ha ingerido alcohol-

Un 8,8% lleva entre 1 mes y 1 año abstinerente de alcohol. Así pues, se constata un alto porcentaje de personas en situación de sin hogar que no tienen hábito ninguno de consumo de alcohol.

Por otra parte, un 6,9% manifestó haber bebido alcohol durante los últimos 30 días, un 15% en la última semana, un 14,5% el día anterior a ser preguntada, y el 24% bebió alcohol el día en que se le preguntó.

A pesar de estos resultados, al complementar estos datos con los obtenidos a partir de las unidades de cuantificación y determinación del consumo de alcohol, se aprecia que más de la mitad de las personas encuestadas que beben alcohol son bebedores moderados (66,6%), y el 28,1% lo son de riesgo. Estos datos se matizan al considerar el sexo de las personas encuestadas, aunque no hay grandes diferencias de oscilación en las diferentes categorías. Entre los bebedores de riesgo, hay un porcentaje mayor de hombres que de mujeres en riesgo, respectivamente el 29,5% y el 16,1%, y dentro de la categoría no bebedor, el porcentaje es mayor en las mujeres (9,7%), que en los hombres (4,7%).

Al establecer la clasificación por sexo y edad⁴³, en ambos universos destacan como bebedores de riesgo las personas dentro de los tramos de edad de 41 a 50 años: El 34% de los hombres y el 22,2% de las mujeres.

Pero las diferencias más significativas respecto a la edad están en las categorías bebedor moderado, donde se constata mayor porcentaje entre los hombres más jóvenes, los de 18 a 30 años, con

40- Las comillas tiene la intención de minimizar la idea de aptitud individual en los estilos de vida.

41- UBE= 10g. de alcohol puro.

42- El cuestionario Cage es utilizado para la detección de sintomatología crónica alcohólica. Tiene cuatro preguntas y para cada una hay dos posibilidades de respuesta, afirmativa o negativa. La afirmativa puntúa 1 y la negativa 0. Las personas que tienen a partir de un punto tienen sintomatología alcohólica.

43- Recordemos que los porcentajes presuponen considerar la totalidad de bebedores, que implica un universo menor de población referencial en general y en particular según sexo y edad. En este sentido, destacamos el porcentaje de mujeres: Hay que contextualizarlo dentro de la totalidad de 30 mujeres y cuando se establece la clasificación por edad tenemos un universo bastante menor, es el caso del tramo de edad de más de 61 años, en el que hay apenas una mujer.

un 87,9%. En cambio, en las mujeres dentro de la misma categoría de bebedora moderada hay más representatividad entre las que comprenden la edad de 51 a 60 años (el 85,7%), oscilando el porcentaje de bebedoras moderadas entre los 31 y los 60 años, entre el 77,8% y el 85,7% ya mencionado. No hay representación en el tramo de edad de más de 61 años en la categoría de bebedora moderada. En cambio, el 99% de las mujeres en ese tramo de mayores de 61 años, está en el grupo de bebedoras de riesgo.

Finalmente y a modo de conclusión en este ámbito, los resultados de determinación del consumo de alcohol tienen significados diferentes al introducir el tiempo que las personas llevan en situación de sin hogar.

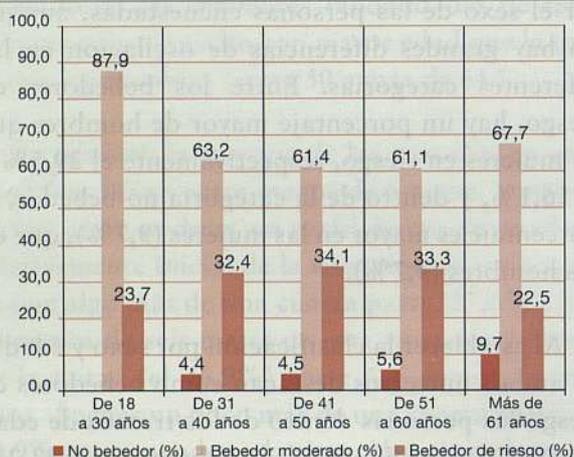
Entre los bebedores de riesgo se destacan los hombres que llevan más de 5 años (34,4%), seguidos de aquellos que llevan entre seis meses y un año (31,7%).

Es decir, el porcentaje mayor de bebedores de riesgo está entre las personas que han pasado menos tiempo en la calle y las que llevan más tiempo.

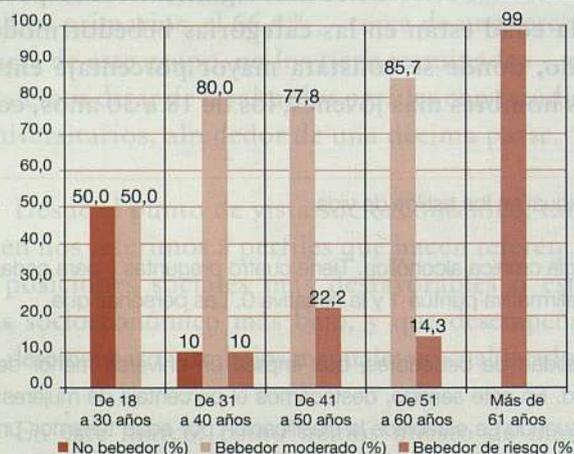
También se aprecia que las personas con menos y más tiempo de permanencia en esta situación son las que más alcohol beben en general (suma de porcentajes de personas bebedoras moderadas y bebedoras de riesgo), y que, a partir de los seis meses a un año sin hogar, en que el porcentaje de consumo cae levemente respecto al período de uno a seis meses, los consumos van remontando paulatinamente hasta el máximo alcanzado cuando se pasa de los cinco años en situación de sinhogarismo.

Gráfico 1. Determinación del consumo de alcohol según sexo y edad.

Hombres. Porcentaje de hombres y determinación de consumo de alcohol según la edad.



Mujeres. Porcentaje de mujeres y determinación de consumo de alcohol según la edad.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4. Porcentaje de hombres y mujeres, y determinación del consumo de alcohol según el tiempo que llevan en esta situación (%).

Categorías de consumo	Hombres (%)					Mujeres (%)				
	Menos de 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Entre 1 año y menos de 3 años	Entre 3 y 5 años	Más de 5 años	Menos de 6 meses	Entre 6 Meses y 1 año	Entre 1 año y menos de 3 años	Entre 3 y 5 años	Más de 5 años
No bebedor	2,7	7,3	7,8	5,3	3,1	25			14	11
Bebedor moderado	72,0	61,0	64,1	68,4	62,5	62,5	50	83,3	75	71,4
Bebedor de riesgo	25,3	31,7	28,1	26,3	34,4	12,5	50	16,7	25	14,3

Fuente: Elaboración propia.

En relación a este dato, hay que destacar que, tomando el conjunto del universo de hombres y de mujeres, al comparar todas las categorías de consumo de alcohol entre las diferentes clasificaciones de tiempo, la categoría de bebedor moderado es la que tiene mayor representación.

Por otra parte, tenemos que remarcar que al utilizar como referencia el cuestionario Cage, estas últimas constataciones se modifican poniendo de relieve que casi las tres cuartas partes (el 72,6%) de las personas en situación de sin hogar que consumen alcohol -en los últimos 12 meses- tienen sintomatología de alcoholismo, aunque apenas un 26,8% de las personas afirman tener esta sintomatología crónica, es decir, una representación bastante próxima de la categoría bebedor de riesgo, -vale repetir, el 28,1% del total de la población encuestada-.

2.2. Substancias o drogas diferentes del alcohol.

De acuerdo con los datos obtenidos, en los últimos 30 días previos a la realización de la encuesta, la marihuana o el hachís junto con las pastillas para dormir y/o tranquilizantes, son las sustancias más consumidas por población en situación de sin hogar (el 31,8% y el 30,6%

respectivamente), seguido de la cocaína, con el 21,8% de la población, la heroína con el 6,5%, y, finalmente, las drogas de diseño con el 2,5%. El mismo orden de representatividad se da en los 12 meses previos a la encuesta, aunque hay mayor frecuencia que en los últimos 30 días.

Hay que subrayar que se hace referencia aquí a sustancias o pastillas no recetadas por el médico. Como se verá más adelante en la morbilidad mental y uso de medicamentos, las pastillas para dormir y/o tranquilizantes, entre otras, forman parte del tratamiento más frecuentemente recetado por el médico a esta población y, por extensión, el más frecuentemente consumido dentro del tratamiento de las sintomatologías crónicas - tanto físicas como mentales -.

No podemos dejar de explicitar que la población en situación de sin hogar duerme una media de 6 horas al día, a intervalos y en condiciones -ambientales, térmicas, de seguridad personal- frecuentemente poco favorecedoras del descanso.

Respecto al consumo de sustancias según la edad, destaca la población más joven, cuyo consumo en todos los tipos de sustancias -excepto las pastillas para dormir y/o tranquilizantes- es bastante mayor que en el resto de la población.

Las pastillas para dormir y/o tranquilizantes, así como la marihuana y el hachís, presentan porcentajes de consumo representativos en todas las edades. No hay representatividad en el consumo de cocaína y de drogas de diseño entre las personas mayores de 61 años, y el consumo de heroína, en los mayores de 61 años, se limita a un 2,2% del total de población con esa edad.

Para el resto de edades, el total de drogas preguntadas en la encuesta -repetimos, pastillas para dormir y/o tranquilizantes; marihuana/hachís; cocaína; drogas de diseño; heroína-, tienen representatividad significativa.

Se aprecia pues, que las drogas diferentes del alcohol son de consumo generalizado entre las personas en situación de sin hogar. Además, a través de los porcentajes de consumo de cada droga, se puede adivinar en un gran número de personas un consumo combinado de distintas sustancias referidas, compaginadas, además, con el consumo de alcohol.

2.3. Tabaco.

Más de la mitad de las personas fuman diariamente (67,1%) y una cuarta parte de la población no fuma (25%). Los fumadores / exfumadores, comenzaron a fumar, de media, con alrededor de 16 años de edad.

Hay un porcentaje mayor, cerca del doble, de mujeres no fumadoras en relación a los hombres, respectivamente el 43,8% y el 22,6%. Eso se traduce también en que hay un porcentaje más elevado de fumadores diarios entre los hombres (67,1%) que entre las mujeres (48%). El porcentaje de personas que fuman ocasionalmente es parecido en ambos sexos: 7,7% y 8,2% de hombres y de mujeres, respectivamente y por este orden.

Si tomamos el total de la población y lo contemplamos en función de la edad de las personas, observamos de nuevo como el tramo de 41 a 50 años es el que tiene mayor presencia:

El porcentaje de fumadores diarios aumenta desde los 18 a 30 años, pasando por 31 a 40 y hasta la franja de 41 a 50 años (59,3%; 67,3%; 76%), para a partir de esa edad, comenzar a descender el consumo diario de tabaco (69,6%; 48,6%). Hay relación también entre edad y porcentaje de no fumadores: Éste va decreciendo desde los 18 años hasta los 41 a 50 (32,1%; 22,6%; 19,4%), para volver a crecer a partir de ese punto de inflexión (22,6%; 41,7%).

2.4. Prácticas preventivas.

En relación a las prácticas preventivas destacamos que apenas el 26% de las personas en situación de sin hogar se toma la presión periódicamente, pero hay un porcentaje mayor de mujeres (41,7%) que de hombres (23,9%) que adoptan esta práctica preventiva.

En función de la edad, en ambos sexos se toman la presión periódicamente las personas de más de 61 años, pero hay diferencias significativas en el porcentaje o representación según el sexo: El 75% de las mujeres y el 38,3% de los hombres.

Se puede decir que hasta los 50 años, tomarse la presión periódicamente no llega a preocupar ni al 25% de la población de hombres.

Las mujeres de 31 a 40 años (52,6%) y las de más de 51 años (el 46,7% de las de 51 a 60 años y el ya citado 75% de las mujeres mayores de 61 años), sí presentan porcentajes significativos de interés en ese control. En las mujeres de 18 a 30 años, y en las de 41 a 50, ese hábito se aprecia en porcentajes inferiores al 20% en ambos casos.

2.5. Estilo de vida y alimentación.

Los indicadores para comprobar el tipo de alimentación se han adaptado a los hábitos de consumo habituales de la población objeto de estudio. Vale destacar que estos indicadores no son instrumentos que permiten examinar la

calidad de la alimentación, ni si se trata o no de una dieta equilibrada. Son instrumentos, sobretudo, de cuantificación del número de comidas en un día, tomando como referencia dos periodos de tiempo: Invierno y verano.

No obstante, es un indicador que nos permite complementar y relativizar otros datos referentes al estilo de vida en general y en particular los relacionados con la alimentación, concretamente el índice de masa corporal (IMC).

Destacamos, por un lado, que apenas el 48,8% de las personas comen habitualmente entre dos y tres platos de comida al día en verano. En invierno, solamente un poco más de la mitad, el 50,8%.

Por otro lado, y en el extremo opuesto, comprobamos que en verano el 7,2% de las personas en situación de sin hogar comen bocadillos como comida habitual. En invierno el 6,1%.

Es decir, un poco menos del 50% de las personas en situación de sin hogar no llegan a comer habitualmente ni dos platos al día, complementando con algún bocadillo, o alimentándose solamente de bocadillos. Esa circunstancia se da también en invierno.

Tomando como referencia el **Índice de Masa Corporal (IMC)** de las personas en situación de sin hogar, algo más de la mitad de la población (57,2%) tiene peso normal. Este porcentaje debe estar relacionado sobre todo a la población que acostumbra a comer una dieta de entre dos y tres platos diarios -o dos a tres comidas diarias-. El 5,5% tiene infrapeso, es decir, está situada por debajo de la categoría del peso normal.

En síntesis, podemos desprender de los resultados del IMC que solamente un poco más de la mitad de la población encuestada en situación de sin hogar tiene peso normal y suele comer entre dos y tres comidas diarias. También, que un poco más del 5% tiene infrapeso y acostumbra a comer bocadillos como dieta.

3. Estado de salud: morbilidad crónica.

3.1. Cronicidad física y mental.

A través de la encuesta realizada, se ha explorado la existencia de trastornos crónicos a partir de una lista de treinta y cuatro (34) trastornos de salud: De estos, veintisiete (27) se seleccionaron a partir de la lista de la **Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA) 2006**. Los siete (7) restantes sobre los que se preguntó a las personas encuestadas fueron elegidos en función de la opinión de profesionales del ámbito del sinhogarismo. Fue gracias al conocimiento y experiencia de estos profesionales de los centros y recursos sociales de las diferentes entidades y organismos dedicadas al trabajo con personas en situación de sin hogar que se pudo identificar y consensuar este grupo de siete trastornos.

En relación a los datos de la ESCA 2006 de Cataluña, tres de cada cuatro personas (un 75%) de la población catalana tiene algún trastorno crónico. Al comparar estos resultados con los obtenidos en éste estudio se pone de relieve una cierta diferencia, ya que alrededor del 80% de las personas encuestadas en situación de sin hogar de Barcelona tienen algún trastorno crónico, siendo que más de la mitad (el 55,3%) tiene de uno a tres trastornos crónicos y cerca de una cuarta parte (25%) tiene más de tres trastornos crónicos.

Las mujeres presentan más frecuencia de trastornos crónicos que los hombres: El 41% de las mujeres y el 21,4% de los hombres tiene más de tres trastornos crónicos.

Estas distribuciones porcentuales de cronicidad se matizan al introducir la variable de estudio **lugar donde vive**⁴⁴ por un lado y, por el otro, el tiempo que lleva en esta situación -o sin tener un domicilio propio-.

Hay que destacar que las personas que pernoctan en los albergues presentan en mayor número problemas crónicos respecto a los que viven en la calle, respectivamente, el 26,4% frente al 17,9%.

No obstante, las diferencias entre estas dos situaciones han de ser ponderadas y relativizadas ya que las personas que duermen en albergues apenas pernoctan en estos centros y suelen pasar el resto del día en el espacio público. Además, de forma habitual, las mismas personas suelen pendular en ambas situaciones, sobretodo cuando se trata de albergues de primera acogida, cuya normativa estipula un número máximo de días de estancia.

Destacamos otros dos aspectos relacionados con el anterior: Por un lado, al establecer la comparación con albergues o residencias para sin techo, apreciamos que las personas que están en la categoría calle (o sin domicilio) presentan con menor frecuencia enfermedades crónicas: Aproximadamente una cuarta parte de las personas (25,4%) no tienen ningún trastorno crónico. Por otro lado, las personas que viven en las diferentes modalidades de estancia o residencias para sin techo tienen una frecuencia mayor de trastornos crónicos (30,2%), que las que pernoctan en albergues o viven en la calle, con un 26,4% y 17,9% respectivamente.

Estos resultados cuestionan el presupuesto de que las personas que están residiendo en la calle son, de todo el colectivo en situación de sin hogar, las que más trastornos crónicos padecen, fruto de un mayor deterioro personal. No es así. Se escapa, no obstante, a este estudio, discernir si:

A. las personas con más trastornos crónicos están en residencias o albergues en mayor porcentaje gracias a políticas de detección y mayor atención a personas con estas problemáticas;

B. a que son las mismas personas las que activan estrategias para hacer valer su mayor vulnerabilidad y conseguir plaza en alguno de estos recursos, o;

C. una combinación de ambas u otras posibilidades.

Establecer una conexión entre la morbilidad o número de trastornos crónicos y el tiempo que llevan las personas en situación de sin hogar nos aporta datos e informaciones que ponen de manifiesto la relación dependiente entre ambos aspectos, es decir, tener más o menos trastornos en función del tiempo que lleve en situación de sin hogar la persona encuestada. Aunque la relación tampoco es en el sentido que pudiera imaginarse, sorprendentemente y en términos absolutos -es decir, entre la población total con algún trastorno, independientemente del número de los mismos y el tiempo que lleva sin tener un domicilio propio-, en la clasificación de tiempo menos de 6 meses, el 27% de la población tiene trastornos.

Si lleva de un año a menos de tres años el 23,9% y más de 5 años, el 23,2%. Es decir, aunque no hay una diferencia porcentual muy grande -aproximadamente 4 puntos porcentuales-, hay un porcentaje mayor de población con trastornos en la primera clasificación del tiempo, menos de 6 meses, porcentaje que tiende a decrecer cuanto más aumenta el tiempo.

Estos porcentajes se matizan si la conexión se establece entre el número de trastornos y la clasificación sexo (ver Tabla 5). Hay que destacar que, en ambos universos, aunque con diferencias porcentuales significativas, no hay una relación de continuidad entre el tiempo que llevan los hombres y mujeres encuestados sin tener una casa y el número de trastornos que presentan. Esta discontinuidad es mayor en los hombres que en las mujeres.

44- Vale recordar que las categorías que incluye esta variable corresponden a nuestra definición de personas en situación de sin hogar.

Entrando en detalle, tanto entre mujeres como entre hombres predomina siempre el tener entre 1 y 3 trastornos crónicos. Así, entre los hombres con menos de seis meses sin alojamiento o casa propios ésta característica se da en el 59% del total de hombres en situación de sin hogar durante esa franja de tiempo. En el período entre 1 año y menos de 3 años, es el 59,3% del total de hombres sin hogar por ese período, y entre los hombres que hace más de 5 años que no tienen alojamiento o casa propios, supone casi el 47%. En las mujeres, con 1 a 3 trastornos, están el 40% de las mujeres sin hogar

por un período de menos de 6 meses. Las mujeres que llevan en esta situación entre 1 año y menos de 3, tienen de 1 a 3 trastornos en un 60% de los casos, y cuando hace más de 5 años, en casi un 44%.

Se aprecian, pues, diferencias porcentuales entre ambos sexos. Hay un porcentaje mayor de mujeres que de hombres con más de tres trastornos crónicos en cada una de las clasificaciones en que hemos dividido el tiempo, y, en general, también es mayor la representatividad en las mujeres que entre los hombres cuando hablamos de entre 1 y 3 trastornos.

TABLA 5. Número de trastornos crónicos de la población en situación de sin hogar, según tiempo sin casa propia y sexo (%)

Tiempo sin casa propia	Población total con trastornos (%)	H %			M %		
		Ningún Trastorno	De 1 a 3 trastornos	Más de tres trastornos	Ningún trastorno	De 1 a 3 trastornos	Más de 3 trastornos
Menos de 6 meses	27,6	23,6	59,	17,4	26,7	40,	33
De 6 meses a 1 año	16,1	23	65,5	11,5	16,7	33,3	50
De 1 año a menos de 3 años	23,9	23	59,3	17,8	5	60	35
De 3 años a 5 años	9,1	34,1	41,5	24,4	8,3	50	41,7
Hace más de 5 años	23,2	17	46,7	36,4	12,5	43,7	43,8

Fuente: Elaboración propia.

Pasemos a continuación y a partir de la relación de los 34 trastornos seleccionados a visualizar en que porcentajes han puntuado, ya agrupados por enfermedades. Destacan con bastante diferencia las enfermedades o trastornos músculo esqueléticos, (ME) 67,6%, seguido de las cardiovasculares, (CV) el 57,2%, en tercer lugar la morbilidad mental, (MT) el 49,1%⁴⁵.

También son muy significativos los trastornos de toxicomanía, aunque con un índice menor que los anteriores: El 45% (el 26,8% alcoholismo y otras toxicomanías diferentes al alcohol, el 18,2%).

Destacamos también el dolor lumbar y dolor de cabeza, respectivamente el 32,3% y 20,6%, seguido de la hipertensión con el 18,2%, hepatitis

45- Hay que indicar que la morbilidad mental recoge, sobre todo, datos referidos a depresión, ansiedad y otros, que pueden ser o no trastornos mentales severos: En este caso, el resultado es de 40,8% en depresión y ansiedad, y 8,3% en otros trastornos mentales.

el 15%, varices y colesterol respectivamente el 12,9% y 11,1%, a destacar de entre los trastornos crónicos de la población encuestada.

Aunque hay enfermedades o trastornos que presentan un porcentaje bastante menor, no deja de ser significativo en términos de porcentaje y en relación a la gravedad de la dolencia el estreñimiento crónico (9,2%); otros trastornos mentales distintos de la depresión y/o ansiedad (8,3%); ludopatía, con el 7%, y, especialmente, VIH/SIDA, (5,1%); diabetes (4,6%); tumores malignos y cirrosis con, respectivamente, el 3,3% y el 3%.

Tomando como base los datos e informaciones relativos a las respuestas afirmativas, dentro del grupo de las enfermedades mentales (MT) y por tramos de edad destaca la población de hombres en edades comprendidas entre 41 y 50 años, con un 49,4%, es decir, casi la mitad de los hombres entre 41 y 50 años de edad afirmaron tener trastorno mental -entiéndase ansiedad, depresión y otros-. Siguen los hombres con edades entre 31 a 40 años y que representan el 44,6%, y después los hombres entre 51 y 60 años con el 41,6%.

Finalmente, los dos extremos por edad: Por un lado, el 30% de los hombres de más de 61 años que afirmaron tener este trastorno y, por el otro, en el tramo de los más jóvenes, 18 a 30 años, algo más de una cuarta parte (27,4%).

