



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE
ACCESO A SERVICIOS SANITARIOS
DE PERSONAS SIN HOGAR DURANTE
LA PANDEMIA DEL COVID-19**

Marta Sánchez Gallardo

Tutor/a: Pedro Campuzano Cuadrado

RESUMEN

Introducción: Existe una relación permanente entre la falta de hogar y el aumento de la mortalidad. La mortalidad en personas que carecen de hogar es de 3 a 4 veces mayor que en la población general y su esperanza de vida se sitúa entre los 42-52 años, 30 años menos que en el resto de la población. Durante la pandemia del Covid-19, esta situación sanitaria ha empeorado aún más. Estos datos indican que existen obstáculos que impiden a las personas sin hogar acceder a los servicios sanitarios como el resto de la población.

Objetivo: Identificar las barreras de acceso a los servicios sanitarios de las personas sin hogar durante la pandemia del Covid-19.

Metodología: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante un cuestionario ad-hoc. Este cuestionario fue contestado por personas que se encontraban en situación de sinhogarismo desde marzo de 2020 hasta abril de 2021.

Resultados: La participación final en el cuestionario fue de 38 personas. Un 89% de ellos cuenta con tarjeta sanitaria. Por otra parte, un 42% afirma que su estado de salud físico no es bueno, y un 53% lo hace con respecto al estado de salud mental. Además, un 23% cree que el acceso a los servicios sanitarios en España no es del todo fácil. A las personas que alguna vez le denegaron la atención sanitaria fueron por motivos como el idioma, acudir a servicios de urgencias por motivos no urgentes o no tener tarjeta sanitaria.

Conclusión: Las barreras más significativas encontradas en la realización del estudio son de tipo cultural y personal. Algunos de los obstáculos son la diferencia de idioma en personas extranjeras, desconfianza en el sistema sanitario, desconocimiento de la forma de funcionamiento del sistema de salud, etc.

Palabras clave: personas sin hogar, barreras, servicios sanitarios, Covid-19

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 1 |
| 1.1. Situación sanitaria de las personas sin hogar | 1 |
| 1.2. Las personas sin hogar durante la pandemia del Covid-19 | 2 |
| 1.3. El derecho a la salud..... | 3 |
| 1.4. El acceso a los servicios sanitarios y sus barreras | 3 |
| 1.5. Justificación | 4 |
| 2. OBJETIVOS | 5 |
| 2.1. Objetivo general | 5 |
| 2.2. Objetivos específicos | 5 |
| 3. METODOLOGÍA..... | 6 |
| 3.1. Diseño metodológico..... | 6 |
| 3.2. Población y muestra..... | 6 |
| 3.3. Criterios de inclusión y exclusión | 6 |
| 3.4. Recogida de datos | 6 |
| 3.5. Variables | 7 |
| 3.6. Análisis estadístico | 7 |
| 3.7. Consideraciones éticas | 7 |
| 4. RESULTADOS | 9 |
| 5. DISCUSIÓN | 17 |
| 5.1. Futuras líneas de investigación..... | 19 |
| 5.2. Fortalezas | 19 |
| 5.3. Limitaciones | 19 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 21 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 22 |
| 8. ANEXOS | 24 |

II. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Tasa de participantes según el sexo | 9 |
| Tabla 2: Tasa de participantes según la edad..... | 9 |
| Tabla 3: Personas de la muestra con tarjeta sanitaria | 11 |
| Tabla 4: Personas de la muestra que saben cuál es su centro de salud | 11 |
| Tabla 5: Residencia durante el confinamiento | 15 |
| Tabla 6: Residencia tras el confinamiento..... | 15 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1: Nacionalidad de la muestra..... | 9 |
| Figura 2: Ocupación de la muestra | 10 |
| Figura 3: Nivel educativo de la muestra | 10 |
| Figura 4: Estado de salud física de la muestra | 10 |
| Figura 5: Estado de salud mental de la muestra | 10 |
| Figura 6: Tiempo aproximado hasta centro de salud | 11 |
| Figura 7: Porcentaje de la muestra que conoce a qué centro sanitario debe acudir. | 12 |
| Figura 8: Lugar al que acudieron para recibir atención durante el confinamiento..... | 12 |
| Figura 9: Porcentaje de la muestra que siguió el tratamiento durante el confinamiento..... | 12 |
| Figura 10: Lugar al que acudieron para recibir atención tras el confinamiento | 13 |
| Figura 11: Porcentaje de la muestra que siguió el tratamiento tras el confinamiento..... | 13 |

| | |
|--|----|
| Figura 12: Porcentaje de la muestra que recibió la atención necesaria. | 14 |
| Figura 13: Dificultad de acceso a los servicios sanitarios en España | 14 |
| Figura 14: Forma de obtención de las mascarillas | 15 |
| Figura 15: Tiempo de uso de las mascarillas | 15 |
| Figura 16: Posibilidad de mantener la distancia de seguridad en centros para personas sin hogar..... | 16 |
| Figura 17: Frecuencia de cumplimiento de las normas de seguridad frente a la Covid-19..... | 16 |

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Se considera persona sin hogar a aquel que vive a la intemperie, en la calle o en un espacio público o exterior. También utilizan alojamientos de emergencia o albergues nocturnos¹. Aunque no existen datos exactos, según la Estrategia Nacional para Personas sin Hogar 2015-2020 (ENI-PSH) unas 33.000 personas están en situación de sinhogarismo en España². Sin embargo, organizaciones como Cáritas aseguran que prestan acogida a unas 40.000 personas anualmente³.

Existen diversas situaciones que se recogen en la categoría de persona sin hogar. En la categoría ETHOS (Anexo I) se recogen las diferentes tipologías de personas sin hogar, siguiendo la tipología europea⁴

1.1 Situación sanitaria de las personas sin hogar

Todos ellos se consideran personas vulnerables, especialmente en cuanto a su situación sanitaria. Aunque en los últimos años ha aumentado el número de personas sin hogar con tarjeta sanitaria⁵, existe una relación permanente entre la falta de hogar y el aumento de la mortalidad.

