

Perfil de los jóvenes sin hogar, dificultades para la utilización de los servicios sociosanitarios y propuestas de mejora

Manuel Romero
María Ramos
Joan Carles March

Escuela Andaluza
de Salud Pública
Granada

Correspondence:
Manuel Romero Vallecillos
Escuela Andaluza de Salud
Pública
Campus Universitario
de Cartuja s/n
18080 Granda
E-mail: manolorv@jet.es

Resumen

Objetivos: Describir el perfil actual de los jóvenes sin hogar, analizar su utilización de los recursos sociosanitarios disponibles, tanto desde su punto de vista como desde el punto de vista de los responsables de dichos recursos, y, en tercer lugar, recoger las propuestas de mejora de la situación presente expresadas por ambos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal consistente en la administración de una entrevista estructurada a una muestra intencionada de 50 jóvenes sin hogar (JSH) y un cuestionario a una muestra de 22 responsables de recursos sociosanitarios dirigidos a la población sin hogar. El estudio forma parte de un proyecto multicéntrico coordinado por la Asociación Prevention-Santé y financiado por la Unión Europea. Las entrevistas a JSH se realizaron en Granada. Los JSH fueron identificados y entrevistados por iguales. El guión de la entrevista incluyó las siguientes dimensiones: tiempo que llevan como JSH, motivos, bienestar percibido, necesidades percibidas, respuesta a las mismas de los recursos sociosanitarios existentes y problemas de los mismos. Para los responsables de los recursos sociosanitarios se utilizó una adaptación de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud, compuesto por 27 ítems de acuerdo a tres bloques temáticos: perfil de la población usuaria, utilización de servicios por parte de los JSH y problemas percibidos por el centro así como propuestas de mejora. El cuestionario se mandó por correo a 26 centros y respondieron 22. Se realizó un análisis descriptivo, correlaciones entre algunos ítems y un análisis de contenido de las preguntas abiertas según las dimensiones descritas.

Resultados: De acuerdo a los responsables de los recursos sociosanitarios, dos tercios de los JSH son varones y un tercio mujeres, con edades entre los 19,6 y los 34 años, una edad media de inicio a la situación de JSH de 19 años y un nivel educativo bajo. Los problemas de salud que tienen los JSH son, por orden de frecuencia: los derivados de la falta de higiene, el VIH/sida, la hepatitis C, la drogadicción, la tuberculosis, la hepatitis B y alteraciones psicológicas. Los motivos más frecuentes expresados por los JSH que les llevaron a esta situación fueron el deseo de libertad (54%) y de vivir sin normas (50%), seguido de problemas familiares (44%). Cuando se les preguntó a los JSH si estaban

bien con la vida que llevaban, 21 respondieron que sí, 16 que dijeron que estaban "ni bien ni mal" y 13 contestaron que no. A la pregunta de qué les gustaría hacer mañana, los JSH respondieron: tener algo de dinero (34%), viajar (22%), comprar un terreno o una casa (20%), resolver lo legal (16%) y practicar la solidaridad (16%). Los recursos más solicitados por los JSH son, en opinión de los directivos: albergues, centros de atención a drogodependientes y servicios sanitarios. Los JSH se quejaron principalmente de las normas estrictas y de la burocracia existente en los centros. La mayoría coincidieron en que las necesidades más básicas sí son cubiertas, pero los centros desconocen sus verdaderas necesidades. Los responsables de los centros parecen conocer la limitación que supone para los JSH las reglas existentes en los mismos, pero mientras que para algunos son necesarias, otros creen que sería mejor flexibilizarlas y ofrecer una atención individualizada. Los centros demandan más recursos, la libertad para gestionarlos y más profesionales.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la necesidad de conocer con mayor profundidad las necesidades de los jóvenes sin hogar en relación con su salud, de continuar el proceso de cambio de la red sociosanitaria hacia programas integrales con el soporte político y financiero de las Administraciones y teniendo en cuenta las necesidades percibidas por los beneficiarios. El perfil actual de la población sin hogar sugiere la necesidad de intervenir para prevenir el sinhogarismo promocionando el empleo y la vivienda juveniles.

Palabras clave: Sin hogar. Jóvenes. Salud. Servicios sociosanitarios.

Summary

Objectives: To describe current profile of young homeless, to analyze their use of available social services, both from their own point of view and from that of the resource managers and, finally, to record proposals to improve the current situation made by both parties.

Methodology: Cross-sectional descriptive study consisting of holding a structured interview with a deliberate sample of 50 young homeless and administering a questionnaire to a sample of 22 managers social services aimed at the homeless population.

This study forms part of a multicenter study coordinated by the NGO Prevention-Santé and supported by the European Union. Interviews were carried out in Granada (Spain) by peers. The interviews included the following dimensions: length of time they have lived homeless and their reasons; perceived welfare; perceived needs; response to these needs by the existing social services; and problems of the social services. For the service managers a World Health Organization questionnaire was adapted, with 27 items divided into three sections: user population profile, use of services by young homeless people and problems perceived by the center as well as proposals for improvement. The questionnaire was sent to 26 centers, and 22 replied. A descriptive analysis was carried out, certain items were correlated and a content analysis was performed of the open questions according to the dimensions described.