Dicho de otro modo, el porcentaje va creciendo progresivamente desde la población de 18 años, alcanzando su punto máximo en el grupo de 41 a 50 años, a partir de la cual comienza a descender para acabar, en mayores de 61, en porcentajes similares aunque un poco superiores a los de la población de 18 a 30.

Estas representaciones se modifican al compararlos con el universo de mujeres. Entre ellas, destaca en primer lugar el tramo de mujeres de 31 a 40 años, con el 73%, en el que hay una diferencia con relación al mismo tramo de los hombres de cerca de 30 puntos porcentuales más. En segundo lugar está el grupo de mujeres de más de 61 años

con el 53,8% y, en tercer lugar, con una represtación similar las de 51 a 60 años y de 41 a 50 años, respectivamente, con el 43% y 42,8%.

Así pues, se aprecia en las mujeres incidencia en este tipo de trastorno a partir de los 31 años, siendo en ese tramo de edad de casi tres de cada cuatro mujeres. En general, y para todas las edades, los porcentajes son elevados y superiores a los registrados en hombres, llegando en las mujeres de más de 61 años a un poco más de la mitad de esa edad con síntomas de enfermedad mental.

En el contexto de las enfermedades músculo-esqueléticas (ME) de los hombres, destaca el tramo de edad de 51 a 60 años, con algo más de la mitad -el 52,5%- con trastornos de este tipo. El grupo de hombres de más de 60 años y el que comprende de 41 a 50 años tienen una representatividad similar, 45,6% y 44,3% respectivamente y, las edades comprendidas entre 18 y 30 años 23,3% de 18 a 30 años y 38,3% entre 31 y 40 años.

Dicho de otra manera, por edad entre los hombres para los trastornos músculo-esqueléticos, el porcentaje de hombres en cada franja va aumentando progresivamente de los de más de 18 años hasta los de 60 años: De un 23,3% a un 38,3%, después un 44,3% y finalmente, el 52,5% ya referido, de 51 a 60 años. Los hombres mayores de 61 años presentan estos trastornos crónicos en un 45% de los que están en esa franja de edad.

En cambio, la evolución es distinta entre las mujeres encuestadas que afirman tener estas enfermedades: No puntúan en la franja de 18 a 30 años y en las franjas de 31 a 40 y de 41 a 50 años presentan el mismo porcentaje: 47,4%, un poco superior a los hombres en las mismas franjas.

El grupo de mujeres entre 51 a 60 años disminuye sensiblemente, también respecto a los hombres (37,6%), pero se dispara enormemente en las mujeres mayores de 61 años: Casi el 77% de las mujeres en situación de sin hogar en esa franja de edad presentan trastornos crónicos músculo-esqueléticos.

En las enfermedades cardiovasculares (CV) y considerando el universo de ambos sexos hay que destacar que existe una relación entre trastornos y edad biológica, es decir, el porcentaje de personas con este tipo de trastornos, aumenta conforme aumenta la franja de edad tanto en hombres como en mujeres, y además lo hace de forma parecida en ambos sexos, hasta los 50 años.

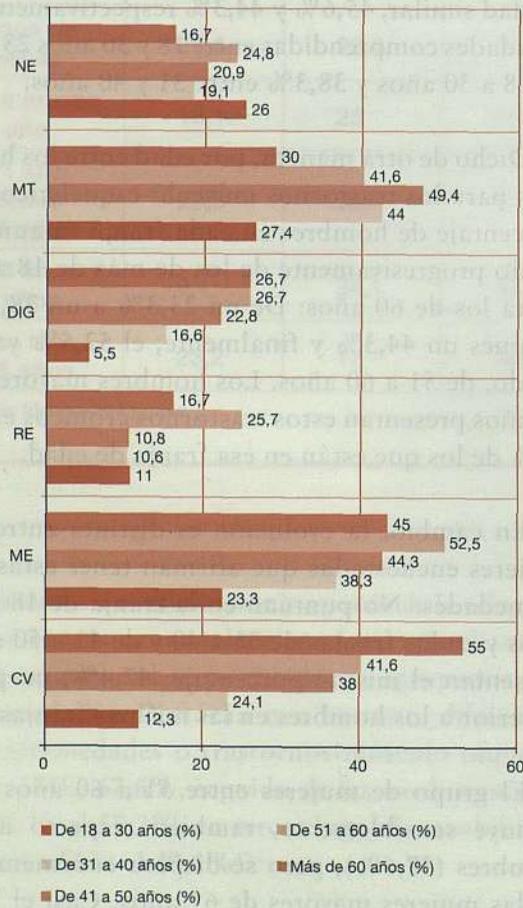
La diferencia entre hombres y mujeres está en que, a partir de los 51 años, las mujeres pre-

sentan porcentajes sensiblemente mayores a los de los hombres.

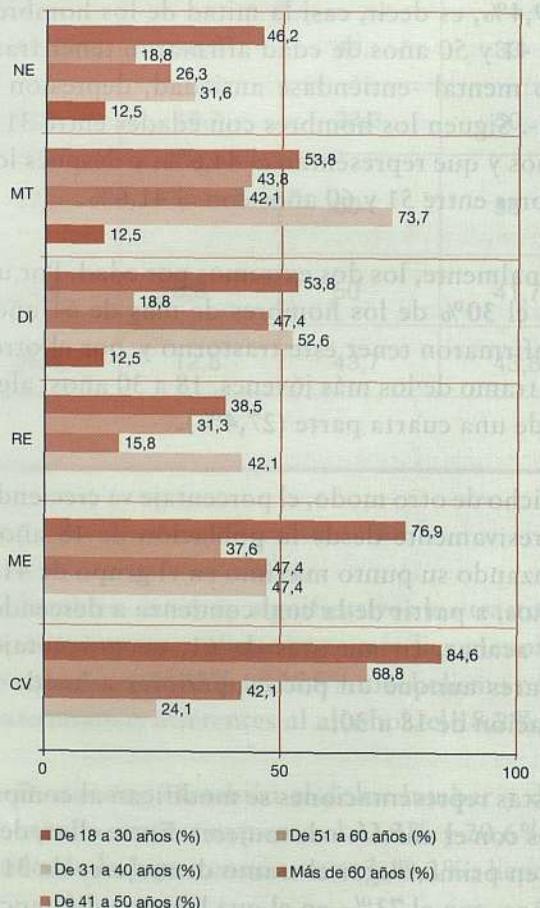
Así, según las franjas de edad distribuidas en 18 a 30; 31 a 40; 41 a 50; 51 a 60; y más de 60 años, se distribuyen en los hombres en un 12,3%; 24,1%; 38%; 41,6% y 55%, y en las mujeres, no puntúan en la franja de 18 a 30; 24,1%; 42,1%; 68,8%; y 84,6%.

Gráfico 2. Afectación por enfermedades crónicas de la población sin hogar de Barcelona, según sexo y tramos de edad (%).

Hombres. Principales grupos de enfermedades crónicas según la edad.



Mujeres. Principales grupos de enfermedades crónicas según la edad.



Ta: (NE) Neurológicas; (MT) Mentales; (DIG) Digestivos; (RE) Respiratorias; (ME) Músculo-esqueléticas, (CV) Cardiovasculares.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Discapacidades y limitaciones.

El estudio también explora la existencia o no de discapacidades y/o limitaciones que las personas en situación de sin hogar de Barcelona enfrentan para realizar sus actividades por motivos de salud. Las limitaciones principales comprenden: Sintomatologías del aparato auditivo, de la vista, habla y problemas físicos de movilidad.

Más de la mitad de la población afirma no tener ningún tipo de discapacidad (60,8%); el 36% opina que tiene de una a tres discapacidades y sólo el 3,3% afirma tener más de tres.

Para ampliar los datos y observaciones anteriores sobre las discapacidades, nos parece relevante establecer una conexión con los resultados que se desprenden de las limitaciones y restricciones de la actividad cotidiana por razones de salud en los últimos 15 días y en los últimos 12 meses que han tenido las personas encuestadas.

En relación al primer período (últimos 15 días), destacamos, en primer lugar, que el 15% del total -hombres y mujeres- de las personas en situación de sin hogar encuestadas afirman haber disminuido o restringido su actividad por motivos de salud, lo que implica que el 85% de la población no ha tenido que restringir sus actividades cotidianas. En segundo término, nos parece también destacable que hay más mujeres que hombres que afirman haber restringido por motivos de salud su actividad en los últimos 15 días: Afirman haberla restringido el 24% de mujeres y el 13% de hombres.

Respecto al período de los 12 meses, el 23,7% de la población (142 personas) tiene dificultades en realizar sus actividades diarias debido a una morbilidad crónica, con mayor porcentaje de mujeres que de hombres; las mujeres el 29,2% y el 23% de hombres, poniendo de relieve la existencia de diferencias entre hombres y mujeres en relación a la salud crónica.

Por otro lado, la variable edad pone de manifiesto que las limitaciones crónicas en los últimos 12

meses ascienden progresivamente hasta el tramo de 41 a 50 años con el 29%, para descender un poco y estabilizarse en las franjas de edad superiores.

Así, las franjas, de 18 a 30 años; 31 a 40 años; 41 a 50 años; 51 a 60 años; y mayores de 60 años, se representan respectivamente con el 15,2%; 21,5%; 28,9%; 24,3% y 25%.

Es importante destacar que el 19,6% de las personas (30 personas) que manifestaron tener limitación crónica en las actividades cotidianas en los últimos 12 meses afirmaron que fue debido a un accidente. En este caso, las diferencias porcentuales ponen su acento entre los hombres, es decir, un poco más de una quinta parte del total (el 21,3%) -en números totales, 27 de los hombres- en situación de sin hogar que han tenido limitaciones en sus actividades en los últimos 12 meses han sido generadas por un accidente, mientras que en las mujeres supone algo más de una décima parte (11,5%) -o un total de 3 mujeres-.

Además, se constata también que esta limitación por accidente es más frecuente en las personas más jóvenes, de entre 18 y 30 años, con el 30,8% de la población en esa franja de edad con ese trastorno, y que oscila entre el 18,5% y el 20% hasta los 60 años, situándose en el 14,3% en las personas de más de 61 años.

A partir de otras variables analizadas, se pone de manifiesto en gran medida, respecto a los accidentes y las secuelas que implican, el grado de vulnerabilidad de las personas en situación de sin hogar. Especialmente, porque como veremos más adelante, no hay correlación entre enfermedad y tratamiento.

Además de las limitaciones constatadas como "accidentes" de manera directa a partir de la identificación de las mismas por parte de las personas encuestadas, hay que añadir que en el 77,6% de las personas con secuela o limitación de la salud categorizada como músculo-esquelética, ésta, fue generada por un accidente ocurrido hace más de un año⁴⁶. También, un 6% tiene la secuela desde hace más de un año por un accidente cardiovascular (CV).

TABLA 6. Secuelas en personas en situación de sin hogar en Barcelona, generadas por accidentes ocurridos un año antes de la encuesta, por sexo.

Tipos de secuela	Nº	% Total	% Sexo	
			Hombres	Mujeres
Musculo esquelética (ME)	90	77,6	77,3	80
Cardiovascular (CV)	7	6,0	5,7	10
Neurológica (NE)	1	0,9	0,9	-
Vista (VI)	4	3,4	3,4	-
Digestiva (DIG)	1	0,9	0,9	-
Dentales (DENT)	2	1,7	1,7	-
Otras	11	9,5	9,4	10

Fuente: Elaboración propia.

Igualmente estas constataciones se complementan con los resultados obtenidos a partir del tipo de problema de salud que generó la limitación a la persona encuestada en los últimos 12 meses -dentro del último año-. En el 32,5% de los casos, la limitación de la actividad responde a un problema de salud músculo-esquelético.

También, y aunque su representatividad sea menor, no deja de ser significativa la limitación debido a un problema de salud mental y/o trastorno mental severo, respectivamente del 14,9% y del 3,9%. Igualmente lo es la limitación debida a drogodependencia o toxicomanía (alcohol y otras drogas) 14,3%.

TABLA 7. Personas en situación de sin hogar afectadas por problemas de salud a causa de accidentes que les habían condicionado la actividad los doce meses anteriores (% y números absolutos).

Tipos de problema	Nº	% Total
Musculo- esquelético	50	32,5
Cardio-vascular	6	3,9
Neurológico	7	4,5
Vista	4	2,6
Digestivo	7	4,5
Toxicomanía (diferente del alcohol)	10	6,5
Toxicomanía (alcoholismo)	12	7,8
Respiratorias	14	9,1
Otras	15	9,7
Mentales	23	14,9
Trastorno mental severo	6	3,9

Fuente: Elaboración propia.

46- Se ha hecho una recodificación del tipo de secuela, a partir de la recodificación realizada en morbilidad crónica, y ampliado con otras variables nuevas, como Vista (VI) y Dental (DENT).

Dentro de este mismo contexto, no podemos dejar de mencionar otras variables como el lugar donde ocurrió el accidente, que, como apuntábamos, pone también de manifiesto la extrema vulnerabilidad que enfrentan las personas en situación de sin hogar.

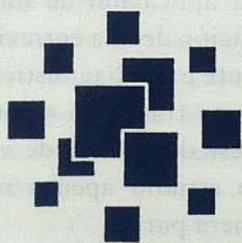
Por un lado, el 37,1% de las personas que han sufrido un accidente, lo ha tenido en la vía pública, aumentando este porcentaje al incluir el 3,4% de esta población que ha tenido accidente también en la vía pública yendo o volviendo del trabajo.

Es decir, un 40,5% de las personas en situación de sin hogar que han tenido un accidente, lo han sufrido en la calle. Por otro lado, debe destacarse que el 27,6% de las personas ha sufrido el accidente trabajando: Un 20,7%, dentro de su lugar/espacio de trabajo y el 6,9%, en un desplazamiento durante la jornada laboral.

Para ampliar estos últimos datos relativos al mundo laboral y salud de las personas encuestadas, el 88,7% de las personas que trabajan no pudieron hacerlo en los últimos 15 días debido a un problema de salud y durante los últimos 12 meses, no pudo hacerlo el 24% de la población que trabaja.

3.3. Salud mental.

Para la detección de trastornos mentales en la población en situación de sin hogar se ha utilizado el cuestionario de salud general de **Goldberg (GHQ-12)**⁴⁷. Este instrumento metodológico es utilizado de un modo general en las encuestas de salud, también en la ESCA 2006. El cuestionario no tiene validez para la detección de sintomatología crónica. No obstante, los resultados son importantes desde el punto de vista del riesgo



agefred

Una compañía de

Dalkia

**Mantenimiento Multitécnico
Gestión Técnica de la Energía
Instalaciones**

Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona
Tel. 933 340 800 Fax. 933 345 037
E-mail: agefred@agefred.es

de tener una enfermedad mental y para establecer conexiones pertinentes con los resultados de morbilidad crónica, pero, vale repetir, no pueden ser interpretados como constataciones de sintomatología crónica. Desde este punto de vista, es necesario igualmente clarificar que los resultados obtenidos en la variable morbilidad mental (49,1%) y los que resultan de la aplicación del GHQ-12 (76,4%) han de ponderarse en términos comparativos ya que también refieren a instrumentos de cálculo diferentes que, en última instancia, permiten justificar, como veremos, los diferentes resultados obtenidos a través de ellos.

Así pues, y según los datos obtenidos a través del GHQ-12, un poco más de tres cuartas partes de las personas entrevistadas en situación de sin hogar corren el riesgo de padecer una enfermedad mental: El 76,4%. Y al introducir el sexo observamos que el riesgo es relativamente mayor en las mujeres que en los hombres, respectivamente, el 78,3% y el 76,2%.

De la lectura de algunos de los resultados de las 12 preguntas que incluye el cuestionario GHQ-12 se desprenden otras informaciones, de las que destacamos especialmente aquellas formulaciones que de forma más explícita se refieren a sintomatologías de tensión, depresión o ansiedad, y cuyos resultados ponen de relieve porcentajes bastante similares a los obtenidos en la morbilidad mental. De la lectura de algunos de los resultados de las 12 preguntas que incluye el cuestionario de GHQ se desprenden otras informaciones, especialmente destacamos de este test aquellas formulaciones que de forma más explícita refieren sintomatologías de tensión, depresión o ansiedad, cuyos resultados ponen de relieve porcentajes bastante similares a los obtenidos en la morbilidad mental.

En este sentido, en los últimos treinta días, algo más de la mitad de las personas en situación de sin hogar se han sentido cargadas, el 53,8%, y en tensión el 67,7%. Retomando los datos de morbilidad mental arriba mencionados, el 49,1% de la población encuestada afirmó tener depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.

3.4. Trastornos mentales severos.

Para la detección de trastornos mentales severos, especialmente trastornos maniaco depresivos y esquizofrenia, hemos utilizado el indicador de la tabla de 12 medicamentos⁴⁸ y un cuestionario que describe 6 experiencias relacionadas con esos trastornos. Ambos instrumentos implican considerar que la población objeto de estudio utiliza frecuentemente sustancias o drogas que provocan ansiedad y /o estados alterados de conciencia, conforme pusimos de manifiesto en varias momentos del estudio⁴⁹. La metodología consta de dos partes. La persona que a respondido sí una vez o más, en uno o ambos instrumentos, es seleccionada para la aplicación de un segundo cuestionario y realización de una entrevista con el profesional competente para diagnosticar, el cual determina si tiene o no trastorno mental severo -nos referimos al Test de cribaje de trastornos psicóticos-. Nuestro estudio apenas recoge los resultados de la primera parte.

Por tanto, los indicadores utilizados no tienen en sí mismos validez para afirmar la diagnosis, aunque sí para la detección de sintomatología relacionada con el trastorno mental severo. Así pues, los resultados no dejan de ser significativos en relación a su fiabilidad sintomatológica en la medida que establecemos conexiones con otras

47- Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedwaat HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in community surveys. Br J Prev Soc Med 1970, 24:18-23.

48- Relación de medicamentos: Haloperidol, Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Zeldox, Sinogan, Largactil, Etumina, Leponex, Modecate, Consta, Plenur.

49- Debemos puntualizar que en la definición de criterios de inclusión y exclusión de la muestra, fueron excluidas las personas que estuvieran en ese momento bajo el efecto de drogas.

variables como hospitalizaciones y diagnosis médica. Nuestra intención ha sido la de abordar específicamente el trastorno mental severo con una herramienta específica, que aunque, como hemos dicho, no nos aporta datos a nivel diagnóstico, si nos aproxima.

Con estos datos, pretendemos complementar los otros obtenidos en los distintos apartados de salud mental. Desde esta perspectiva, los consideramos importantes como primeras incursiones de futuros estudios a este universo de la salud mental y las personas en situación de sin hogar.

En los últimos años, la relación entre aumento o no de patología mental y personas en situación de sin hogar y procesos de des-institucionalización ha sido y continua siendo un tema de interés y de debate en los foros y estudios sobre salud y sobre sinhogarismo. Va más allá de los objetivos de este trabajo examinar esta literatura.

Para las cuestiones aquí tratadas apenas nos interesa mencionar que las diferencias están relacionadas a la falta de unidad de criterios tanto en la selección de la muestra como en la metodología⁵⁰. En este sentido, esperamos que también nuestro estudio pueda hacer alguna aportación hacia la unificación de metodologías y criterios de definición.

El 16% de las personas en situación de sin hogar (98 personas) afirma haber tomado alguna vez alguno de los medicamentos relacionados con la sintomatología de trastorno mental severo antes citados.

Apenas hay un poco más de un punto porcentual de diferencia entre hombres y mujeres, el 15,9% de los hombres (85 personas) y el 17,3% de las mujeres (13 personas). En cambio, los porcentajes disminuyen considerablemente cuando

el tiempo en que se ha tomado el medicamento se limita al último mes: El 6% (o 38 personas), aumentando las diferencias porcentuales entre hombres y mujeres, algo más de dos puntos porcentuales más en las mujeres, el 8%, mientras en los hombre es del 5,8%.

Hay diferencias significativas entre hombres y mujeres según la edad. En los hombres, el tramo con mayor representación es el que comprende las edades de 41 a 50 (20,9%), pero con pocas diferencias de oscilación entre este y los tramos de 31 a 40 años, el 16,3%, y el tramo de 51 a 60 años, el 17,8%.

Consecuentemente los que tienen menor representación son las personas más jóvenes, de 18 a 30 años, con el 8,2% y el 8,3% las de mayor edad -más de 61 años-.

De nuevo observamos entre el colectivo de hombres en situación de sin hogar en Barcelona la curva ascendente, en este caso, en relación a sintomatología de trastorno mental severo, de los 18 hasta los 50 años, que a partir de los 51, desciende.

En cambio, las mujeres que tienen de 31 a 40 años son las que han tomado más medicación alguna vez para trastornos mentales severos (26,3%), seguido de las que tienen de 51 a 60 años, el 18,8%, y las de más de 61 años, el 15,4%.

Respecto al cuestionario de las seis preguntas destaca que el 14% (86 personas) afirma haber tenido alguna vez en su vida alguna de las experiencias mencionadas de las cuales el 60,5% (49 personas) afirma haberlas tenido en los últimos 12 meses, y de estos apenas el 55,7% (44 personas) han solicitado ayuda médica para esta sintomatología⁵¹.

50- Para una revisión y selección de esta literatura, ver Tronchoni, Mónica, Ramos, Aparicio et. alii. (2003) especialmente el artículo titulado "Prevalencia de Patología mental entre población sin hogar".

51- La diferencia respecto al número de personas está relacionado con las personas que no contestan.

3.5. Apoyo social y riesgo de tener un problema de salud mental.

A partir de la variable GHQ-12 que indica el riesgo de tener una enfermedad mental y de dos indicadores afectivos⁵² -personas que se preocupan de lo que le pasa, y si recibe ayuda cuando está enfermo- establecemos una conexión para ver en qué medida estos indicadores inciden en el riesgo de tener un problema de salud mental.

Recordando que los resultados presuponen que el 76,4% de las personas en situación de sin hogar tienen riesgo de tener trastorno mental, los resultados sobre apoyo social apuntan a que el 49% del global de las personas en situación de sin hogar tiene menos personas que se preocupan de lo que le pasa de lo que desea, y el 60% de población recibe menos ayuda de lo que desea cuando está enfermo.

Pero del total de personas con más riesgos de tener un problema mental en conformidad al apoyo de personas que se preocupan de lo que les pasa, el 62,26% dice tener menos personas que se preocupan de lo que desearían.

Y conforme al apoyo que tienen cuando están enfermos hay un 55% que recibe menos ayuda de lo que desea cuando está enferma.

En otros términos, esta falta de apoyo social puede facilitar que las personas en situación de sin hogar tengan más posibilidad de mantenerse o aumentar sus niveles de riesgo, incluso de sufrir un trastorno mental en tanto que un elevado porcentaje de las mismas sienten que reciben menos apoyo del necesario.

4. Estado de salud: autovaloración

Dentro del contexto actual de las Encuestas de Salud, la percepción que las personas tienen sobre la propia salud está relacionada con la sensación positiva o negativa del bienestar social. En este sentido, la autovaloración del estado de salud es considerada un buen indicador para evaluar el estado de salud.