Al estar más expuestos a situaciones como el abuso de sustancias, enfermedades mentales y enfermedades crónicas su condición sanitaria empeora indudablemente. La mortalidad en personas que carecen de hogar es de 3 a 4 veces mayor que en la población general y su esperanza de vida se sitúa entre los 42-52 años, 30 años menos que en el resto de la población. Si a la situación de sinhogarismo se les suma la constante exposición a lugares públicos, ser joven o padecer SIDA la mortalidad aumenta incluso más. Además, las mujeres jóvenes sin hogar tienen una probabilidad mucho más alta de muerte prematura que el resto de población. A todas estas cuestiones hay que añadirle el mal uso de los servicios sanitarios por parte de las personas sin hogar, ya que, antes que ir a los centros de atención primaria, suelen acudir a los servicios de urgencias cuando su situación ya es extrema².

1.2 Las personas sin hogar durante la pandemia del Covid-19

Si ya anteriormente la condición de las personas sin hogar era complicada, su situación se ha visto aún más agravada por la crisis sanitaria y económica que ha provocado el Covid-19. En febrero y marzo de 2020, el nuevo coronavirus llegó a España y desde el principio el mensaje que no dejaba de repetirse en los medios, la publicidad y las redes sociales era “Quédate en casa”. Las autoridades aconsejaban lavarse las manos, mantener la distancia de seguridad y no salir a la calle. Para la población general son unas recomendaciones fáciles de seguir, pero quedarse en casa claramente no es una opción para aquellos que no tienen un hogar. De un día para otro, las personas en situación de sinhogarismo vieron cerrados parques, centros cívicos y otros lugares públicos que, momentáneamente, les servían de refugio. Además, muchos de ellos no sabían en realidad lo que estaba sucediendo, ya que su acceso a la información está muy limitado.

Por otra parte, además de empeorar la situación de las personas que ya se encontraban viviendo en la calle, han aparecido otras situaciones de vulnerabilidad, como personas que carecían de derechos legales sobre su vivienda y han sido expulsados porque el propietario tenía miedo al contagio, personas que se alojaban en hostales o pensiones económicas que tuvieron que cerrar por el estado de alarma o empleadas del hogar con condición de internas que han sido despedidas¹.

En este contexto, las personas sin hogar se tuvieron que refugiar en albergues, algunos ya existentes, y otros improvisados en espacios públicos. Sin embargo, muchos de ellos no cumplen las condiciones necesarias, careciendo del espacio para guardar la distancia y proporcionando pocas medidas higiénicas y, al igual que ocurre en las residencias de mayores, es muy difícil controlar la enfermedad mediante el aislamiento cuando alguien se infecta dentro del albergue, lo que da lugar en muchas ocasiones a brotes de coronavirus.

1.3 El derecho a la salud

La Constitución de la OMS afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”

El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente y está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación. Todas las personas deben poder ejercer el derecho a la salud, sin discriminación por motivos de raza, edad, pertenencia a grupo étnico u otra condición⁶.

El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo sin injerencias. Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar⁶.

1.4 El acceso a los servicios sanitarios y sus barreras

El acceso a la sanidad se considera como el uso oportuno de los servicios de salud personal para lograr los mejores resultados de salud posibles. En 1981, Pechansky y Thomas definieron cinco propiedades que caracterizan un buen acceso a la atención sanitaria⁷:

- *La asequibilidad* está determinada por la forma en que los cargos del proveedor se relacionan con la capacidad y disposición del cliente para pagar los servicios.
- *La disponibilidad* mide la forma en que el proveedor tiene los recursos necesarios, como personal y tecnología, para satisfacer las necesidades del cliente.
- *La adaptación* refleja la medida en que la operación del proveedor está organizada de manera que satisfaga las limitaciones y preferencias del cliente.

- *La accesibilidad* se refiere a la accesibilidad geográfica, que está determinada por la facilidad con la que el cliente puede llegar físicamente a la ubicación del proveedor.
- *La aceptabilidad* capta hasta qué punto el cliente se siente cómodo con las características del proveedor y viceversa.

Todas estas características están interrelacionadas entre sí y cuando no se tienen en cuenta aparecen barreras para el acceso a los servicios sanitarios. Se considera una barrera todo aquello que impide que cualquier persona reciba cuidados o atención sanitaria. Existen tres tipos principales de barreras para la atención de la salud⁸:

- *Las barreras estructurales* están relacionadas con el número, tipo, concentración, ubicación o configuración organizativa de los proveedores de atención médica.
- *Las barreras financieras* pueden restringir el acceso ya sea inhibiendo la capacidad de los pacientes para pagar los servicios médicos necesarios o desalentando a los médicos y hospitales de tratar a pacientes de escasos recursos.
- *Las barreras personales y culturales* pueden impedir a las personas que necesitan atención médica de buscarla o, una vez que la obtienen, de seguir las pautas postratamiento recomendadas.

1.5 Justificación

La situación sanitaria de las personas sin hogar siempre ha sido pésima, con una mortalidad mucho más alta y una esperanza de vida de 30 años menos que la de la población general. Además, la crisis del Covid-19 ha demostrado aún más que el disfrutar de un hogar es un determinante muy importante de la salud. Por ello, es conveniente reconocer cuales son las barreras que impiden que las personas sin hogar accedan a los servicios sanitarios como lo haría cualquier persona del resto de la población, así como el efecto que ha tenido la pandemia en esas barreras.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

- Identificar las barreras de acceso a los servicios sanitarios de las personas sin hogar durante la pandemia del Covid-19.

2.2. Objetivos específicos:

- Conocer la opinión sobre la facilidad de acceso a los servicios sanitarios de las personas sin hogar.
- Investigar el conocimiento sobre el buen uso de los servicios sanitarios de las personas sin hogar.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal realizado mediante un cuestionario elaborado ad-hoc.

3.2. Población y muestra

La población está compuesta por, aproximadamente, 240 personas sin hogar, aunque no existen registros oficiales. Estas personas forman parte de programas realizados por la asociación Cáritas Diocesana de Valladolid: Centro de atención a personas sin hogar (21 respuestas), Obra social María Milagrosa (10 respuestas) y una de las casas de acogida de Cáritas (7 respuestas).

La muestra finalmente conseguida fue de 38 personas, lo que supone un 15,8% de tasa de respuesta.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión: personas en situación de sinhogarismo desde marzo de 2020 hasta el momento de realización de la encuesta atendidos por Cáritas Diocesana de Valladolid.
- Criterios de exclusión: personas en situación de sinhogarismo que no puedan comunicarse en castellano.