Results: In accordance with the managers of the social services, two out of three young homeless people are men and one out of three women, with ages between 19.6 and 34 years, the mean age for entering into a homeless situation is 19 years and with a low level of education. The most frequent health problems among young homeless people were, in order of frequency: those derived from the lack of hygiene, HIV/Aids, hepatitis C, drug dependency, tuberculosis, hepatitis B and psychological disorders. The most frequent reasons given for being homeless were the desire for freedom (54%), a wish to live without rules (50%) and family problems (44%). When asked if they were happy with their life, 21 answered yes, 16 replied they were "neither happy nor unhappy", and 13 said no. To the question of what they would like to do tomorrow, 34% answered that they would like some money, 22% would like to travel, 20% to buy a house or a piece of land, 16% to resolve their legal problems and 16% to undertake acts of solidarity. According to the managers' opinion, the most requested resources were: shelters; drug-dependency treatment centers; and health services. Young homeless people complained mainly about the strict rules and bureaucracy that exists in centers. Most agreed that basic needs are covered, but that the centers are not aware of their real needs. The service managers seem to know that the centers' strict rules are a limitation for these homeless people, but whereas some managers feel that these rules are necessary, others think it would be advisable to make them more flexible and to offer a more individualized approach. The centers call for more resources, freedom to manage these resources and more professionals.

Conclusions: It is clearly necessary to explore in greater detail the needs of young homeless people in terms of health, continuing the process of change of the welfare network towards integral programs with the political and financial support of the authorities and taking into account the needs perceived by the beneficiaries. The current profile of the homeless population suggests the need of interventions to prevent homelessness by promoting employment and housing for society's young population.

Key words: Homeless. Young people. Health. Social and health services.

Introducción

En los últimos veinte años se ha producido a nivel internacional un incremento de la población sin hogar, y sobre todo un cambio de perfil, con un marcado aumento de jóvenes, mujeres e inmigrantes^{1,2}. En España, este fenómeno se inició durante los noventa, y ha sido vinculado con una serie de fenómenos³: los cambios producidos en el mercado laboral que han desembocado en la precarización del mismo⁴, el encarecimiento de las viviendas⁵ y, en tercer lugar, con la epidemia de delincuencia-heroina de los 80 seguida de la aparición del sida⁶.

En los países industrializados, ser un "sin hogar" se identifica con ser pobre. En la actualidad, existe en torno a este tema una transición conceptual. Términos usados en el pasado como el de vagabundo, "sin techo", transeúnte, carrilano, etc., hoy están siendo sustituidos por el de persona sin hogar, en referencia a la población que vive en situación extrema de exclusión social⁷, fenómeno complejo y dinámico relacionado con la ausencia de oportunidades vitales que impide o dificulta el desarrollo de las personas que lo padecen. También se ha propuesto⁸ que el término "sin hogar" (*homeless*) sea sustituido por el de "sin vivienda" (*houseless*) puesto que es precisamente la carencia de vivienda lo que determina la imposibilidad de llevar a cabo otras realizaciones personales y sociales como, por ejemplo, la creación de un hogar⁹. Además, el concepto de "sin hogar" puede restringirse a las personas que carecen de vivienda o bien extenderse también a quienes ocupan un alojamiento precario¹⁰. Cáritas¹, organización que lidera la atención sanitaria a esta población en España, define a las personas sin hogar como: "aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente, y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma".

Uno de los problemas que surgen al estudiar la problemática de las personas sin hogar deriva del hecho de que se trata de una población dinámica y paradójicamente oculta y, por tanto, difícil de cuantificar. En algunos países se han utilizado técnicas indirectas, como el método de captura-recaptura para estimarla¹¹, aunque lo más usual es hacer estimaciones a partir de su utilización de los servicios sociosanitarios. En la Unión Europea, se estima que hay alrededor de 3 millones de personas sin vivienda, más unos 15 millones que habitan viviendas precarias¹², mientras que en España habría entre 20 y

30.000 personas sin vivienda, y 273.000 con viviendas precarias¹.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Describir el perfil actual de los jóvenes sin hogar en Granada;
2. Analizar su utilización de los recursos socio-sanitarios disponibles, tanto desde su punto de vista como desde el punto de vista de los responsables de dichos recursos (Granada, Bilbao y Valencia) y
3. recoger las propuestas de mejora de la situación presente expresadas por ambos.

Metodología

Estudio descriptivo transversal realizado durante los meses de diciembre del 2000 y enero del 2001 en la ciudad de Granada consistente en la administración de una entrevista estructurada a una muestra intencionada de 50 jóvenes sin hogar y un cuestionario a una muestra de 26 directivos de recursos socio-sanitarios dirigidos a la población sin hogar. El estudio forma parte de un proyecto multicéntrico más amplio coordinado por la Asociación Prevention-Santé y financiado por la Unión Europea, en el que participaron 6 países: Italia, Francia, Holanda Austria, Portugal y España. El objetivo último del proyecto fue la creación de un Centro Europeo de Investigación e Información sobre jóvenes sin hogar. En este artículo se presentan algunos de los resultados de la muestra española.