No obstante, para una mejor comprensión de los resultados de este apartado, es necesario explicitar algunas consideraciones sobre la “subjetividad” implícita en el concepto de auto-percepción o autovaloración, entre el colectivo de personas en situación de sin hogar, puesto que consideramos que existe una serie de códigos culturales sobre estas personas y, por extensión, del medio social a su alrededor, que media -o interfiere- en las autopercepciones o autovaloraciones de la población objeto de estudio.

En concreto, nos referimos a una de las argumentaciones casi rituales utilizadas más frecuentemente por los encuestados en las situaciones de encuesta consistente en establecer una directa conexión entre aspectos negativos del mundo de la calle con los positivos del mundo personal, es decir, entre “la dureza” que implica la situación de vivir en la calle y, como individuo, la percepción y valoración en general positiva que hace de su salud.

En otros términos, las valoraciones y auto-percepciones de esta población no pueden desligarse de su propia creencia en su “autoestima”: Esta, suele girar alrededor de la afirmación de su bienestar, fortaleza, libertad, entre otros, y que contraponen a los aspectos negativos o estigmatizantes que configuran el imaginario social

52- Estos indicadores para valorar el apoyo afectivo están dentro de la variable apoyo social, cuyo valor se establece de 1 al 5 (menos de lo que desea, ni más ni menos de lo que desea y tanto como desea).

respecto a la población en situación de sin hogar -vagabundo, indigente, pobre, marginal, entre otros conceptos-.

Este marco de interpretación ayuda a entender dos aspectos que afloran en el estudio. El primero, la aparente paradoja que se desprende de los resultados de la autovaloración de la salud y el alto índice de morbilidad crónica. El segundo, las escasas diferencias que se ponen de manifiesto al comparar los resultados de la ESCA 2006 - relativos a la población general - y los de éste estudio, apenas una diferencia de 10 puntos porcentuales a favor de la población general -ESCA 2006 - en el apartado de autovaloración de la salud.

El 65,5% de la población en situación de sin hogar tiene una valoración positiva de su estado de salud (excelente, muy buena y buena). El porcentaje aumenta un poco en los hombres (68%) y se sitúa por debajo de la media en las mujeres, (44%).

Recordemos que el 79,2% de las personas en situación de sin hogar tiene trastornos crónicos - de 1 a 3 y más de 3-, porcentaje que es un poco menor dentro del universo de los hombres, el 77,9%, y algo mayor en el de las mujeres, que tienen en general mayor morbilidad que los hombres.

No deja de sorprender, pues, que este 68% de hombres en situación de sin hogar con valoración positiva se mantenga cercana al 77,1% de la población general de hombres de Cataluña según la ESCA 2006. Las mujeres en situación de sin hogar que, además, recordemos, presentan una mayor morbilidad en general que los hombres en esta situación, parecen ponderar en general más su opinión: Al 44% que valora positivamente, se contraponen el 70% de la población general de mujeres encuestada en Cataluña por la ESCA 2006.

Igualmente, se constatan pocas diferencias al comparar los resultados de los dos universos a través de otros indicadores de percepción del estado de salud, el **Termómetro de Euroqol**⁵³. Según este indicador la media de la población general puntúa 71, mientras que las personas en situación de sin hogar puntúan 60, es decir, aunque hay una diferencia porcentual de 11 puntos que pone de manifiesto desigualdades entre ambos universos de población, éstas no corresponden a la situación desigual que se pone de relieve a través de la morbilidad que enfrentan las personas en situación de sin hogar.

Destacamos que la auto-valoración del estado de salud respecto a la ansiedad o depresión (salud mental) y al dolor y molestia, dos de las dimensiones del mencionado instrumento, están directamente relacionadas con la morbilidad física y mental. Concretamente, con dos de los grupos de enfermedades crónicas que con mayor frecuencia afirman tener las personas encuestadas, las músculos esqueléticas⁵⁴ y las enfermedades mentales, además de las neurológicas que también implican dolor y malestar.

El 42% de las personas en situación de sin hogar tienen dolor -moderado y mucho dolor- y el 56,6% tiene ansiedad -moderada y mucha ansiedad-. Los porcentajes aumentan en las mujeres: El 60% y el 64% de las mujeres, tienen, respectivamente, dolor y ansiedad. En cambio, disminuye en los hombres: El 39,6% y el 55,5% de los hombres tienen respectivamente dolor y ansiedad.

Retomando los resultados de morbilidad músculo esquelética (ME) y los de morbilidad mental (MT), se establece un puente con estos y en relación con la percepción para poner de manifiesto que, aunque existen diferencias porcentuales concretamente en las enfermedades ME, ambas

53- Este instrumento consiste en valorar el estado de salud a partir de la representación gráfica de un termómetro que oscila entre 0, peor estado de salud, y 100, mejor estado de salud.

54- Entendiendo que las enfermedades músculo-esqueléticas están directamente relacionadas con el dolor, especialmente, dolor lumbar y dolor de espalda cervical.

categorías están relacionadas: El 67,6% de la población afirma tener respectivamente morbilidad física músculo-esquelética (de los que el 53,1% corresponden al dolor crónico lumbar y al cervical) y el 49,1% morbilidad mental, de los cuales el 40,8% se refieren a depresión y ansiedad.

5. Tratamiento: uso de medicamentos y utilización de los servicios

La relación entre los resultados de la morbilidad crónica y los obtenidos a través del uso o no de medicamentos y servicios permite poner de manifiesto en qué medida la necesidad de tratamiento está cubierta o no.

En este sentido, se destaca que el apartado **uso de medicamentos**, explora los casos que han sido recetados por el médico⁵⁵ a partir de una lista de veintiocho variables, las cuales están directamente relacionadas con la lista de los trastornos crónicos, exceptuando cuatro de ellos, (epilepsia, hepatitis, cirrosis y ludopatía).

Esta estrategia metodológica permite identificar en qué medida la sintomatología crónica es o no tratada por el médico⁵⁶.

En este sentido, aunque no son concluyentes sino indicativas, no dejan de sorprender las constataciones que se desprenden de los resultados obtenidos en relación al uso o no de medicamentos recetados por un profesional de la salud competente para la diagnosis y establecimiento de tratamiento, para el caso específico de una determinada enfermedad o sintomatología crónica.

Por un lado, los medicamentos utilizados con más frecuencia por las personas encuestadas son las aspirinas, casi un tercio (33%) del total de personas encuestadas afirman tomar aspirinas, sedantes el 20% y pastillas para dormir el 15%.

Por otro lado, dentro de los principales grupos de enfermedades crónicas no hay en general una relación entre el número de personas que tiene la sintomatología crónica y el uso de medicamento recetado por el médico para cada persona que tiene la sintomatología crónica.

En las enfermedades cardiovasculares, apenas un 7,7% (47 personas) de la población total encuestada afirmó haber tomado medicación recetada por el médico en relación a este trastorno en los últimos días. Aquí es importante recordar que el 34% del total de la población encuestada (212 personas) afirmó tener este trastorno crónico cardiovascular. En otras palabras, algo más de tres cuartas partes (el 77,8%) de la población en situación de sin hogar que tiene esta sintomatología crónica cardiovascular no se medica.

En el ámbito de las enfermedades músculo esqueléticas, hay un porcentaje más elevado de personas que usan medicación que en las cardiovasculares, el 23,5%, (126 personas), pero eso implica que algo más de la mitad (el 50,5%) del total de personas (255) con cronicidad músculo-esquelética, no recibe tratamiento farmacológico recetado por el médico. Igualmente ocurre con las respiratorias, en que de las 97 personas que tienen este trastorno -el 15,9% del total de la población, apenas 30 personas encuestadas afirma tomar la medicación correspondiente. Es decir, alrededor del 70% de personas con trastornos crónicos respiratorios, no usa medicación para este tipo de sintomatología.

En otro orden de cosas, los datos recogidos ponen de relieve que la morbilidad mental es el

55- Las variables "aconsejado por el médico" y "por iniciativa propia" no fueron incluidas dado el número reducido de respuestas

56- No se examinan los casos en que el medicamento ha sido indicado por el farmacéutico o por iniciativa propia.

trastorno que se medica con mayor frecuencia, especialmente a partir del uso de medicamentos para aliviar la tensión o el insomnio.

Igualmente destacamos que del total de personas (31) con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) únicamente el 54,8% tomó medicación en los últimos días, o dicho de otro modo, el 45,2% de las personas con esta morbilidad no tomó medicación.

5.1. Servicios y visitas médicas.

Tomando como base los últimos 15 días, alrededor de un 31% de la totalidad de personas en situación de sin hogar ha sido visitada por un profesional sanitario o socio-sanitario y tuvo que esperar una media de cuatro días⁵⁷.

En el universo de hombres, las personas que más se visitan están en la franjas de edad: Entre 51 a 60 años, y de más de 61 años, respectivamente el 42% y el 36,7%. En el de mujeres en cambio, el tramo de edad preponderante es el de 31 a 40, del que se visitan más de la mitad de las personas (el 52,6%), seguido del grupo que tiene más de 61 años con un 46,1%⁵⁸.

De estos datos se desprende también que, en un sentido general, el universo de mujeres ha visitado en los últimos 15 días al médico más que los hombres, lo cual tiene correspondencia con la mayor morbilidad que presenta, en general, el grupo de mujeres, y pone de manifiesto más diferencias entre hombres y mujeres, en este caso, respecto a la relación de uso que establecen con los profesionales sanitarios.

Hay otros elementos importantes dentro de esta misma línea de argumentación. El primero, que hay más mujeres que hombres que tuvieron un problema de salud que requería atención médica, pero no la solicitaron: Respectivamente el 31,2% y el 27%. En este sentido, el tramo de edad más significativo en ambos sexos es el de 41 a 50 años: El 35,4% de los hombres y el 44,4% de las mujeres de esta edad no visitaron al médico a pesar de considerar que sí era necesario la consulta al profesional.

Tanto desde el punto de vista del análisis estadístico como a efectos de nuestro objetivo, es especialmente significativa en relación a las oscilaciones porcentuales la conexión entre la población que no solicitó atención médica a pesar que se requería, y el lugar donde vive. Destacamos que la mayor parte de la población, el 55% de total de las personas (153) que no requirieron asistencia médica, vive en la calle, siendo que el 31% corresponde al espacio público y el 22% restante son personas que pernoctan en albergue pero pasan el resto del día en la calle.

Si tomamos como período de referencia los últimos 12 meses, tenemos que el 12,4% de la población no ha sido visitada por ningún profesional sanitario, el 70,8% ha visitado entre uno y tres profesionales y el 17,8% ha visitado más de tres profesionales sanitarios o socio-sanitarios.

Dentro del universo de hombres y mujeres obtenemos constataciones similares, en el sentido que existen pocas diferencias en términos de puntos porcentuales: En ambos sexos la mayoría de las personas ha visitado de uno a tres profesionales en los últimos 12 meses: El 70% de los hombres y casi tres cuartas partes de las mujeres.

57- Este dato se ha de ponderar, debido a que, normalmente, cuando la persona encuestada "accede" a la atención médica es debido a que su estado de salud frecuentemente está en situación crítica (o de riesgo), es decir, de emergencia. Por tanto, y teniendo presente este dato, se puede comprender que la media de 4 días implique visitas programadas a muchísimo más largo plazo.

58- Desde el punto de vista de análisis estadístico, también existe una relación significativa entre la variable visitas médicas y las categorías de clasificación edad y sexo.

Respecto a la edad no hay apenas modificaciones en las constataciones, es decir, la mayoría de hombres y de mujeres de las diferentes edades (alrededor de una media de 70% en ambos sexos) ha visitado entre uno y tres profesionales.

Entre las visitas a estos profesionales, se destaca que apenas el 17,6% de la población ha sido visitada por especialistas (cardiólogo, neurólogo, otros) en los últimos 12 meses. En este sentido, una vez más, debe recordarse que un poco más de la mitad de la población (53,3%) tiene de uno a tres trastornos crónicos y el 23,9 % más de tres trastornos.

No hay diferencias significativas al introducir el sexo y la edad, pero en el universo de hombres se han visitado más los que tienen entre 51 y 60 años (24%), en cambio, en el de mujeres la representación mayor recae en las que tienen más de 61

años (23,1%). También destacamos que hay un 28% de mujeres que ha visitado a un ginecólogo, o sea, apenas un poco más de una cuarta parte de ese universo.

El 16% de la población afirma que visitó a un psiquiatra (97 personas): El 15,2% de los hombres y el 21,3% de las mujeres. Además, aunque con algunas diferencias porcentuales, son las mujeres y hombres entre 31 a 40 años quienes más han visitado a este especialista, respectivamente, el 31,6% y el 19,9%.

El 4,7% de las personas visitaron a un fisioterapeuta (29 personas), siendo el universo de hombres alrededor del 5% (el 4,9 %) y de las mujeres, del 4%. Además el 12% (72 personas) de las personas en situación de sin hogar encuestadas ha visitado un traumatólogo, que corresponde al 12,2% de los hombres y al 9,3% de las mujeres.

TABLA 8. Visitas médicas de la población en situación de sin hogar en los últimos 12 meses, según lugar de residencia (%).

Profesional salud	Nº	% Total	Calle	Albergue	Residencia para sin Techo	Chabolas	Otras
Psiquiatras	97	16	10,6	19,1	20,1	11,8	17,6
Cabecera	445	74	27,6	28,8	28,8	7,9	6,3
Otro especialista	107	18	24,3	30,8	34,6	6,5	3,7
Fisioterapeuta	29	4,7	13,8	41,4	4,4	9,8	3
Traumatólogo	72	12	11,6	14,8	12,6	5,9	5,9
Enfermería	203	34	24,6	41,4	26,1	4	20,6
Trabajador social	390	65	21,6	45	26,5	36,3	10,9

Fuente: Elaboración propia.

Creemos pertinente para los objetivos del trabajo retomar algunos resultados anteriores para establecer dos conexiones que parecen poner de relieve una importante falta de correspondencia entre enfermedad y tratamiento. Por un lado, las enfermedades músculo-esqueléticas han sido el principal motivo de salud que ha generado limitación de las actividades cotidianas en los últimos

12 meses (el 32,5%). Por el otro, retomamos que en el 19,6% de los casos (30 personas) los problemas de salud que han generado la limitación son resultado de un accidente, trastornos que sugieren a priori la relación con profesionales del ámbito de salud relacionados con la traumatología y posiblemente en muchos casos también, con la fisioterapia.

Hay que decir que, a partir de nuestras constataciones, se desprende que existe alguna relación entre las personas que han tenido accidentes y visitan al profesional fisioterapeuta o traumatólogo, -es decir, entre una situación emergencial o puntual y tratamiento profesional también puntual-. No obstante, eso no parece implicar que exista una continuidad o acompañamiento profesional, que tampoco parece que exista en las necesidades de salud por enfermedades cardiovasculares, neurológicas o respiratorias, por citar las principales.

Estos datos se pueden complementar retomando la constatación de que el 27,3% de las personas en situación de sin hogar tuvieron problemas de salud en los últimos 15 días pero no fueron al médico a pesar de creer que requerían atención médica. Al incluir el motivo por el cual no acudieron a la visita médica, más de una cuarta parte de las personas, el 28,4%, consideró que su problema no era suficientemente grave -el 27,1% dentro del universo de hombres y el 36,4% el de mujeres-. El 12,3% pensó que no se iba a resolver su problema de salud.

El análisis sociológico de estos resultados implicaría profundizar las representaciones y significados que atribuye la población objeto de estudio a su estado de salud, además de los condicionantes sociales que modelan sus representaciones o subjetividades, lo cual está más allá de los límites de este trabajo. Apenas queremos poner de manifiesto conexiones aparentemente paradójicas que se desprenden de los resultados con el fin de indicar la no correspondencia entre el estado de salud de las personas en situación de sin hogar y el tratamiento.

En este sentido, una vez más, no podemos dejar de recordar que un poco más de la mitad de la población (55,3%) tiene de uno a tres trastornos crónicos y el 23,9% más de tres, y que no hay correspondencia entre morbilidad y uso de medicamentos o de atención médica en general, como se desprende de las últimas constataciones mencionadas.

Por otra parte, hay que destacar que son las personas que viven en residencias para sin techo quienes en general realizan más visitas al profesional en el plazo de los últimos 12 meses.

Aún conscientes de las generalización, estos datos nos sugieren que en cierto sentido hay una relación entre vivir en residencias -entiéndase también disponer de un lugar así como recibir una atención especial por parte de las personas que trabajan con las personas en situación de sin hogar- y tratamiento continuado.

En este sentido nos parece pertinente destacar que alrededor de la mitad de la población en los últimos 12 meses ha sido visitada por un profesional del ámbito del trabajo social y el 24,6% por una personal profesional de enfermería. Ambos profesionales suelen actuar también en los organismos, entidades e instituciones que trabajan con las personas en situación de sin hogar, aunque no inciden sobre el total de este universo: Profesionales de enfermería han atendido a un 24,6% de personas en la calle; un 41,1% en albergues; un 26,1% en residencias; un 4% en chabolas y un 20% en otros lugares. Los trabajadores sociales han atendido a un 21,6% de personas en la calle; un 45% de las que están en albergues; un 36,5% de las que están en residencias; un 36,3% en chabolas y un 10% en otros lugares.

Las visitas al médico de cabecera, a priori, son un indicador importante para ver en cierta medida si hay relación entre enfermedad y tratamiento o acompañamiento y, en última instancia, entre cronicidad y continuidad de tratamiento o de atención médica. Como veremos, los resultados de esta variable nos indican igualmente aparentes paradojas o complejidades y la necesidad de tomar en cuenta otras dimensiones para comprenderlos.

El 74% de la población en situación de sin hogar ha visitado al médico de cabecera en los últimos 12 meses. Además el 80,2% de las personas en situación de sin hogar afirma tener un médico de cabecera. Cerca del 100% afirma estar

afiliado a la seguridad social y un 90% afirma que le atienden en un centro de atención primaria y apenas el 6,6% en un hospital. Solamente una persona afirma que es atendida en un centro de especialidades.

No obstante, estos datos ocultan otros aspectos que debemos considerar ponderando estos resultados. Para ello mencionamos dos aspectos relacionados. Por un lado, las personas en situación de sin hogar, en un sentido general, ante una situación de necesidad de atención médica no acostumbran a establecer una distinción entre servicios de atención primaria, servicios sociales o entidades e instituciones que trabajan con las personas en situación de sin hogar. Por otro lado, las distinciones -o límites funcionales- que la población objeto de estudio establece entre trabajador social, enfermero o médico, son muy flexibles en el sentido que hay una cierta confusión de los atributos o características asignadas a cada una

de estas figuras profesionales. Esta ambigüedad está, en gran parte, relacionada con el propio funcionamiento del campo de acción de entidades y agentes interesados en las personas en situación de sin hogar, es decir, a la red de relaciones e intereses que lo constituyen y, en última instancia, con las limitaciones o condiciones burocráticas para acceder a los servicios médicos y sociales en general.

Considerando este hecho, y cotejando con algunos profesionales de referencia de algunas de las personas encuestadas, se constata que el porcentaje de resultados sobre la atención médica, especialmente en relación al médico de cabecera, es bastante menor de lo que afirman las personas encuestadas, sin que podamos establecer un índice corrector de las respuestas obtenidas en este apartado.

Villa-Reyes, S.A.

CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15

Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90

08022 BARCELONA

5.2. Hospitalizaciones y urgencias.

Los servicios de urgencia y las hospitalizaciones también nos dan elementos para saber en qué medida las atenciones a profesionales de salud responden a situaciones críticas o de emergencia, así como para ver en qué medida se da más o menos prioridad a este uso de servicio -o tratamiento-, o hay o no una continuidad respecto a la necesidad de seguimiento de los enfermos en situación de sin hogar.

En el mismo periodo de 12 meses, más de la mitad de la población, el 52,7%, ha visitado o ido a un servicio de urgencias, siendo que cerca del 100% (94,4%) de las personas lo hicieron en un hospital público.

El 2,5% llamó al servicio de emergencias. Tres cuartas partes lo hizo por propia iniciativa. En relación a los ingresos en un hospital en los últimos 12 meses, el 20,8% (126 personas) de la población estuvo o al menos una noche ingresada.

La media de veces ingresado durante los últimos 12 meses, para el total de la población encuestada, es de 2 veces. También, para el total de la muestra, la media de tiempo de estancia en el último ingreso fue de 15 días.

A partir de estos resultados no se puede deducir si hay la correspondencia adecuada entre el tiempo que la persona permaneció ingresada y el tiempo que precisa el tratamiento de la dolencia que originó el ingreso.

No obstante, conforme ya se ha mencionado, nuestras constataciones indican que hay una tendencia a priorizar situaciones de urgencia y puntuales en detrimento de la continuidad de tratamiento.

Esto se pone igualmente de manifiesto, especialmente, cuando se establecen las conexiones, por ejemplo, entre las hospitalizaciones, servicios de urgencia y problemas de salud crónica -o secuela, física o mental- sean o no debidos a acci-

dentos originado en los últimos 12 meses, con el uso de medicamentos para ese tratamiento.

Hay que destacar que las emergencias y hospitalizaciones también están relacionadas a enfermedades de drogodependencia y, por extensión, a accidentes circunstanciales. En este sentido, es pertinente retomar que el 14,3% (6,5% drogas TOX diferentes de alcohol 7,8% TOX alcohol) de la población (154 personas) afirmó que en los últimos 12 meses tuvo un problema de salud por causa de un accidente relacionado con la drogodependencia, el cual limitó las actividades cotidianas.

Respecto a la valoración de los servicios sanitarios por las personas en situación de sin hogar, no podemos dejar de mencionar que el 22% valora muy satisfactoriamente los servicios sanitarios, el 64,2% está satisfecho y el 11,3% y 2,6% respectivamente están insatisfechos y muy insatisfechos.

Estos porcentajes sufren algunas modificaciones al introducir el sexo ya que hay un 32,9% de mujeres frente al 20,2% de hombres que están muy satisfechos con los servicios sanitarios, mientras que el 66% de hombres y un poco más de la mitad de las mujeres, el 53% están satisfechos y el 13,8% de los hombres y el 14,3% de las mujeres están insatisfechos y muy insatisfechos. Así, en términos generales, se constata que hay un elevado porcentaje de personas que valoran positivamente los servicios sanitarios.

6. Las desigualdades en salud: la población inmigrante en situación de sin hogar.

En líneas generales el concepto de “**desigualdad en salud**” utilizado en las Encuestas de Salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas según la clase social, género, etnia, educación y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. Según la definición de la **Organización Mundial de la Salud (OMS 1974)** “*salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad*”. Sin olvidar el componente ético o moral, la definición de la OMS al introducir el componente social en el concepto de salud deja de comprender la salud apenas como una ausencia de enfermedad, propia del modelo bioquímico.