3.4 Recogida de datos

Los datos se obtuvieron mediante una encuesta realizada en papel (Anexo II) y mediante la plataforma *Google Forms*. Las primeras cinco preguntas de la encuesta son de carácter sociodemográfico para conocer el perfil del encuestado, después dos preguntas para saber cuál es la autopercepción del estado de salud físico y mental del encuestado, luego quince preguntas para conocer las barreras de acceso a servicios sanitarios y dos sobre su lugar de residencia durante el confinamiento y tras el confinamiento y, finalmente, cuatro

preguntas sobre el seguimiento de las normas para la prevención de la Covid-19.

Las encuestas se realizaron durante el periodo del 15 al 22 de abril en los distintos centros para personas sin hogar de Cáritas. Los días 15, 16 y 20 de abril en el Centro de atención a personas sin hogar, el 21 de abril en la casa de acogida de Cáritas y el 22 de abril en la Obra social María Milagrosa.

3.5 Variables

En la encuesta se miden variables sociodemográficas como el sexo, la edad, la nacionalidad, el nivel de estudios y la ocupación laboral. También se tienen en cuenta variables como el estado de salud física y mental que se valoraron con una escala de malo a excelente y la posesión de tarjeta sanitaria. Además, hay una serie de variables para conocer las barreras de acceso a servicios sanitarios durante el confinamiento y tras el confinamiento, como el tiempo hasta su centro de salud, si le han denegado alguna vez la atención sanitaria, si la atención recibida fue la adecuada o la facilidad de acceso a los servicios sanitarios en España. Finalmente se tienen en cuenta las variables de si residían en un centro cerrado o en la calle durante el confinamiento y tras el confinamiento, y variables sobre el seguimiento de las normas para la prevención de la Covid-19 como el tiempo de uso de la mascarilla, el mantenimiento de distancia de seguridad o el cumplimiento de normas como el lavado de manos o el uso de mascarilla.

3.6 Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando el programa Excel. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias para las variables cuantitativas.

3.7 Consideraciones éticas

Antes de la realización de la encuesta se les informó a los encuestados del carácter voluntario y anónimo de la realización de ésta, así como el fin del trabajo

de investigación y el uso de sus datos. Dichos datos se trataron de forma anónima y únicamente con fines de investigación, siguiendo así la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La realización de la encuesta cuenta con el dictamen favorable del Comité ético de la facultad de enfermería de Valladolid (Anexo III) y del Comité de Ética del Área de Salud de Valladolid Este (Anexo IV).

4. RESULTADOS

El porcentaje de participación en la encuesta fue de un 15,8%. De la muestra de personas encuestadas solo una de las respuestas (3%) fue de una mujer, el resto de participantes (97%) fueron hombres (Tabla 1). En cuanto a la edad media de los participantes se sitúa entre los 46 y los 55 años (Tabla 2).

Tabla 1. Tasa de participantes según el sexo.

| Sexo | Nº | % |
|----------------------|-----------|-------------|
| Hombre | 37 | 97% |
| Mujer | 1 | 3% |
| Total general | 38 | 100% |

Tabla 2. Tasa de participantes según la edad.

| Edad | Nº | % |
|----------------------|-----------|-------------|
| Entre 46 y 55 años | 20 | 53% |
| Entre 36 y 45 años | 9 | 24% |
| Entre 18 y 25 años | 4 | 11% |
| Entre 56 y 65 años | 2 | 5% |
| Entre 26 y 35 años | 2 | 5% |
| Más de 65 años | 1 | 3% |
| Total general | 38 | 100% |

Como se puede observar en la figura 1 de los 38 encuestados, 26 (68%) eran de origen español, mientras que los 12 (32%) restantes eran extranjeros procedentes de Marruecos (4), Bulgaria (2), Rumania (1), Colombia (1), Venezuela (1), Nigeria (1) y Mali (2).



Figura 1. Nacionalidad de la muestra

En la figura 2 se puede observar el nivel de estudios de los encuestados. De las 38 respuestas, 24 (74%) fueron de desempleados sin ningún tipo de subsidio del estado, 9 (24%) de desempleado que cobran algún tipo de ayuda del estado (por enfermedad, por desempleo, ingreso mínimo vital, etc.) y una respuesta (2%) de un pensionista. En la figura 3 se hace referencia al nivel de estudios de los

encuestados. Los que finalizaron la educación secundaria/EGB fueron 19 (50%), 6 (16%) finalizaron la educación primaria, 4 (11%) tienen un grado medio, 4 (11%) no tienen ningún tipo de estudio, 3 (8%) tienen estudios universitarios y 2 (5%) acabaron bachillerato/BUP/COU.

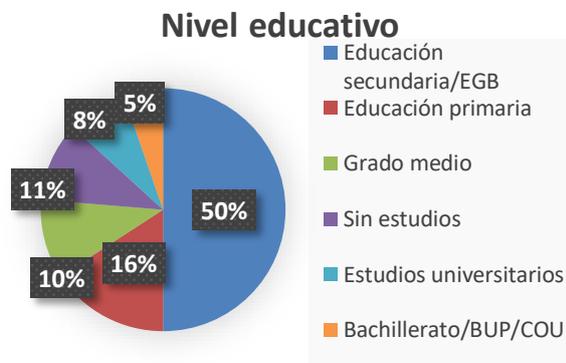
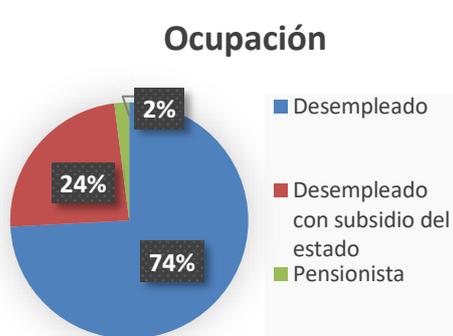


Figura 2. Ocupación de la muestra

Figura 3. Nivel educativo de la muestra

En cuanto a la autopercepción del estado de salud física de los 38 encuestados 5 (13%) refirieron que era excelente, 12 (32%) que era muy bueno, 5 (13%) respondieron que era bueno, 10 (26%) que era regular, 4 (11%) que era malo y, finalmente, 2 (5%) que era muy malo (Figura 4). Por otra parte, sobre la autopercepción de su salud mental solo uno de los encuestados (3%) respondió que era excelente, 12 (32%) refirieron que era muy bueno, 5 (13%) dijeron que era bueno, 11 (29%) que era regular, 5 (13%) que era malo y, por último, 4 (11%) que era muy malo (Figura 5).