Como joven sin hogar (en adelante JSH), hemos considerado a aquellos jóvenes que, bien voluntariamente o por causas externas a ellos, viven fuera de su entorno natural, carecen de recursos y, por tanto, se encuentran en situación de exclusión social. Las entrevistas a JSH se realizaron en la ciudad de Granada. Los JSH fueron identificados y entrevistados por iguales entrenados en siete zonas de la ciudad consideradas clave por el habitual asentamiento de los JSH en las mismas. De los 65 JSH a los que se les propuso realizar la encuesta, 50 de ellos aceptaron, todos ellos varones. El guión de la entrevista (Tabla 1) estuvo compuesto por 11 preguntas, 7 de las cuales eran abiertas. Las dimensiones de estudio fueron: tiempo que llevan como JSH, motivos, bienestar percibido, necesidades percibidas, respuesta a las mismas de los recursos socio-sanitarios existentes y problemas de los recursos disponibles. Las entrevistas tuvieron una duración media de 45 minutos, y los entrevistadores

registraron la información de las mismas mediante un cuaderno de notas.

Los recursos socio-sanitarios fueron seleccionados también de manera intencionada a partir de una base de datos elaborada por el Ministerio de Asuntos Sociales¹³ en función de dos criterios: ubicarse en una de las tres ciudades españolas seleccionadas para el proyecto: Granada, Valencia y Bilbao, y estar orientado específicamente a la atención socio-sanitaria de la población sin hogar. De los 26 centros a los que se mandó el cuestionario por correo, 22 respondieron, lo que representa una tasa de respuesta del 84,6%. El instrumento utilizado fue una adaptación realizada por el equipo de investigación de un cuestionario de la Organización Mundial de la Salud¹⁴. La Asociación Prevention-Santé realizó un estudio piloto del mismo. Estaba compuesto por un total de 27 ítems de acuerdo a tres bloques temáticos (Tabla 2): perfil de la población usuaria (13 ítems), utilización de servicios por parte de los JSH (7 ítems) y problemas percibidos por el centro así como propuestas de mejora (7 preguntas abiertas).

Las preguntas abiertas fueron analizadas mediante un análisis de contenido de acuerdo a las dimensiones mencionadas anteriormente, si bien algunas de ellas fueron posteriormente transformadas en variables dicotómicas dada la homogeneidad de las respuestas. Para las preguntas cerradas se realizó un análisis descriptivo y un análisis de correlaciones entre determinados ítems de nuestro interés mediante el método de Pearson. El soporte informático utilizado fue el programa SPSS 9.

Resultados

Objetivo 1. Describir el perfil actual de los JSH

El perfil de los usuarios de los centros socio-sanitarios, en opinión de sus directivos, se muestra en la Figura 1, donde se puede observar que todos ellos han descrito a sus clientes como jóvenes sin domicilio, en segundo lugar, como inmigrantes y, en tercer lugar, como mujeres "de paso". De acuerdo a los directivos, dos tercios son varones (66%) y un tercio mujeres (34%), con una edad media que oscila entre los 19,6 y los 34 años. La edad media de inicio a la situación de JSH es, según los directivos, de 19 años. La mayoría de los centros consideran que sus clientes tienen un nivel educativo bajo (15 centros de 22), aunque 6 de de ellos considera su nivel educativo como medio. También para la mayor parte de

centros, los JSH viven solos (15 centros), especialmente en albergues (16 centros) o plazas públicas (14 centros). El tiempo medio de duración de su situación de JSH es, según los directivos, de 2,7 años. Por su parte, el 70% de los JSH entrevistados declararon llevar menos de 3 años en esta situación, y el 30% más de 3 años, de los cuales el 12% afirmó llevar más de 10 años.

Los problemas de salud que más frecuentemente tienen los JSH cuando acuden a los centros de acogida son, según los directivos: los derivados de la falta de higiene (18 centros de 22), el VIH/sida (14 centros), la hepatitis C (12 centros), la drogadicción (10 centros), la tuberculosis (8 centros), la hepatitis B (7 centros), alteraciones psicopatológicas (7 centros) y el uso de drogas por vía parenteral (6 centros).

Cuando se les preguntó a los JSH por los motivos por los que estaban en esta situación, las respuestas más

1. ¿Cuánto tiempo hace que vives en tu situación actual?
2. ¿Porqué estás en la calle?
3. ¿Estás bien viviendo así en estos momentos?
4. ¿Qué te gustaría poder hacer mañana?
5. ¿Te sientes en situación de poder hacer este deseo?
6. Si es que "NO", ¿qué te faltaría para poder cumplirlo?
7. Si te dieran hoy lo que te falta, ¿qué harías?
8. ¿Piensas que los dispositivos y recursos que hay pueden ayudarte en tus necesidades?
9. Si has respondido que no ayudan o lo hacen limitadamente, di las razones
10. ¿En qué te han ayudado concretamente estos servicios?
11. ¿Qué no has encontrado en estos centros cuando has acudido a ellos?