Desde el punto de vista de la OMS, podemos desprender que la salud y el estado de salud de una persona responde a características multidimensionales en las que interfiere el medio ambiente geográfico y social en el que vive la persona - entendiéndose también las expectativas que deposita en el sistema sanitario-. Igualmente, en este sentido generalizado, una persona considera su estado de salud en función de un conjunto de atributos interrelacionados como dolor, malestar, ansiedad, estado emocional, movilidad, fatiga, capacidad de relacionarse socialmente, medio ambiente geográfico y social, entre otros.

Para ampliar este marco interpretativo, destacamos dos aspectos conectados entre sí y aparentemente paradójicos dentro de la idea y definición de acceso a los recursos de salud. Por un lado, la mayor parte de los gobiernos de los países de la UE reconocen el derecho a la salud -en el sentido amplio del término- como un bien universal que todos han de tener, independientemente de su con-

dición, procedencia, etcétera. Por otro lado, este derecho no significa que todas las personas de un dado país compitan en igualdad de condiciones o tengan las mismas posibilidades de acceso a los servicios -o recursos sanitarios- que, a priori, han de garantizar este derecho.

Estos aspectos se ponen de manifiesto de forma particular en las personas en situación de sin hogar como hemos intentado demostrar a lo largo del trabajo y, especialmente, en las personas inmigrantes o extranjeras, sobre todo, las que están en una situación de facto de “**ilegalidad**” ciudadana o de “**negación administrativa**” que puede implicar una negación o recorte de derechos en el peor de los casos y, frecuentemente, un trabajo añadido para intentar hacer valer los reconocidos, sin que este objetivo se llegue a conseguir en un porcentaje elevado.

Tomando elementos que interfieren en la configuración de las desigualdades en salud, indicados a lo largo del trabajo, este apartado busca ampliarlos con el enfoque centrado en las personas en situación de sin hogar inmigrantes. Abordaremos, apenas, características del perfil sociodemográfico así como los elementos más significativos que ponen de manifiesto las desigualdades en salud, la morbilidad y el uso de cobertura sanitaria.

6.1. Principales características del perfil individual y sociodemográfico.

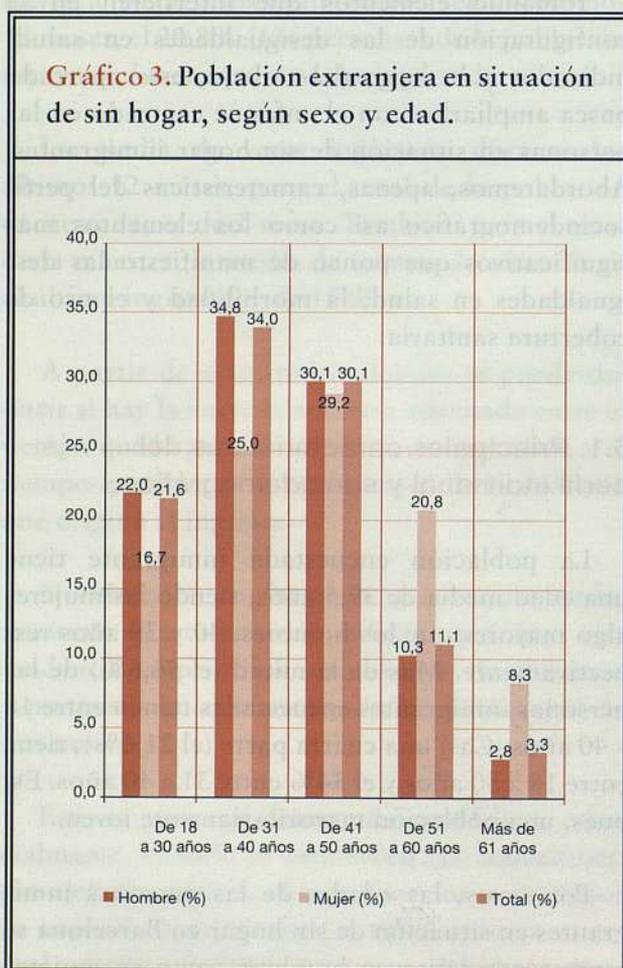
La población encuestada inmigrante tiene una edad media de 39,5 años, siendo las mujeres algo mayores que los hombres, 40 y 39 años respectivamente. Más de la mitad (el 56,6%) de las personas inmigrantes encuestadas tienen entre 18 y 40 años: Casi una cuarta parte (el 21,6%), tiene entre 18 a 30 años y el 34% entre 31 a 40 años. Es, pues, una población mayoritariamente joven.

Por sexos, las edades de las personas inmigrantes en situación de sin hogar en Barcelona se representan tanto en hombres como en mujeres

con dos pirámides, algo distintas en cada caso: Los hombres aumentan de los 18 a los 40 años, que es el punto más alto, para, paulatinamente, descender conforme avanzan las edades. A partir de los 51 años, su presencia desciende mucho. Así, la evolución porcentual según las edades, desde los 18 hasta más de 61 años, es: 22%; 34,8% (punto máximo en franja de 31 a 40 años); 30,1%; 10,3 a partir de los 51 años; 2,8% de hombres mayores de 61 años.

La pirámide del grupo de mujeres, es distinta: Ascende paulatinamente desde los 18 hasta los 50 años, y decrece después, más suavemente, resultando que a partir de 51 años, hay mayor presencia porcentual de mujeres que de hombres. Los porcentajes son los siguientes: 16,7%; 25%; 29,2% (punto máximo, franja de 41 a 50 años); 20,8%; 8,3%.

Gráfico 3. Población extranjera en situación de sin hogar, según sexo y edad.



6.2. Donde vive y tiempo que llevan en la situación de sin hogar.

El 40,7% vive en la calle y un poco más de la cuarta parte pernocta en albergues y pasa el resto del día en la calle. En otros términos, la mayoría de la población inmigrante, el 66,2%, pasa la mayor parte del tiempo en la calle y el 19,1% vive en residencias para sin techo. Alrededor de una décima parte, el 9,6%, vive en chabolas.

De promedio, el conjunto de las personas inmigrantes sin hogar llevan una media de algo más de un año y medio sin tener un domicilio propio.

En términos concretos, casi el 33% de la población inmigrante encuestada lleva menos de 6 meses en situación de sin hogar -o sin tener un domicilio propio-, y casi el 20%, entre 6 meses y un año. Es decir, casi el 53%, lleva menos de un año en esta situación. Eso implica que el 47% restante lleva más de un año sin alojamiento o casa propios.

Para complementar estos datos establecemos una conexión con la evolución o periodo de llegada a España de la población inmigrante en situación de sin hogar y constatamos que a partir de la década de los años 1990 hay un incremento considerable, de alrededor del 5,7%, respecto a la década anterior (1981 a 1990) al pasar a 27,3%. Entre el 2000 y 2008 continua incrementando y representa el 61,6%, de los cuales el 33,3% llegó entre el 2001 y 2005.

Y con una ligera disminución, de cinco puntos porcentuales, el 28,3%, que llegó entre los años 2006 a 2008. En otros términos, aunque hay que destacar que en la década de 1990 llegó a España algo más de una cuarta parte de las personas encuestadas, el 27,3%, es entre los llegados a partir del año 2000 que se manifiesta mayor crecimiento entre la población inmigrante sin hogar.

Por otra parte, se hace pertinente complementar estos resultados con informaciones de tres entidades que trabajan con personas en situación

de sin hogar: Fundació Assis; Obra Social Santa Luisa de Marillac, de la Companyia de les Filles de la Caritat y Sant Joan de Déu Serveis Socials. En 2007 más de la mitad de los usuarios de las tres entidades eran personas extranjeras.

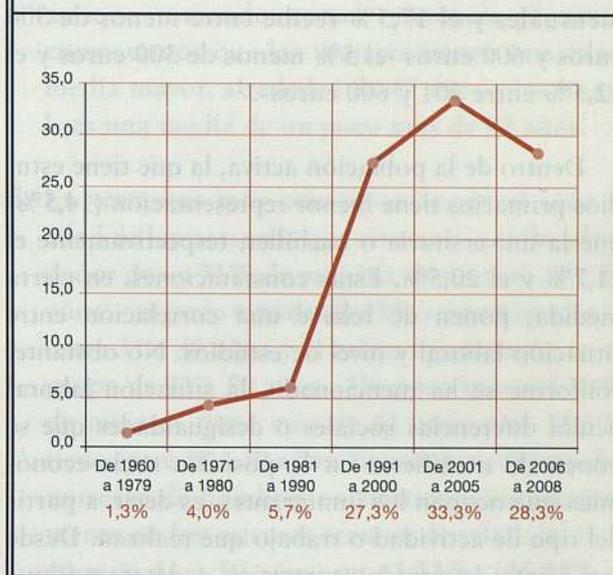
Como ejemplo, en el Centro Abierto Assis, el 71% de las personas atendidas procedían de estados distintos a España. Dicho de otra forma, en poco tiempo, el porcentaje de personas extranjeras, minoritario respecto al conjunto de la población de la ciudad de Barcelona, ha pasado a ser la mayoría de personas que están en situación de sin hogar.

Aún a riesgo de generalizar, nos atrevemos a afirmar que gran parte de las personas inmigrantes en situación de sin hogar ha llegado a España en los últimos años.

Nos parece que sería interesante explorar si estos índices se deben a una mayor probabilidad de fracaso en el proyecto migratorio en los últimos años debido a una saturación del mercado laboral, que ofrecía una bolsa significativa de puestos de trabajo con salarios incompatibles con poder llevar una vida autónoma e independiente -"trabajos-basura"-, compaginados con trámites burocrático-administrativos para la regularización de las personas inmigrantes más difíciles o, en los últimos años, prácticamente inexistentes para los recién llegados.

Así pues, puede que la combinación del mercado laboral con el marco legal hayan potenciado la desigualdad de las personas inmigrantes hasta el punto de vulnerabilizarlas de manera extrema, lo cual se ha materializado en altos porcentajes de exclusión social.

Gráfico 4. Año de llegada a España de los inmigrantes en situación de sin hogar encuestados.



6.3. Nivel de estudios situación laboral y posición socioeconómica.

Algo más de la mitad manifiestan tener estudios primarios, (56,7%), pero no deja de ser significativo que el 15,1% de la población extranjera es universitaria y algo más de una cuarta parte (25,6%) tiene el bachillerato y/ o formación Profesional (FP), lo cual supone que el nivel de estudios de las personas inmigrantes sin hogar es superior tanto en estudios secundarios como universitarios al conjunto de la media de las personas sin hogar, y muy similar al promedio de la población general de Cataluña según la ESCA 2006, tanto para estudios primarios, como secundarios y universitarios.

Una vez más, este dato nos da la evidencia de la mayor vulnerabilidad de estas personas y del nivel de desigualdad que sufren al constatarse que, teniendo niveles de estudios semejantes a los de la población general, tienen proporcionalmente muchísimo más riesgo de entrar en situación de exclusión social.

Respecto a la situación laboral, destaca que el 81,6% de los inmigrantes encuestados está

parado, de los cuales apenas un 6% recibe subsidio y un 16,7% trabaja. En este sentido tenemos que alrededor de un 70% (69,6%) no tiene ingresos mensuales y el 17,5% recibe entre menos de 300 euros y 600 euros -el 5% menos de 300 euros y el 12,5% entre 301 y 600 euros-.

Dentro de la población activa, la que tiene estudios primarios tiene menor representación (14,5%) que la universitaria o bachiller, respectivamente el 21,7% y el 20,5%. Estas constataciones, en cierta medida, ponen de relieve una correlación entre situación laboral y nivel de estudios. No obstante, conforme se ha mencionado, la situación laboral oculta diferencias sociales o desigualdades que se ponen de manifiesto en la posición socio-económica que ocupan los inmigrantes, es decir, a partir del tipo de actividad o trabajo que realizan. Desde este punto de vista interpretativo, constatamos que el 85,6% de los extranjeros ocupan las posiciones laborales menos cualificadas, y tan sólo un poco más de una décima parte (10,7%), realiza trabajos manuales cualificados.

6.5. Morbilidad crónica.

El 71,3% de la población inmigrante en situación de sin hogar tiene algún tipo de trastorno crónico, concretamente el 58,8% tiene entre uno y tres trastornos, y el 13% más de tres trastornos.

El principal grupo de trastorno crónico físico de las personas inmigrantes encuestadas es el de enfermedades músculo-esqueléticas (ME), que representan el 36,4%. La morbilidad física mental (MT) representa el 35,4%. En todos los grupos de trastornos crónicos presentados en este estudio, las personas inmigrantes presentan porcentajes inferiores al conjunto del colectivo: En trastornos mentales, el 35,4% citado frente al 49,1% del conjunto poblacional; en trastornos digestivos, el 13% frente al 22,1%; trastornos respiratorios el 8,4% entre personas inmigrantes frente al 15,9% del total; trastornos músculo-esqueléticos el 36,4% frente al 67,6%, y cardiovasculares, el 25% frente al 57,2% del total del colectivo sin hogar.

6.6. Cobertura sanitaria.

En relación a la cobertura sanitaria, y aunque pueda resultar extraño, se constata que pese las normativas y derechos vigentes en el estado español, 32 personas en situación de sin hogar (10,4%) no tenían cobertura sanitaria en el momento de ser encuestadas. Este número disminuye en gran medida en la población española, 5 personas o (1,7%).

Finalmente, decir que, algo más de tres cuartas partes (76,2%) de los inmigrantes encuestados afirman haber utilizado los servicios de la seguridad social en los últimos 12 meses. No sabemos si la referida utilización por parte de los inmigrantes está relacionada o no con el tratamiento necesario o adecuado al tipo de morbilidad crónica.

En resumen, se infiere a partir de las observaciones y constataciones hechas a lo largo de la investigación que la vulnerabilidad de la población inmigrante es mucho mayor a la de la población no inmigrante, así como que no hay relación adecuada entre tratamiento -o cobertura sanitaria- y enfermedad crónica. En este sentido, nuestro interés al reflejar aquí estos datos y los de cobertura sanitaria es poner de relieve que las personas en situación de sin hogar, de forma general, enfrentan situaciones de desigualdad en relación a la salud y uso de los servicios. Y que estas situaciones y desigualdades aumentan y se agravan aún más en la población inmigrante.

7. Conclusiones.

1. Partimos de un universo total de población sin hogar en la ciudad de Barcelona de alrededor de 1800 personas en situación de sin hogar y de una muestra de 611 de personas encuestadas, de las cuales el 87,7% son hombres y el 12,3% mujeres. También, según la procedencia de origen, constatamos que más de la mitad de

- la población encuestada es extranjera (50,7%) y que un 28,1% nació en municipios de Cataluña, de los cuales, 22,7% son nacidos en Barcelona y el 5,4% en otros lugares de Cataluña. Un 21,2% procede de diferentes provincias de España, fuera de Cataluña.
- Si partimos de nuestra definición operativa de personas en situación de sin hogar y tomando como base el lugar donde viven, constatamos la siguiente distribución: El 32,9% viven y duermen en la calle, el 26,7% pernoctan en albergues, el 26% en residencias para sin techo, el 8,3% en chabolas o carpas y el 5,6% en pisos de amigos de personas sin techo o alojamientos de apoyo. Los resultados publicados en *Qui dorm al carrer?* y los aquí presentados son coincidentes. Estos, corresponden a un recuento diagnóstico realizado sobre la práctica totalidad de la ciudad de Barcelona la noche del 12 de marzo de 2008, con la ayuda de centenares de voluntarios. Su estimación es de un 34,6% de personas que esa noche pernoctaron en la calle, un 51% de personas alojadas en recursos residenciales -que corresponde al 52,7% de la suma, en nuestro caso, de pernocta en albergues y residencias para sin techo-, un 14,2% en asentamientos, en relación a nuestro 8,3% en chabolas o carpas -cabe decir que en nuestro caso, no contamos con los datos estadísticos aparecidos en *Qui dorm al carrer?* que proporcionó el Ajuntament de Barcelona sobre los asentamientos, y que pueden explicar la diferencia del 5,9%-. Finalmente, el dato de personas en pisos que aporta nuestro estudio, no aparece en el estudio mencionado, con lo que no es posible comparar este dato.
 - Entre las personas que viven y duermen en la calle hay un porcentaje menor de mujeres que de hombres, respectivamente, el 22,6% y el 34,14%. En cambio, hay más mujeres que hombres alojadas en centros o residencias para sin techo, un 33,33% y un 25,14% respectivamente.
 - El perfil según la edad de la persona en situación de sin hogar es el de personas adultas y relativamente jóvenes. La edad media del total de las personas encuestadas es de 44,6 años, aunque tomando como referencia el sexo, constatamos que las mujeres tienen una edad media mayor, alrededor de 47 años y los hombres una media de un poco más de 43 años.
 - En términos más concretos, según el sexo y edad de las personas que viven en la calle, alrededor de un 71% de mujeres tiene entre 31 y 50 años, -un poco más de un 35% respectivamente entre 31 a 40 años y el mismo porcentaje en el grupo de 41 a 50 años-. Un poco más del 10% de mujeres tiene más de 61 años y el 11,8% tiene entre 18 a 30 años. En cambio, dentro del universo de hombres encontramos respectivamente en los mismos tramos de edad de 31 a 40 y de 41 a 50 años, un 61,53%, (26,92% y 34,61%), o sea, 10 puntos porcentuales menos de hombres que de mujeres viviendo en la calle con edades comprendidas entre 31 y 50 años. Y un 6,5%, casi 4 puntos porcentuales menos de hombres que de mujeres viviendo en la calle con edades de más de 61 años, aunque hay un poco más de 3 puntos porcentuales de hombres que de mujeres con edades comprendidas entre 18 a 30 años. Es decir, el mayor porcentaje de personas que vive en la calle se sitúa en edades comprendidas de 31 a 50 años y el menor corresponde a las personas de más de 61 años.
 - Si tomamos como referencia las personas que viven en residencias o centros para sin techo, el tramo de mayor porcentaje, en ambos sexos, es el de personas mayores de 61 años, siendo que la población de mujeres que comprende esta edad es mayor que la de hombres, 36% y 26,1% respectivamente.
 - En relación al tiempo que las personas llevan en la calle o sin tener un domicilio propio, se constata que en términos generales las personas encuestadas llevan una media de alrededor de dos años sin tener un alojamiento propio. La observación pormenorizada nos dice que un 27,6% de la población lleva menos de seis

meses sin tener vivienda propia -entiéndase en régimen de alquiler o de propiedad-; un 23,9% y un 23% respectivamente lleva de 1 año a menos de 3 años y más de 5 años, seguido del 16,1% y del 9,8% que, respectivamente, llevan de 6 meses a 1 año y entre 3 a 5 años. Dicho de otra forma, un poco más del 43% lleva menos de un año en esta situación, y alrededor del 57% lleva más de un año sin alojamiento o casa propios.

8. Dentro del mismo criterio de definición de tiempo según sexo, el 31,25% de mujeres de más de 61 años lleva más de 5 años sin tener una casa propia contra el 18,80% de hombres. Es decir, al comparar dentro de cada universo de hombres y mujeres de 61 años o más, comprobamos que es mayor el porcentaje de mujeres que lleva más de 5 años sin tener alojamiento propio que el de hombres.

9. Las relaciones sociales y/o familiares son aspectos esenciales de la existencia social e individual de las personas en el sentido de que son generadoras de cultura, por ejemplo, a través del efecto de solidaridad que las mismas conforman en el ámbito social. Desde este punto de vista y para complementar las características del perfil de las personas en situación de sin hogar de Barcelona, se puso de manifiesto que:

A) En términos generales, algo más del 60% de las personas en situación de sin hogar tenían relaciones familiares y/o de pareja y vínculos de amistad antes de llegar a esta situación, lo cual no implica afirmar que actualmente no mantengan o alimenten estos vínculos.

B) Concretamente, alrededor de un 30% de las personas entrevistadas vivían con "la familia", antes de llegar a su situación actual sin hogar; cerca de un 10% con "la pareja"; un poco menos de una cuarta parte vivían con amigos, el 21,11% y, apenas, un 15,4% vivían solos.

10. Los resultados sobre la ocupación laboral o estrato socioeconómico hacen referencia, en

última instancia, a condiciones sociales, ocultando otras condiciones más significativas y relativas a la complejidad o heterogeneidad del perfil sociológico de las personas en situación de sin hogar. Así pues, tenemos que más de la mitad de la población, el 60,7%, está situada en la posición social más desfavorable o estatus socioeconómico más bajo, que comprende los trabajos manuales no cualificados. Le sigue el grupo de las personas con trabajos manuales semicualificados con el 22,6% y sólo un 0,69% y 0,17% de población se sitúa en los dos grupos representativos de las posiciones más favorables.

11. Es a través de la relación entre situación laboral y nivel de estudios de la población objeto de estudio que se pone de relieve de forma ejemplar una falta de correspondencia entre ambas e indicando, al mismo tiempo, la complejidad del universo de estudio:

A) Situación laboral:

- Un poco más de las tres cuartas partes de la población encuestada está desempleada.
- Más de la mitad del total de la muestra, el 55%, no recibe ningún tipo de subsidio y únicamente un tercio recibe subsidio.
- El 51% de la población encuestada no tiene ingresos mensuales. Además, un poco menos de un tercio de las personas encuestadas tiene una media de ingresos de 274,54 euros. Cabe destacar que hay un porcentaje mayor de mujeres que hombres con ingresos de 301 a 600 euros, respectivamente, 52,7% y el 28,7%.
- Sólo el 13% de la población encuestada trabaja. En relación a ese universo que trabaja, el 27,4% tiene un trabajo circunstancial y hace una media de cerca de 32 horas por semana trabajada. La media de salario mensual de este grupo es de 866,16 euros.

B) Nivel de estudios:

La mayor parte de la población tiene un nivel

de estudios “básico”, es decir, dos terceras partes (el 66,44%) tiene estudios primarios, de los cuales los tienen completados el 45,69%. No obstante, es significativo que casi una décima parte de la población tiene estudios universitarios (9,88%), existiendo pocas diferencias entre el universo de mujeres y el de hombres. Concretamente, entre los universitarios, constatamos el 9,9% de la población encuestada de hombres y el 9,5% de la de mujeres.

C) Nivel de estudios y situación laboral:

Aunque son mayoritarios los parados con estudios primarios, el 82%, también hay un porcentaje muy elevado dentro del universo de los universitarios que están parados, el 77,2%. De todas formas, son relativamente cortas las diferencias porcentuales dentro de cada restante nivel de estudio, el 72,7% de parados dentro del grupo de los que no saben leer, y el 78,6% de parados correspondientes al grupo de secundaria (bachiller/FP). La diferencia porcentual entre los sexos es pequeña, pero los puntos de más recaen en la población parada de mujeres, alrededor de una media de 3 puntos porcentuales de más.