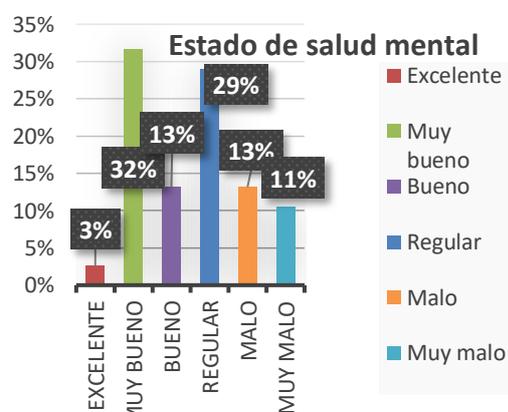
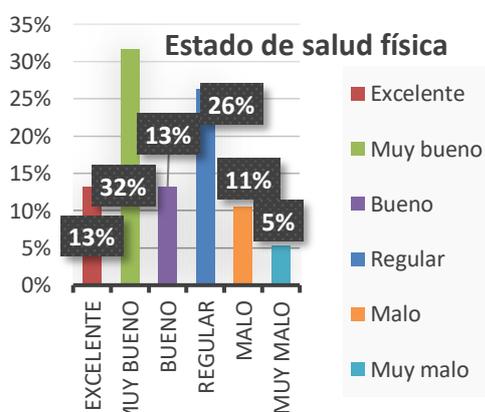


Figura 4. Estado de salud física de la muestra.

Figura 5. Estado de salud mental de la muestra

A la pregunta de si tenían tarjeta sanitaria 34 personas (89%) respondieron que sí y las 4 personas restantes (11%) respondieron que no (Tabla 3). De las 34 personas con tarjeta sanitaria 29 (85%) afirman conocer cuál es su centro de salud y como ponerse en contacto, una persona (3%) sabe cuál es su centro de salud pero no sabe cómo contactar con él y 4 personas (12%) no saben cuál es su centro de salud (Tabla 4). En cuanto al tiempo aproximado hasta el centro de salud, de las 30 personas que saben cuál es su centro de salud, 21 (70%) tardan menos de 15 minutos en llegar, ya a pie o con medios de transporte, 3 (10%) de los encuestados tardan entre 15 y 30 minutos, 4 (13%) tardan entre 30 minutos y una hora y 2 (7%) tardan más de una hora (Figura 6).

Tabla 3. Personas de la muestra con tarjeta sanitaria

| Tarjeta sanitaria | Nº | % |
|----------------------|-----------|-------------|
| Sí | 34 | 89% |
| No | 4 | 11% |
| Total general | 38 | 100% |

Tabla 4. Personas de la muestra que saben cuál es su centro de salud

| Centro de salud | Nº | % |
|--|-----------|-------------|
| Sé cuál es mi centro de salud y como contactar con él | 29 | 85% |
| No sé cuál es mi centro de salud | 4 | 12% |
| Sé cuál es mi centro de salud, pero no sé cómo ponerme en contacto | 1 | 3% |
| Total general | 34 | 100% |

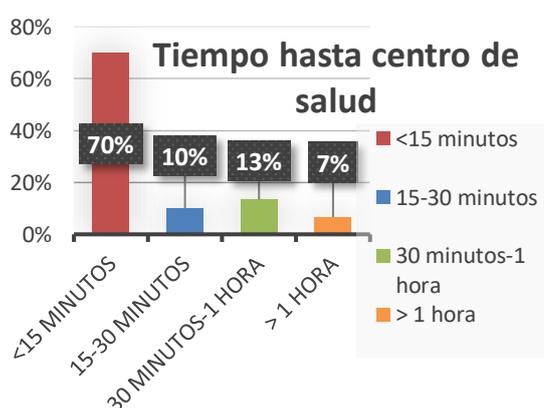


Figura 6. Tiempo aproximado hasta centro de salud

Como se puede observar en la figura 7 de los 38 encuestados, 32 (84%) afirman saber diferenciar a qué centro sanitario deben acudir en caso de enfermedad o necesidad. Las 6 personas restantes (16%) no sabrían distinguir si tienen que ir a un hospital o a un centro de salud.

Saben a qué centro sanitario acudir

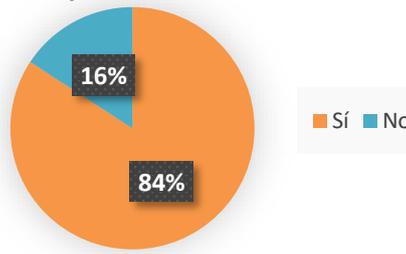


Figura 7. Porcentaje de la muestra que conoce a qué centro sanitario debe acudir.

Durante el confinamiento, de los 38 encuestados, 9 (24%) tuvieron algún problema de salud que requiriera atención sanitaria. De estas 9 personas, 3 (33%) acudieron a urgencias, 2 (22%) a su centro de salud, una persona (11%) acudió tanto a su centro de salud como a urgencias, 2 (22%) acudieron a organizaciones benéficas y uno (11%) no buscó atención sanitaria (Figura 8). De estas 8 personas que recibieron atención sanitaria, 7 (88%) afirman haber recibido la atención necesaria y una persona (13%) refiere que no del todo. Por otra parte, 4 (50%) siguieron el tratamiento prescrito, 3 (38%) no lo siguieron por distintos motivos (efectos secundarios, desconocimiento de como seguirlo, negación directa) y uno (13%) no necesitó ningún tipo de tratamiento (Figura 9). A ninguna de las 8 personas le denegaron la atención sanitaria.

Lugar al que acudió para recibir atención sanitaria



Figura 8. Lugar al que acudieron para recibir atención durante el confinamiento.

Siguió el tratamiento



Figura 9. Porcentaje de la muestra que siguió el tratamiento durante el confinamiento.