*Tabla 1.
Guión de la entrevista
semiestructurada
a los JSH*

Perfil de la población usuaria del centro

1. Características de la población joven que atiende vuestro centro
2. Porcentaje aproximado de mujeres y varones
3. Rango de edad de los/as usuarios
4. Nivel general de estudios de los/as usuarios/as
5. ¿Aceptarían un trabajo si se les ofreciera?
6. Situación legal
7. Relaciones con la familia
8. Duración media en años de su situación de sin hogar
9. Edad media de comienzo de su situación de sin hogar
10. Razones familiares que influyen para que salgan de su casa
11. Razones personales que influyen para que salgan de su casa
12. ¿Viven solos o en grupo?
13. Lugares usuales para su vida

Utilización de recursos sociosanitarios disponibles

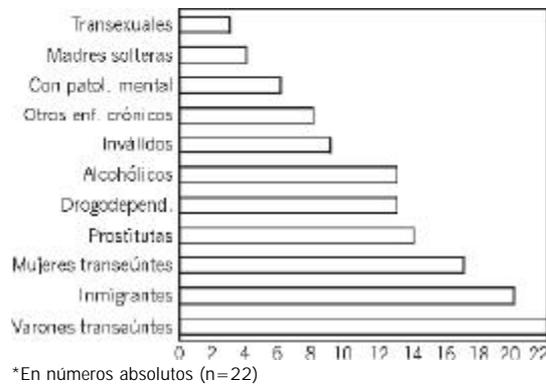
14. Objetivos prioritarios del centro
15. Número de plazas disponibles
16. Tipo de recursos que solicitan los JSH
17. Primeras necesidades al llegar al centro
18. Problemas que les hacen solicitar ayuda
19. Problemas de salud que tienen la mayoría
20. Servicios que demandan

Problemas percibidos por el centro y propuestas de mejora

21. Motivos por los que no suelen ser efectivos los recursos existentes
22. Cuando estos servicios son exitosos: ¿A qué motivo se debe?
23. Propuestas para mejorar la infraestructura del centro
24. Propuestas para mejorar la normativa del centro
25. Metodologías de trabajo propuestas para mejorar la atención a los PSH
26. Propuestas para facilitar la reinserción laboral de los PSH
27. Propuestas de prevención del "sinhogarismo"

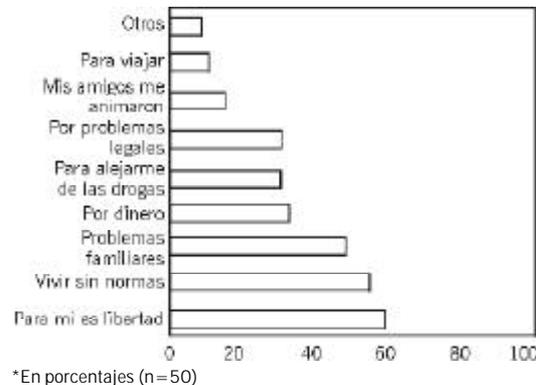
*Tabla 2.
Variables del cuestionario
dirigido a los directivos
de recursos
sociosanitarios para JSH*

Figura 1. Perfil de los usuarios de los recursos sociosanitarios según los responsables de los mismos*



*En números absolutos (n=22)

Figura 2. Motivos por los que los JSH están en esta situación según los propios JSH*



*En porcentajes (n=50)

frecuentes fueron el deseo de libertad (54%) y de vivir sin normas (50%), seguido de problemas familiares (44%), como se muestra en la Figura 2. Ser JSH para alejarse de las drogas se correlacionó de forma positiva con tener problemas legales ($p < 0,001$), mientras que querer vivir sin normas se correlacionó de forma positiva con ser JSH por deseos de libertad ($p < 0,001$), por dinero ($p < 0,001$) o para viajar ($p = 0,018$). A su vez, los directivos de los centros consideraron con mayor frecuencia los motivos personales (18 centros de 22) frente a los motivos familiares (10 centros) como la causa por la que los JSH se encuentran en esta situación. Entre los motivos personales aducidos, destacó la existencia de dificultades de socialización (10 centros) y entre los motivos familiares, la desestructuración familiar (8 centros) y una historia familiar de alcoholismo (6 centros). Además, la mayor parte de centros (18 de 22) consideró que los JSH tienen problemas legales.

Cuando se les preguntó a los JSH si estaban bien con la vida que llevaban, 21 respondieron que sí, 16 que dijeron que estaban "ni bien ni mal" y 13 contestaron que no. A la pregunta de qué les gusta-

ría hacer mañana, los JSH respondieron: tener algo de dinero (34%), viajar (22%), comprar un terreno o una casa (20%), resolver lo legal (16%) y practicar la solidaridad con los desfavorecidos (16%). Querer algo de dinero se asoció de forma positiva con querer viajar ($p = 0,018$). La mayoría de los JSH (41 de los 45 que contestaron) dijeron que no se sentían en situación de poder hacer realidad este deseo. Cuando se les preguntó qué les faltaría para conseguir su deseo, la mitad de los que contestaron a esta pregunta (18 de 41) dijo que trabajar, 12 dijeron que nada, 7 que encontrar una pareja, y 4 expresaron arrepentimiento por la vida que llevaban. Los JSH describieron el trabajo que estarían dispuestos a realizar de la siguiente manera: "...si aprendiera algo fácil para hacer...", "...un trabajo de medio día sería lo mío", "...podría hacer algo manual...", "Me gustaría aprender un trabajo relacionado con el campo". Por otra parte, más de la mitad de los directivos de los centros (14 de 22), opinaron que los JSH aceptarían un trabajo si se le ofreciera. Finalmente, al plantear a los JSH la hipótesis de que se les diera lo que les falta, 28 de los 34 que contestaron a esta pregunta dijeron que seguirían llevando el mismo tipo de vida, mientras que 6 la abandonarían.