12. Conforme a las constataciones del perfil socio-demográfico, al ocupar las posiciones sociales más desfavorables, las personas encuestadas en situación de sin hogar están expuestas social e individualmente a adoptar “estilos de vida” con un mayor riesgo para la salud que las personas que tienen mejores condiciones y, por extensión, ocupan posiciones más favorables. En otros términos, si los “estilos de vida”, dentro del marco de categorías de clasificación e indicadores de medición de la salud, -como factores del entorno, actitudes y comportamientos individuales junto con los socioeconómicos- son aspectos universales que generan diferencias en relación a los riesgos para la salud, en el caso de la población objeto de estudio estas diferencias aumentan al tener que enfrentar obstáculos adicionales. En la misma línea de argumentación y relacio-

nado con los estilos de vida y morbilidad, de la que se habla más adelante en estas conclusiones, hemos de entender las constataciones y observaciones sobre la percepción que tienen las personas sin hogar sobre la propia salud, como la aparente paradoja que se desprende de los resultados relativamente positivos de la autovaloración de la salud y el alto índice de morbilidad crónica. No podemos olvidar que las valoraciones y/o percepciones de esta población no pueden ser desligadas, por un lado, de su propia creencia en la “autoestima” y, por el otro, de la propia creencia en los aspectos estigmatizantes y negativos que configuran el imaginario social respecto a la población en situación de sin hogar -vagabundo, indigente, pobre, marginal, entre otros conceptos-, que se presentan con frecuencia “compensados” por la supuesta buena situación de la persona, como elemento dignificador al presentarse como sujetos fuertes, en cierta manera “inmunes” o al menos “más resistentes” a los rigores de la situación de sin hogar, a la par que “libres”.

A) El 65,5 % de la población en situación de sin hogar tiene una valoración positiva de su estado de salud -excelente, muy buena y buena- el porcentaje aumenta un poco en los hombres, el 68% y disminuye en las mujeres, el 44%.

B) Más de la mitad de las personas encuestadas que beben alcohol son bebedores moderados, el 66,6%. El 28,1% lo son de riesgo. Aunque no hay grandes diferencias de oscilación, en los bebedores de riesgo hay un porcentaje mayor de hombres que de mujeres de riesgo, respectivamente el 29,5% y el 16,1%, y dentro de la categoría no bebedor, el porcentaje es mayor en las mujeres, el 9,7%, que en los hombres es del 4,7%.

C) Según la edad, se constata en ambos universos la mayor concentración de bebedores de riesgo dentro de los tramos de edad de 41 a 50 años, el 34% en los hombres y el 22,2% en las mujeres, pero las diferencias más significativas respecto a la edad están en las categorías

bebedor moderado, donde constatamos que el mayor porcentaje de bebedor moderado está en los jóvenes de 18 a 30 años, con el 87,9%. En cambio en las mujeres dentro de la misma categoría de bebedora moderada hay más representatividad entre las que comprenden la edad de 51 a 60 años, con el 85,7%. No hay ninguna representación en el tramo de edad de más de 61 años en mujeres en la categoría de bebedora moderada, pero sí la hay en los hombres de ese tramo, el 67,7%. El 99% de las mujeres de más de 61 años están en la categoría de bebedora de riesgo.

D) Si nos centramos en las cinco clasificaciones que utilizamos para categorizar el tiempo que las personas encuestadas llevan sin tener una casa (distribuidas en períodos que oscilan entre menos de 6 meses y más de 5 años) no hay grandes diferencias, ya que la categoría de bebedor moderado tiene mayor representación que la de riesgo en todas clasificaciones.

E) Si adoptamos como referencia el cuestionario Cage, las constataciones se modifican poniendo de relieve que alrededor de tres cuartas partes (72,6%) de las personas en situación de sin hogar que consumen alcohol tienen un trastorno crónico de alcoholismo. Es decir, según cual sea el instrumento de medición utilizado, se constata mayor o menor porcentaje de personas que tienen dependencia del alcohol.

F) Hay que destacar que según nuestras constataciones entre las categorías de bebedor moderado y bebedor de riesgo, la más representativa porcentualmente es la de bebedor moderado. También, que la tendencia general del total de personas bebedoras -moderadas o de riesgo-, es la de aumentar porcentualmente en la medida en la que se va sumando tiempo de permanencia en la situación de sin hogar

G) En relación a otras drogas diferentes del alcohol, la marihuana o hachís, junto con las pastillas para dormir y/o tranquilizantes, son las sustancias más consumidas por pobla-

ción en situación de sin hogar (el 31,8%, y el 30,6% respectivamente), seguido de la cocaína (21,8% de las población), y la heroína (6,5%). El menor consumo es el de las drogas de diseño (2,5%). Se consumen una la mayoría de las drogas citadas en la práctica totalidad de las franjas de edad, y en muchas ocasiones de manera combinada entre ellas, y también con el consumo de alcohol.

13. El 79,2% de las personas en situación de sin hogar, tiene trastornos crónicos -de uno a tres y más de tres-, porcentaje que es un poco inferior dentro del universo de hombres, el 77,9% y algo mayor en el de las mujeres, 87%. Es decir, apenas un 20,8% de la población no presenta ninguna morbilidad crónica, porcentaje que disminuye en las mujeres (el 12%) y aumenta en los hombres (22,1%). En otras palabras, las mujeres tiene más frecuencia de trastorno crónico que los hombres: El 41% de las mujeres y el 24% de los hombres tiene más de tres trastornos crónicos. Además hay algunas diferencias al comparar el número de trastornos de las personas en situación de sin hogar con los obtenidos en la ESCA 2006 de Cataluña en la que tres de cada cuatro personas tienen algún tipo de trastorno.

14. Si mediamos la cronicidad en relación con el lugar donde viven, se constata que las personas que pernoctan en los albergues presentan un número mayor de problemas crónicos que los que viven en la calle, respectivamente, el 26,4% frente al 17,9%. No obstante, las diferencias entre estas dos situaciones han de ser ponderadas y relativizadas ya que las personas de los albergues apenas pernoctan y pasan el resto del día en la calle - espacio público-. Además, en ambas situaciones, de forma general, suelen circular las mismas personas, sobretodo cuando se trata de albergues de primera acogida, cuya normativa estipula un número determinado de días.

15. Al establecer la comparación con albergues y residencias para sin techo, las personas que

están en la categoría calle presentan enfermedades crónicas con menor frecuencia: Un poco más de una cuarta parte de las personas que viven en la calle, el 25,4%, no tienen ningún trastorno crónico. Las personas que viven en las diferentes modalidades de estancia o residencias para sin techo tienen una frecuencia mayor de trastornos crónicos (30,2%) que las que pernoctan en albergues o viven en la calle, el 26,4% y 18% respectivamente. En otros términos, las personas con mayor sintomatología crónica viven en residencias para sin techo.

16. Se constata que hay una relación dependiente entre morbilidad o número de trastornos crónicos y el tiempo que llevan las personas en situación de sin hogar sin tener una casa, es decir, tener más o menos trastornos en función del tiempo que lleve en situación de sin hogar la persona encuestada. En este sentido destacamos:

A) Las mujeres que tienen más de tres trastornos llevan sin tener una casa entre más de 6 meses a 1 año y de 1 año a menos de 3, respectivamente el 50% y 35%. En los hombres con la misma temporalidad, la proporción es del 11,5% y el 17,8%.

B) En las clasificaciones que comprenden entre 3 a 5 años y más de 5 años, las mujeres que tienen más de tres trastornos son, respectivamente, el 41,7% y 43,8%. Para los mismos tramos de edad, en los hombres el 24,4% y el 36,4% tienen más de tres trastornos. Es decir, si la población encuestada ha pasado más de 5 años sin tener casa, se constata mayor morbilidad entre las mujeres que entre los hombres.

17. Desde el punto de vista de las enfermedades o trastornos más frecuentes por orden de representación están las músculo-esqueléticas con el 67,6%, seguido de las cardiovasculares con el 57,2% y en tercer lugar, la morbilidad mental con el 49,1%. A este orden de representatividad le seguirían los trastornos de toxicomanías -alcoholismo y otras drogas-, con el 45% de la población en situación de sin hogar de Barcelona encuestada que afirma tener este tipo de

trastorno crónico, -alrededor del 28% alcohol y el 18,2% otras drogas-. No obstante, como indicamos arriba, el porcentaje en relación al alcoholismo ha de ser ponderado en la medida que los resultados cambian al introducir otros instrumentos que detectan la sintomatología crónica de alcoholismo.

18. De nuestras constataciones sobre la morbilidad se desprende:

A) Una estrecha relación entre estar en la calle y el tipo y cantidad de horas de sueño -con una media de seis horas-, y morbilidad mental -estrés y ansiedad, angustia o miedo, especialmente-. Y, concomitantemente, entre enfermedad mental y las enfermedades crónicas que implican dolor o malestar -como las neurológicas y músculo esqueléticas-.

B) Igualmente creemos que hay una relación directa entre estas enfermedades crónicas y la tendencia a la drogodependencia. Es importante enfatizar que esta relación directa no implica una relación de causa efecto.

19. También hay trastornos que presentan un porcentaje bastante menor, pero consideramos que no dejan de ser significativos en términos porcentuales: La ludopatía, 7% y, especialmente, el VIH/SIDA, el 5,1%, la diabetes 4,6%. De especial importancia es destacar respecto a estos dos últimos que el 45% y el 35,7% respectivamente afirmaron no tomar medicación.

20. En relación a la discapacidad destacamos que más de la mitad de la población afirma no tener ningún tipo de discapacidad, el 60,8% y el 36% opina que tiene de 1 a 3 discapacidades y sólo el 3,3% afirma tener más de 3 limitaciones:

A) Tanto en el universo de hombres como en el de mujeres constatamos una relación significativa al clasificar las discapacidades según la edad. En ambos sexos, existen frecuencias relativamente similares que oscilan entre el

30% y el 50% en los tramos de edad de 31 años a más de 60 años. En cambio, las mujeres entre 31 a 40 años presentan un porcentaje mayor de discapacidades que los hombres: El 47,4% las mujeres y los hombres el 21,6%.

B) Destacamos la limitación debido a la drogodependencia o toxicomanía -alcohol y otras drogas-. El 14,3% de las personas encuestadas afirman que tuvieron limitaciones en su quehacer cotidiano por problemas relacionados con la toxicomanía.

C) Es importante destacar que el 19,6% -30 personas- del total de personas con limitación crónica que han presentado o presentan una limitación en las actividades cotidianas durante el último año, fue debido a un accidente. El peso recae, no obstante, en el grupo de hombres: Un poco menos de una cuarta parte (21,3%) de los hombres encuestados que tienen limitaciones en sus actividades manifiesta que éstas han sido generadas por un accidente, mientras que en las mujeres, se corresponde con algo más de una décima parte (11,5%)

D) Constatamos también que esta limitación por accidente es más frecuente en las personas más jóvenes -de 18 a 30 años-, el 30,8% y, en menor frecuencia, en las personas de más de 61 años el 14,3%.

21. Al relacionar los accidentes y el tipo de secuelas que han dejado en las personas encuestadas y además introducimos el lugar dónde ocurrió el accidente, se ponen de relieve constataciones que complementan las observaciones y evidencian la extrema vulnerabilidad que enfrentan las personas en situación de sin hogar, especialmente, como se ha visto, porque no hay una correlación entre enfermedad y tratamiento.

A) Para más de tres cuartas partes (el 77,6%) el accidente ha supuesto secuelas músculo esqueléticas y para un 6%, cardiovasculares.

B) El 40% de las personas han tenido el acci-

dente en la calle y el 27,4% en el trabajo y/o dentro de la actividad laboral.

22. Al relacionar morbilidad y uso de medicamentos y servicios nos encontramos que, en general, hay una falta de correspondencia entre morbilidad y tratamiento. Además, debe recordarse que las personas en situación de sin hogar suelen acceder más a la atención médica cuando su estado de salud está en situación crítica o de riesgo, es decir, de emergencia, y no en fase de seguimiento.

A) En las enfermedades cardiovasculares, apenas un 22,2% de la población total encuestada afirma haber tomado en los últimos días la medicación recetada por el médico. Eso significa que algo más de tres cuartas partes (el 77,8%) de las personas que tienen esta sintomatología crónica cardiovascular, no se medica.

B) En las enfermedades músculo esqueléticas, hay un porcentaje más elevado de personas que usan medicación que en las cardiovasculares, el 23,5% (126 personas), lo cual implica que algo más de la mitad (50,5%) del total de personas (255) con cronicidad músculo-esquelética, no recibe el tratamiento farmacológico prescrito por el médico.

C) La morbilidad mental es el trastorno que se medica con mayor frecuencia, especialmente a partir del uso de medicamentos para aliviar la tensión o el insomnio.

D) Apenas un 31% del la totalidad de personas en situación de sin hogar ha sido visitada por un profesional sanitario o socio-sanitario y tuvo que esperar una media de 4 días. Esta media ha de relativizarse ya que esta afectada por las visitas en situación de urgencia, muy numerosas y que caso de poder ponderarse, probablemente daría como resultado una la media de espera mucho más elevada.

E) Los hombres que más se visitan están en edades comprendidas entre los 51 a 60 y más

de 61 años, respectivamente el 42% y el 36,7%. Entre el universo de mujeres, el más representativo es el de 31 a 40 años, en el que más de la mitad (el 52,6%) se visita, seguido del grupo que tiene más de 61 años, con el 46,1%. En general, el universo de mujeres visita al médico más que los hombres, lo cual pone de manifiesto diferencias entre hombres y mujeres respecto a la relación de uso que establecen con los profesionales sanitarios, probablemente relacionadas a su mayor morbilidad.

23. Los desajustes y falta de correspondencia entre enfermedad y tratamiento se exponen de forma ejemplar al relacionar por un lado, las enfermedades músculo-esqueléticas como principal motivo de salud que genera limitación para la realización de las actividades cotidianas. Por el otro, la limitación generada por un accidente.

24. Igualmente, a través de los datos de las hospitalizaciones y los servicios de urgencia, se puso de relieve que no sólo las visitas a profesionales de salud responden a situaciones críticas o de emergencia, sino que en realidad se da más prioridad a este uso de servicios y no a la continuidad respecto a la necesidad de tratamiento de los enfermos en situación de sin hogar.

A) Una media de dos veces al año y un mínimo de una vez concretamente, más de la mitad de la población, el 52,7%, ha visitado o ido a un servicio de urgencias. La casi totalidad de las personas sin hogar lo hicieron en un hospital público (94,4%).

B) el 20,8% (126 personas) ha estado al menos una noche ingresada en los últimos 12 meses.

C) la media de veces ingresado durante los últimos 12 meses, para el total de la población encuestada, es de 2 veces. También para el total de la muestra, la media de tiempo de estancia en el último ingreso, fue de 15 días.

Así mismo, hay que destacar que son las per-

sonas que viven en residencias para sin techo quienes más visitas realizan a los profesionales. En este sentido se constata que hay una relación entre vivir en residencias para sin techo -entiéndase también disponer de un lugar y atención especial de las personas que trabajan o están interesadas en los sin techo- y tratamiento continuado. Especialmente, si relacionamos la frecuencia y el elevado porcentaje de personas en situación de sin hogar que pernoctan en albergues y residencias y que han visitado a los profesionales de las categorías **enfermero y trabajador social** respectivamente: En albergues, el 41,4% y 45% e, igualmente, en las residencias el 26,1% y el 26,5%.

25. Finalmente, queremos insistir en la idea de “desigualdad en salud” -los riesgos o vulnerabilidad que enfrenta una determinado colectivo-, especialmente en el uso o cobertura sanitaria, poniendo de manifiesto que si bien las personas en situación de sin hogar de forma general enfrentan situaciones de desigualdad en relación a la salud y uso de los servicios, estas situaciones y desigualdades aumentan en la población inmigrante: Se ha constatado en el estudio su mayor riesgo de desigualdad y de vulnerabilidad, no ya respecto a la población general, sino comparándola a la ya vulnerable y en situación de desigualdad población sin hogar no inmigrada. La población inmigrada sin hogar, en cuanto a su riesgo de vulnerabilidad, parece estar “a la cola de la cola”. Como ejemplo de uno de los múltiples factores en que se detecta la especial vulnerabilidad de éste colectivo respecto al ya vulnerable colectivo de personas sin hogar españolas, y en relación a la salud, decir que hay 32 personas inmigrantes encuestadas (10,4%) que no tiene cobertura sanitaria, mientras que este número disminuye en gran media en la población española encuestada, 5 personas (1,7%). No obstante, hay que hacer notar que, en general, la población encuestada valora satisfactoriamente los servicios sanitarios.

8. Propuestas

Los resultados presentados, y tomando la ciudad de Barcelona como referencia, nos llevan a sostener que el objetivo de la Unión Europea de dejar de tener a personas viviendo en el ámbito de espacio público en 2015 es, cuanto menos, difícil de cumplir, y seguramente imposible si no se incrementan enormemente los esfuerzos y recursos para conseguirlo.

Eso será así a pesar del crecimiento exponencial constatado en los últimos años en Barcelona en el número de recursos disponibles y en la coordinación y eficiencia de los mismos, propiciado todo ello por las entidades y asociaciones especializadas y por el Àrea d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament de Barcelona.

No obstante, nuestro actual modelo de crecimiento socioeconómico está incorporando la creación y mantenimiento de bolsas de pobreza significativas con tendencia a aumentar su tamaño, intensidad y permanencia en el tiempo. Y eso ya era así antes de la actual crisis mundial iniciada en 2007 y aún en curso. Todo ello se agrava con la aparición de marcos legales punitivos ampliamente criticados por muchos sectores sociales y académicos por criminalizar la pobreza, con el consiguiente problema añadido de legitimación institucional tácita de la estigmatización para las personas en situación de exclusión.

En este contexto, entendemos y proponemos que:

1. El derecho a la salud no se puede dissociar del derecho a la vivienda y a un trabajo digno/ingresos dignos. El estudio nos demuestra hasta que punto por el hecho de no tener alojamiento propio y ingresos dignos, se es más vulnerable y, por tanto, el derecho a la salud -y no sólo la salud en sí- se debilita efectivamente. Por ello, debemos proponer la consecución de políticas resolutorias en materia de alojamiento digno para el total de la población de personas en situación de sin hogar. Sin esa estabilidad, es difícil, cuando no imposible, acceder con ca-

rácter de continuidad a los servicios sociales en general y, en particular, a los de salud, sin olvidar en ningún caso los de salud mental. Nos referimos a políticas de carácter intersectorial que aborden, transversalmente, necesidades de vivienda, trabajo, salud y acción social.

2. El sistema sanitario debería ser más accesible a las personas en situación de sin hogar y facilitar el acceso de estas a programas de prevención y de tratamiento. Sugerimos la idea de que facilitar el acceso a esta población puede precisar de acciones adicionales en este sentido respecto a las que se implementarían con la población general.

3. Sería conveniente que se revisaran o implementaran los canales y/o protocolos necesarios para corregir la divergencia entre la morbilidad del universo estudiado y la atención sanitaria recibida, también en la fase de seguimiento de la enfermedad.

4. También sugerimos protocolos concretos destinados a resolver y/o abordar:

A) La búsqueda de afinidades entre el ámbito de salud -definido por políticas, objetivos, condicionantes e intereses determinados-, y el ámbito social, definido por otros, para propiciar un lenguaje, objetivos y trabajo en común a realizar con las personas en situación de sin hogar.

B) Las posibilidades de la integración de la atención primaria como puerta de entrada natural y eficiente en el seguimiento de la salud de las personas en situación de sin hogar.

C) La salida de las personas en situación de sin hogar atendidas en servicios de urgencias, después de una atención puntual o de un ingreso hospitalario: Coordinación y seguimiento social que apoye y de continuidad al trabajo sanitario.

D) Un trabajo basado en el itinerario personal o la trayectoria de la persona atendida: historia única de la persona atendida, con

independencia del momento, del organismo o institución, y del ámbito -social o de salud- que le preste servicio en cada momento.

D) El seguimiento de la persona por parte de profesionales referentes de cada caso.

5. Entendemos que el ámbito de salud precisa de un aliado externo que, debido a la propia situación de salud de estas personas y a su contexto personal, apoye a las personas en situación de sin hogar en sus necesidades sanitarias. Para ello, es necesario garantizar formalmente una mayor articulación entre el conjunto de entidades, instituciones y organismos que trabajan con esta población a partir de la unificación de criterios o protocolos de atención, coordinación en el seguimiento de casos, derivación de los historiales de atención social de las personas derivadas de uno a otro recurso de atención, bases de datos unificadas, entre otras. No nos referimos únicamente a las entidades y organismos del ámbito social entre sí: También y con especial énfasis, entre los servicios sociales y los servicios de salud, que precisan de una articulación formal genérica que haga operativa la posibilidad de dar tratamiento y seguimiento con las mismas posibilidades de éxito que con la población general a través de la coordinación entre ambos ámbitos.

6. Para ello y en relación a los dos puntos anteriores, proponemos la promoción de figuras referentes, a partir del “referente único” para cada persona en situación de sin hogar, siguiendo el modelo de figuras profesionales ya existentes en el sistema sanitario catalán, como el concretado en el Plan de Servicis Individualizados (PSI), con el objetivo de garantizar la atención a las personas que necesitan mayor apoyo y acompañamiento. Nos referimos al apoyo y acompañamiento social y/o familiar que pueda recibir una persona cualquiera con necesidades de salud -administración de medicinas, acompañamiento a visitas médicas, apoyo en la enfermedad, etc.-, que con personas en situación de sin hogar debe ser suplida por profesionales y/o redes referentes del ámbito social que cumplan esta función.

7. También, y con el mismo objetivo, habría que valorar la conveniencia de ampliar recursos sociales con una mayor implicación de servicios de salud y salud mental para determinados perfiles menos autónomos - puntual o permanentemente-, en recursos sociales como centros de día, pisos asistidos o residencias, entre otras posibilidades.

8. Partiendo de la constatación de que hay más personas crónicas en residencias que en albergues o en calle, debido en parte a la escasez de recursos y a la necesidad de maximizarlos en el sentido de priorizar a las personas con más riesgos crónicos, es necesario crear mecanismos para:

A) prevenir enfermedades y mejorar las condiciones de salud o calidad de vida especialmente de las personas que están en la calle o viven en albergues.

B) evitar o prevenir el riesgo de acumular trastornos, especialmente los que generen interrelaciones entre dependencias crónicas de alcohol y droga y las enfermedades que generan dolor y malestar (ME, MT o NE).

9. Finalmente, observar que los casos de agresión directa o estructural que llegan a la opinión pública y que son sólo una pequeña aunque lacerante muestra de lo que viven las personas en situación de sin hogar, son fruto en parte de la pervivencia de estereotipos, mantenidos también en parte por mensajes institucionalizados en forma de marcos legales criminalizadores de la pobreza y la exclusión. Todo ello, mantiene y acrecienta las dificultades añadidas que deben afrontar las personas en situación de sin hogar, también las relativas a su derecho a la salud. Por ese motivo, creemos necesario un esfuerzo adicional en el sentido de un trabajo pedagógico dirigido a la sociedad y que contribuya a cambiar de hecho estereotipos negativos en relación a la población en situación de sin hogar.