25 personas (66%) de las 38 encuestadas necesitó atención sanitaria en algún momento desde el fin del confinamiento hasta el momento de realización de la encuesta. De estas 25 personas, 4 (15%) acudieron a urgencias, 16 (62%) fueron a su centro de salud, una persona (4%) acudió al centro de salud y a urgencias, 2 (8%) fueron a organizaciones benéficas y 3 (12%) no buscaron atención sanitaria (Figura 10). De las 23 personas que recibieron atención sanitaria 18 (78%) afirman haber recibido la atención necesaria, 3 (13%) refieren que no del todo y 2 (9%) refieren que no recibieron la atención necesaria en absoluto (Figura 12). Además, de estas 23 personas, 12 (52%) siguieron el tratamiento, 4 (17%) no lo siguieron por los siguientes motivos: efectos secundarios, desconocimiento de cómo seguir el tratamiento (2) y no poder permitirse el tratamiento, las otras 7 (30%) no necesitaron ningún tipo de tratamiento (Figura 11). Por otra parte, a 4 personas (17%) de estas 23 les denegaron la atención en algún momento tras el confinamiento por los siguientes motivos: no hablar español, por acudir a urgencias por un problema no urgente, por acudir a un centro de salud al que no pertenecía y por estar en situación irregular sin tarjeta sanitaria.



Figura 10. Lugar al que acudieron para recibir atención tras el confinamiento.



Figura 11. Porcentaje de la muestra que siguió el tratamiento tras el confinamiento.

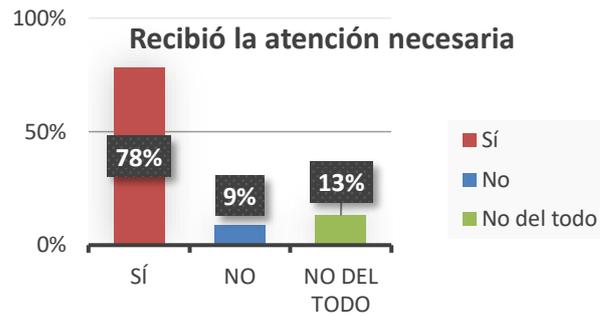


Figura 12. Porcentaje de la muestra que recibió la atención necesaria.

En cuanto a la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en España, de las 38 respuestas, 17 (45%) afirmaron que el acceso es muy fácil, 12 (32%) que es fácil, 2 (5%) que es regular y 7 (18%) que es complicado (Figura 13). Ninguno consideró que es muy complicado.



Figura 13. Dificultad de acceso a los servicios sanitarios en España.

Durante el confinamiento 11 personas (29%) vivían en la calle y 27 (71%) residieron en algún tipo de centro cerrado (albergues, pisos o casas de acogida, cárcel, etc.) (Tabla 5). Tras el confinamiento, en el momento de realización de las encuestas, 22 (58%) viven en la calle y 16 (42%) en centros cerrados (Tabla 6).

Tabla 5. Residencia durante el confinamiento.

| Residencia durante el confinamiento | Nº | % |
|-------------------------------------|-----------|-------------|
| En la calle | 11 | 29% |
| En centro cerrado | 27 | 71% |
| Total general | 38 | 100% |

Tabla 6. Residencia tras el confinamiento.

| Residencia tras el confinamiento | Nº | % |
|----------------------------------|-----------|-------------|
| En la calle | 22 | 58% |
| En centro cerrado | 16 | 42% |
| Total general | 38 | 100% |

En referencia al uso de mascarillas, 35 encuestados (92%) consiguen las mascarillas de forma gratuita en alguno de los centros a los que acude habitualmente, las otras 3 personas (8%) las compran ellos mismos (Figura 14). En cuanto al tiempo de uso de la mascarilla, 32 (82%) utilizan una mascarilla por día y el resto, 6 personas (18%), la utilizan más de un día (Figura 15).

Donde consigue las mascarillas

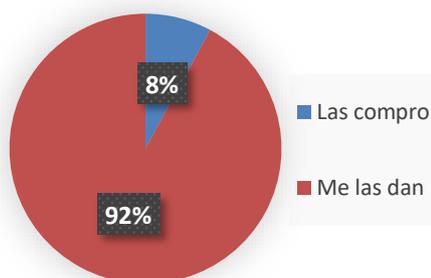


Figura 14. Forma de obtención de las mascarillas

Tiempo de uso de la mascarilla

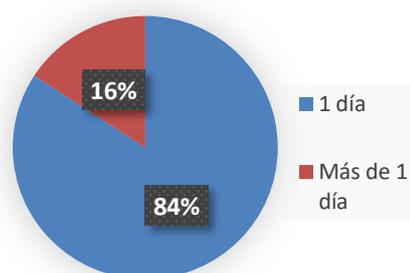


Figura 15. Tiempo de uso de la mascarilla

En la figura 16 se puede observar la frecuencia con la que se puede mantener la distancia de seguridad entre usuarios en los centros para personas sin hogar según los encuestados. 9 personas (24%) refieren que se puede mantener siempre, 7 (18%) afirman que casi siempre, 4 (11%) que a veces, 9 (24%) que casi nunca y otras 9 (24%) que nunca. En la figura 17 se hace referencia a la frecuencia con la que los encuestados cumplen las normas para la prevención de la Covid-19. 22 encuestados (58%) afirman cumplirlas siempre, 6 (16%) refieren que casi siempre, 4 (11%) que a veces, 4 (11%) que casi nunca y 2 (5%) no las cumple nunca.

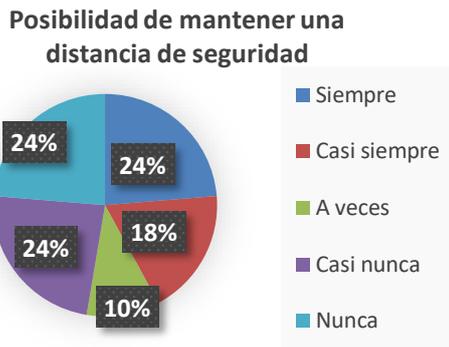


Figura 16. Posibilidad de mantener la distancia de seguridad en centros para personas sin hogar.

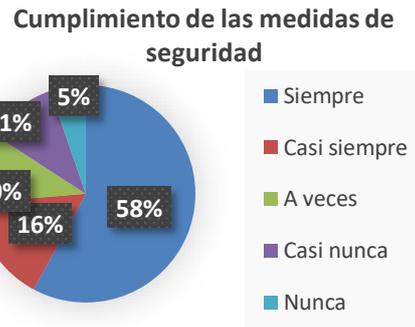


Figura 17. Frecuencia de cumplimiento de las normas de seguridad frente a la Covid-19.