Objetivo 2. Analizar la utilización de recursos sociosanitarios por parte de los JSH

Según los directivos de los recursos sociosanitarios que participaron en el estudio, los objetivos prioritarios de dichos centros son: ofrecer información y orientación (20 de los 22 centros), ofrecer albergue, comida y otros servicios básicos (16 centros), ofrecer respuesta a problemas médicos o sociales (15 centros) y, por último, realizar formación sociolaboral y educativa (6 centros). La media de plazas por centro fue de 22 en un rango desde 6 hasta 75 plazas.

Los recursos más solicitados por los JSH son, en opinión de los directivos: albergues (16 centros), centros de atención a drogodependientes (10 centros), servicios sanitarios (9 centros), servicios sociales (9 centros), asesoría legal (8 centros) y atención psicológica (7 centros) o psiquiátrica (4 centros). Las demandas concretas de los JSH cuando llegan a los centros, de acuerdo a los directivos, se muestran en la Figura 3. En su opinión, los problemas que presentan los JSH que les llevan a solicitar ayuda son: su situación de excluidos sociales (17 centros), la falta de vivienda (16 centros), sus pro-

blemas legales (15 centros), la falta de recursos económicos (14 centros) y su adicción a drogas (12 centros).

Objetivo 3. Propuestas de mejora

Los JSH usuarios de los centros de acogida se quejaron principalmente de las normas estrictas y de la burocracia existente en los centros. La mayoría de usuarios coincidieron en que las necesidades más básicas, como comer y dormir, sí son cubiertas por estas instituciones, las cuales sin embargo desconocen sus verdaderas necesidades.

“Claro que te ayudan, estaría bueno que quisiera te dieran un plato de comida, pero de qué sirve la ayuda si en algunos sitios tienes que rellenar papeles y más papeles”.

“Yo creo que deberían aprovechar que vas a estos centros y ayudarte en lo que te haga falta, y no en lo más fácil”.

Cuando se les preguntó a los JSH acerca de lo que no han podido encontrar en los centros, estos opinaron que lo que les falta a estas instituciones es, sobre todo, “calor”, tanto por el trato recibido por parte de los trabajadores de los mismos, como por la escasa calidad de las infraestructuras.

“Vale que no son hoteles, pero tampoco es para que sean tan incómodos y fríos”.

“Si la gente que trabaja supiera que están con personas, seguro que no parecería todo tan frío”.

“Yo lo que más he echado de menos es sentirte un poco como en una casa. No sé porqué le dicen casas de acogida”.

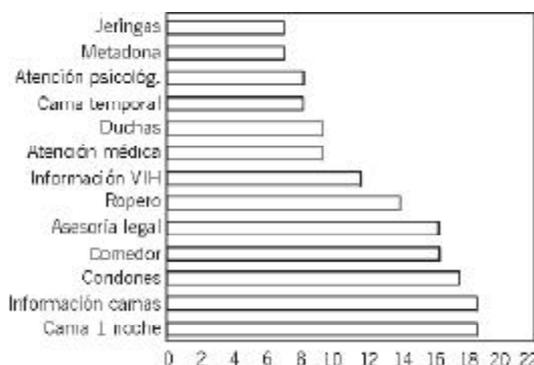
Por estos motivos, algunos de ellos declararon haber dejado de acudir a los centros:

“Si como yo han tenido una historia mala en estos sitios ya no se te olvida, y mientras pueda seguiré arreglándome por mí mismo”.

También hubo algunos JSH que dijeron no utilizar estos recursos por ir en contra de sus sentimientos de libertad e independencia.

“No los utilizaré porque cuando me fui lo hice para arreglarme solo en todo lo que pudiera. Para mí está cerca de mi concepto de libertad el no depender de nadie mientras pueda”.

“Estos centros son para quien no sabe buscarse la vida...”.



*En números absolutos (=22)

Figura 3. Demandas concretas de los JSH cuando llegan a los recursos sociosanitarios según los responsables de los mismos*

Los directivos de los centros parecen conocer la limitación que supone para los JSH la burocracia y las reglas existentes en los mismos, pero mientras que para algunos son necesarias y fruto de la experiencia de muchos años, otros creen que lo óptimo sería ser más flexible y poder ofrecer una atención más individualizada.

“En cuanto les dices que tienen que cumplimentar un papel ya se ponen nerviosos. Muchos quieren pasar desapercibidos y no tienen ni documentos”.

“Yo creo que las normas sí son adecuadas, y además son el resultado de muchos años de trabajo... los jóvenes son los que realizan una lectura de las mismas interesada a sus objetivos. Su poca disposición a salir de donde están es otro de los motivos por los que no podemos decir que somos exitosos con todos”.

“Cada chico que se va por saltarse los límites es una persona que posiblemente no vuelva... Por eso... hay que flexibilizar las normas y poner el menor número de limitaciones entre los chavales y los dispositivos”.

Las principales dificultades expresadas por los centros han sido la escasez de recursos, y sobre todo la libertad para gestionarlos para reorientar los servicios y adaptarlos al nuevo perfil de JSH.

“El motivo principal es que muchos centros han quedado obsoletos... Habría que ampliar las ofertas con estructuras para otras personas...”.

“...el problema es que sin dinero ya puedes tenerlas claras, que te quedas con las ganas de ponerlas en práctica”.

“Creo que lo básico es que nos den libertad para decidir el destino de gasto de las subvenciones”.

que recibimos. Quien mejor que nosotros conoce nuestras necesidades”.

Además, en opinión de algunos directivos, la formación de los profesionales es insuficiente, aunque para otros, es la actitud negativa de los JSH la responsable del poco éxito de los centros.

“Profesionalizando el personal de nuestros centros podríamos avanzar en la mejora de ciertos aspectos de funcionamiento”.

“...por la actitud negativa que de entrada tienen los usuarios hacia nosotros. No se implican en procesos que sean largos, y quieren que en dos días se les resuelvan todos sus problemas”.

Algunos centros tienen otras necesidades específicas como mejorar las instalaciones, ser dotado de más personal profesional, adaptar la infraestructura para los minusválidos...Otros creen necesaria una mayor coordinación entre los centros.

“Las medidas serían intempestivas...pero al menos lo más básico como poder contratar el mínimo de profesionales...Así hay que recurrir a voluntarios que no conocen siempre como tratar a estas personas”.

“Sólo con adaptar los servicios a las personas que no pueden subir escaleras, ya solucionaríamos una parte del problema”.

“...una necesidad, a la que hemos pedido solución a la administración, de adaptarse a las nuevas tecnologías. Poder coordinarnos con otros recursos y evitar la picaresca...”.

Discusión

En este estudio se pone de manifiesto como los jóvenes sin hogar entrevistados intentan huir de la realidad eludiendo responsabilidades y problemas familiares. Muchos de estos JSH quieren seguir viviendo esa vida, a pesar de tener problemas -a veces crónicos- de salud. Los problemas de salud más frecuentes son las infecciones por tuberculosis, VIH y hepatitis C, y las enfermedades mentales. Para seguir con su vida, los JSH consultados dicen necesitar dinero, y parece que estarían dispuestos a trabajar para conseguirlo. Los servicios que actualmente se les ofrece actúan más como servicios de contención y solución de emergencias que como agencias de integración social. Los JSH reclaman un papel mayor en la planificación y gestión de los servicios orientados a resolver sus problemas.

A continuación comentamos estos resultados a la luz de la bibliografía sobre el tema. Según algunos expertos, no querer asumir responsabilidades es precisamente una de las características de la Juventud actual española¹⁵, relacionada con las dificultades que tienen los jóvenes para acceder al mercado laboral, la precariedad del mismo, y a la imposibilidad de conseguir vivienda¹⁶. Así, el “sinhogarismo” juvenil podría estar representando el fracaso de algunos jóvenes ante la sociedad competitiva del éxito, o bien una opción de vida para quienes rechazan este modelo de sociedad. En cualquier caso, parece importante implementar programas específicos dirigidos a la promoción del empleo y la vivienda juveniles, como viene siendo sugerido por algunas organizaciones como el Consejo de la Juventud¹⁷, ya que tanto la precariedad laboral como la falta de acceso a la vivienda parecen ser las claves para explicar el fenómeno del “sinhogarismo” juvenil.

De todos modos, el “sinhogarismo” es un fenómeno complejo y multifactorial, que en la última década se ha asociado a determinados factores¹⁸. Así, se sabe que los jóvenes que han padecido adversidades durante la infancia como una institucionalización prolongada, abusos sexuales o fracaso escolar tienen más probabilidades de convertirse en JSH¹⁹. Por otra parte, la prevalencia de drogodependencias^{20,21,22} y de trastornos mentales^{20,23,24} en personas sin hogar calculadas a partir de muestras de personas sin hogar identificadas desde los recursos sociosanitarios es más elevada que en la población general. Dado que aún no se ha establecido la relación causal de estos factores con el “sinhogarismo”, también podría suceder que algunos de ellos fueran efecto en vez de causa³. En cualquiera de los dos casos, ello sugiere la importancia de dedicar esfuerzos a prevenir el sinhogarismo mediante la detección y el apoyo adecuado a las personas con riesgo desde la infancia.

Se ha observado que el “sinhogarismo” tiene efectos perjudiciales –directos e indirectos- sobre la salud²⁵. En una investigación realizada en Andalucía sobre las mujeres sin hogar se observó que los principales problemas de salud de la población sin hogar derivan de la exposición prolongada a inclemencias meteorológicas (problemas respiratorios y articulares), a la falta de higiene (enfermedades infecciosas), a la mala alimentación (déficits nutricionales y trastornos gastrointestinales), al estrés que supone la vida en la calle (depresión), y especialmente a sus conductas de riesgo (sida, hepatitis), lo cual ha sido confirmado en nuestro estudio por los responsables de los centros. Además, existen evidencias de que la población sin hogar presenta barreras de acceso a los servicios sanitarios²⁶, que empiezan por la pérdi-

da de habilidades para buscar asistencia médica²⁵. Todo ello pone de manifiesto la vulnerabilidad de la población JSH y la necesidad de prestar especial atención a su estado de salud.

Si bien en los últimos años parece haberse producido un cierto cambio en la cultura de los servicios sociosanitarios orientado a potenciar la reinserción de los JSH, lo cierto es que el cambio en nuestro país se está produciendo muy lentamente, y la red existente sigue garantizando únicamente las necesidades básicas¹, lo cual ha sido confirmado en nuestro estudio. Los JSH de nuestra muestra opinan que se les debería preguntar a ellos qué necesitan. Se ha observado que la participación de la opinión de los JSH en la detección de necesidades de los recursos sociosanitarios es una de las características importantes para el diseño de intervenciones efectivas para mejorar su situación²⁷, lo mismo que para otros grupos de población desfavorecidos como es la población penitenciaria²⁸. La principal necesidad manifestada en nuestro caso ha sido la disponibilidad de "algo de dinero", así como "más calor" y menos reglas en los centros de acogida. En otro estudio realizado en Estados Unidos, las principales necesidades expresadas por los transeúntes fueron, en este orden, que se les garantizara la seguridad personal, educación y transporte²⁹, acorde con la problemática de violencia juvenil que padece el país²⁷. Por otra parte, la existencia de excesivas reglas ha sido observada en otras investigaciones³⁰, y frente a ello, la recomendación del grupo FEANTSA es la de flexibilizar y personalizar la atención al máximo⁷.

Los recursos sociosanitarios, por su parte, reconocen haberse quedado obsoletos frente al nuevo perfil de usuarios, y reclaman de la Administración más recursos, mayor estabilidad de los mismos, y sobre todo mayor libertad para gestionarlos. De hecho, España invierte en la red sociosanitaria de atención a las personas sin recursos la mitad que la media de la Unión Europea³¹. La falta de recursos económicos, tradicionalmente unida a que la mayor parte de los centros asistenciales son gestionados por entidades y asociaciones ciudadanas sin ánimo de lucro, ha obligado a estas a recurrir al voluntariado como alternativa frente a la imposibilidad de contratar profesionales, con las consecuencias que conlleva, en algunos casos, su falta de conocimientos o experiencia profesional. Ambos problemas, la escasez de recursos y la falta de profesionales, han sido ya puestos de manifiesto en estudios anteriores^{1,3}.

La inexistencia de fuentes de registro de la población JSH, nos hizo optar por una muestra intencionada, como viene siendo frecuente en otros estudios reali-

zados en esta población^{32,33,34}, por lo que obviamente los resultados obtenidos no pueden inferirse al total de la población JSH española.

Nuestra mayor limitación ha sido la ausencia de mujeres JSH en la muestra obtenida, cuando según los directivos de los centros, las mujeres representan un tercio de sus usuarios. Ello podría explicarse por el hecho de que el "sinhogarismo" de las mujeres suele ser más breve que el de los varones³⁵, bien porque se introducen en el mercado de la prostitución y dejan de carecer de recursos cambiando su estilo de vida y sus relaciones anteriores, o bien porque su familia pone más empeño en su regreso a casa que en el caso de los varones. Así, se ha observado que el muestreo de población sin hogar a partir de los lugares de alta concentración de los mismos sesga en el sentido de sobreestimar los transeúntes de mayor duración³⁶. En cualquier caso, no podemos descartar la falta de habilidad de los encuestadores, todos varones, ya que más de la mitad de las 15 negativas a participar en el estudio fueron mujeres. Los resultados obtenidos, sin embargo, son concordantes a los obtenidos en otra investigación realizada en Granada con mujeres sin hogar².

La entrevista estructurada que se pasó a los JSH no incluía la recogida de variables sociodemográficas, lo que se hizo de forma intencionada para minimizar el rechazo que presenta esta población a "ser fichada". Si bien es otra de las limitaciones de nuestro estudio, algunos autores defienden que la opinión de los expertos, es decir, de aquellas personas que trabajan diariamente con esta población, es útil para describir las características sociodemográficas de la población que atienden, así como para observar los cambios que se producen en la misma¹.

En definitiva, este estudio describe algunas de las necesidades de una muestra de jóvenes sin hogar, especialmente en relación con su salud, y apunta a la pertinencia de reorientar la red sociosanitaria dirigida a la población sin hogar mediante programas integrales con el soporte político y financiero de las Administraciones, e incluyendo en la planificación y gestión de estas actividades a los propios interesados. El perfil actual de la población sin hogar sugiere la necesidad de intervenir activamente para prevenir el sinhogarismo promocionando el empleo y la vivienda juveniles.

Agradecimientos

A la doctora M^a Victoria Zunzunegui y a Raúl Martín por sus enriquecedores comentarios, a los responsa-

bles de los centros y especialmente a los jóvenes, sin los cuales este trabajo no hubiera sido posible.

Bibliografía

1. Cabrera PJ. *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas, 2000.
2. Plumb JD. Homelessness: Reducing health disparities. *Canadian Medical Association* 2000;163(2):172.
3. Escudero MJ. *Mujeres sin hogar en Granada*. Un estudio antropológico de la experiencia femenina de la pobreza. Universidad de Granada, 2000. Tesis doctoral.
4. Petras J. El informe Petras completo. Padres-hijos. Dos generaciones de trabajadores españoles. *Ajoblanco* 1996;3:16-82.
5. Juárez M (dir). *V Informe sociológico sobre la realidad social de España*. Madrid: Fundación FOESSA, 1994.
6. Gamella JF, Álvarez Roldán A. *Drogas de síntesis en España: Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional de Drogodependencias, 1997.
7. Edgar B, Doherty J, Mina-Coull A. Support and Housing in Europe. *Tackling social exclusion in the European Union*. Bristol: Policy Press, 2000. En: www.feantsa.org.
8. Shannon D. Finland: National strategy delivers positive results. *Homeless in Europe*. Issue 3 Spring 1998. En: www.feantsa.org.
9. Evans J. Access to housing is the key to social inclusion. *Homeless in Europe*. Issue 10 Spring 2001. En: www.feantsa.org.
10. Cortés L, Paniagua JL. La vivienda como factor de exclusión social. *Documentación social* 1997;106:93-147.
11. Fisher M, Turner S, Pugh R, Taylor C. Estimating numbers of homeless and homeless mentally ill people in north east Westminster by using capture-recapture analysis. *British Medical Journal* 1994; 308:27-30.
12. FEANTSA. *Europe against exclusion: Housing for all*. London: Shelter; 1999. En: www.feantsa.org.
13. *Guía de centros para transeúntes*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
14. Stimson G, Des Jarlais D, Ball A (eds). *Drug injecting and HIV infection*. London: WHO. University College London. UCL Press; 1998.
15. Moral F, Mateos A. *El cambio en las actitudes y los valores de los jóvenes*. Madrid: INJUVE. CIS, 1999.
16. Ruiz de Olabuénaga JI. *La Juventud Liberta. Género y estilos de vida de la juventud urbana española*. Bilbao: Fundación BBV; 1998.
17. *Bases para una política de Juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud España; 1999.
18. Parmentier C. *Homeless young people: the tip of the iceberg*. Homeless in Europe. Issue 3 Spring 1998. En: www.feantsa.org.
19. Craig TK, Hodson S. Homeless youth in London: I. Childhood antecedents and psychiatric disorders. *Psychol Med* 1998;28(6):1379-88.
20. Vazquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95(6):523-30.
21. Kipke MD, Montgomery SB, Simon TR, Iverson EF. "Substance abuse" disorders among runaway and homeless youth. *Subst Use Misuse* 1997;32(7-8): 969-86.
22. Green JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Substance use among runaway and homeless youth in three national samples. *Am J Public Health* 1997;87(2):229-35.
23. Slegers J, Spijker J, Van Limbeek J, Van Engeland H. Mental health problems among homeless adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(4):253-9.
24. Muñoz M, Vazquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(10): 514-20.
25. Ambrose P. Health warning: Poor housing is bad for you. *Homeless in Europe*. Issue6 Summer 1999. En: www.feantsa.org.
26. Kipke MD, Montgomery SB, Simon TR, Iverson EF. "Substance abuse" disorders among runaway and homeless youth. *Subst Use Misuse* 1997;32(7-8): 969-86.
27. Acosta O, Toro PA. Let's ask the homeless people themselves: A needs assessment based on a probability sample of adults. *American J Community Psychol* 2000;28(3):343-66.
28. Birmingham L. Should prisoners have a say in prison health care? *BMJ* 1997;315(1099):65-6.
29. Dahlberg L. Youth violence in the United States. *American J Prev Med* 1998;14(4):259-72.
30. Ensign J, Gittelsohn J. Health and access to care: perspectives of homeless youth in Baltimore City, USA. *Social Sci Med* 1998;47(12):2087-99.
31. Bayón M. España gasta en exclusión social un 0,2% del PIB, la mitad de la media de la UE. EL PAIS, 18 mayo 2001.

32. Rew L, Taylor-Seehafer M, Thomas NY, Yockey RD. Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nurs Scholarsh* 2001;33(1):33-9.
33. Ennett ST, Bailey SL, Federman EB. Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth. *Journal of Health and Soc Behav* 1999;40(1):63-78.
34. Bailey SL, Camlin CS, Ennett ST. Substance use and risky sexual behavior among homeless and runaway youth. *J Adolesc Health* 1998;23(6):378-88.
35. Roll CN, Toro PA, Ortola GL. Characteristics and experiences of homeless adults: A comparison of single men, single women, and women with children. *J Community Psychol* 1999;27:189-98.
36. Phelan JC, Link BG. Who are "the homeless"? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *Am J Public Health* 1999;89(9):1334-8.