BIBLIOGRAFIA

- BENESTAR SOCIAL (2006). *Programa Municipal D'atenció Social A Persones Sense Sostre*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Benestar Social. http://www.bcn.es/barcelonainclusiva/docs/cat/atencio_persones_sense_sostre.pdf
- BORRELL, C., BALLESTEROS, A. y Plaza, A. (coordinadores) (2006). *La població vulnerable a Barcelona*. Barcelona: Consorcio Sanitario de Barcelona (Corporación Sanitaria de Barcelona/Agencia de Salud Pública).
- CABRERA, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Española - Universidad Pontificia de Comillas.
- CABRERA, P. (2004). *Informe nacional de España 2004 para el Observatorio Europeo sobre Sinhogarismo*. Madrid: FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con las personas sin hogar), p. 44 http://www.feantsa.es/IMG/pdf/FEANTSA_2004_Informe_Espanol-2.pdf
- CABRERA, P.; RUBIO, M.J. y BLASCO, J. (2008). *Qui dorm al carrer? Una investigació social i ciutadana sobre les persones sense sostre*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya. pp. 101-107.
- CARITAS EUROPA. (2004). *Los rostros de la pobreza en Europa. La necesidad de políticas orientadas hacia la familia. 2º informe sobre pobreza en Europa*. Bruselas: Caritas Europa. http://www.caritas-europa.org/module/File-Lib/CEPovertyReport_espaol.pdf
- CLAPHAM, D. (2002). "Housing pathways: A post-modern analytical framework". *Housing, Theory and Society* 19 (2): 57-68.
- DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL (2001). *Sense sostre i barraquisme*. Estudio encargado por el Parlament de Catalunya al Govern de la Generalitat (los datos son de 2000). Los resultados del informe se encuentran en la Direcció General de Serveis Comunitaris (SSCC) del Departament de Benestar i Família.
- EDGAR, BILL y MEERT Henk (2005). "Quatrième Bilan des Statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe". Observatoire Européen sur le Sans-abrisme. Bruselas: FEANTSA. p. 85
- EDGAR, BILL y MEERT Henk (2006). "Cinquième Bilan des Statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe". Observatoire Européen sur le Sans-abrisme. Brussel·les: FEANTSA. p. 90
- ELIAS, N. (1991). *La société des individus*. París: Fayard.
- EUROPEAN COMMISSION (2007). *Measurement of Homelessness at European Union Level*. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf
- EUROSTAT (2004). *The production of data on homelessness and housing deprivation in the European Union: survey and proposals. THEME 3. Population and social conditions*. Luxembourg: European Communities. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-04-008/EN/KS-CC-04-008-EN.PDF

- FEANTSA (2006). *“Le Droit à la Santé est un Droit Humain: Garantir l’Accès des Personnes sans Domicile à la Santé”*.
<http://feantsa.horus.be/code/fr/theme.asp?ID=2>
- FRESNO, J.M. (coord.), Malgesini, G. i González, N. (2005). *“Cumbre Lisboa 2. Estrategia europea de inclusión social”*. Cuaderno europeo, 2. Pamplona: Fundación Luis Vives.
- GOLDBERG, D., COOPER, B., EASTWOOD, M. R., KEDWART, H. B. y SHEPHERD, M. (1970). *“A standardized psychiatric interview for use in community surveys”*. British Journal of Preventive & Social Medicine, 24: 18-23.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2000). *“Una Propuesta de medida de la clase social”*. Atención primaria, vol. 25 (5): 350-363.
- HANDLER, R. (1984). *“On Sociocultural Discontinuity: Nationalism and Cultural Objectification in Québec”*. Current Anthropology, 25 (1): 55-71.
- IACHAN, R. y DENNIS, L. (1993). *“A Multiple Frame Approach to Sampling the Homeless and Transient Population”*. Journal of Official Statistics, vol. 9, (4): 747-764.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE) (2005). *Encuestas sobre las personas sin hogar (Centros), 2004*. www.ine.es.
- JANSÀ, J.M. SÀNCHEZ, M., BORRELL, C. y otros (1999). *“La salut de la població sense sostre a la ciutat de Barcelona”*. Barcelona Societat, 10:46-55. Ajuntament de Barcelona. <http://w3.bcn.es/fitxers/acciosocial/barcelonasocietat10completa.128.pdf>
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005). *III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2005-2007* (PNAin, 2005/2007).
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2008). *“Anexo I. Diagnóstico sobre la situación de la exclusión en España”*. II Plan de Acción para la Inclusión Social, diagnóstico de situación (6/10/08). p. 72
- MOMPART, A., MEDINA, A., BRUGULAT, P. y TRESSERRAS, R. (2007). *“Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria”*. Revista de estadística y sociedad, núm. 20: 19-22 (enero). <http://www.revistaindice.com/numero20/p19.pdf>
- MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, J.J., PANADERO, S. y VÁZQUEZ, C. (2003). *“Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos”*. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, vol. 3 (2): 100- 117.
- MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C. y CREUAT, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico*. Madrid: Departamento de Psicología. Universidad Complutense.
- MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C., VÁZQUEZ, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar de Madrid*. Madrid: Ediciones Témpora. Obra Social Caja Madrid.
- PRESIDENCIA DEL CONSEJO EUROPEO DE LAEKEN (2001). *Conclusiones del Consejo Europeo de Laeken del 14 y 15 de Diciembre*. Presidencia del Consejo. p. 35

- SOMMER, H. (2001). *Homelessness in Urban America: A Review of the Literature*. Berkeley: Institute of Governmental Studies Press, University of California.
- TRONCHONI, M., APARICIO, V. y otros (2003). "Prevalencia de patología mental entre población sin hogar". Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Vol. 3 (2): 129-147.
- UNIÓN EUROPEA (2005). «Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea». Comunicación de la Comisión de 22 de Diciembre de 2005 al Consejo, al Parlamento Europeo i al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - *Trabajar juntos, trabajar mejor* - Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social i de inclusión en la Unión Europea [COM(2005) 706 - no publicada al Diario Oficial]. En línea: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_inclusion_fight_against_poverty/c10140



Anexo.
Encuesta de Salud de Barcelona
para personas en situación de sin hogar.
Questionario general.

Mensaje de presentación

Hola, buenos días/tardes. Me llamo (nombre de pila). Estamos realizando una encuesta sobre salud.

Usted ha sido escogido de manera aleatoria. Sus respuestas son importantes y nadie lo puede sustituir. Estamos realizando un estudio para conocer el estado de bienestar, calidad de vida y el uso de los servicios sanitarios de las personas sin un hogar estable.

El estudio está realizado por la **Fundació Sant Joan de Déu y Sant Joan de Déu Serveis Socials** junto con la **Fundació Mambré**.

La entrevista tendrá una duración de 30-45 minutos aproximadamente, las preguntas son muy fáciles y totalmente confidenciales. No hay respuestas correctas o incorrectas, nos interesa su opinión. En compensación recibirá un pequeño obsequio

Número de cuestionario									
Lugar de realización de la encuesta									
Distrito									
Encuestador/a									
Fecha de la entrevista									
Hora de comienzo									
Supervisión									

Datos confidenciales

Las informaciones que le pedimos en este cuestionario son para elaborar un estudio sobre el Estado de Salud de las personas en situación de sin hogar.

Le recordamos que la información que nos proporciona es confidencial y será tratada de acuerdo con la ley de protección de datos, su divulgación y utilización es estrictamente confidencial y con ninguna otra finalidad que la elaboración del estudio.

Su participación en el estudio es voluntaria y en cualquier momento puede dejar de participar, si lo hace no tendrá ninguna repercusión en su atención.

Pc. ¿Dónde vive usted? * (Obligatoria)

1. Vive en un espacio público (sin domicilio)
2. Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público
3. Estancia en centros de servicios o refugios
(residencias para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia)
4. Vivir en una estructura temporal o chabola
5. Dudas (ABIERTA):
6. No sabe

* Las diferentes situaciones enumeradas definen y delimitan conceptualmente a las personas en situación de sin hogar. Prestar atención a las respuestas 2 (albergues = únicamente duermen) y 3 (centros residenciales = diferentes modelos de estancia)

**PC.1 (LEER MÚLTIPLE) En los últimos 15 días...
¿ha estado en centros / o entidades y cuántos días? (Pedir el nombre del centro).**

	Días
1. Albergues/ pisos de apoyo o pensión:	
2. Centros de Día:	
3. Comedores Sociales:	
4. Otros. Especificar (ABIERTA):	
5. (NO LEER) No sabe	

PC.2. (LEER MÚLTIPLE) En el último año (últimos 12 meses): ¿ha estado en centros/o entidades y cuántos días? Pedir el nombre del centro (Obligatoria).

	Días
1. Albergues/ pisos de apoyo o pensión:	
2. Centros de Día:	
3. Comedores Sociales:	
4. Otros. Especificar (ABIERTA):	
5. (NO LEER) No sabe	

A. Contexto familiar y de la vivienda

(LEER) A continuación le haremos una serie de preguntas referidas a usted y a su familia.

(NO LEER) Marque la respuesta del entrevistado con una cruz encima del número correspondiente o escriba la respuesta en el espacio en blanco.

1. (NO LEER, SIMPLE) Anotar el sexo de la persona entrevistada

1. Hombre
2. Mujer

2. (NO LEER, APUNTAR) En primer lugar, ¿qué edad tiene usted?

años

3. (NO LEER, APUNTAR) ¿Cuál es la fecha de nacimiento completa, día, mes y año?

Día

Mes

Año

4. (LEER, MÚLTIPLE) Tiene familia aunque no conserve relación con ellos?

1. Esposo/a o pareja
2. Hijo o hija
3. Padre o madre
4. Hermano/a
5. No tiene parientes cercanos (incluye separados) **PASAR A PREGUNTA 6**
9. (NO LEER) NS/NC

5. (LEER, SIMPLE) En caso afirmativo... y dónde se encuentran los que viven más cerca?

1. En Barcelona
2. En Cataluña
3. En España
4. Fuera de España
9. (NO LEER) NS/NC

6. (LEER, SIMPLE) La última vez que vivió en una casa / piso (propio/protegido), fue...

1. Hace menos de 6 meses
2. Hace entre 6 meses y un año
3. Hace entre 1 y menos de 3 años
4. Hace entre 3 y 5 años
5. Hace más de 5 años.
9. (NO LEER) No sabe/ no recuerda

7. (NO LEER, APUNTAR) Con quién vivía en su última casa / piso?

.....

8. (LEER, MÚLTIPLE)Cuál fue el motivo por el que dejó de vivir en su última casa / piso?

1. Personal
2. Económico
3. Laboral
4. Enfermedad
5. Otros
9. (NO LEER) NS/NC

B. Datos sociodemográficos

Para todas las personas entrevistadas

9. (LEER, SIMPLE) Centrándonos en usted, ¿podría decirnos cuál es su estado civil (legal)?

1. Soltero/a
2. Casado/a/
3. Viudo/a
4. Separado/a. Divorciado/a

10. (NO LEER, SEMIABIERTA) ¿Dónde nació?

1. En el municipio de Barcelona **PASAR A PREGUNTA 14**
2. En otro municipio de Cataluña **PASAR A PREGUNTA 14**
3. En otro municipio de España, fuera de Cataluña. Especificar provincia: **PASAR A PREGUNTA 14**
4. En el extranjero. Especificar país:

Sólo para las personas que han nacido fuera de España

11. (NO LEER, APUNTAR) ¿En qué año llegó a España?

Año

12. (LEER, SIMPLE) Ha cursado sus estudios fuera de España?

1. Sí
2. No **PASAR A PREGUNTA 14**

13. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene la titulación convalidada?

1. Sí
2. No

Para todas las personas entrevistadas (obligatoria)

14. (LEER, SIMPLE) ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

1. No sabe leer ni escribir
2. Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber acabado la educación primaria
3. Primarios completos: cinco cursos aprobados de EGB
4. Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO
5. Enseñanzas de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PREU o COU
6. FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio
7. FP de grado superior: maestría industrial, FPPI, ciclos formativos de grado superior
8. Universitarios de grado medio: diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo
9. Universitarios de grado superior: licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo
10. Universitarios de tercer ciclo: doctorados
11. Otra posibilidad. Especificarla: (ABIERTA)
99. (NO LEER) No sabe/ no recuerda

15. (LEER, SIMPLE) ¿Cuál es su situación laboral principal actual?

1. Trabaja	PASAR A PREGUNTA 20
2. Trabaja pero tiene una baja laboral de más de 3 meses	
3. Parado/a con subsidio	PASAR A PREGUNTA 16
4. Parado/a sin subsidio	
5. Tareas del hogar (amo/a de casa)	PASAR A PREGUNTA 16
6. Estudiante	
7. Incapacitado/a o con la invalidez permanente	PASAR A PREGUNTA 16
8. Jubilado/a por edad	PASAR A PREGUNTA 17
9. Jubilado/a de forma anticipada	
10. Otra situación. Especificarla (ABIERTA):	

16. (LEER, SIMPLE) ¿Cuánto tiempo lleva en esta situación ininterrumpidamente?

- 6 meses o menos
- De más de 6 meses a 12 meses **PASAR A PREGUNTA 18**
- De más de 12 meses a 2 años **PASAR A PREGUNTA 18**
- De más de 2 años a 4 años **PASAR A PREGUNTA 18**
- Más de 4 años **PASAR A PREGUNTA 18**
- No ha trabajado nunca **PASAR A PREGUNTA 27**
- (NO LEER) No sabe/ no recuerda **PASAR A PREGUNTA 27**

17. (NO LEER, APUNTAR) ¿En qué año se jubiló?

Año **PASAR A PREGUNTA 20**

SÓLO para las personas que ACTUALMENTE NO TRABAJAN (parados/as, tareas del hogar, estudiantes y otros)

18. (LEER, SIMPLE) A pesar de que en la actualidad no trabaja remuneradamente, ¿había trabajado antes de forma remunerada?

- Sí
- No **PASAR A PREGUNTA 27**

19. (LEER, SIMPLE) ¿Cuál fue el principal motivo por el que dejó o perdió su trabajo?

- Por motivos de salud
- Por motivos familiares
- Por finalización del contrato
- Por despido
- Por otro motivo. Especificar (ABIERTA):
- (NO LEER) No sabe/no recuerda

Sólo para las personas que trabajan o han trabajado anteriormente

20. (NO LEER, ABIERTA) ¿Cuál es la actividad principal de la empresa en que trabaja (o trabajaba)?

.....

21. (NO LEER, ABIERTA) ¿Que trabajo concreto hace (o hacía) en esta empresa? (Respuesta obligatoria)

.....

22. (LEER, MÚLTIPLE) ¿En qué situación se encuentra en su trabajo (o se encontraba en su último trabajo)? (que explique la situación y luego apuntamos. DUDAS PONERLA EN 13. Otros. MÁXIMO 2 respuestas)

1. Funcionario/a
2. Asalariado/a con contrato indefinido
3. Contrato temporal de menos de 6 meses
4. Contrato temporal de entre 6 meses y menos de 1 año
5. Contrato temporal de entre 1 año y menos de 2 años
6. Contrato temporal de 2 años y más
7. Contrato temporal de duración no especificada (obra o servicio, o similar)
8. Trabajador/a de empresa de trabajo temporal (ETT)
9. Trabaja sin contrato
10. Autónomo/a o profesional sin asalariados
11. Empresario/a con menos de 10 trabajadores
12. Empresario/a con 10 o más trabajadores
13. Otra relación contractual. Especificar: **(ABIERTA)**
99. **(NO LEER)** No sabe/ no recuerda

Sólo para PERSONAS que TRABAJAN ACTUALMENTE

23. (LEER, SIMPLE) ¿Qué tipo de jornada tiene en su trabajo?

1. Jornada partida
2. Jornada continua, por la mañana (por ejemplo de 8 a 15 horas)
3. Jornada continua, por la tarde (por ejemplo de 13 a 21 horas)
4. Jornada continua, por la noche
5. Turnos
6. Jornada irregular o variable según los días
7. Otra Posibilidad **(ABIERTA)**:
9. **(NO LEER)** No sabe/ no recuerda

24. (NO LEER, APUNTAR) ¿Cuántas horas ha trabajado durante la última semana? (o la última semana que haya trabajado completa)

..... horas trabajadas en total durante la última semana

25. (LEER, SIMPLE) En general, ¿se siente satisfecho/a con sus condiciones de trabajo?

1. Está muy satisfecho/a
2. Está satisfecho/a
3. Está insatisfecho/a
4. Está muy insatisfecho/a

26. (LEER, SIMPLE) Las siguientes preguntas se refieren a sus condiciones de trabajo. Díganos, por favor, la frecuencia con que se encuentra en las siguientes situaciones	1. Nunca	2. Algunas veces	3. A menudo	4. Siempre	9. NS/NC
1. Hay un volumen de ruido que le obliga a levantar la voz para hablar con otros					
2. Hay polvo visible a la luz, o vapores de líquidos u otro tipo de polución del aire					
3. Tiene que levantar o mover cosas de más de 15 Kg. hasta la altura de los hombros o por encima					
4. Tiene que realizar movimientos repetitivos con los brazos o las manos					
5. Realiza un trabajo poco variado (trabajo repetitivo, monótono)					
6. Tiene la posibilidad de hacer el trabajo "a su aire"					
7. Tiene que trabajar demasiado					
8. Tiene malas relaciones con sus compañeros/as					
9. Tiene malas relaciones con sus superiores					
10. Tiene que trabajar solo/a					

Para todas las personas entrevistadas (Campo obligado)

27. (NO LEER, SIMPLE) Aproximadamente, ¿cuáles son sus ingresos netos mensuales? (última cantidad percibida/ingresada) (apuntar cantidad que percibe)

1. No tiene ingresos
2. Menos de 300 € (Menos de 50.000 €)
3. De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 €)
4. De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 €)
5. De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 €)
6. De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 €)
7. Más de 1.501 € (Más de 250.001 Pts)
9. (NO LEER) NS/NC

Cantidad (€):

C. Cobertura sanitaria

Para todas las personas entrevistadas

28. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene derecho a la asistencia sanitaria a través de alguna de las entidades que ahora le leeré? (Se excluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas).

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Seguridad Social (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)			
2. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISPAS, PAMEM o similar)			
3. No tiene ningún seguro sanitario			
8. Otra situación.			

29. **(LEER, SIMPLE)** Durante los últimos 12 meses, ¿qué modalidad de servicios sanitarios ha utilizado más frecuentemente? **(obligatoria)**
(Se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, las escolares o las de federaciones deportivas).

1. No ha utilizado ninguna **PASAR A PREGUNTA 31**
2. Seguridad Social
3. Seguro sanitario privado a cargo de la Mutua obligatoria
4. Seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
5. Médicos particulares
6. Servicios sanitarios de la entidad/ centro
7. Salud y Familia / Asistencia solidaria u otras entidades
9. **(NO LEER)** No sabe/ no recuerda

30. **(LEER, SIMPLE)** ¿Qué grado de satisfacción tiene con estos servicios sanitarios que ha utilizado más frecuentemente durante los últimos 12 meses?

1. Muy satisfecho/a
2. Satisfecho/a
3. Insatisfecho/a
4. Muy insatisfecho/a

D. Estado de salud y calidad de vida

Para todas las personas entrevistadas

(LEER) A continuación, le haremos unas preguntas referidas a su estado de salud.

31. **(LEER, SIMPLE)** ¿Cómo diría usted que es su salud en general?

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

Marque con una cruz en el
termómetro cuál es su estado
de salud en el día de hoy.

32. **(NO LEER, APUNTAR)** Durante la semana pasada, ¿cuántas horas, de media, ha dormido diariamente?

horas.....

33. Aproximadamente, ¿cuántos kilos pesa sin ropa?

--	--	--

34. Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

--	--	--

Poor estado
de salud imaginable

35. (LEER, SIMPLE) Diga cuáles de las siguientes afirmaciones describen mejor su estado de salud en el día de hoy.

- A1. No tiene problemas para caminar
- A2. Tiene algunos problemas para caminar
- A3. Tiene que guardar cama

- B1. No tiene problemas para lavarse o vestirse solo/a
- B2. Tiene algunos problemas para lavarse o vestirse solo/a
- B3. Es incapaz de lavarse o vestirse solo/a

- C1. No tiene problemas para llevar a cabo sus actividades cotidianas (trabajar, estudiar o actividades de ocio)
- C2. Tiene algunos problemas para llevar a cabo sus actividades cotidianas
- C3. Es incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas

- D1. No tiene dolor o malestar
- D2. Tiene dolor o malestar moderado
- D3. Tiene mucho dolor o malestar
- E1. No está ansioso/a o deprimido/a
- E2. Está moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- E3. Está muy ansioso/a o deprimido/a

36. (NO LEER, SIMPLE) ¿Puede indicarnos, en esta escala que parece un termómetro, su opinión sobre su estado de salud en general en el día de hoy? El 100 representa el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor estado de salud imaginable.

Mejor estado
de salud imaginable



Su estado de salud HOY

Marque con una cruz en el
termómetro cuál es su estado
de salud en el día de hoy

Peor estado
de salud imaginable

E. Morbilidad crónica

Para todas las personas entrevistadas

37. (LEER, SIMPLE) ¿Podría decirnos si sufre o ha sufrido alguno de los trastornos crónicos que ahora le leeré? (CONSULTAR CON T.S.)	1. Sí	2. No	9. NS/NR	0. NP
1. Presión alta				
2. Infarto de miocardio				
3. Otras enfermedades del corazón				
4. Varices en las piernas				
5. Artrosis, artritis o reumatismo				
6. Dolor de espalda crónico cervical				
7. Dolor de espalda crónico lumbar o dorsal				
8. Alergias crónicas				
9. Asma				
10. Bronquitis crónica				
11. Diabetes				
12. Úlcera de estómago o duodeno				
13. (Sólo hombres) Problemas de próstata (Mujeres 0 NP)				
14. Colesterol elevado				
15. Cataratas				
16. Problemas crónicos de piel				
17. Estreñimiento crónico				
18. Depresión y/o ansiedad				
19. Otros trastornos mentales				
20. Embolia/apoplejía				
21. Migraña o dolores de cabeza frecuentes				
22. Mala circulación				
23. Almorranas/hemorroides				
24. Tumores malignos				
25. Osteoporosis				
26. Anemia				
27. Problemas de tiroides				
28. VIH / SIDA				
29. Ludopatía				
30. Alcoholismo				
31. Toxicomanía diferente a alcoholismo				
32. Hepatitis				
33. Cirrosis				
34. Epilepsia				

38. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene usted, o su médico le ha dicho que tiene, o ha tenido algún trastorno crónico que no esté en la lista que le acabo de leer?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 40**

39. (LEER, MÚLTIPLE, APUNTAR) En caso afirmativo, ¿qué trastornos sufre? Máximo 3 respuestas

- Trastorno 1:
- Trastorno 2:
- Trastorno 3:

F. Accidentes

Para todas las personas entrevistadas

(LEER) Las preguntas que haremos a continuación tratan sobre accidentes que hayan provocado alguna restricción en sus actividades habituales y/o que hayan requerido asistencia sanitaria.

40. (LEER, SIMPLE) ¿Hace más de un año ha sufrido algún accidente que lo haya dejado una secuela grave?