5. DISCUSIÓN

Tal y como se observa en el estudio realizado, el 58% afirma tener un estado de salud físico excelente, muy bueno o bueno, y un 48% lo hace en referencia al estado de salud mental. En comparación con el estudio realizado por el INE en 2012 a personas sin hogar⁵, los resultados son similares, puesto que el 58,6% de las personas que participaron en aquel estudio afirmaron tener muy buena o buena salud, sin distinguir entre salud física y mental.

De las personas encuestadas en este estudio un 89% tiene tarjeta sanitaria, lo que supondría un ligero aumento en la tasa de personas sin hogar con tarjeta sanitaria en comparación con el estudio del INE⁵, en el que un 80% de los encuestados tenían tarjeta sanitaria.

El uso de servicios médicos y de salud en general por parte de las personas sin hogar es un hecho todavía poco conocido, pero diferentes estudios detectan un sobreuso de los servicios de urgencias^{2,9,10}. Sin embargo, en este estudio el 85% de los encuestados afirma saber cuál es su centro de salud y cómo contactar con él, y el 84% refiere saber distinguir cuando debe acudir a su centro de salud y cuando a las urgencias de un hospital.

Por otra parte, en relación con las barreras de acceso a los servicios sanitarios descritas anteriormente⁸, en cuanto a las barreras estructurales no se ha detectado una prevalencia significativa, puesto que el 70% tarda menos de 15 minutos en llegar hasta su centro de salud, mientras que solo un 7% tarda más de una hora. Otro de los obstáculos encontrados han sido las barreras financieras, puesto que a uno de los encuestados le denegaron la atención por no tener tarjeta sanitaria, y una de las respuestas en cuanto al seguimiento del tratamiento para solucionar el problema de salud por el que acudió a los servicios sanitarios, fue no poder permitirse el tratamiento prescrito.

El tipo de barrera más característico encontrado a la hora de analizar las respuestas del estudio, son las de carácter personal y cultural, por ejemplo, durante el confinamiento una de las personas que tuvo problemas de salud, no busco la atención necesaria, y a la hora de seguir un tratamiento tres personas no lo siguieron, ya fuera por desconocimiento de cómo seguirlo, por los efectos

secundarios que causaba el tratamiento o simplemente por negación. Tras el confinamiento, la situación es parecida, ya que tres personas no buscaron atención sanitaria ante un problema de salud y de las personas que necesitaron un tratamiento, dos no lo siguieron por desconocimiento. A las personas que les denegaron la atención sanitaria fueron por motivos personales como la diferencia de idioma o como acudir a urgencias por un problema no urgente o a un centro de salud al que no pertenecía. Sin embargo, no está claro que se les denegara la atención por su situación de personas sin hogar.

Otros estudios realizados^{11,12,13} están de acuerdo en que algunas de las principales barreras son de carácter cultural y personal, como la desconfianza en cuanto al sistema sanitario por parte de los usuarios, malas experiencias previas con profesionales de la salud, el temor de ser objeto de discriminación por su condición de sin hogar, así como el desconocimiento de los recursos disponibles y sus derechos como ciudadanos. A pesar de esto, el 77% de los encuestados de este estudio creen que el acceso a los servicios sanitarios en España es fácil o muy fácil.

En una revisión sistemática realizada por Hudson, Flemming, Shulman y Candy¹³, se exponen otras barreras relacionadas con los servicios médicos y con las actitudes subyacentes de quienes trabajan en ellos, tales como la inflexibilidad del servicio de salud, la escasa planificación y las actitudes e inexperiencia de los profesionales de la salud tratando a estos pacientes. Sin embargo, el 88% de los participantes que acudieron a un centro sanitario durante el confinamiento y el 78% de los que lo hicieron tras el confinamiento manifiesta haber recibido la atención necesaria.

En relación con el seguimiento de las normas de protección frente a la Covid-19, en el estudio se puede observar que la gran mayoría de participantes manifiesta seguir siempre o casi siempre las normas, pero que en los centros y albergues en los que residen es difícil mantener la distancia entre usuarios. De acuerdo con el Documento Técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por Covid-19 para los gestores de Servicios Sociales de atención a personas sin hogar¹⁴ se deben desarrollar medidas sanitarias que integren prevención, detección y atención a la Covid-19, para garantizar el derecho a la salud de estas personas.

Además, recomiendan formar equipos socio sanitarios de trabajo en la calle con este objetivo, incluida la atención a la salud mental.

No se han encontrado diferencias significativas entre las respuestas de usuarios españoles y extranjeros más allá de una ligera diferencia en el porcentaje de personas sin tarjeta sanitaria, en el que un 17% son extranjeros y un 8% españoles. En cuanto a diferencias en las respuestas entre las personas que viven en la calle y las que lo hacen en un centro cerrado, llama la atención la diferencia en el porcentaje de personas que saben hacer un buen uso de los servicios sanitarios, el 36% de los usuarios que viven en la calle no saben distinguir cuando ir a urgencias o a un centro de salud, mientras que esto solo ocurre en el 9% de las personas que viven en un centro cerrado, lo que puede indicar un mejor acceso a la información de las personas que viven en centros cerrados.

5.1 Futuras líneas de investigación

En el futuro se podría realizar una investigación con una muestra más amplia y que no esté vinculada a ningún centro de ayuda a personas sin hogar, ya que este tipo de población es aún más vulnerable y podría manifestar otro tipo de barreras de acceso a los servicios sanitarios distintas a la de la muestra seleccionada para este estudio. También sería útil realizar una investigación para proponer soluciones a las barreras encontradas en la investigación.

5.2 Fortalezas

La principal fortaleza del proyecto es la aportación de información sobre las barreras que impiden el acceso a los servicios sanitarios de las personas sin hogar, así como otros datos de interés como el porcentaje de personas sin hogar con tarjeta sanitaria o la distinción entre personas en situación de calle y personas en centros cerrados.

5.3 Limitaciones

La principal limitación es el tipo de usuario al que se dirige la encuesta. Es difícil acceder a ellos si no es mediante centros específicos de ayuda a personas sin hogar y, aun así, su participación es baja. Además, la encuesta solo se ha podido realizar en centros de Cáritas, pero existen otros espacios donde el aislamiento social es mayor y por lo tanto pueden surgir otro tipo de barreras de acceso a servicios sanitarios. También han existido limitaciones idiomáticas a la hora de realizar la encuesta a algunos extranjeros en situación de sinhogarismo. Por otra parte, la realización de las encuestas coincidió con el periodo de Ramadán, lo que impidió que se pudiera realizar la encuesta a muchas personas musulmanas.