1. Sí
2. No

41. (NO LEER, APUNTAR) ¿Cuál es la secuela?

.....

42. (LEER, SIMPLE) ¿Dónde ocurrió el accidente? (Si ha tenido más de uno, referirse al último)

1. En el lugar de residencia
2. En el trabajo
3. En un desplazamiento durante la jornada laboral
4. En el colegio o centro de formación
5. En la vía pública yendo o volviendo del trabajo o centro de formación
6. En la vía pública (fuera del horario laboral o escolar)
7. En un centro deportivo
8. En otro lugar de ocio
9. En otro sitio. Especificar **(ABIERTA)**:
99. **(NO LEER)** No sabe/ no recuerda

G. Uso de medicamentos

Para todas las personas entrevistadas

43. (LEER, SIMPLE) Del siguiente listado, ¿qué medicamentos ha tomado durante los últimos DOS días (ayer y antes de ayer)?

Consultar con T.S.

En caso afirmativo, ¿se lo ha recetado el médico específicamente para este caso, se lo ha aconsejado el farmacéutico o lo ha tomado por iniciativa propia?

	1. No.	2. Sí. Recetado por el médico para este caso específico	3. Sí. Aconsejado por el farmacéutico	4. Sí. Por iniciativa propia	9. No. Sabe/ recuerda	0. NP
1. Medicamentos como la aspirina o similares para aliviar el dolor y/o antiinflamatorios						
2. Tranquilizantes, sedantes						
3. Medicamentos para adelgazar						
4. Medicamentos antidepresivos						
5. Medicamentos para el asma						
6. Medicamentos para la alergia						
7. Medicamentos para la tos o el constipado						
8. Antibióticos (penicilina u otros)						
9. Medicamentos para el corazón						
10. Medicamentos para la tensión arterial						
11. Medicamentos para el colesterol						
12. Insulina o medicamentos para la diabetes						
13. Pastillas para dormir						
14. Medicamentos para problemas de la piel						
15. Vitaminas o minerales						
16. Medicamentos para el estómago						
17. Laxantes						
18. Sólo para mujeres. Hormonas para la menopausia (Hombres 0 NP)						
19. Sólo para mujeres. Anticonceptivos (Hombres 0 NP)						
20. Medicamentos para problemas de los ojos						
21. Medicamentos para problemas del oído						
22. Medicamentos homeopáticos						
23. Plantas medicinales compradas en la farmacia						
24. Plantas medicinales compradas en una herboristería						
25. Metadona						
26. Antabus y/o colme						
27. Anti retrovirales						
28. Otro. Especificar (ABIERTA):						

H. Restricción de la actividad (últimos 15 días)

Para todas las personas entrevistadas

44. (LEER, SIMPLE) ¿En los últimos 15 días ha tenido que guardar cama algún día (al menos la mitad del día) debido a su salud? Includos los días pasados en el hospital.

1. Sí
2. No y si no trabaja, no es amo/a de casa o estudiante **pasar a pregunta 46**

45. (LEER, SIMPLE) ¿Durante estos últimos 15 días, ha dejado de ir a trabajar o hacer sus actividades diarias, debido a su salud?

1. Sí
2. No

46. (LEER, SIMPLE) ¿Durante estos últimos 15 días ha tenido que restringir o disminuir sus actividades habituales como andar, ir al comedor, debido a su salud?

1. Sí
2. No

I. Restricción de la actividad (últimos 12 meses)

Para todas las personas entrevistadas

47. (LEER, SIMPLE) ¿Durante los últimos 12 meses, ha tenido algún impedimento o dificultad para ir a trabajar, hacer sus actividades diarias por algún problema de salud crónico (que ha durado o que se espera que dure tres meses o más)?

1. Sí
2. No

48. (LEER, SIMPLE) Además de lo que ya se ha comentado, durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido que restringir o disminuir sus actividades habituales como por ejemplo ir a pasear o ir a comprar por algún problema de salud crónico?

1. Sí
2. No

Las personas que han contestado NO a las preguntas 47 y 48 **pasar a pregunta 51**

Sólo para las personas que han contestado Sí a las preguntas 47 y/o 48

49. (NO LEER, APUNTAR) ¿Cuál ha sido el problema de salud más importante que le ha causado esta limitación?

50. (LEER, SIMPLE) ¿Este problema de salud ha sido consecuencia de un accidente?

1. Sí
2. No

J. Discapacidades

Para todas las personas entrevistadas

(LEER) Las siguientes preguntas tienen por objeto saber si tiene alguna limitación grave o problema que le afecte de forma permanente para realizar sus actividades cotidianas.

	1. Sí	2. No
51. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene alguna limitación grave o problema en la vista, que le imposibilite ver la televisión a dos metros, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total?		
52. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene alguna limitación grave o problema de oído, de manera que no pueda seguir una conversación en tono normal entre diversas personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total?		
53. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene alguna limitación grave o problema para hablar o dificultad, por ejemplo como consecuencia de una operación de laringe, que provoque que los otros tengan dificultades para entender lo que usted dice?		
54. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene alguna limitación grave o problema de comunicación para escribir o leer -exceptuando los analfabetos y las personas con problemas de visión- o para hacer y entender signos gráficos como señales de tráfico o las horas del reloj?		
55. (LEER, SIMPLE) Por problemas físicos de movilidad, ¿tiene una limitación grave o problema para salir a la calle si no va acompañado/a por otra persona?		
56. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene problemas para caminar, de forma que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita de la ayuda de otras personas o una silla de ruedas para desplazarse?		
57. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene otras limitaciones o problemas importantes de movimiento, como por ejemplo mucha dificultad para correr una distancia de 50 metros o para subir escaleras -10 peldaños- sin ayuda de barandilla o de otro instrumento?		
58. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene dificultades graves para realizar actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pistillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda?		
59. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, riñón artificial, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, dieta estricta, etc.) que le impide hacer vida normal?		
60. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene dificultades graves para realizar las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin la ayuda de otra persona?		
61. (LEER, SIMPLE) ¿Tiene dificultades graves para realizar las actividades diarias del lugar donde vive y otras actividades cotidianas como comprar, ordenar sus cosas, hacerse la cama, llevar la bandeja de la comida, administrar el dinero o llamar por teléfono sin ayuda de otra persona?		

Si la persona tiene menos de 65 años **pasar a pregunta 67**

Sólo para personas de 65 años o más

62. (LEER, SIMPLE) Más concretamente, ¿qué grado de dificultad tiene para realizar las actividades habituales de la vida cotidiana, que ahora le leeré, sin ninguna ayuda o aparato?

63. (LEER, SIMPLE) ¿Y le ayuda alguien a hacerlo?

	62. Dificultad					63 Ayuda				
	1. Ninguna dificultad	2. Poca dificultad	3. Bastante dificultad	4. No puede hacerlo	0. NP	1. No necesita ayuda	2. Le ayuda alguien	3. Nadie le ayuda	0. NP	
1. Comer										
2. Entrar y salir de la cama										
3. Ir al "lavabo"										
4. Vestirse y desvestirse										
5. Bañarse o ducharse										
6. Sólo hombres Afeitarse (mujeres 0 NP)										
7. Peinarse										
8. Cortarse las uñas de los pies										
9. Ir al mercado / realizar la compra personal										
10. Hacer las tareas del lugar donde reside (hacer la cama, llevar la bandeja de la comida, hacer la colada, planchar, etc.)										
11. Utilizar el teléfono										
12. Administrar el dinero (dar y recibir el cambio) o pagar recibos										
13. Reconocer personas, objetos y orientarse en el espacio (por ejemplo, utilizar el transporte público) y en el tiempo (por ejemplo, organizar sus actividades)										
14. Aprender y retener nueva información y recordar informaciones recientes (por ejemplo conversaciones, - citas, etc.)										
15. Subir y bajar escaleras										
16. Andar										
17. Salir a la calle (si pernocta en la calle poner 0.NP)										
18. Sentarse y levantarse de la silla										

64. (LEER, SIMPLE) Durante el último año (últimos 12 meses), ¿ha sido visitado/a por algún profesional sanitario o trabajador social en su domicilio o lugar donde duerme?

1. Sí
2. No

Si la persona no tiene ningún tipo de limitación **PASAR A PREGUNTA 67**

Sólo para las personas que han manifestado que necesitan ayuda (han contestado opción 2 ó 3 a la pregunta 63)

65. (LEER, SIMPLE) En relación con estas actividades de cuidado personal ¿de quién recibe ayuda principalmente?

1. No recibe ayuda de nadie
2. De la pareja
3. De otros familiares
4. De vecinos o conocidos
5. De personas contratadas particularmente
6. De personal de los servicios sociales
7. De miembros de asociaciones de ayuda
8. De otra persona. Especificar **(ABIERTA)**:
9. **(NO LEER)** NS/ NC

66. (NO LEER, SIMPLE) Esta persona de la que recibe ayuda, ¿es hombre o mujer?

1. Hombre
2. Mujer

K. Salud mental

Para todas las personas entrevistadas (consultar con TS)

(LEER) Las siguientes preguntas se refieren a problemas que ha podido tener durante los últimos 30 días. Por favor, conteste la respuesta que más se acerque a lo que siente o ha sentido recientemente.

67. (LEER, SIMPLE) ¿Se ha podido concentrar bien en lo que hacía?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
68. (LEER, SIMPLE) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
69. (LEER, SIMPLE) ¿Ha sentido que juega un papel útil en la vida?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
70. (LEER, SIMPLE) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
71. (LEER, SIMPLE) ¿Se ha notado constantemente cargado/a y en tensión?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC

72. (LEER, SIMPLE) ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
73. (LEER, SIMPLE) ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
74. (LEER, SIMPLE) ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
75. (LEER, SIMPLE) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido/a?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
76. (LEER, SIMPLE) ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
77. (LEER, SIMPLE) ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC
78. (LEER, SIMPLE) ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?	1. Sí 2. No 9. (NO LEER) NS/ NC

L. Apoyo social

Para todas las personas entrevistadas

79. (LEER, SIMPLE) A continuación le leeré unas frases relacionadas con su vida social y el apoyo afectivo que recibe de otras personas. Valore de 1 a 5 si tiene tanto como desearía (5) o menos de lo que desearía (1)	Menos de lo que desea		Tanto como desea		
	1	2	3	4	5
1. Tiene invitaciones para distraerse y salir con otras personas					
2. Recibe amor y afecto					
3. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en casa					
4. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares					
3. Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos					
4. Tiene personas que se preocupan de lo que le pasa					
5. Recibe consejos útiles cuando le pasa algo importante en la vida					
6. Recibe ayuda cuando está enfermo/a en la cama					

M. Visitas médicas durante los últimos 12 meses

Para todas las personas entrevistadas

(LEER) Las siguientes preguntas tratan sobre sus contactos con los servicios sanitarios, por ejemplo, las visitas al médico u otros profesionales sanitarios o socio-sanitarios, o las estancias en un hospital.

80. (LEER, SIMPLE) En los últimos 12 meses, ¿ha sido visitado/a por alguno de los siguientes profesionales sanitarios o socio-sanitarios debido a su salud?	1. Sí	2. No	0. NP
1. Médico de medicina general y/o de cabecera			
2. Oculista			
3. Dentista			
4. Ginecólogo/a (sólo mujeres)			
5. Psiquiatra			
6. Médico de otra especialidad (cardiólogo/a, neurólogo/a, etc.)			
7. Enfermero/a			
8. Sólo mujeres Comadrona (Hombres 0 NP)			
9. Trabajador/a social			
10. Fisioterapeuta			
11. Psicólogo/a			
12. Osteópata			
13. Homeópata			
14. Naturista			
15. Acupuntor/a			
16. Traumatólogo			
17. CAS (Drogodependencias) - para diferenciar de psiquiatría salud mental			
18. Otro profesional. Especificar (ABIERTA) :			

N. Visitas médicas durante los últimos 15 días

Para todas las personas entrevistadas (consultar con TS)

81. (LEER, SIMPLE) Y durante los últimos 15 días, ¿ha sido visitado por un profesional sanitario o socio-sanitario debido a su salud?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 86**

Las siguientes preguntas se refieren a la ÚLTIMA VISITA realizada durante los últimos 15 días

82. (NO LEER, APUNTAR) ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que pidió la visita hasta que lo visitaron?

días

meses

83. (LEER, SIMPLE) ¿Cuál fue el motivo de la consulta?

1. Lesión por accidente
2. Enfermedad
3. Examen preventivo
4. Renovar prescripciones (recetas)
5. Procedimiento administrativo (certificado, baja/alta laboral, etc.)
6. Vacunación
7. Otros
9. (NO LEER) No lo sabe/ no recuerda

84. (LEER, SIMPLE) ¿A cuál de los siguientes profesionales sanitarios o socio-sanitarios visitó?

- | | |
|--|--|
| 1. Médico de medicina general y/o de cabecera | 10. Fisioterapeuta |
| 2. Oculista | 11. Psicólogo/a |
| 3. Dentista | 12. Osteópata |
| 4. Ginecólogo/a - urólogo | 13. Homeópata |
| 5. Psiquiatra | 14. Naturista |
| 6. Médico de otra especialidad (cardiólogo/a, neurólogo/a, etc.) | 15. Acupuntor/a |
| 7. Enfermero/a | 16. Traumatólogo |
| 8. Comadrona | 17. CAS (Drogodependencias) |
| 9. Trabajador/a social | 18. Otro profesional: (ABIERTA) |

85. (LEER, SIMPLE) ¿De dónde era este profesional?

1. De la Seguridad Social
2. De un seguro privado a cargo de una Mutua obligatoria
3. Servicio sanitario de la entidad/ centro...
4. Salud y Familia/ Asistencia Solidaria u otras entidades
5. Médico particular
6. Otro
9. (NO LEER) No lo sabe/ no se acuerda

Para todas las personas entrevistadas

86. (LEER, SIMPLE) ¿Durante los últimos 15 días ha tenido algún problema de salud que cree que requería atención médica, pero no la pidió?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 88**

87. (NO LEER, SIMPLE) ¿Por qué motivo no ha solicitado atención médica?

1. Pérdida de horas de trabajo
2. Miedo a perder el trabajo
3. Incapacidad física para desplazarse
4. Problemas de transporte
5. No resuelven su problema de salud
6. Tener que cuidar de un hijo o enfermo
7. Le han dado hora de visita para más adelante
8. No era suficientemente grave
9. Lo resolvió en la farmacia
10. Tiene otros remedios curativos
11. Otro motivo. Especificar (ABIERTA):

88. (LEER, SIMPLE) ¿Durante los últimos 15 días ha hecho alguna consulta a un profesional farmacéutico debido a su salud?

1. Sí
2. No

89. (LEER, SIMPLE) ¿A veces solicita en la farmacia consejos...?

	1. Sí	2. No
1. Sobre medicamentos		
2. Sobre hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, tabaquismo, etc.)		
3. Sobre problemas de salud que se le presentan		

0. Atención primaria y urgencias

Para todas las personas entrevistadas

90. (LEER, SIMPLE) ¿Hay algún médico de cabecera o centro al que suele acudir cuando está enfermo/a o necesita consejos sobre su salud?

1. Sí **pasar a pregunta 92**
2. No

91. (LEER, SIMPLE) Ha ido a un médico de cabecera de Cataluña en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 94**

Las siguientes preguntas se refieren a este médico o centro

92. (LEER, SIMPLE) ¿A qué modalidad de asistencia sanitaria corresponde este médico?

1. A la Seguridad Social
2. A un seguro sanitario privado a cargo de la Mutua obligatoria
3. Servicio sanitario de la entidad/ centro...
4. Salud y Familia/ Asistencia Solidaria u otras entidades
5. Médico privado
6. Otros.

93. (LEER, SIMPLE) El centro o lugar donde atiende este médico es...

1. Un centro de atención primaria (CAP, ambulatorio)
2. Un centro de especialidades médicas
3. Un consultorio de médico particular
4. Un hospital
5. Otro lugar. Especificar **(ABIERTA)**:
9. **(NO LEER)** No lo sabe/ no se acuerda

Para todas las personas entrevistadas

94. (LEER, SIMPLE) ¿Durante los últimos 12 meses ha sido visitado/a o ha consultado a un servicio de urgencias?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 98**

95. (LEER, APUNTAR) ¿Cuántas veces ha ido o ha consultado?

.....VECES

Las preguntas siguientes se refieren a la última visita a urgencias de los últimos 12 meses

96. (LEER, SIMPLE) ¿Dónde se visitó o hizo la consulta?

1. En un hospital público o de la Seguridad Social
2. En un hospital privado
3. Llamó a un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)
4. En un ambulatorio de la Seguridad Social
5. En la consulta de un médico o en un centro privado
6. En otro sitio. Especificar **(ABIERTA)**:
9. **(NO LEER)** No sabe/ No recuerda

97. (LEER, SIMPLE) ¿Quién tomó la decisión de ir a este servicio?

1. Usted mismo/a (la persona entrevistada)
2. Un familiar o acompañante
3. El médico del ambulatorio
4. Otro médico o profesional sanitario
5. Un servicio de emergencias médicas (061, 112, etc.)
6. Personal de servicios sociales
7. Otra persona. Especificar **(ABIERTA)**:
9. **(NO LEER)** No sabe/ no recuerda

P. Hospitalizaciones

Para todas las personas entrevistadas

**98. (LEER, SIMPLE) ¿Ha sido ingresado/a en un hospital como mínimo una noche durante los últimos 12 meses?
(Se incluye si ha estado más de 24 horas en urgencias)**

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 103**

99. (LEER, APUNTAR) ¿Cuántas veces ha sido ingresado/a durante los últimos 12 meses?

..... veces Si es hombre, **pasar a pregunta 101**
Si es mujer de 55 años o más **pasar a pregunta 101**

Sólo para MUJERES de menos de 55 años (hasta 54) (Consultar T.S.)

100 (LEER, SIMPLE) ¿El motivo de alguno de estos ingresos ha sido un parto?

- 1. Sí
- 2. No

Las preguntas se refieren al ÚLTIMO ingreso hospitalario en los últimos 12 meses

101. (LEER, APUNTAR) ¿Cuántos días estuvo ingresado/a en el último ingreso hospitalario?

..... días

102. (LEER, SIMPLE) ¿El centro hospitalario era...?

- 1. De la Seguridad Social
- 2. De un seguro sanitario privado a cargo de la Mutua obligatoria
- 3. De un seguro sanitario privado concertado individualmente o por su empresa
- 4. Un centro privado con pago directo
- 5. De otro tipo. Especificar **(ABIERTA)**:
- 9. **(NO LEER)** No sabe/ No recuerda

Para todas las personas entrevistadas

103. (LEER, SIMPLE) De las afirmaciones que le leeré a continuación, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el sistema sanitario en Cataluña?

- 1. En general, funciona bastante bien y sólo hacen falta pequeños cambios para que funcione mejor
- 2. Hay algunas cosas buenas pero hacen falta cambios fundamentales para que funcione mejor
- 3. Está tan mal que haría falta rehacerlo completamente
- 9. **(NO LEER)** NS/NC

Q. Prácticas preventivas

Para todas las personas entrevistadas

104. (LEER, SIMPLE) ¿Se toma la tensión/ presión arterial periódicamente?

- 1. Sí
- 2. No

105. (LEER, SIMPLE) ¿Cuándo se tomó la tensión por última vez?

- 1. Hace menos de un año
- 2. Hace entre 1 año y (menos de) 2
- 3. Hace entre 2 años y (menos de) 3
- 4. Hace 3 años o más
- 5. No se la ha tomado nunca
- 9. **(NO LEER)** No sabe/ no se acuerda

Si la persona es HOMBRE pasar a pregunta 108

Sólo para MUJERES de menos de 55 años

106. **(LEER, SIMPLE)** ¿Actualmente, está usted embarazada?

1. Sí
2. No
9. **(NO LEER)** No lo sabe, no está segura

Para todas las mujeres entrevistadas (sólo si la pareja no está presente)

107. **(LEER, SIMPLE)** ¿Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato físico por parte de su pareja en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No
3. Pregunta no hecha **(no tiene o no ha tenido pareja en los últimos 12 meses)**
9. **(NO LEER)** NS/NC

S. Estilos de vida: alcohol y drogas

Para todas las personas entrevistadas

108. **(NO LEER, SIMPLE)** ¿Cuánto tiempo hace que tomó una bebida alcohólica por última vez?

1. Hoy
2. Ayer
3. En la última semana
4. En los últimos 30 días
5. De 1 a 6 meses
6. Más de 6 meses hasta 1 año
7. Más de un año **pasar a pregunta 115**
8. Nunca ha tomado una bebida alcohólica **pasar a pregunta 115**

109. **(LEER SIMPLE)** A continuación le haré unas preguntas relacionadas con su estilo de vida.

1.Si

2.No

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
2. ¿Ha tenido alguna vez la impresión que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para liberarse de una resaca?

110. (LEER, SIMPLE) Durante el último año, y pensando sólo en los días laborables (de lunes a jueves), ¿con qué frecuencia ha consumido...? (respuestas debajo)

111. (LEER, SIMPLE) En un día laborable en que ha bebido... ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente? (respuestas debajo) – CONSUMICIÓN = VASO

	110. Frecuencia consumo días laborables							111. VASOS		
	1. Ningún día laborable	2. Menos de 1 día laborable por mes	3. 1-3 días laborable por mes	4. 1 día laborable por semana	5. 2 días laborables por semana	6. 3 días laborables por semana	7. Todos los días laborables	9. NS/ NC	Numero habitual de consumiciones (total diario)	NS/NC
1. Cerveza										
2. Vino, cava o similares										
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores de frutas										
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardiente, combinados y similares										

112 (LEER, SIMPLE) Durante el último año, y pensando sólo en los fines de semana (viernes, sábado y domingo), con qué frecuencia ha consumido...? (respuestas debajo)

113. (LEER, SIMPLE) En un fin de semana en que ha bebido... y contando el consumo TOTAL de viernes, sábado y domingo, ¿cuántas consumiciones ha tomado habitualmente? (respuestas debajo)

	112. Frecuencia consumo fines de semana							113. VASOS	
	1. Nunca	2. Menos de 1 fin de semana al mes	3. 1 fin de semana al mes	4. 2 fines de semana al mes	5. 3 fines de semana al mes	6. Todos los fines de semana	9. NS/NC	Número habitual de consumiciones (total fin de semana)	NS/NC
1. Cerveza									
2. Vino, cava o similares									
3. Carajillos, vermut, chupitos y licores de frutas									
4. Whisky, coñac, ginebra, vodka, ron, aguardiente, combinados y similares									

114. (LEER, SIMPLE) Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 o más consumiciones de bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- | | |
|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Diariamente | 5. Menos de 1 vez al mes |
| 2. Tres o 4 veces por semana | 6. Nunca |
| 3. Una o 2 veces por semana | 9. (NO LEER) No sabe/ no se acuerda |
| 4. De 1 a 3 veces al mes | |

Para todas las personas entrevistadas

115. (LEER, SIMPLE) Ahora le leeré una serie de sustancias y me dice si alguna vez ha tomado alguna por curiosidad, para sentirse mejor, más relajado/a, estimularse o sentirse más activo/a, y sin que ningún médico se lo haya recetado.

116. (LEER, SIMPLE) En caso afirmativo, ¿Ha tomado en los últimos 12 meses...? (respuestas debajo)

117. (LEER, SIMPLE) ¿Y en los últimos 30 días...? (respuestas debajo)

	115 Ha tomado alguna vez en la vida			116 Ha tomado alguna vez en los últimos 12 meses			117 Ha tomado alguna vez en los últimos 30 días		
	1. Sí	2. No	9. NS/NC	1. Sí	2. No	9. NS/NC	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Tranquilizantes, pastillas para dormir, para los nervios									
2. Marihuana, porros, maría, petardos, chocolate, grifa, costo, hachís									
3. Cocaína, farlopa, basuco, perico, base									
4. Drogas de diseño									
5. Heroína									

U. Estilos de vida: tabaco

Para todas las personas entrevistadas

118. (LEER, SIMPLE) De las siguientes situaciones, ¿cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco (incluye cigarrillos, puros y pipas)?

1. Actualmente no fuma nada
2. Actualmente fuma ocasionalmente **pasar a pregunta 120**
3. Actualmente fuma cada día **pasar a pregunta 120**
9. (NO LEER) NS/NC

119. (LEER, SIMPLE) ¿Fumaba usted antes?

1. No ha fumado nunca **pasar a pregunta 122**
2. Había fumado ocasionalmente durante 6 meses o más **pasar a pregunta 122**
3. Había fumado ocasionalmente durante menos de 6 meses **pasar a pregunta 122**
4. Había fumado diariamente durante 6 meses o más **pasar a pregunta 122**
5. Había fumado diariamente durante menos de 6 meses **pasar a pregunta 122**
9. (NO LEER) NS/NC **pasar a pregunta 122**

Sólo para fumadores actuales diarios y ocasionales

120. (LEER, APUNTAR) ¿A qué edad empezó a fumar?

..... años

121. (LEER, APUNTAR) ¿Actualmente cuántos/as cigarrillos, puros o pipas fuma cada día?	Cantidad
1. Cigarrillos con filtro	
2. Cigarrillos sin filtro	
3. Cigarrillos liados a mano	
4. Puros	
5. Pipas	

V. Salud y Bienestar

Para todas las personas entrevistadas

(LEER) Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud.

Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

122. (LEER, SIMPLE) Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	1. Sí, le limita mucho	2. Sí, le limita un poco	3. No le limita nada
1. Hacer esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora			
2. Subir varios pisos por la escalera			

123. (LEER, SIMPLE) Durante las 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su SALUD FÍSICA?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca	9. NS/NC
1. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer						
2. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas						

124. (LEER, SIMPLE) Durante las 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún PROBLEMA EMOCIONAL (como estar triste, deprimido/a o nervioso/a)?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca	9. NS/NC
1. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional						
2. Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional						

125. (LEER, SIMPLE) Durante las 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿hasta qué punto EL DOLOR le ha dificultado su trabajo habitual, (incluyendo el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho
9. (NO LEER) NS/NC

(LEER) Las preguntas siguientes se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

126. (LEER, SIMPLE) Durante LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia...?

	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Algunas veces	4. Sólo alguna vez	5. Nunca	9. NS/NC
1. se encontró calma- do/a y tranquilo/a						
2. tuvo mucha energía						
3. se encontró desani- mado/a y deprimido/a						

127. (LEER, SIMPLE) Durante las 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia la SALUD FÍSICA o SUS PROBLEMAS EMOCIONALES le han dificultado en sus actividades sociales (por ejemplo, visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca
9. (NO LEER) NS/NC

G. Discriminación-estigmatización

Sólo si la persona es de un país de fuera de España

128. (LEER, SIMPLE) En el último año, ¿ha experimentado algún tipo de discriminación debido a su etnia o país de origen en las siguientes situaciones? (Se ha sentido molesto, se le ha negado alguna cosa, ha sido acosado o se ha sentido inferior)

	1. Nunca	2. Algunas veces	3. Muchas veces	2. Constantemente	9. NS/NC
1. Al recibir asistencia sanitaria					
2. Buscando trabajo					
3. En el trabajo					
4. Donde vive					
5. En un lugar público o en la calle					
6. Al recibir asistencia social					

Para todas las personas entrevistadas

129. (LEER, SIMPLE) ¿Alguna vez, ha tenido algún juicio?

1. Sí
2. No
9. (NO LEER) NS/ NC

130. (LEER, SIMPLE) Actualmente... ¿tiene abierto algún juicio abierto?

1. Sí
2. No
9. (NO LEER) NS/ NC

131. (LEER, SIMPLE) En el último año... ¿ha sido multado o detenido por orinar, beber o por estar por la calle?

1. Sí
2. No
9. (NO LEER) NS/ NC

132. (LEER, SIMPLE) En el último año (últimos 12 meses), ¿ha sido...?

133

133

133. (NO LEER, APUNTAR) (en caso de respuesta afirmativa) ¿Y cuántas veces fue...?

1. Sí

2. No

9. NS/NC

Veces

1. Agredido físicamente por otras personas de calle				
2. Agredido verbalmente por otras personas de calle				
3. Robado por otras personas de calle				
4. Agredido físicamente por otras personas que no sean de la calle				
5. Agredido verbalmente por otras personas que no sean de la calle				
6. Robado por otras personas que no sean de la calle				

134. (NO LEER, SIMPLE) ¿Cuántas comidas al día toma en verano HABITUALMENTE?

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. Un bocadillo | 6. Tres bocadillos |
| 2. Un plato | 7. Un plato y dos bocadillo |
| 3. Dos bocadillos | 8. Dos platos y un bocadillo |
| 4. Un bocadillo y un plato | 9. Tres platos |
| 5. Dos platos | 10. Más comidas al día |
| | 99. (NO LEER) NS/NC |

135. (NO LEER, SIMPLE) ¿Cuántas comidas al día toma en invierno HABITUALMENTE?

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. Un bocadillo | 6. Tres bocadillos |
| 2. Un plato | 7. Un plato y dos bocadillo |
| 3. Dos bocadillos | 8. Dos platos y un bocadillo |
| 4. Un bocadillo y un plato | 9. Tres platos |
| 5. Dos platos | 10. Más comidas al día |
| | 99. (NO LEER) NS/NC |

Para todas las personas entrevistadas

136. (LEER, SIMPLE) ¿Alguna vez tomó alguno de estos medicamentos?

137. (LEER, SIMPLE) Si la respuesta afirmativa, y en este último mes? (Consultar con T.S.)

	136. Alguna vez?				137. Último mes?			
	1. Sí	2. No	3. No sabe	9. No contesta	1. Sí	2. No	3. No sabe	9. No contesta
HALOPERIDOL								
ZYPREXA								
RISPERDAL								
SEROQUEL								
ZELDOX								
SINOGAN								
LARGACTIL								
ETUMINA								
LEPONEX								
MODECATE								
CONSTA								
PLENUR								

138. (LEER, SIMPLE) Alguna vez ha sido hospitalizado (más de 24h) en algún centro de salud mental?

1. Sí
2. No **pasar a pregunta 140**
3. (NO LEER) No sabe **pasar a pregunta 140**
9. (NO LEER) No contesta **pasar a pregunta 140**

139. (LEER, APUNTAR) En caso afirmativo, donde?

140. (LEER, SIMPLE) Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias. Querriamos saber si alguna de estas cosas le ha sucedido a usted alguna vez en la vida.	1. Sí	2. No	3. No sabe	9. No contesta
<p>1. La primera experiencia es tener una visión -- es decir, ver algo que no estaba realmente allí y que otras personas no podían ver. Por favor no incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia del alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha tenido una visión que otras personas no pudieran ver?</p> <p>[Frase clave: VIÓ VISIONES]</p>				
<p>2. La segunda experiencia es oír voces que otras personas no podían oír. No me refiero a tener buen oído, sino a oír cosas que otras personas decían que no existían, como voces extrañas que venían de dentro de su cabeza hablándole o diciendo cosas acerca de usted, o voces que venían de fuera cuando no había nadie alrededor. Por favor, no incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia del alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha oído voces?</p> <p>[Frase clave: OYÓ VOCES]</p>				
<p>3. La tercera experiencia tiene que ver con el control de la mente. Por ejemplo, creer que alguna fuerza misteriosa le estaba introduciendo muchos pensamientos extraños -que claramente no eran sus propios pensamientos-, directamente a su cabeza a través de rayos- x o rayos láser u otros métodos. Otro ejemplo es creer que sus propios pensamientos estaban siendo robados de su mente por alguna fuerza extraña. ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas experiencias de control de la mente?</p> <p>[Frase clave: EXPERIMENTÓ CONTROL DE LA MENTE]</p>				
<p>4. La cuarta experiencia es sentir que su mente había sido poseída por fuerzas extrañas, con rayos láser o de otras maneras, que le obligaban a hacer cosas que usted no quería hacer. Tampoco incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia de alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha pasado un periodo en que sentía que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?</p> <p>[Frase clave: SENTIÓ QUE LA MENTE ESTABA POSEÍDA POR FUERZAS EXTRAÑAS]</p>				
<p>5. La quinta experiencia es creer que alguna fuerza extraña estaba intentado comunicarse directamente con usted enviándole signos o señales especiales que usted podía entender pero que nadie más podía entender. Algunas veces esto ocurre a través de señales especiales que vienen a través de la radio o televisión. ¿Alguna vez ha experimentado estos tipos de intentos de comunicación por parte de fuerzas extrañas?</p> <p>[Frase clave: EXPERIMENTÓ INTENTOS DE COMUNICACIÓN POR PARTE DE FUERZAS EXTRAÑAS]</p>				
<p>6. Sexto, ¿alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o para perseguirle, que su familia y amigos no creyeran que existiera?</p> <p>[Frase clave: HABÍA UN COMLOT PARA HACERLE DAÑO]</p>				

Si no hay ninguna respuesta afirmativa **FIN**

141. **(LEER, SIMPLE)** En caso afirmativo, y en los últimos 12 meses?

1. Sí
2. No
3. **(NO LEER)** No sabe
9. **(NO LEER)** No contesta

142. **(LEER, SIMPLE)** ¿Alguna vez ha consultado a un médico para pedir ayuda para (esta/estas) experiencia(s)?

1. Sí
2. No **FIN**
3. **(NO LEER)** No sabe **FIN**
9. **(NO LEER)** No contesta **FIN**

143. **(LEER, MÚLTIPLE)** ¿Cuál le dijo el médico que era la causa de (esta/estas) experiencia(s)?

1. ESQUIZOFRENIA/ PSICOSIS
2. TRASTORNO MANÍACO-DEPRESIVO/ MANÍA
3. EMOCIONES/ NERVIOS/ SALUD MENTAL
4. ENFERMEDAD FÍSICA/ DAÑO FÍSICO/LESIÓN
5. MEDICACIÓN/ DROGAS/ ALCOHOL
6. Otras. Especificar **(ABIERTA)**:
7. **(NO LEER)** No sabe
9. **(NO LEER)** No contesta

PREGUNTAR SOBRE ENTREVISTA CON LA DRA. P A . SI HA RESPONDIDO SÍ A UNO DE LOS MEDICAMENTOS DE LA 137;
SÍ A LA 138; SÍ A UNA O VARIAS DE LA 140 y de la 143

1- FICHA DE OBSERVACIÓN (a rellenar por el encuestador/a)

144. Hora de finalización de la entrevista

horas Minutos

145. Duración total de la entrevista en minutos

Minutos

146. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

1. Catalán
2. Castellano
3. Catalán y castellano combinados
4. Otra posibilidad. Especificar **(ABIERTA)**:

Sólo si la persona entrevistada no es castellano o catalanohablante

147. La persona entrevistada, ¿ha tenido algún problema de comprensión o de expresión en la lengua en que se ha realizado la entrevista?

	1. Ninguna dificultad	2. Alguna dificultad	3. Muchas dificultades
Catalán			
Castellano			

148. Valorar de 1 (muy poco) a 10 (mucho) la actitud de la persona entrevistada respecto de...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Facilidad en dar respuestas										
2. Grado de sinceridad										

2-FICHA DE OBSERVACIÓN.

149. Esta ficha está destinada tanto a las personas seleccionadas que han querido participar (contestar) como las que no han querido. En todos los casos hay que indicar observaciones importantes y qué es lo que ha ocurrido en los casos que no han querido participar. En las situaciones de calle, además hay que indicar el total de personas que había en el lugar, además de sexo, procedencia y las observaciones que contengan incidencias importantes, por ejemplo, si hubo o no interacción y discursos usados.

1. Entrevistador
2. Fecha
3. Hombre o Mujer
4. País (si no se sabe: Español o extranjero)
5. Localización de las personas (incluye la de centros y la calle)
6. Total personas que había en el lugar (Sólo para las situaciones de calle)
7. Incidencias

144. Hora de finalización de la entrevista

145. Duración total de la entrevista en minutos

146. ¿En qué lengua se ha desarrollado la entrevista?

147. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

148. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

149. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

150. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

151. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

152. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

153. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

154. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

155. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

156. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

157. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

158. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

159. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

160. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

161. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

162. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

163. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

164. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

165. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

166. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

167. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

168. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

169. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

170. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

171. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

172. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

173. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

174. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

175. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

176. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

177. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

178. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

179. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

180. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

181. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

182. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

183. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

184. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

185. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

186. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

187. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

188. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

189. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

190. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

191. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

192. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

193. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

194. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

195. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

196. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

197. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

198. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

199. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?

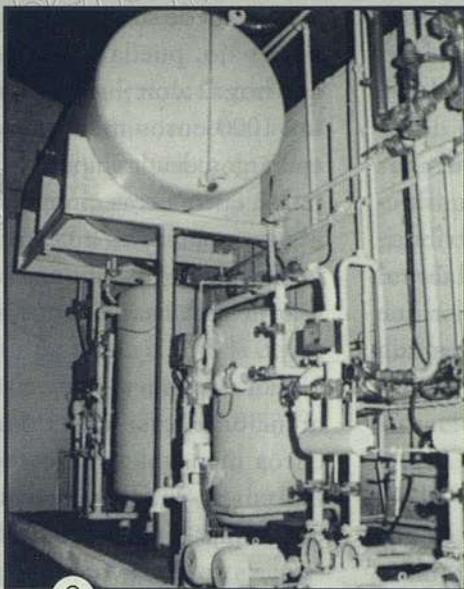
200. ¿La persona entrevistada ha sufrido algún problema de comprensión o de comunicación con usted? ¿Por qué?



Especialistas en lavado y desinfección de lencería

Suministramos al paciente y a los servicios internos, lencería bacteriológica y visualmente limpia y correctamente acabada.

Para ello, la devolvemos:



1
Lavada y desinfectada (por proceso chemo-térmico).

2
Sin incrustaciones, fersa y suave.

3
En paquetes individuales y cuantificados.

4
En contenedores racionales, y

5
Puntualmente a la hora convenida.



La solución con garantía:



Quisiéramos explicarle muchas cosas sobre nosotros...

Que somos los líderes en el mercado de la Restauración Colectiva.

Que pertenecemos a Compass Group, el mayor operador de restauración a nivel mundial, presente en más de 65 países.

Que en España atendemos a más de 1800 clientes.

El sabor de la experiencia

Podríamos explicarle muchas cosas más...

Pero no queremos cansarle con datos y cifras, porque lo que ofrecemos es **SERVICIO** y los servicios van dirigidos a **PERSONAS** y las **PERSONAS** sólo acuden a quien les genera **CONFIANZA**.

Eurest Colectividades, S.L.

Sede Social

Camino de la Zarzuela, 19-21
Aravaca - 28023 Madrid

Tel.: 91 542 53 39

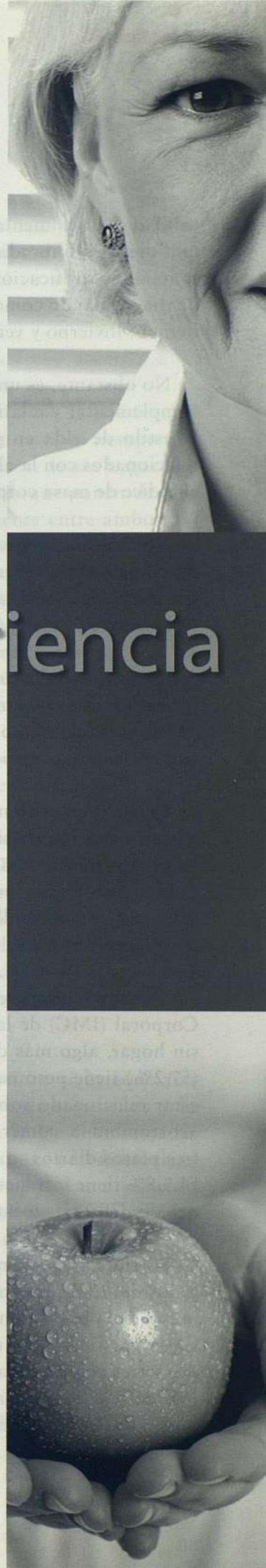
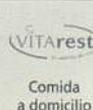
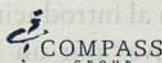
Fax: 91 740 25 48

Delegaciones y Oficinas

A Coruña Tel.: 981 63 61 74
Alicante Tel.: 96 568 20 30
Barcelona Tel.: 93 470 29 80
Bilbao Tel.: 94 454 15 88
Girona Tel.: 972 47 40 13
Las Palmas Tel.: 928 57 44 16
Madrid Tel.: 91 542 53 39
Málaga Tel.: 95 236 81 22
Oviedo Tel.: 98 511 35 80
Palencia Tel.: 979 16 59 35
P. Mallorca Tel.: 971 49 14 53
Sevilla Tel.: 95 418 57 55
Tarragona Tel.: 977 29 22 73
Terriefe Tel.: 922 25 60 40
Valencia Tel.: 96 337 83 10
Vigo Tel.: 986 26 56 30
Zaragoza Tel.: 976 22 63 07



MEDIREST



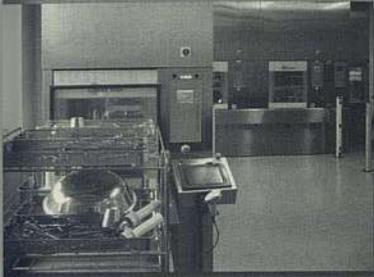
MATACHANA, SOLUCIONES INTEGRALES PARA CENTRALES DE ESTERILIZACIÓN



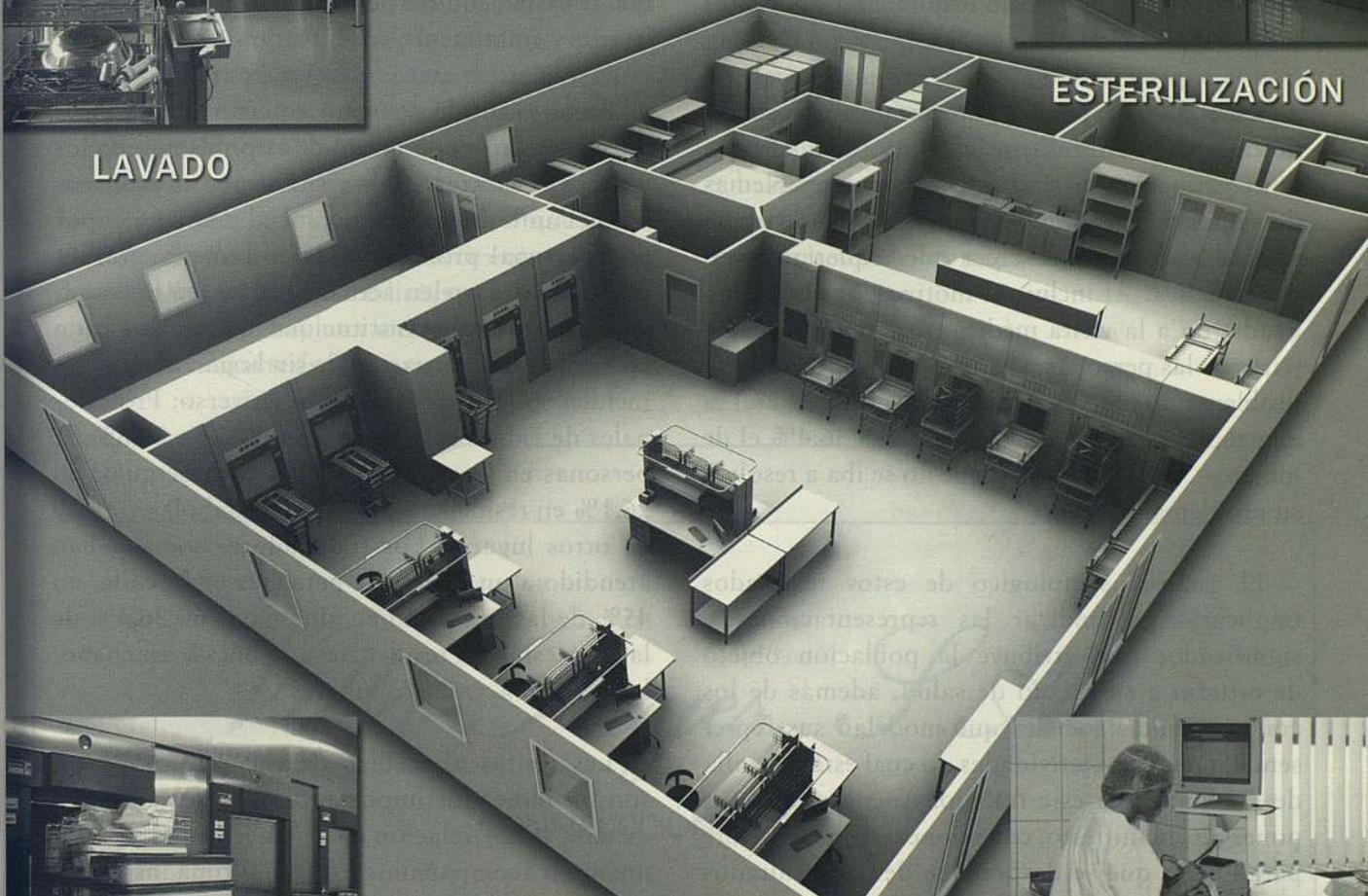
PREPARACIÓN



ESTERILIZACIÓN



LAVADO



ESTERILIZACIÓN



TRAZABILIDAD



LOGÍSTICA

matachana

www.matachana.com

Antonio Matachana, S.A. Almagóvares, 174 08018 Barcelona Telf. 93 486 87 00 Fax 93 309 86 92 hospitales@matachana.com

Barcelona - Madrid - Las Palmas - Palma de Mallorca - Pamplona - San Sebastián - Santander - Santiago de Compostela - Sevilla - Valencia - Zaragoza

ESPAÑA FRANCIA ALEMANIA ARGENTINA MALASIA

www.sanjuandedios.net