Al preguntar en la encuesta por hechos ocurridos en el pasado, puede existir sesgo de memoria. Otra limitación ha sido el disponer de una muestra muy pequeña, lo que hace difícil analizar algunos datos.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con el proyecto realizado, se puede concluir que:

- Existen tres tipos de barreras de acceso a servicios sanitarios para las personas sin hogar, estructurales, económicas y, por último, personales y culturales, siendo éstas últimas las más predominantes.
- La dificultad de acceso a los servicios sanitarios se debe sobre todo a la desconfianza y el miedo que sienten estas personas por su condición, así como al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y de los derechos que tienen con respecto a una buena atención sanitaria.
- La mayoría de las personas sin hogar opinan que el acceso a los servicios sanitarios es muy fácil en España. A pesar de ello, un alto porcentaje considera que su estado de salud físico y mental no es bueno.
- En general, la muestra encuestada, además de conocer cuál es su centro de salud, sabe distinguir a qué centro sanitario es más adecuado acudir dependiendo del problema de salud que tengan.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Campaña de personas sin hogar. Preguntas y respuestas [Internet]. Cáritas. 2020 [citado 19 diciembre 2020]. Disponible en: <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2020/10/Preguntas-y-respuestas-NSH-2020.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016; [citado el 19 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
3. Día de las Personas Sin Hogar: Cáritas denuncia que «no tener casa mata» [Internet]. Cáritas. 2020 [citado 19 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.caritas.es/noticias/dia-de-las-personas-sin-hogar-caritas-denuncia-que-no-tener-casa-mata/>
4. FEANTSA-European Federation of National Organisations working with the Homeless. ETHOS Typology on homelessness and housing exclusion. 2005 [citado el 19 de diciembre de 2021]
5. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013- Encuesta a las personas sin hogar. 2011; [citado el 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
6. Salud y derechos humanos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado 3 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
7. Wyszewianski L. Access to Care: Remembering Old Lessons. Health Serv Res [Internet]. 2002 [citado 3 enero 2021];37(6): 1441-1443. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1464050/>
8. A Model for Monitoring Access. En: Access to Health Care in America

- [Internet]. Washington DC: Millman M; 1993 [citado 3 enero 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235891/>
9. Associació ProHabitatge. Informe anual - estado español. Salud y sinhogarismo [Internet] 2006 [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/Informe_espanol_salud_-_2006_ES.pdf
 10. Robles G. et al. Estado de salud de las personas sin hogar en Cádiz y construcción de un instrumento de intervención social [Internet] 2020 [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Estado_de_salud_personas_sin_hogar.pdf
 11. Carreras B. et al. Cuidados paliativos en personas sin hogar. Anuario de psicología [Internet]. 2017 [citado el 15 de mayo de 2021];47(2): 95-106. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anuario-psicologia-theub-199-articulo-cuidados-paliativos-personas-sin-hogar-S0066512617300144>
 12. Song, J., Bartels, D.M., Ratner, E.R. et al. Dying on the Streets: Homeless Persons' Concerns and Desires about End of Life Care. J Gen Intern Med [Internet]. 2007; [Citado el 15 de mayo de 2021] 22, 435–441. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-006-0046-7>
 13. López R. Cuidados paliativos en personas sin hogar: una revisión narrativa [Internet] 2017 [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680663/lopez_gonzalez_raqueltfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Hudson et al. Challenges to access and provision of palliative care for people who are homeless: A systematic review of qualitative research. BMC Palliat Care [Internet]. 2016 [citado el 15 de mayo de 2021] 15(96). Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-016-0168-6>

15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2º Documento técnico de recomendaciones de actuación ante la crisis por covid-19, para los gestores de servicios sociales de atención a personas sin hogar [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2021; [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/docs/Covid19/Actua_Rec_S_S_aten_Personas_sin_Hogar.pdf

8. ANEXOS

ANEXO I. Tipología europea de personas sin hogar y exclusión residencial (categoría ETHOS)⁴

| | |
|---|--|
| A: Sin techo (roofless) | 1. Personas que viven a la intemperie (personas que viven en las calles o un espacio público o exterior, sin albergue que pueda ser definido como vivienda). |
| | 2. Personas en alojamientos de urgencia (personas sin lugar habitual de residencia que hacen uso nocturno de albergues). |
| B: sin vivienda (houseless) | 3. Personas en alojamientos para personas sin hogar (personas que viven con intervalos cortos en albergues o centros para personas sin hogar, alojamientos temporales o alojamientos transitorios con apoyo). |
| | 4. Mujeres alojadas en refugios por cortos intervalos debido a experiencias de violencia doméstica o violencia de género. |
| | 5. Personas en alojamientos para inmigrantes (personas inmigrantes que viven en alojamientos temporales por su estatus de extranjeros o trabajadores temporeros). |
| | 6. Personas dependientes de instituciones penitenciarias, sanitarias o tuteladas que carecen de vivienda a donde ir (personas de instituciones penales sin alojamiento disponible antes de terminar de cumplir su pena; personas que permanecen hospitalizadas porque carecen de vivienda para su convalecencia; menores tutelados por los poderes públicos que carecen de vivienda donde alojarse al pasar a la mayoría de edad). |
| | 7. Personas beneficiarias de residencia a largo plazo por su condición de carencia de vivienda (personas sin hogar mayores en residencias y alojamiento para personas que han carecido de vivienda). |
| C: Viviendas inseguras (insecure houses) | 8. Personas que viven en alojamientos inseguros (temporalmente, sin derechos legales o en condiciones de ocupación sin derecho). |
| | 9. Personas con requerimiento de abandono de la vivienda, realizado en los términos previstos en las leyes. |
| | 10. Personas que viven bajo amenaza de violencia por parte de personas con las que convive. |

| | |
|-------------------------------|--|
| D: Vivienda inadecuada | 11. Personas que viven en alojamientos móviles (que no son vivienda habitual), construcciones que no constituyen viviendas convencionales o estructuras semitemporales (chabolas o cabañas). |
| | 12. Personas que viven en alojamientos sin posible permiso de habitabilidad (según la regulación nacional). |
| | 13. Personas que viven en viviendas hacinadas o sobreocupadas (que superan el estándar nacional de ocupación de personas). |

Anexo II. Encuesta de acceso a servicios sanitarios de personas sin hogar durante la pandemia del covid-19

Estimado participante,

Mi nombre es Marta Sánchez y estudio el Grado de enfermería en la Universidad de Valladolid. Estoy realizando mi Trabajo de Fin de Grado sobre la identificación de barreras de acceso a servicios sanitarios de personas sin hogar durante la pandemia del Covid-19. El objetivo de la encuesta es conocer cuál es su percepción sobre los servicios sanitarios, barreras de acceso, medidas frente al Covid-19, etc.

La participación es voluntaria. La realización del cuestionario no llevará más de diez minutos y toda la información será tratada de forma confidencial y anónima, y utilizada únicamente con fines de investigación. Gracias por su colaboración.

Instrucciones para realizar el cuestionario:

- Las preguntas que contienen un asterisco (*) al inicio son de respuesta obligatoria.
- Si no sabe que contestar marque la opción NS/NC (No sabe/no contesta)

Acepto participar en esta encuesta:

- Sí
 No

1. *¿Es usted hombre o mujer?
 Hombre
 Mujer

2. *¿Cuál es su edad?
- Entre 18 y 25 años
 - Entre 26 y 35 años
 - Entre 36 y 45 años
 - Entre 46 y 55 años
 - Entre 56 y 65 años
 - Más de 65 años
3. *¿Cuál es su nacionalidad?
- Español/a
 - Otra ¿Cuál?_____
4. *Actualmente ¿Cuál es su ocupación?
- Trabajador/asalariado
 - Desempleado con subsidio del estado
 - Desempleado
 - Pensionista
5. *¿Cuál es su nivel educativo?
- Educación primaria
 - Educación secundaria/EGB
 - Bachillerato/BUP/COU
 - Grado medio
 - Grado superior
 - Estudios universitarios
 - Sin estudios
 - Otro ¿Cuál?_____
6. *¿Cómo consideraría su estado de salud físico actual?
- Excelente
 - Muy bueno
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Muy malo
7. *¿Cómo consideraría su estado de salud físico actual?
- Excelente
 - Muy bueno
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
 - Muy malo

8. *¿Tiene usted tarjeta sanitaria?
- Sí
 - No
 - NS/NC
9. Si tiene tarjeta sanitaria ¿sabe cuál es su centro de salud y cómo ponerse en contacto con él?
- Sé cual es mi centro de salud y como contactar con él
 - Sé cual es mi centro de salud, pero no sé cómo ponerme en contacto
 - No sé cuál es mi centro de salud
 - NS/NC
- 10.*¿Sabe a qué centro sanitario debe acudir si tiene algún problema de salud?
- Sí
 - No
11. Aproximadamente, ¿Cuánto tarda en llegar a su centro de salud? Ya sea a pie o utilizando medios de transporte.
- Menos de 15 minutos
 - Entre 15 minutos y 30 minutos
 - Entre 30 y 1 hora
 - Más de 1 hora
 - NS/NC
- 12.*Durante el confinamiento ¿Ha tenido algún problema de salud que haya requerido de atención sanitaria?
- Sí
 - No
 - NS/NC
- 13.Durante el confinamiento ¿A qué lugares ha acudido para recibir atención sanitaria?
- A un centro de salud
 - A las urgencias de un hospital
 - Ambos
 - No acudí a ningún centro sanitario
 - Otro, ¿Cuál? _____
 - NS/NC
14. En las ocasiones que acudió a centros sanitarios durante el confinamiento, ¿considera que recibió la atención necesaria?
- Sí
 - No del todo

- No
- NS/NC

15. Después de recibir atención sanitaria durante el confinamiento ¿siguió el tratamiento que le recomendó el profesional sanitario?

- Sí
- No me hizo falta ningún tratamiento
- No, no me podía permitir el tratamiento
- No, no sabía cómo seguir el tratamiento
- No, por otro motivo ¿Cuál? _____
- _____
- NS/NC

16. ¿Durante el confinamiento le han denegado alguna vez la atención sanitaria?

- Sí ¿Cuál fue el motivo? _____
- _____
- Sí, pero desconozco el motivo
- No
- NS/NC

17. *Después del confinamiento ¿Ha tenido algún problema de salud que haya requerido de atención sanitaria?

- Sí
- No
- NS/NC

18. Después del confinamiento ¿A qué lugares ha acudido para recibir atención sanitaria?

- A un centro de salud
- A las urgencias de un hospital
- Ambos
- No acudí a ningún centro sanitario
- Otro, ¿Cuál? _____
- NS/NC

19. En las ocasiones que acudió a centros sanitarios después del confinamiento, ¿considera que recibió la atención necesaria?

- Sí
- No del todo
- No
- NS/NC

20. Después de recibir atención sanitaria ¿siguió el tratamiento que le recomendó el profesional sanitario?
- Sí
 - No me hizo falta ningún tratamiento
 - No, no me podía permitir el tratamiento
 - No, no sabía cómo seguir el tratamiento
 - No, por otro motivo ¿Cuál? _____
-
- NS/NC
21. *¿Después del confinamiento le han denegado alguna vez la atención sanitaria?
- Sí ¿Cuál fue el motivo? _____
-
- Sí, pero desconozco el motivo
 - No
 - NS/NC
22. *En general ¿cómo consideraría el acceso a los servicios sanitarios en España?
- Muy fácil
 - Fácil
 - Regular
 - Complicado
 - Muy complicado
23. *Durante la pandemia del Covid-19 (coronavirus) ¿dónde pasó el confinamiento?
- En mi casa
 - En la casa de un familiar/amigo
 - En un albergue/centro de acogida ¿Cuál?
 - En la calle
 - Otro ¿Cuál? _____
24. *Desde que el uso de mascarilla es obligatorio, ¿cómo consigue las mascarillas?
- Las compro yo
 - Me las dan
 - No llevo mascarilla
25. *¿Durante cuánto tiempo utiliza la misma mascarilla?
- Un día
 - Una semana
 - Un mes
 - Más de un mes

26.*¿Es posible mantener una distancia de seguridad (más de un metro y medio) entre personas en el lugar en el que se aloja?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

27.*¿Cree que sigue las medidas sanitarias para evitar la propagación del coronavirus? (Uso de mascarilla, distancia de seguridad, lavado de manos)

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca