



**PERSONAS EN SITUACION DE SIN
HOGAR Y DISCAPACIDAD**

**MEJORA DEL ACCESO Y DE LOS PROCESOS DE
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE PERSONAS CON
DISCAPACIDAD EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO**



Investigadores principales: Gonzalo Cavero y Javier Timón

Colaboradores: Márian Sánchez y Fidel Oliván

INDICE

Contenido

INDICE.....	3
ABREVIATURAS.....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	16
MARCO TEÓRICO.....	17
METODOLOGÍA.....	22
A) Aproximación Cuantitativa.....	22
B) Aproximación Cualitativa.....	26
C) Limitaciones metodológicas.....	27
RESULTADOS.....	29
ANÁLISIS CUANTITATIVO.....	29
A) Información sociodemográfica y administrativa.....	29
B) Situación de alojamiento.....	36
C) Salud.....	42
D) Situación económica.....	58
E) Acceso a servicios.....	65
ANÁLISIS CUALITATIVO.....	85
A) LA INTERSECCIÓN DE VULNERABILIDADES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA.....	85
B) PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICAS DE LOS SERVICIOS QUE PUEDEN DIFICULTAR SU USO O LIMITAR EL ACCESO.....	92
1) Barreras estructurales y sistémicas.....	92
2) Barreras institucionales y legislativas.....	103
3) Barreras en los recursos.....	112
4) Barreras que operan a nivel individual.....	116
CONCLUSIONES.....	121
ANEXOS.....	129



A) Resumen Barreras-Propuestas.....	129
B) Cuestionario.....	134
C) Guion del grupo de discusión con profesionales.	140
D) Guion del grupo de discusión de personas usuarias.	142
E) Guion de la entrevista a profesionales.....	144
F) Redes conceptuales para el análisis cualitativo	145

En mi investigación, he encontrado que muy a menudo cuando los excluidos hacen reclamaciones y logran obtener lo que reclaman, tienen el efecto de reforzar también los derechos de los ya incluidos. Y cuando los excluidos fallan en tal lucha, perdemos todos (Saskia Sassen op. Cit. en De la Fuente 2014).

Lo que yo creo es que... Pues eso que hablábamos antes con el tema de la sanidad: establecer vínculos, criterios y sistemas de funcionamiento que... entrelacen los diferentes... sistemas, ¿no? O sea, las diferentes redes de atención; que realmente sí que se establezca una red de atención integral, [...] que no vaya la red de atención a personas vulnerables, por un lado; la red de... sanitaria va por otro..., ¿vale?, y que todo esto sí que haya una maraña ahí de... posibilidades de atención que nos faciliten el día a día.
ENTREVISTADO n°3

A mí me da la sensación de que las redes de centros sociales siguen siendo la hermana pobre de los grandes sistemas del Estado del Bienestar, ¿no? Es decir, tú, en el fondo, eres el hostelero del Sistema de Salud. Y así te tratan. "Acógelo, a mí que me explicas, ya lo curaré y le operaré el corazón y le haré cosas interesantes e iré a un simposio en Tanzania. No, tú que duerma y que coma. Y que haga actividades". Vamos, yo es lo que siento muchas veces, ¿no? Que eres el hostelero. Eres el hermano pobre de los sistemas de bienestar. Y así te tratan.
ENTREVISTADO n°7



ABREVIATURAS

AFES: Asociación de Familias y Personas con Enfermedad Mental.

CAD: Centro de Atención a las Adicciones.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CES: Consejo Económico y Social.

EAPN: European Anti-Poverty Network.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LGD: Ley General de Discapacidad.

LISMI: Ley de Integración Social de los Minusválidos, actual la Ley General de Discapacidad.

LPAPAD: Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONCE: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PNC: Pensión no contributiva.

RAIS: Red de Apoyo a la Inserción Sociolaboral.

SAAD: Sistema de Atención a la Dependencia.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Composición por sexo de la muestra.....	29
Gráfico 2 Pirámide de población en España mayor de 18 años y de la muestra....	30
Gráfico 3 Nivel de estudios de la población española, del total de la muestra y de las personas con y sin discapacidad de la muestra.....	30
Gráfico 4 Nacionalidad de España y de la muestra.....	32
Gráfico 5 Situación laboral de las personas con discapacidad, sin discapacidad y total de la muestra.....	33
Gráfico 6 Tiempo trabajado en los últimos 5 años por las personas con discapacidad, sin discapacidad y total de la muestra.....	34
Gráfico 7 Situación residencial en los últimos 3 años.....	37
Gráfico 8 Situación de alojamiento actual de las personas con y sin discapacidad de la muestra.....	39
Gráfico 9 Estancias de más de un año en la misma situación de alojamiento.....	40
Gráfico 10 Posesión del certificado de discapacidad.....	42
Gráfico 11 Tipos de discapacidad autopercebida.....	43
Gráfico 12 Tipos de discapacidad reconocida.....	44
Gráfico 13 Diferencias entre las discapacidades autopercebidas y reconocidas....	44
Gráfico 14 Número de casos por tipo de discapacidad, detallando las múltiples.....	45
Gráfico 15 Grados de discapacidad autopercebida y reconocida.....	46
Gráfico 16 Autopercepción del estado de salud de las personas con y sin discapacidad y del total de la muestra.....	47
Gráfico 17 Visitas a la atención sanitaria en el último año de las personas con discapacidad, sin discapacidad y del total de la muestra.....	47
Gráfico 18 Autopercepción del estado de salud de las personas con discapacidad autopercebida y reconocida, sin discapacidad y del total de la muestra.....	48
Gráfico 19 Visitas a la atención sanitaria en el último año de las personas con discapacidad reconocida y autopercebida.....	48
Gráfico 20 Cambio de relación con el trabajo a raíz de la aparición de la discapacidad de las personas con discapacidad autopercebida y reconocida.....	51
Gráfico 21 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad.....	52
Gráfico 22 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad de las personas mayores de 18 años.....	52
Gráfico 23 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad de las personas menores de 18 años.....	53
Gráfico 24 Motivos que originaron la discapacidad.....	54
Gráfico 25 Principales dificultades para solicitar el certificado de discapacidad.....	55
Gráfico 26 Personas con discapacidad que cobran prestación*.....	56
Gráfico 27 Distribución de las cuantías de la prestación por discapacidad.....	57
Gráfico 28 Procedencia de los ingresos que perciben las personas encuestadas.....	58

Gráfico 29 Distribución de los casos encuestados según tramos de ingresos.	58
Gráfico 30 Distribución de ingresos de la muestra y procedencia más frecuente. 59	
Gráfico 31 Estructura de los ingresos de la muestra.....	61
Gráfico 32 Conocimiento de la red de atención a personas sin hogar y de la red de atención a la discapacidad.	65
Gráfico 33 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de personas sin hogar y de la red de discapacidad.....	66
Gráfico 34 Diferencias en el conocimiento de la red de recursos para personas sin hogar entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.	68
Gráfico 35 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de personas sin hogar entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.	68
Gráfico 36 Conocimiento de la red de recursos de discapacidad entre las personas con y sin discapacidad.....	69
Gráfico 37 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de discapacidad entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.	70
Gráfico 38 Diferencias entre el perfil de usuario de la red de discapacidad y el total de la muestra.	71
Gráfico 39 Diferencias de medias de uso de las redes según el tipo de discapacidad.....	72
Gráfico 40 Adaptación de redes de recursos.	73
Gráfico 41 Percepción de la adaptación de la red para personas sin hogar de las personas con discapacidad autopercibida, reconocida o sin discapacidad.	74
Gráfico 42 Percepción de la adaptación de las redes de recursos de atención a la discapacidad de las personas con discapacidad autopercibida, reconocida y sin discapacidad.....	74
Gráfico 43 Principales limitaciones en el uso de recursos de acuerdo con las personas entrevistadas.	77
Gráfico 44 Grado de limitación de los siguientes motivos para hacer uso de los servicios.	77
Gráfico 45 Principales dificultades de acceso a los recursos para personas con discapacidad y sin discapacidad.....	78
Gráfico 46 Diferencias en las principales limitaciones en el uso de recursos para personas sin y con discapacidad.	79
Gráfico 47 Media de todas las dificultades de acceso a los recursos según el tipo de discapacidad.	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuestionarios recogidos en cada territorio y distribución por sexo de la muestra en cada ciudad y en el total de la muestra.....	24
Tabla 2 Porcentaje de personas con discapacidad y sin discapacidad en la muestra.....	25
Tabla 3 Características de origen y documentación.....	32
Tabla 4 Situación de alojamiento de la muestra.....	36
Tabla 5 Trayectoria de alojamiento de la muestra.....	38
Tabla 6 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado sobre la autopercepción del estado de salud.....	50
Tabla 7 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado sobre el número de visitas al médico.....	50
Tabla 8 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado de discapacidad sobre los ingresos.....	64
Tabla 9 Modelo de regresión lineal del efecto de tener o no certificado de discapacidad sobre la percepción de adaptación de la red de discapacidad.	75
Tabla 10 Dificultades de acceso percibidas por las personas encuestadas.	76
Tabla 11 Porcentaje de personas que consideran el concepto una dificultad.....	81

INTRODUCCIÓN

En el año 2009 RAIS llevó a cabo un primer informe relativo a la situación de las personas sin hogar con discapacidad, en el que constataba la falta de registros en esta materia. En aquel informe se ponían de relieve, por un lado, la falta de datos que cuantificasen la incidencia de la discapacidad dentro del fenómeno del sinhogarismo, así como las diferencias e incompatibilidades entre los sistemas de protección a la discapacidad y a la exclusión social (RAIS 2009). Por otro lado, se cuantificó que el 21,7% de las personas en situación de sin hogar tenían algún tipo de discapacidad física o sensorial (ello no incluía aquellas discapacidades, como las psíquicas, que suelen pasar más desapercibidas). Aquel dato suponía que la incidencia de la discapacidad en este colectivo era 2,5 veces mayor que en la población en general (RAIS 2009).

Además de cuantificar el fenómeno, se comparó el nivel de protección que se proporcionaba en el ámbito de la discapacidad, frente al que era proporcionado por el sistema de protección de la exclusión social, concluyéndose que “el nivel de protección de la discapacidad [era] infinitamente superior en derechos, recursos y prestaciones al sistema de protección de la exclusión” (RAIS 2009, 3). De esta forma se concluía que las personas sin hogar con discapacidad no estaban suficientemente atendidas ni protegidas, y que los sistemas de protección, lejos de complementarse, se restaban eficacia entre sí, generando situaciones de mutua exclusión.

Si bien, históricamente, los datos sobre la incidencia de la discapacidad entre las personas sin hogar eran escasos, estudios como el de Muñoz, Vázquez y Vázquez o la tesis doctoral de Panadero pusieron cifras al fenómeno, determinando que el 21,73% y el 21,7%, de las personas sin hogar referían tener algún tipo de discapacidad, aunque “tanto Muñoz, como Panadero sólo incluyeron en sus preguntas las discapacidades físicas o sensoriales, por lo que en esos datos no están incluidas las cognitivas ni las relacionadas con trastornos de salud mental graves” (RAIS 2009).

A esta falta de datos sobre la incidencia de la discapacidad entre las personas en exclusión social severa¹ se sumaba la inexistencia de datos actualizados respecto al número total de personas con discapacidad entre la población en general². En este sentido, el último dato oficial del que se dispone sigue siendo el recogido por la

¹ https://www.eldiario.es/sociedad/personas-discapacidad-superan-poblacion-general_0_220828228.html Casi una de cada cuatro personas sin hogar sufre alguna discapacidad. El Diario, 22 de enero de 2014. Accedido el 22/09/2018.

² <https://www.europapress.es/epsocial/igualdad/noticia-cuantas-personas-discapacidad-hay-espana-20171202120315.html> ¿Cuántas personas con discapacidad hay en España? Europa Press, 2 de diciembre de 2017. Accedido el 21/10/2018.

Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia del año 2008 del INE, que indicaba que había 3,8 millones de personas con discapacidad en España (el 8,55% de la población)³, de forma que la incidencia de la discapacidad entre las personas en situación de sin hogar en España sería más de 2,5 veces superior a la de la población en general en edad similar⁴.

Estudios como el de RAIS se planteaban que la incidencia de la discapacidad podía ser mayor de la que se tenía constancia, ya que se observaba, por parte de los equipos de profesionales, que existían personas que no contaban con certificados de discapacidad, pero que en el trabajo con ellas parecían mostrar signos de su existencia. Estas personas, que no habían iniciado los procesos de certificación de la discapacidad, solían ser atendidos por los recursos de baja exigencia de la organización y, en ocasiones, resultaba imposible tramitar sus certificados debido a que no tenían esa posibilidad administrativa al carecer de un empadronamiento o una tarjeta sanitaria. En el informe de 2009 se sostenía que “las personas que se mantienen en calle casi nunca están diagnosticadas, ni se hacen análisis médicos y acuden al médico por urgencias” (RAIS 2009).

La tradicional división entre los servicios sociales y el ámbito sanitario parecía ahondar en las dificultades que las personas sin hogar encontraban para lograr avanzar en los procesos de certificación de la discapacidad. Pero ¿qué implicaciones tiene el hecho de que los servicios sociales y los sanitarios no formen parte de un sistema más integrado?

Los servicios sociales están orientados al apoyo, la protección y la promoción de la autonomía personal y funcional, como parte de la inclusión relacional o comunitaria (Fantova 2009). De esta forma tratan de prevenir, paliar o revertir situaciones en las que las limitación o dificultades en la autonomía funcional y en la integración familiar o comunitaria puedan afectar a la construcción, desarrollo y realización del proyecto de vida de cada persona (Fantova 2009).

No obstante, los sistemas públicos de servicios sociales y los servicios sanitarios se articulan a diferentes niveles administrativos en España. Esta distinción, habitual también en otros países como por ejemplo el Reino Unido, llevó a requerir por parte

³ <http://www.ine.es/revistas/cifraine/1009.pdf> Cifras INE “Panorámica de la discapacidad en España: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008”. Accedido el 23/11/2018.

⁴ “Una de cada cinco (21,7%) personas sin hogar padece una discapacidad lo que supone un 250% más sobre el total de la población española discapacitada (8,5) y un 400% más que en la franja de edad de personas con discapacidad (4,03% en la franja de 17 a 64 años) que coincide con la franja de edad del colectivo de personas sin hogar” (RAIS 2009, 10).

del diputado Frank Dobson la “demolición del «Muro de Berlín» entre los servicios sanitarios y los servicios sociales”⁵ (Health Committee 1999).

En España podemos distinguir tres grandes modelos de reparto competencial entre los diferentes niveles de la administración (Aguilar Hendrickson 2014):

- ✓ **Competencia exclusiva:** El sistema de garantía de ingresos (pensiones y prestaciones por desempleo) es competencia estatal (a excepción de los programas de rentas mínimas y algunos complementos de pensiones que están en manos de las Comunidades Autónomas).
- ✓ **Competencia compartida:** La legislación básica sobre materia sanitaria se establece a nivel estatal, fijando los elementos fundamentales de los sistemas, así como la garantía de derechos de acceso, mientras que las Comunidades Autónomas se ocupan del desarrollo, el diseño detallado y la gestión de los sistemas.
- ✓ **Competencia descentralizada:** El ámbito de los servicios sociales presenta una organización más compleja, en la que el Estado fija un marco muy general, dirigido a garantizar la igualdad de derechos básicos de ciudadanos en las diferentes comunidades. Pero son los municipios, diputaciones provinciales, las comarcas y las agrupaciones de municipios los que desarrollan la legislación, dando lugar a una regulación más variada entre diferentes territorios.

Este reparto competencial origina y profundiza a la vez, la distinción que, hoy en día, se mantiene entre las redes de atención a la discapacidad y las redes de atención a la exclusión social, las cuales se regulan por diferentes vías.

La discapacidad parece estar regulada en mayor medida a nivel estatal mediante la Ley General de Discapacidad y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, que prevé más garantías de ingresos, protección asistencial, reserva de empleo ayudas a la movilidad, etc. La exclusión social está regulada, en cambio, a nivel autonómico mediante las Leyes de Servicios Sociales de las diferentes Comunidades Autónomas, lo que hace que las normativas sean más dispares en su contenido, así como en la regulación de derechos y prestaciones.

En el estudio que llevó a cabo RAIS en 2009 se observó que las **diferencias en los sistemas de protección de la discapacidad y la exclusión social** generaban inequidades en la protección (RAIS 2009): a nivel económico se preveía para la discapacidad el derecho a una pensión no contributiva a todas las personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65%, o ciertos beneficios sociales y fiscales

⁵ Frank Dobson MP “called for the demolition of the «Berlin Wall» between health and social services” Traducido por el autor.

para aquellas personas que ostentan al menos un 33%, mientras que en el ámbito de la exclusión social se preveía, únicamente, la percepción de una prestación de menor cuantía y sólo en algunos casos regulados por la ley. En cuanto a los recursos, en el ámbito de la discapacidad, se regulaba la existencia de muy distintos tipos de servicios especializados cuya creación era obligatoria. Por el contrario, el ámbito exclusión social, al depender de la voluntad de los Ayuntamientos y de las Comunidades Autónomas, presentaba unos niveles de cobertura dispar en los diferentes territorios.

En el ámbito laboral se ponía el acento en la diferente protección prevista en la LISMI (Ley de Integración Social de los Minusválidos, actual Ley General de Discapacidad) que era de aplicación en todo el Estado, en comparación con la Ley para la regulación del régimen de las Empresas de Inserción, que requería de desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas, y además ofrecía un nivel menor de protección/bonificación, tanto en la variedad de las ayudas, como en sus cuantías.

Además de las diferencias en los sistemas de protección, se identificaron “fuertes incompatibilidades entre ambos sistemas de protección” (RAIS 2009, 16) que desembocaban en la imposibilidad de combinar las medidas de protección derivadas de cada uno de los sistemas. Esta incompatibilidad se manifestaba en los diferentes sistemas de identificación de las personas beneficiarias de los mismos, en la heterogeneidad de itinerarios propuestos para cada sistema y, especialmente, en el déficit de coordinación existente entre los sistemas sanitarios y sociales.

En principio “la Seguridad Social y la asistencia social se relacionan así sobre la base de la complementariedad y de la suplementariedad, porque la asistencia social completa el ámbito subjetivo de aquella mediante la dispensación de beneficios a quienes carecen de recursos y no cumplen los requisitos para causar una prestación de Seguridad Social” (Ayala García 2018, 229). Sin embargo, a pesar de que, en teoría, el objetivo es lograr la complementariedad y la coordinación entre los sistemas, parece que informes como el de 2009 mostraban que el déficit de coordinación y de complementariedad entre los sistemas de protección afectaba al acceso de las personas a los diferentes recursos, derechos y prestaciones, de forma que la protección obtenida dependía de cuál fuera la primera red que identificase a la persona como usuaria, siendo poco eficaces a la hora de detectar situaciones en las que concurrían sinhogarismo y discapacidad (RAIS 2009).

Según el estudio de 2009, la desconexión entre los sistemas de protección de la discapacidad y la exclusión social se reflejaba en la falta de coordinación entre los ámbitos sanitario y social. Una desconexión que, como trataremos de mostrar en este estudio, parece persistir en la actualidad.

Esta separación deriva en muchas ocasiones en la falta de un análisis interseccional de las necesidades de la persona, a la que los sistemas de protección fracturan en

función de las necesidades de los recursos que las atienden, en lugar de centrarse en los propios procesos de la persona.

Que, a la hora de atender a las personas, los procedimientos se organicen en función de las necesidades del servicio y de su área particular de especialización, provoca que la atención recibida en algunos casos sea deficiente. Especialmente cuando las personas que acuden presentan situaciones que requieren dar respuesta simultánea a necesidades sociales y sanitarias.

Este enfoque de intervención parcial con las personas actúa de una forma similar a la que Kimberle Crenshaw (1989) describía para el caso de las mujeres negras en la sociedad estadounidense. En su caso, para luchar contra la discriminación que sufrían las mujeres negras, era necesario incluir un análisis de la discriminación que sufrían por su sexo y, además, la subordinación a la que eran sometidas las negras dentro de la categoría de mujer, que en primer lugar hacía referencia a las mujeres blancas, y sólo en último término a las mujeres negras, las excluidas de las excluidas. La discriminación en “la experiencia de la interseccionalidad es mayor que la suma del racismo y el sexismo, cualquier análisis que no tome la interseccionalidad en cuenta no puede abordar suficientemente la forma particular en la que las mujeres negras están subordinadas” (Crenshaw 1989, 140)⁶. En este sentido, los procedimientos que no toman en cuenta la situación de exclusión social severa, así como, la discapacidad, ofrecen soluciones parciales, que no ponen en el centro de la atención a las personas.

En el año 2011 RAIS presenta el estudio “Primera aproximación y visualización de la realidad: Incidencia de la discapacidad en las personas sin hogar”. En él se profundiza en el conocimiento del vínculo entre discapacidad y exclusión de las personas sin hogar, volviéndose a poner de manifiesto la falta de estudios en esta materia.

A la hora de describir la relación entre sinhogarismo y discapacidad se parte de las posibles relaciones existentes entre: salud, pobreza y exclusión. En aquel estudio se aseveraba que “la relación entre salud y pobreza está ampliamente documentada y es unidireccional: la pobreza es insalubre” (RAIS 2011, 8). No obstante, otras fuentes, como la Organización Mundial de la Salud, señalan que “el debate entre pobreza y salud viene de antiguo” y reconocen que “la causalidad entre la salud y la pobreza es bidireccional, y que la analogía que mejor describe esa relación es la de un círculo vicioso o virtuoso, según empeoren o mejoren las condiciones sanitarias o económicas de la población” (OMS 2003).

⁶ “Because the intersectional experience is greater than the sum of racism and sexism, any analysis that does not take intersectionality into account cannot sufficiently address the particular manner in which Black women are subordinated” (traducido por el autor).

Sí que parece probado que unas condiciones de alojamiento inadecuadas están asociadas con un peor estado de salud mental y física (RAIS 2011). En palabras de Marc Marí, técnico de la Agència de Salut Pública de Barcelona “la relación entre unas condiciones de vivienda inadecuadas y el mal estado de salud física y mental está demostrada”⁷, algo que ya señalaban Sims y Víctor en 1999 cuando analizaron la incidencia de enfermedades mentales entre población en situación de sin hogar. En aquel estudio señalaban que el sinhogarismo, un alojamiento inadecuado y los problemas de salud asociados a esta situación seguían siendo un problema fundamental de salud pública⁸.

La falta de acceso adecuado al sistema de salud unido a una situación de alojamiento precaria y, en ocasiones, insalubre, contribuye a que las personas en situación de sin hogar sean un grupo de población con especial riesgo de tener una discapacidad (RAIS 2011, 10). En 2012 RAIS y la Fundación ONCE, a través de la Asociación para el Empleo y la Formación de Personas con Discapacidad, desarrollaron un nuevo estudio sobre discapacidad y personas sin hogar.

Al preguntar por las causas que originaron la discapacidad de las personas entrevistadas, se mostró que las principales causas a las que se atribuía el surgimiento de la discapacidad fueron: Una enfermedad no profesional (32,9%), el consumo de alcohol u otras sustancias (21,3%), un problema congénito (8,6%) o la propia situación de calle (8,6%) (Panadero Herrero, Pérez-Lozao y RAIS 2012), de forma que, al menos en la percepción de las personas, parece que la situación de exclusión residencial ha podido influir en el surgimiento de la discapacidad.

En el estudio de 2012 volvían a aparecer algunas conclusiones similares a las contenidas en estudios previos:

- ✓ Las personas sin hogar tienen cinco veces más discapacidad que la población general en edad similar.
- ✓ Sólo la mitad de ellas tiene certificado, lo que dificulta su acceso a la red de protección.
- ✓ La discapacidad incide directamente en los procesos de inclusión social de las personas en situación de sin hogar.
- ✓ Las redes de atención no están adaptadas para dar respuesta a este tipo de situaciones.
- ✓ Se debe mejorar en el trabajo y la cooperación entre la red de atención a personas sin hogar y las redes especializadas de atención a la discapacidad.

⁷ <https://www.elperiodico.com/es/mas-barcelona/20170206/marc-mari-investigador-la-relacion-entre-vivienda-y-salud-esta-demostrada-5790208>. El Periódico, 7 de febrero de 2017. Accedido el 22/11/2018.

⁸ “Homelessness and inadequate housing and the associated health problems remain a key public health problem” (Sims y Víctor 1999, 523).

Teniendo en cuenta estas experiencias previas, el presente informe tiene como objetivo seguir ahondando en esta materia. Para ello, se comenzará presentando los objetivos e hipótesis que configuran el marco de la investigación, se establecerá el marco teórico en el que se inserta el estudio, para a continuación definir la metodología utilizada a la hora de llevarlo a cabo.

En un bloque diferenciado se presentarán los datos resultantes de la parte cuantitativa del estudio, prestando especial atención a la información sociodemográfica y administrativa, la situación de alojamiento, el estado de salud, la situación económica y laboral y el acceso a los diferentes servicios de las redes de la discapacidad y de la exclusión social. Se tratará de destacar especialmente, las diferencias existentes entre las personas sin hogar con discapacidad y las personas sin hogar sin discapacidad, para mostrar de qué forma las redes de protección existentes actúan como barreras o facilitadores para las personas con discapacidad, así como, en qué medida, las redes se adaptan a las necesidades de las personas.

En otro bloque se presentarán los datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas a profesionales y grupos de discusión con personas usuarias y profesionales. Los datos resaltarán los aspectos más relevantes de la intersección entre discapacidad y sinhogarismo, los procedimientos o prácticas de los servicios que dificultan su uso o limitan el acceso a los mismos y las barreras que encuentran las personas al acceder a los servicios. Además, se plantearán posibles recomendaciones de mejora en los procesos de atención sociosanitaria, así como las conclusiones del estudio.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este proyecto tiene como objetivo profundizar en el conocimiento adquirido en las anteriores investigaciones llevadas a cabo por RAIS y la Fundación ONCE, sobre la situación a la que se enfrentan las personas en situación de sin hogar con discapacidad cuando tratan de acceder a los diferentes servicios de atención sociosanitaria.

Asimismo, busca generar evidencias a nivel estatal sobre las implicaciones que la interseccionalidad entre el fenómeno del sinhogarismo y la discapacidad tiene en el ámbito del acceso a la atención sociosanitaria, así como la adecuación de las redes de atención a las necesidades de las personas con discapacidad.

Para alcanzar el objetivo se buscará dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación:

- ✓ ¿Cómo afecta la intersección entre la discapacidad y la situación de sinhogarismo en el acceso a la atención sociosanitaria?
- ✓ ¿Qué procedimientos o prácticas de los servicios pueden dificultar su uso o limitar el acceso al mismo?
- ✓ ¿Qué mejoras se pueden introducir en la atención sociosanitaria?

Todas las técnicas empleadas que se detallarán en el apartado metodológico, tanto el cuestionario, como los grupos de discusión de profesionales y personas usuarias o las entrevistas a profesionales, han sido diseñadas para indagar en la relación entre la discapacidad y la situación de sinhogarismo.

El conjunto de la investigación se ha guiado también por una visión analítica de las barreras y limitaciones presentes en diferentes niveles administrativos y ámbitos de los recursos, así como las barreras que pueden generar los propios equipos de profesionales de las redes de discapacidad y sinhogarismo. El estudio parte, por tanto, desde dos puntos de vista: el de las personas usuarias de estas redes, así como desde la mirada de personas profesionales.

MARCO TEÓRICO

La participación plena de las personas en la vida social, económica y cultural en igualdad de condiciones es un derecho fundamental y, por tanto, deberán ser los poderes públicos los que garanticen los sistemas y mecanismos necesarios para que todos los ciudadanos puedan ver satisfecho este derecho. Para ello, es necesario ofrecer apoyos adecuados que proporcionen una compensación a las barreras que impidan alcanzar esta participación plena. Situaciones como la discapacidad, la exclusión social y, en particular el sinhogarismo, como una de las situaciones más extremas de exclusión social, generan dinámicas discriminatorias hacia las personas que las sufren. A lo largo del presente informe se abordarán las implicaciones que, de manera conjunta, tienen la discapacidad y el sinhogarismo en la participación social plena de las personas; en concreto se tratará de identificar las limitaciones que estas personas encuentran en el acceso a los diferentes servicios, los cuales deben ofrecer apoyos necesarios y adaptados a las necesidades, para así disminuir las barreras a la que se enfrentan las personas en situación de sin hogar que además tienen discapacidad.

Según las cifras que arroja el Instituto Nacional de Estadística en la Encuesta sobre Discapacidades en 2008. La presencia de personas con discapacidad en el territorio español ascendía a 3,85 millones de personas, lo que supone una tasa de prevalencia del 8,55% respecto a la población total del país. A falta de otro dato más reciente para toda la población, tomando como referencia la Encuesta sobre empleo de personas con discapacidad (INE), se observa que la prevalencia de la discapacidad entre las personas de 16 a 64 años se ha incrementado desde el 5,7% en 2014 hasta el 6,1% en 2016, un indicador de que la tendencia es creciente por lo que la cifra de 2008 debe tomarse como un mínimo de referencia (Llano Ortiz 2018, 90).

Con la entrada en vigor de la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en mayo de 2008, se creó un marco jurídico de carácter vinculante para los países firmantes y una referencia unificada en la

conceptualización de la discapacidad. La Convención define a las personas con discapacidad como *"aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"*(ONU 2006, 4). Se genera por tanto un marco referencial en el que se centra la discapacidad en torno a un modelo sociológico-social-colectivo, dejando atrás el modelo médico-fisiológico-individual en el que se dibuja la discapacidad como un problema individual que debe ser curado. A partir de esta conceptualización se entiende que la discapacidad no depende únicamente de las características de la persona con discapacidad, sino de los apoyos, servicios y actitudes con los que se encuentre en su entorno. Esta nueva dimensión establece una correlación entre el contexto social y las barreras a las que se tienen que enfrentar las personas con discapacidad.

Según Llano Ortíz en su informe de 2018 sobre *El Estado de la Pobreza* elaborado para EAPN-España, la privación material severa⁹, es notablemente más elevada entre las personas con discapacidad que entre el resto de la población; el 7,6% de las personas con discapacidad se encuentran en situación de privación material severa (3,4 puntos porcentuales por encima de los datos referentes al resto de la población).

*"Los **costes de la discapacidad** se pueden definir como la cantidad de dinero adicional que necesita una persona con discapacidad para alcanzar un nivel de vida que pueda considerarse similar al de una persona sin discapacidad en las mismas circunstancias"* (Indecon 2004).

El análisis de los factores que pueden influir en estos **costes extraordinarios producidos por la discapacidad** se explica mediante la concurrencia de dos tipos de barreras que tienden a acompañar a las personas con discapacidad, referidas como las desventajas en la obtención de ingresos y desventajas en los intercambios. La **desventaja en la obtención de ingresos** se refiere a las dificultades que puede encontrar una persona con discapacidad para obtener y mantener ingresos a través de un empleo debido a las rigideces del entorno laboral; además, las personas con discapacidad tienden a tener ingresos por debajo de los que perciben las personas sin discapacidad, ya que se encuentran desempleadas en mayor medida, o trabajan en puestos de menor cualificación, que las personas sin discapacidad, como se

⁹ El indicador AROPE de riesgo de pobreza y/o exclusión social recoge una visión multidimensional de la pobreza y de la exclusión social a través de la valoración de 9 ítems; este indicador agrupa tres componentes que miden la intensidad del mismo, la Privación Material Severa representa la proporción de población en la que se validan al menos 4 de los 9 ítems.

extrae de los datos del INE en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008)¹⁰.

Por otra parte, la **desventaja en los intercambios** es la que se produce por la existencia de otras necesidades que surgen como resultado de la discapacidad, así como de la falta de adaptación y accesibilidad del entorno; la obtención de apoyos específicos para superar las barreras y dificultades, lo cual implica un desembolso económico adicional que supone un coste derivado de la falta de adecuación de los recursos existentes (Martínez Ríos 2013). Esta desventaja influye de manera más gravosa en el coste extraordinario de la discapacidad, generando peores consecuencias cuanto más limitados sean los apoyos ofrecidos por los servicios públicos.

Las consecuencias que pueden generar estos costes extraordinarios varían en función de distintas variables; el apoyo de redes sociales o familiares, la presencia o ausencia de servicios especializados para la discapacidad, o la accesibilidad y disponibilidad de estos inciden directamente sobre el incremento o la disminución de los costes extraordinarios de la discapacidad. Los estudios analizados en el texto de Martínez Ríos muestran que cuanto menores son la inclusión, la accesibilidad de los entornos y los servicios disponibles, mayores son los costes extraordinarios derivados de la discapacidad.

En España se pueden encontrar datos relativamente actualizados que tratan de cuantificar estos costes extraordinarios; en el estudio realizado por el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad y el Ayuntamiento de Barcelona en 2006, donde se estima que los costes adicionales medios que soportan personas con discapacidad visual, auditiva, intelectual y mental de la ciudad de Barcelona, se sitúan en torno a los 480 € mensuales. Por otro lado, la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS 2009) estima en 2009 el coste medio de la discapacidad en 338€ mensuales.

Como se ha comentado al inicio de este apartado, los poderes públicos deben favorecer la participación de las personas con discapacidad de manera plena en la sociedad y asegurar sus derechos de ciudadanía en igualdad de oportunidades. Para ello, repasamos ahora alguna de las políticas específicas y sistemas de protección de los que dispone el Estado dirigidos a superar las barreras que las personas con discapacidad pueden encontrar frente al resto de la ciudadanía. Este sistema se articula en el marco del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su

¹⁰https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175 Accedido el 10/12/2018.

inclusión social¹¹ (LGD) y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia¹² (LPAPAD).

Los principios generales de la Ley General de Discapacidad se basan en garantizar la realización personal y la total inclusión social de las personas con discapacidad; para ello, se articulan apoyos y subsidios dirigidos a favorecer el efectivo cumplimiento del derecho a la igualdad de oportunidades y de trato de las personas con discapacidad. Se recogen en esta ley medidas para facilitar la asistencia sanitaria necesaria para la prevención del agravamiento de la discapacidad y para su rehabilitación, prestaciones farmacéuticas para garantizar el acceso a los tratamientos farmacológicos necesarios, subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte, ayudas para la adaptación de vivienda y vehículos, así como para la adquisición de medios de apoyo y otras medidas especiales. La ley también contempla la necesidad de garantizar a las personas con discapacidad prestaciones sociales que atiendan sus necesidades para lo que articula el derecho a percibir un subsidio de garantía de ingresos mínimos o la reserva de un pequeño porcentaje de cada promoción de vivienda de protección oficial adaptada para las personas con discapacidad.

Para favorecer la empleabilidad de las personas con discapacidad, esta ley establece tres fórmulas de estímulo para fomentar el acceso y mantenimiento del empleo; empleo ordinario en las empresas estableciendo una proporción mínima de personas con discapacidad en las empresas con más de 50 trabajadores y en las Administraciones Públicas, empleo protegido en centros especiales de empleo articulando la estructura del acompañamiento en el empleo para minimizar las desventajas de las personas con discapacidad; por último se establecen apoyos para el fomento del empleo autónomo.

Todas las medidas que se establecen en la Ley General de Discapacidad están sujetas al reconocimiento explícito a través del certificado de discapacidad que reconozca la misma, éste, además, establece el porcentaje de discapacidad que tiene la persona titular. Para poder beneficiarse de las medidas de protección que ofrece esta ley el porcentaje mínimo que debe estar acreditado en dicho certificado es del 33%.

Las medidas de apoyo a las que pueden tener acceso las personas con discapacidad estarán determinadas, por tanto, por la valoración que el órgano competente haga en cada caso, previa solicitud por parte de la persona interesada de dicha valoración

¹¹ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632> BOE núm, 289, de 3 de diciembre de 2013. Accedido el 20 de diciembre de 2018.

¹² <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990> BOE núm 299, de 15 de diciembre de 2006. Accedido el 20 de diciembre de 2018.

para poder obtener finalmente el certificado de discapacidad que le pueda dar acceso a los apoyos y subsidios que pudiere necesitar para hacer efectivo su derecho a participar en condiciones de igualdad de su vida autónoma.

El certificado de discapacidad representa, por tanto, un requisito para poder obtener los apoyos que se establecen en la citada ley para compensar la posición de desventaja en la que se encuentran las personas con discapacidad.

Las personas que se encuentran en una situación de exclusión social severa y además tienen discapacidad no siempre pueden acreditarlo, al carecer del certificado correspondiente, algunas veces por la propia complejidad del proceso de valoración y reconocimiento de la discapacidad, en otras ocasiones por otras barreras administrativas, o incluso por no tener conciencia de la discapacidad que se tiene.

Las medidas referidas a la promoción de la empleabilidad de las personas con discapacidad certificada, de las que se pueden beneficiar las personas que cuenten con el correspondiente certificado que les reconozca un grado superior al 33%, podría parecer comparable con los beneficios que puede ofrecer la acreditación de situación social para las personas en situación de exclusión social. El certificado de exclusión social ofrece medidas para favorecer la mejora de la empleabilidad de las personas, ofreciendo bonificaciones a las empresas empleadoras, acceso a programas de empleabilidad y a empresas de inserción. Esta normativa no establece obligatoriedad alguna de contratar a personas en situación de exclusión social para las empresas ni para las administraciones públicas. Se trata además de un sistema de protección heterogéneo, ya que la legislación que lo sostiene se desarrolla de manera diferente en cada comunidad autónoma, de forma que no se establece, como sucede para el caso de la discapacidad, una reserva específica de empleo protegido.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de Dependencia, reglamenta un sistema de protección para las personas con dependencia por padecer alguna enfermedad o suceso incapacitante o por llegar a la vejez. La dependencia personal es así la incapacidad funcional para el desarrollo de actividades de la vida diaria y por requerir ayuda para su realización.

La Ley establece tres tipos de dependencia:

- ✓ Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- ✓ Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- ✓ Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Serán atendidos con carácter preferente al resto de grados.

La Ley de Dependencia define una serie de servicios y prestaciones a los que pueden acceder las personas a las que previamente se les haya reconocido uno de los anteriores grados de dependencia. Estos servicios y prestaciones van dirigidos directamente a la prevención de la dependencia, promoción de la autonomía, ayuda a domicilio, teleasistencia y servicios de asistencia residencial.

El certificado de discapacidad no sólo parece condicionar el nivel de ingresos de las personas con discapacidad, respecto al uso de recursos específicos para atender las necesidades de estas personas, en el estudio de Panadero y Pérez-Lozao (2014) se observó un bajo porcentaje de participación en general en el grupo de personas en situación de sin hogar con discapacidad, sólo el 13,6% de ellas estaba siendo atendida en estos recursos; el porcentaje se elevó hasta el 21,6% para personas que contaban con el certificado, mientras que para las personas que, aun teniendo discapacidad, no tenían certificado fue del 7,5%.

Como se puede observar, contar con el reconocimiento oficial de la discapacidad puede ayudar en el acceso a prestaciones económicas y, también, a recursos especializados, un acceso ya de por sí poco fluido.

METODOLOGÍA

A) Aproximación Cuantitativa

Diseño y metodología del estudio

Se ha contemplado un abordaje mixto de investigación con una fase cuantitativa que ha consistido en el diseño y distribución de un cuestionario a 152 personas usuarias de las redes de atención a personas sin hogar de tres provincias distintas, Barcelona, Madrid y Murcia.

Concretamente, en Barcelona, se ha encuestado a hombres y mujeres usuarias de la Residència Cal Muns, del Centre d'Acolliment Residencial Can Planas, el Centre Residencial d'Atencions Bàsiques d'Horta, y de Meridiana y del Centre d'Allotjament Temporal Hort de la Vila.

En Madrid el cuestionario fue respondido por personas usuarias del servicio Espacio Salud de RAIS, del Albergue de Santa María de la Paz gestionado por los Hermanos de San Juan de Dios, así como por personas usuarias del programa de Centros de día y Acogida para personas sin hogar de ACCEM.

En Murcia los cuestionarios fueron recogidos en el servicio Espacio Salud de RAIS, en el Centro de Encuentro y Acogida del Colectivo La Huertecica y entre las personas usuarias del centro de media y larga estancia para personas sin hogar de Jesús Abandonado.

Esta propuesta se completa con un diseño cualitativo de once entrevistas en profundidad a profesionales de las redes de atención a personas sin hogar que trabajan con personas con discapacidad. Además, se han realizado dos grupos de discusión. Uno con profesionales, realizado en Madrid, con representantes de las redes de atención a la discapacidad y de profesionales de atención a las personas sin hogar. Y otro realizado, en Murcia, con personas sin hogar con diferentes tipos de discapacidad.

Diseño de las herramientas cuantitativas

Se ha diseñado un cuestionario¹³ autocumplimentado que fue distribuido entre las personas sin hogar que acuden a los distintos centros o servicios que componen la muestra. Se ha contado con el apoyo de una persona encuestadora de referencia en Murcia y otra persona para Madrid y Barcelona. En todos los casos se han intentado eliminar posibles reactividades de las personas encuestadas, desvinculando el estudio y la recogida de información de sus respectivos servicios o profesionales de referencia.

El mensaje principal a la hora de distribuir el cuestionario ha sido el anonimato de la encuesta, el tratamiento estadístico de los datos y la desvinculación de la información recogida de los profesionales trabajadores del centro. Se ha intentado, en todos los casos, que la distribución y recogida de los cuestionarios fuese realizada por el equipo de entrevistadores sin la presencia física de los equipos de profesionales de los centros.

Se han recogido datos sociodemográficos básicos sobre personas usuarias de distintos centros de atención a personas en situación de sinhogar. Además, el cuestionario recoge varias preguntas sobre su trayectoria de sinhogarismo; su estado de salud; datos relacionados con la discapacidad; sobre la situación económica de la persona; y, por último, sobre el acceso a los diferentes recursos de las redes de atención, así como las barreras y facilitadores encontradas en cada uno de los recursos.

¹³ Se ha diseñado un cuestionario que puede consultarse en el Anexo B.

Diseño de la muestra

El ámbito de aplicación del cuestionario engloba las ciudades de Barcelona, Madrid y Murcia. En todas ellas se contaba con una fluida y estructurada red de colaboradores y entidades que han permitido una mayor capacidad de distribución del cuestionario, así como el contacto con profesionales trabajadores en los centros de las redes de atención.

Inicialmente se trató de buscar una muestra que representase, en un número similar, los diferentes territorios, finalmente los recursos disponibles en cada uno de los territorios provocaron una mayor recogida de cuestionarios en Murcia y una menor recogida de lo esperado en Madrid.

De los 152 cuestionarios inicialmente recogidos, dos fueron descartados por su baja tasa de respuesta (uno de Barcelona y otro de Madrid), de forma que la muestra final ha contado con 150 cuestionarios.

A continuación, se presenta la Tabla 1 con el número de cuestionarios recogido en cada uno de los territorios y su distribución por sexos:

Tabla 1 Cuestionarios recogidos en cada territorio y distribución por sexo de la muestra en cada ciudad y en el total de la muestra.

Ciudad	Nº de cuestionarios válidos recogidos	% de cuestionarios por sexo	
		Hombres	Mujeres
Barcelona*	49	72%	27%
Madrid	35	80%	20%
Murcia	66	70%	30%
TOTAL	150	73%	27%

*Una persona de Barcelona no contestó a la pregunta sobre el sexo.

Intentado otorgar un peso específico por sexos a la muestra se ha tomado como referencia las estadísticas sobre la población en situación de sinhogarismo por sexos que nos ofrece la (ENI-PSH, 2015), donde se establece que casi el 20% de las personas en situación de sin hogar son mujeres. No obstante, los datos que proporcionamos en este estudio deben ser tenidos en cuenta con cierta precaución; ya que la lectura de los datos quizás no pueda ofrecer una representatividad estadística robusta, aunque sí que puede proporcionarnos una efectiva y útil información sobre las redes de atención del sinhogarismo y, en menor medida, de la discapacidad en estas tres ciudades.

Además, siguiendo los objetivos planteados en la investigación se buscó llevar a cabo un muestreo incidental, capaz de recoger una muestra que permitiese comparar la situación de las personas en situación de sin hogar con discapacidad, frente a la situación de las personas sin hogar sin discapacidad. A tal efecto, a la hora de organizar los grupos que contestaron a los cuestionarios, se solicitó a los profesionales de los centros que planteasen la actividad a aquellas personas que pudieran tener algún tipo de discapacidad.

Gracias a esta estrategia muestral se logró que existiese una amplia representación de personas con discapacidad, así como un pequeño grupo formado por personas sin hogar sin discapacidad.

A continuación, se muestra la distribución entre estos dos grupos:

Tabla 2 Porcentaje de personas con discapacidad y sin discapacidad en la muestra.

% de personas con discapacidad y sin discapacidad en la muestra	
Personas sin discapacidad	19,33%
Personas con discapacidad	78%
Personas que no contestan	2,67%

Procesamiento y análisis estadístico

Los datos recogidos han sido incorporados a una base de datos diseñada de forma específica para ello. A dicha base de datos sólo han tenido acceso las personas encargadas de la codificación y el análisis de los datos. Los análisis de datos han sido explotados mediante los paquetes informáticos de análisis estadístico y de gestión de datos STATA y SPSS.

Para la presentación de la muestra se han realizado análisis descriptivos (análisis de frecuencias, media) en función del tipo de variable. Este análisis descriptivo de frecuencias ofrece información básica sobre las características sociodemográficas de la muestra. Se recoge información sobre situación residencial de las personas encuestadas, experiencias de sinhogarismo, percepción del estado de salud, situación económica y laboral, variables relacionadas con la discapacidad como el acceso a una prestación o el certificado, percepción y experiencias de acceso a servicios (fundamentalmente barreras y limitaciones), así como otras variables que se presentarán en el informe. Además de este análisis descriptivo proporcionamos algunas relaciones entre variables estadísticamente significativas, mediante estadística bivariada y el uso de regresiones lineales para medir los efectos de unas variables sobre otras.

A lo largo del informe descriptivo-cuantitativo se establecerán comparaciones entre grupos de personas de la muestra con el objetivo de determinar las características, experiencias y percepciones propias de estos grupos. Una de las principales divisiones comparadas es la que diferencia entre las personas con y sin discapacidad de la muestra, ya que uno de los principales objetivos de este informe es el estudio de la intersección entre discapacidad y sinhogarismo en el acceso a la atención sociosanitaria.

Durante todo el informe, al hablar sobre personas con discapacidad, en general, se ha tomado la decisión de considerar dentro de dicha categoría a todas las personas que consideran que tienen discapacidad, esté certificada o no. No obstante, en algunos de los análisis se ha querido comprobar si, entre las personas que tienen un certificado de discapacidad y las que consideran que tienen algún tipo de discapacidad, pero no la tienen reconocida mediante un certificado (discapacidad autopercebida), existen problemáticas, percepciones y experiencias distintas. Finalmente, se establecerán otro tipo de comparaciones, normalmente entre los diferentes tipos de discapacidad.

B) Aproximación Cualitativa

Diseño de las herramientas cualitativas

En muchas ocasiones la información cuantitativa nos ofrece una foto fija de un determinado fenómeno social o problemática que, si bien aporta información valiosa, en ocasiones diluyen la complejidad de un fenómeno. Por ello se lleva a cabo un abordaje mixto, que permite enriquecer la investigación aportando mayor profundidad al estudio.

Las técnicas cualitativas permiten reflexionar sobre las construcciones de significado que los actores otorgan a sus acciones en un contexto social dado. Mediante el análisis discursivo intentaremos reconstruir los significados y significantes que tienen para profesionales y personas usuarias de estas redes de atención conceptos como discapacidad, exclusión o sinhogarismo.

Se han realizado 12 entrevistas en profundidad a profesionales de las redes de atención al sinhogarismo, con conocimientos específicos sobre el ámbito de la discapacidad, con distintos niveles y trayectorias laborales. Además, se han realizado dos grupos de discusión, uno con profesionales y otro con personas en situación de sinhogarismo con diferentes tipos de discapacidad.

Todas las entrevistas y grupos de discusión han sido transcritos de forma literal intentando recoger fenómenos no verbales u otros elementos de interés durante el transcurso de las entrevistas. Posteriormente se han procesado, codificado y analizado con el paquete de análisis de textos ATLAS.TI 8. Se han utilizado métodos

inductivos que partían de las hipótesis y objetivos de la investigación. Para el abordaje de los textos se ha utilizado el método comparativo constante (Glaser 1967) que a día de hoy se conoce como teoría fundamentada o *Grounded Theory* propuesta por Glaser (Glaser 1999).

C) Limitaciones metodológicas

A la hora de realizar la investigación se ha hecho frente a diversas limitaciones metodológicas.

Es importante comenzar mencionando que el estudio no cuenta con una muestra estadísticamente representativa, sino que, dados los objetivos de la investigación, se ha planteado un diseño muestral incidental, en el que las personas con discapacidad fuesen una amplia mayoría dentro de la muestra. Esta decisión fue tomada conscientemente, precisamente para favorecer que los resultados de la investigación permitieran analizar, con mayor claridad, las dificultades específicas a las que se enfrentan las personas en situación de sin hogar con discapacidad al acceder al ámbito sociosanitario. Se trata, por tanto, de una muestra no probabilística en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o de la muestra.

Otra de las limitaciones a las que se ha tenido que hacer frente ha sido la incapacidad para encontrar recursos de la red de atención a la discapacidad que contaran con personas en situaciones de exclusión residencial. A pesar de haber establecido contactos con diversas organizaciones del ámbito de la discapacidad, no fue posible identificar una muestra de personas en situación de sin hogar que acudieran a recursos de las redes de atención a la discapacidad.

Además, parece que la autopercepción por parte de las personas usuarias de su discapacidad no siempre coincide con la visión de los profesionales del recurso. Profesionales de los servicios perciben, en algunos casos, una mayor presencia de la discapacidad de la que contestan los participantes en los cuestionarios.

También se han encontrado discordancias en las respuestas dadas dentro del mismo cuestionario, de forma que, en ocasiones, parece que el cuestionario no ha sido suficientemente claro en las preguntas, que la persona no ha entendido bien la pregunta, o que ha decidido contestar de forma incoherente.

Por último, a pesar de que el material obtenido en el grupo de discusión con personas usuarias contiene información muy valiosa, su funcionamiento fue más complejo de lo esperado. La entrevistadora tuvo que tener un papel más proactivo de lo deseable, a la hora de motivar a la participación y proponer los temas del debate.



RESULTADOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO

A) Información sociodemográfica y administrativa

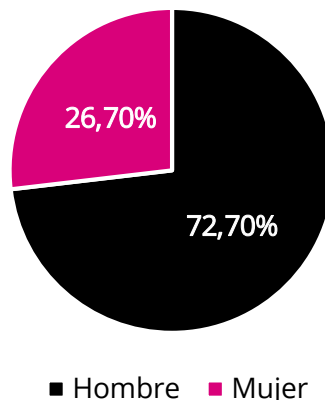
La muestra total de personas encuestadas es de 152 casos. De entre ellos, 2 cuestionarios han sido descartados por la baja tasa de respuesta y las incongruencias de estas, lo que hace un número final total de 150 encuestas. El origen de las encuestas es el siguiente: 66 cuestionarios realizados en Murcia (44%), 49 realizados en Barcelona (32,7%) y 35 en Madrid (23,3%).

A continuación, se exponen las características sociodemográficas de la muestra en general, y en un segundo momento se desagregan diferenciando aquellos que afirman tener una discapacidad de aquellos que manifiestan no tenerla.

La mayoría, casi tres cuartas partes de la muestra, son hombres: 73% frente a 27% de mujeres, una persona no contestó a la pregunta sobre el sexo (0,6%).

Gráfico 1 Composición por sexo de la muestra.

COMPOSICIÓN POR SEXO DE LA MUESTRA



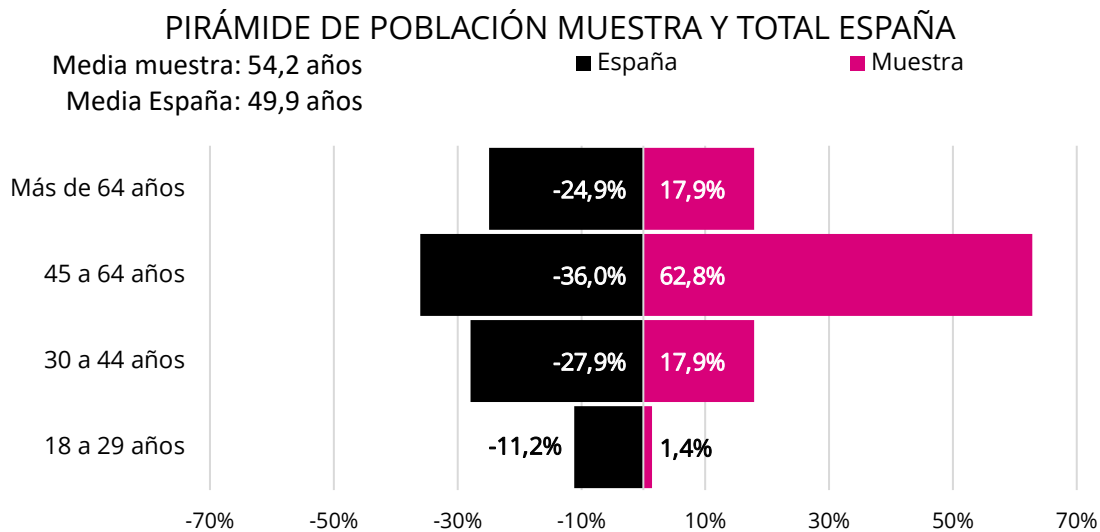
La edad media es de 54,2 años con una desviación estándar de 10,99, por lo que se trata de una edad media muy avanzada si tenemos en cuenta que otras fuentes señalan que la esperanza de vida media de las personas sin hogar es de 52 años¹⁴. Para la población española la media de edad se ha calculado con los datos extraídos del Padrón del INE de 2018, descontando a los menores de 18 años que, por su minoría de edad, tampoco están presentes en este estudio.

¹⁴ https://elpais.com/ccaa/2016/06/28/valencia/1467127358_101021.html El País, 26 de junio de 2016. Accedido el 17/10/2018.

Que la edad media de la muestra sea tan alta se atribuye a que los cuestionarios se han recogido en diferentes albergues de la red de atención a personas sin hogar, de forma que las situaciones más duras de exclusión residencial, como la pernocta en espacios públicos, representan un porcentaje pequeño dentro de la muestra.

Si se pone el foco en los tramos etarios más avanzados, nos encontramos con que casi dos tercios de las personas encuestadas tienen entre 45 y 64 años y casi el 18% tiene más de 65 años.

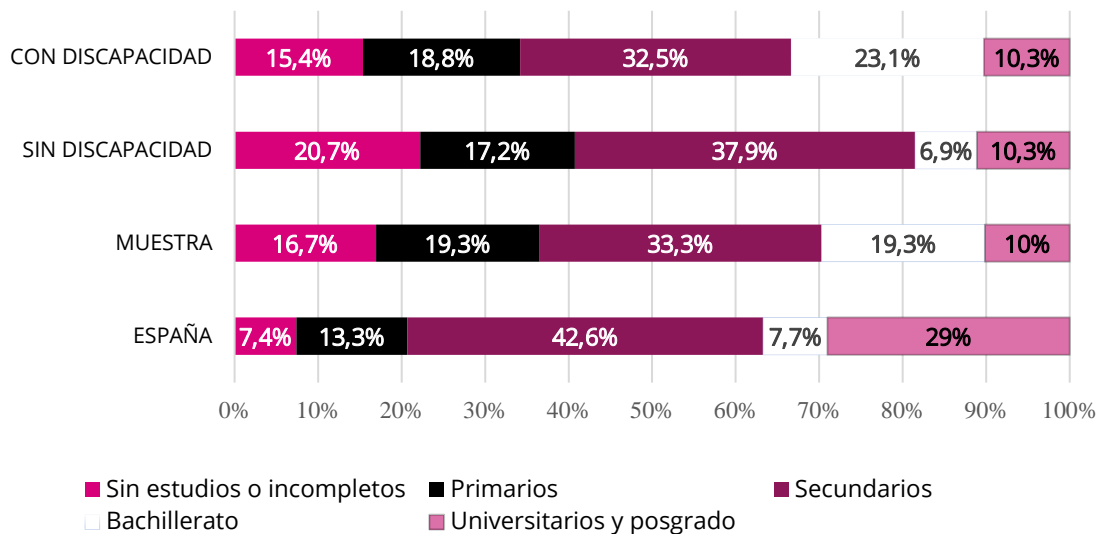
Gráfico 2 Pirámide de población en España mayor de 18 años y de la muestra.



Por otro lado, un tercio de la muestra tiene estudios secundarios y más de un tercio tiene estudios primarios o no tiene estudios. Finalmente, casi 30% de las personas entrevistadas tienen un nivel de estudios de bachillerato o superior.

Gráfico 3 Nivel de estudios de la población española, del total de la muestra y de las personas con y sin discapacidad de la muestra.

NIVEL DE ESTUDIOS



España: Instituto Nacional de Estadística, 2018T2

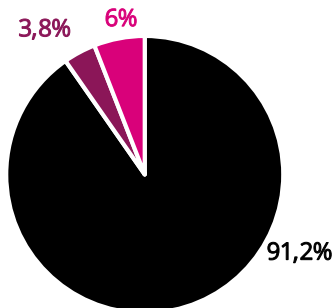
Existe una mayor proporción de personas con nivel de estudios de bachillerato entre las personas con discapacidad (23%) que entre las personas sin discapacidad (7%), pero estos dos grupos tienen el mismo nivel de estudios superiores (10,3%). Entre las personas sin estudios o con estudios incompletos, hay más personas sin discapacidad que con discapacidad (20,7% frente a 15,4%). El porcentaje de personas con estudios primarios en ambos grupos es similar y, finalmente, hay un porcentaje algo mayor de personas que no tienen discapacidad y tienen estudios secundarios (32,5% frente a 37,9%).

Si se compara la muestra y los subgrupos con la media de la población española (Instituto Nacional de Estadística, 2018T2), se comprueba que en la muestra se cuenta con más personas sin estudios y con estudios primarios que en la población en general (36% frente al 21% de la media española). En el otro extremo, son muchas menos las personas que tienen estudios superiores con respecto a la media española (10% frente a 29%).

Se constata una alta tasa de personas españolas entre las entrevistadas, algo más de dos tercios (69%). No obstante, hay un 16% de personas extracomunitarias y 13% cuya procedencia es la Unión Europea. Estas proporciones distan mucho de las de la población española, donde el porcentaje de personas procedentes de otros países no alcanzan en total el 10% (Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2018T2).

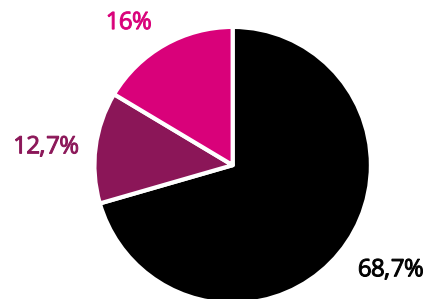
Gráfico 4 Nacionalidad de España y de la muestra.

NACIONALIDAD TOTAL ESPAÑA



■ Española ■ UE ■ Extracomunitaria

NACIONALIDAD DE LA MUESTRA



■ Española ■ UE ■ Extracomunitaria

Las tres cuartas partes de la muestra tienen DNI y tan sólo 3 personas (el 2%) no tienen ninguna documentación. Por otro lado, el 10% tiene pasaporte y el 7% tiene permiso de residencia y trabajo frente al 4% que sólo tiene permiso de residencia. La gran mayoría (90%) siempre han vivido en España o han vivido durante más de 5 años, por lo que las personas que llevan menos de 5 años viviendo alcanzan el 8% y los que llevan poco tiempo, un porcentaje muy bajo. El 89% está empadronado frente a casi el 7% que no lo está.

En cuanto a la situación laboral de las personas encuestadas, más de un tercio declara que tiene una pensión por incapacidad para el trabajo o un certificado de discapacidad. Esta es una subrepresentación muestral derivada de los objetivos e intereses de la investigación. El siguiente grupo más numeroso es el de personas en paro, que representan el 26%, seguido de las jubiladas debido a la avanzada edad de las personas encuestadas (12%). Las personas que trabajan o estudian representan el 6,7% (4% y 2,7%, respectivamente).

Tabla 3 Características de origen y documentación.

Características	N	150
Documentación		
DNI	113	75,4%
Permiso de residencia	6	4%
Permiso de residencia y de trabajo	11	7,3%
Pasaporte	15	10%
Sin documentación	3	2%
NSNC	2	1,3%

Años en España	Menos de 1	2	1,3%
	1 a 3	4	2,7%
	3 a 5	6	4%
	Más de 5 o siempre	135	90%
	<i>NSNC</i>	3	2%
Empadronamiento	Sí	134	89,3%
	No	10	6,7%
	<i>NSNC</i>	6	4%

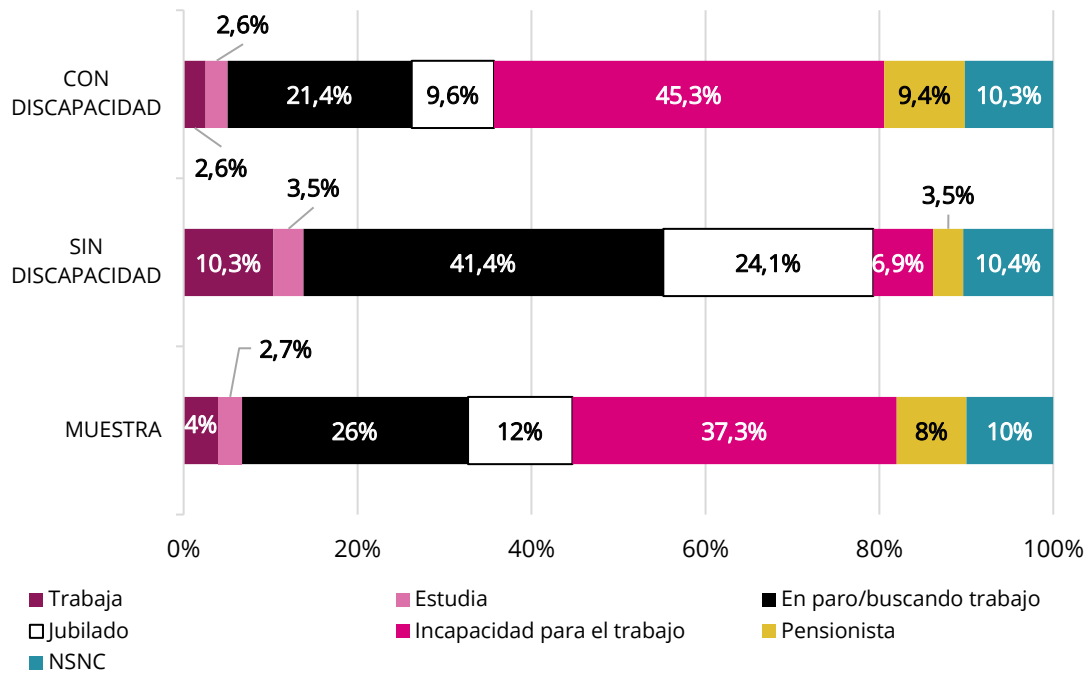
Si se comparan las personas con y sin discapacidad, comprobamos que no existe variación en cuanto a documentación, tiempo en España y sexo, siendo esta última condición muy interesante para evitar grandes diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, existe variación en otra serie de indicadores, como por ejemplo la edad: hay mayor porcentaje de personas con discapacidad menores de 45 años (24% frente al 14% de las personas sin discapacidad), y además mayor proporción de personas con discapacidad entre 45 y 65 años (61% frente al 45%). Por el contrario, hay muchas menos personas con discapacidad con más de 65 años (15% frente a un 41% de personas sin discapacidad).

Por otro lado, son más las personas con nacionalidad española con discapacidad (el 72%) que las personas españolas sin discapacidad (el 55%). y una infrarrepresentación de las personas extracomunitarias y procedentes de la UE entre las personas con discapacidad (15% y 11% respectivamente, frente al 21% y 21% para las personas sin discapacidad).

Se encuentran mucho más representadas las personas con discapacidad en la categoría laboral "invalidez declarada" (45%), existen dos personas que sin contestar que tienen discapacidad han contestado, probablemente por error, que tienen invalidez declarada. Existen más personas con discapacidad entre las personas con pensión (9% frente a 3%). Al contrario, hay menos personas con discapacidad que trabajan (3% frente al 10%), en paro (41% frente a 21%) y jubiladas (24% frente a 9%).

Gráfico 5 Situación laboral de las personas con discapacidad, sin discapacidad y total de la muestra.

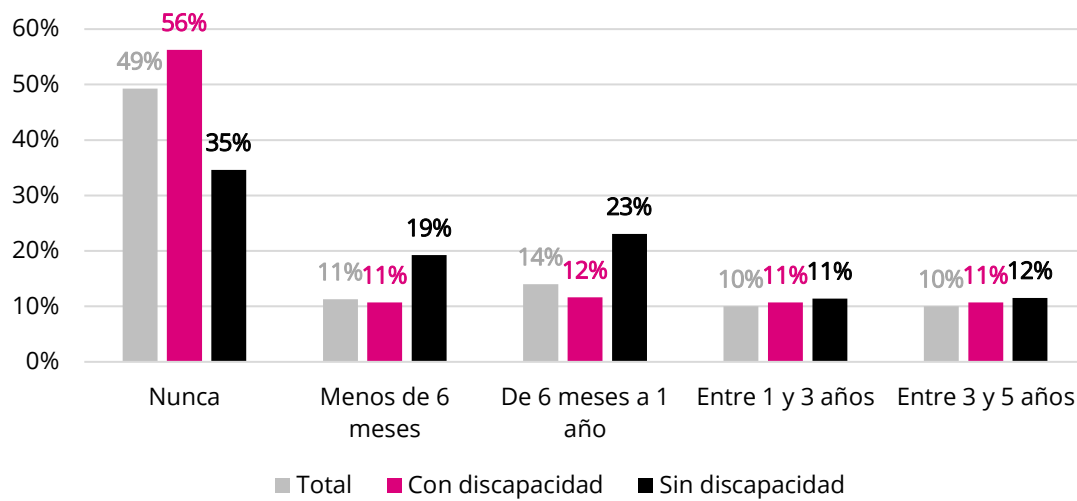
SITUACIÓN LABORAL



Por otro lado, teniendo en cuenta la perspectiva temporal de la actividad laboral, más de la mitad de las personas con discapacidad (54%) nunca han trabajado en los últimos 5 años frente al 31% de las personas sin discapacidad. Hay una proporción similar de personas que han trabajado más de un año en los últimos 5 años entre las personas con discapacidad y entre las personas sin discapacidad (en torno al 10%). Entre las personas que trabajaron menos de 1 año, las personas sin discapacidad son mucho más numerosas (38% vs 22%). En resumen, parece que las personas sin discapacidad tienen más actividad laboral que las que tienen discapacidad. Además, cabe anotar que en el periodo más largo (3 o más años) los porcentajes entre los diferentes grupos (con y sin discapacidad) son casi idénticos, mientras que en periodos más cortos existe la diferencia comentada. Esto apunta a que existe una mayor dificultad de acceso al mundo laboral por parte de las personas con discapacidad, ya que a medida que se incrementa la longitud del periodo trabajado los porcentajes de acceso al trabajo tienden a igualarse. Esta diferencia en un principio y una igualación con el paso del tiempo puede reflejar también un prejuicio inicial en el momento de la contratación, seguido de una “normalización” del colectivo a medida que desarrolla el trabajo, sus capacidades y competencias.

Gráfico 6 Tiempo trabajado en los últimos 5 años por las personas con discapacidad, sin discapacidad y total de la muestra.

TIEMPO TRABAJADO EN ÚLTIMOS 5 AÑOS



Se observa una muestra con una mayor proporción de hombres, con una edad media bastante alta, con un nivel de estudios relativamente inferior a la media nacional, con una mayor proporción de personas de otras nacionalidades y con una gran sobrerrepresentación de personas con invalidez declarada y en paro, frente a las pocas personas que trabajan y estudian. Si se divide la muestra en dos grupos según su situación de discapacidad, se comprueba que las personas con discapacidad tienen un nivel de estudios mayor, una media de edad más baja, existe una mayor proporción de españoles y se encuentran muchos más pensionistas y personas con “invalidez declarada” que entre las personas sin discapacidad, donde predominan las personas en paro y jubiladas.

B) Situación de alojamiento

En este epígrafe se aborda la situación de alojamiento de las personas entrevistadas. Inicialmente se estudia la situación residencial actual, para pasar en un segundo momento a cuantificar los periodos de tiempo experimentados, e itinerarios seguidos, por las diferentes situaciones de exclusión residencial. Finalmente, se procederá a comparar la situación residencial actual diferenciando por un lado entre las personas con discapacidad y sin discapacidad. Además, dentro de la categoría de personas con discapacidad, se diferenciará entre personas que perciben que tienen una discapacidad, pero no cuentan con un certificado oficial, y aquellas que sí que tienen certificado. A estos dos grupos los llamaremos, de ahora en adelante, **discapacidad “autopercebida”** y **discapacidad “certificada”**, respectivamente.

Tabla 4 Situación de alojamiento de la muestra.

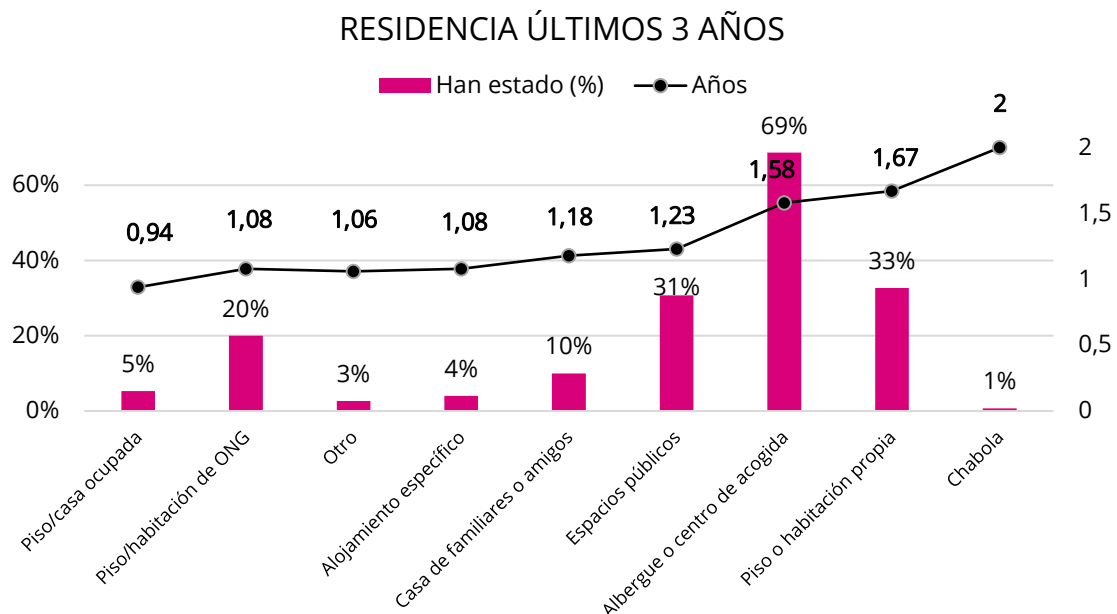
Alojamiento		N	125
Situación de alojamiento actual	Espacios públicos	4	2,7%
	Piso o habitación propia	6	4%
	Casa de familiares o amigos	2	1,3%
	Chabola	0	0%
	Piso/habitación de ONG	38	25,3%
	Piso/casa ocupada	0	0%
	Albergue o centro de acogida	95	63,3%
	Alojamiento específico	1	0,7%
	Otro	0	0%
	NSNC	4	2,7%
Tiempo sin hogar	Media y d(t)	7,6 años	10,28
	Menos de medio año	8	5,3%
	De medio año a 1 año	17	11,3%
	De 1 a 3 años	18	12%
	De 3 a 5 años	21	14%
	De 5 a 15 años	42	28%
	Más de 15 años	24	16%
	NSNC	20	13,3%

Poniendo el foco en la situación residencial actual, casi dos tercios de la muestra viven actualmente en un albergue, algo que se explica debido al muestreo incidental que se ha llevado a cabo, recogiendo los cuestionarios en muchos casos, en albergues para personas en situación de sin hogar. Un cuarto de la muestra vive en

un piso o habitación de ONG, por lo que el resto de las categorías son residuales: hay 4% que viven en piso o habitación propia, 2% que viven en espacios públicos y sólo 3 casos que viven o en casa de amigos/familiares o en alojamientos específicos.

Por otro lado, la media del tiempo que llevan sin hogar es de 7,6 años con una alta desviación debido a un caso extremo (que según su contestación llevaba 78 años sin hogar). En cualquier caso, al excluir ese caso atípico, la media sólo baja hasta los 7,1 años sin hogar, lo que da una idea de dureza de la situación. El 44% de la muestra lleva más de 5 años sin hogar y, únicamente, el 16% lleva menos de un año. Estos datos reflejan la tendencia a la cronificación de las situaciones de sinhogarismo según se perpetúa la situación: es mucho más complejo salir de la situación de sinhogarismo a medida que esta avanza.

Gráfico 7 Situación residencial en los últimos 3 años.



En cuanto a los lugares en los que han residido las personas durante los últimos 3 años, la situación residencial más frecuente ha sido el albergue, por el que han pasado el 69% de las personas entrevistadas, seguido del piso o habitación propia¹⁵

¹⁵ A primera vista, sorprende el dato de que el 33% de la muestra haya pasado por un piso propio en los últimos 3 años, ya que la muestra ha sido recogida en recursos de la red de sinhogarismo. No obstante, si se analiza con detenimiento su trayectoria en los últimos 3 años, se trata de 49 personas de las cuales 33 vivieron más de 1 año y sólo 16 menos de un año en un piso propio. De esas 49 personas, sólo 8 han vivido estos últimos 3 años únicamente en un piso, sin pasar por otros recursos. Además, de esas 8 personas han empleado recursos de alojamiento para personas en situación de sinhogar, sólo 4 no los han empleado. Sin embargo, se constata que de esas 4 personas, sólo 1 persona que sólo ha vivido en un piso no ha empleado otros servicios relacionados con el sinhogarismo como Adicciones o Centro de día. Finalmente, haciendo filtro con la pregunta 29, no hay ninguna de esas 8 personas que declare que "nunca ha empleado la red de recursos para personas en situación de

y del espacio público con 33% y 31%. Otras situaciones menos comunes son haber vivido en un piso de ONG (20% de los casos) o piso de familiares (10%). Si se tienen en cuenta las estancias en cada uno de estos lugares en los últimos 3 años, la más alta es la chabola (2 años) pero sólo hay un caso, por lo que no es una medida representativa. Le siguen el piso propio con 1,67 años y el albergue con 1,58 años. A continuación, aparecen el espacio público con 1,23 años y la casa de familiares con 1,18 años. Las estancias más cortas se han dado en pisos ocupados (0,94 años) y en pisos de ONG y en alojamientos específicos (1,08 años).

No obstante, se ha considerado desde el equipo de investigación que, con el objetivo de tener una visión más completa del fenómeno, resultaba de interés analizar las transiciones más frecuentes entre los diferentes tipos de situaciones de exclusión residencial. Estas se presentan a continuación en la Tabla 5. En magenta se resaltan las transiciones más habituales.

De esta manera, las transiciones de situaciones de exclusión residencial más frecuentes son: piso/habitación propio/a y albergue (30 personas), espacio público y albergue (26), espacio público y piso/habitación propio/a (14) y piso/habitación propio/a y de ONG (14). Esto significa que 30 personas han estado viviendo en un piso/habitación propio/a y un albergue, 26 en espacio público y en un albergue...

Sin embargo, también se puede leer en sentido contrario, poniendo el foco en los casos de personas que sólo han estado en una situación de exclusión residencial. En total son 69 (42 personas de albergue, 10 de espacio público...), que para una muestra de 150 personas implica que las otras 81 personas (54%) ha tenido que pasar por varios recursos y diferentes situaciones de exclusión residencial.

Tabla 5 Trayectoria de alojamiento de la muestra.

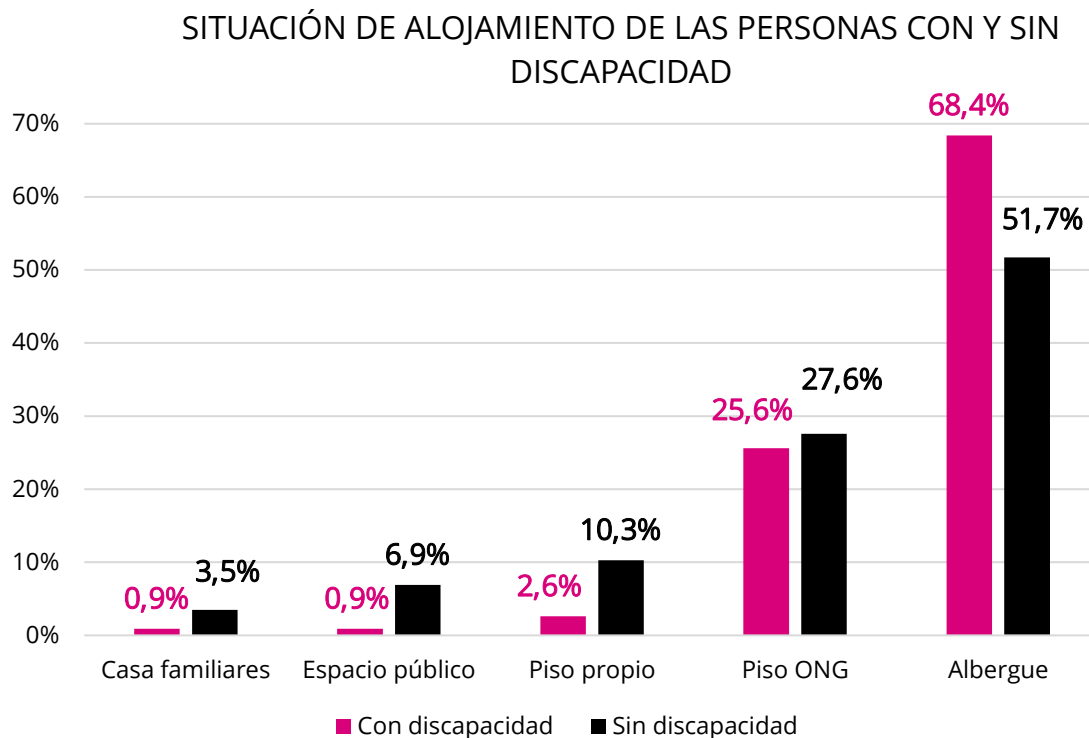
	E.P.	PISO	FAM	CHAB	ONG	OKUP	ALB	ESPEC
E.P.	10	14	4	0	12	3	26	1
PISO		8	3	0	14	3	30	4
FAM			1	0	1	1	6	0
CHAB				1	0	0	0	0
ONG					6	1	13	2

sinhogar". Así que, pese a que haya un 33% de la muestra que ha vivido en un piso propio en los últimos 3 años, en realidad ninguna de esas 49 personas se queda fuera de la categoría ETHOS.

OKUP						1	4	0
ALB							42	4
ESPEC								0

Por otra parte, si se atiende a la división comentada al principio del epígrafe entre las personas con discapacidad y sin discapacidad, se constata que tienen una situación de exclusión residencial algo diferente. Las personas con discapacidad están más presentes en los albergues (68 frente al 52% de las personas sin discapacidad) pero, en cambio, están mucho menos presentes en espacios públicos (1% frente al 7%), en pisos propios (3% frente al 10%) y en pisos de familiares o amigos (1% frente al 3,5%). En cuanto al tiempo que llevan viviendo sin hogar, las personas con discapacidad están algo más representadas entre las personas que llevan más de 15 años viviendo sin hogar (27% frente al 21% de las personas sin discapacidad), y también entre las que llevan de 3 a 5 años (15 frente al 10%). Sin embargo, ocurre lo contrario entre las personas que llevan viviendo entre 5 y 15 años sin hogar (27 frente al 34%), y entre las personas que llevan sin hogar de 1 a 3 años, con un par de puntos porcentuales por encima.

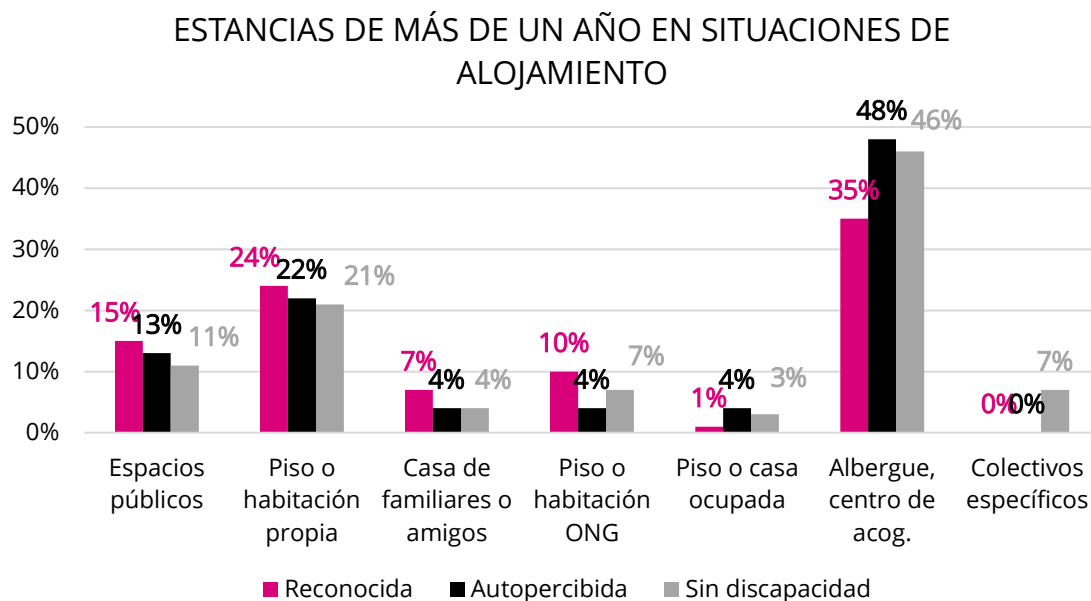
Gráfico 8 Situación de alojamiento actual de las personas con y sin discapacidad de la muestra.



Por otro lado, de acuerdo con la segunda división estipulada al principio del epígrafe entre los dos grupos de personas con discapacidad, las personas con discapacidades reconocidas mediante certificado de discapacidad son más numerosas entre las que han estado viviendo durante más de un año en espacio públicos (15% frente a 13% de las no reconocidas), en pisos propios, en casa de familiares, en chabola y en pisos de ONG (10% frente al 4%). Al contrario, las personas que consideran que tienen discapacidad, pero no tienen certificado, son mayoría en albergues (48% frente al 35% de las personas con discapacidad certificada) y en pisos ocupados.

Además, en general, se comprueba como las personas sin discapacidad tienen una situación de exclusión residencial más rotativa, menos permanente que las personas con discapacidad, salvo para las situaciones residenciales de “colectivos específicos” y “otros”.

Gráfico 9 Estancias de más de un año en la misma situación de alojamiento.



En síntesis, la muestra presenta una gran proporción de personas que viven en albergues y en pisos propios, y con un tiempo medio de sinhogarismo de 7,6 años. Por otro lado, se ha constatado que las personas encuestadas tienen una altísima itinerancia entre diferentes recursos de alojamiento, donde el albergue es el lugar principal por el que se rota. Si se divide la muestra entre personas con y sin discapacidad, se comprueba que las primeras están más presentes en albergues, mientras que las personas sin discapacidad lo están más en espacios públicos, pisos propios y pisos de ONG. Finalmente, se encuentran situaciones residenciales diferentes entre las personas con discapacidad reconocida y las que no,



concretamente que estas primeras están menos presentes en los albergues, pero más en pisos propios, de ONG y espacios públicos.

C) Salud

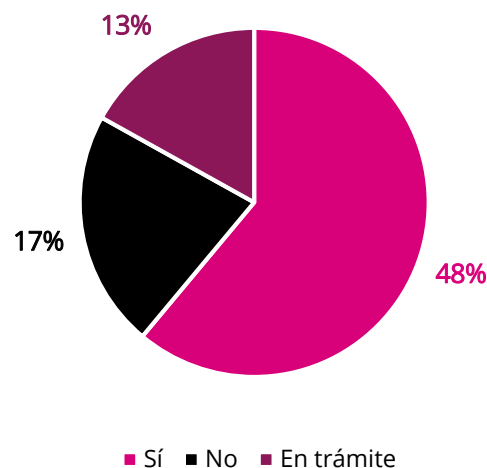
En este epígrafe se estudian todos los temas relacionados con la salud y con las diferentes situaciones de discapacidad de las personas entrevistadas. Cada sección del epígrafe expone los resultados para toda la muestra y, en un segundo momento, desagrega los resultados según la presencia o ausencia de discapacidad, y según si esta discapacidad está reconocida o no.

En primer lugar, se diferencian entre los diferentes tipos de discapacidad y su grado. En segundo lugar, se estudia la percepción del estado general de salud y el número de visitas al médico y, finalmente, se propone un análisis de regresión lineal que relaciona las diferentes situaciones de discapacidad y el estado de salud. En tercer lugar, se muestra si las personas han tenido que cambiar su situación laboral al aparecer la discapacidad y se desagregan según tipos de discapacidad. Se ofrece posteriormente información sobre el certificado de discapacidad y las barreras para obtenerlo y, finalmente, se trata el tema de la prestación por discapacidad.

Cumpliendo con uno de los objetivos de la investigación, la muestra está compuesta por una gran mayoría de personas que consideran que tienen discapacidad: un 78%; el 19% declaran que no consideran que tienen discapacidad alguna y los cuatro casos restantes (3%) no han respondido. Si se desagregan los tipos de discapacidad, la mayoría de las personas tienen discapacidades físicas (38%), seguido de las discapacidades intelectuales (13%) y de las personas con discapacidad doble física e intelectual (9%). Hay muchas combinaciones con pocos casos que junto con las discapacidades orgánica y sensorial suman en total 27 casos, por lo que la distribución es muy variada. **La multitud de combinaciones apuntan a múltiples necesidades para cada uno de los perfiles.**

Gráfico 10 Posesión del certificado de discapacidad.

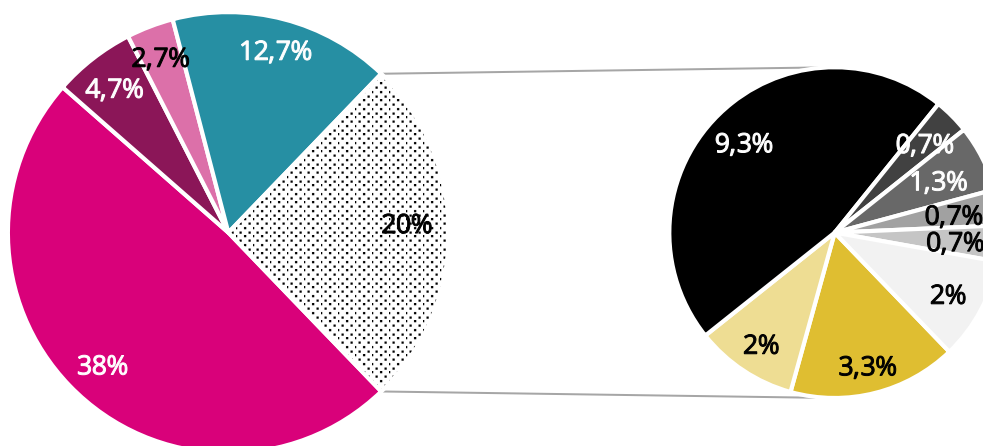
POSESIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD



En el Gráfico 10 se encuentran los datos relacionados con el certificado de discapacidad del total de la muestra. El 48% tiene certificado de discapacidad y el 13% está tramitándolo. De las 117 personas que consideran que tienen discapacidad, 72 tienen certificado (61,5% de ese grupo) y sólo el 17% dice que no tiene el certificado. Es importante subrayar que **1 de cada 5 personas** (el 21%) no sabe o no contesta a esta pregunta: **no sabe en qué estado está su relación con el certificado de discapacidad.**

En cuanto al Gráfico 11, se encuentran representadas todas las discapacidades individuales y múltiples de las personas que consideran tener una discapacidad; mientras que en el Gráfico 12 aparecen los tipos de discapacidades reconocidas.

Gráfico 11 Tipos de discapacidad autopercibida.



TIPOS DE DISCAPACIDAD AUTOPERCIBIDA

- Física
- Intelectual/Mental
- Física e intelectual
- Sensorial e intelectual
- Orgánica
- Física y orgánica
- Orgánica y sensorial
- Física, orgánica y sensorial
- Sensorial
- Física y sensorial
- Orgánica e intelectual
- Física, sensorial e intelectual

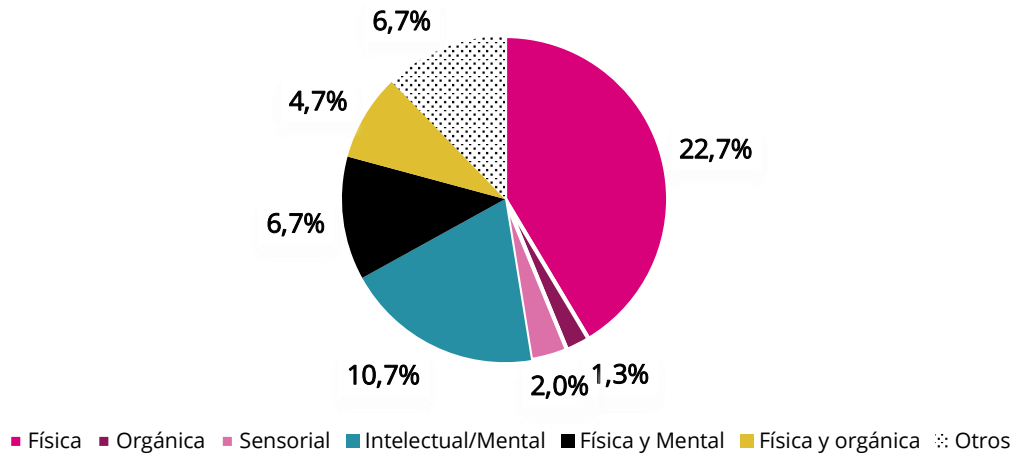
El principal tipo de discapacidad, de acuerdo con el certificado, es la física (23%), ya que es la más fácil de detectar, tanto en causas como consecuencias y necesidades asociadas. Le sigue la intelectual/mental con 11% y las discapacidades múltiples como Física y mental (7%), física y orgánica (5%) u otras múltiples (7%). Las sensoriales y orgánicas sólo suman el 3,3%.

Como puede apreciarse, la diversidad existente no se pierde prácticamente de un gráfico al otro: las discapacidades múltiples, que representan un 20% en las autopercibidas, pasan a ser 18%. Sin embargo, la principal diferencia es que hay muchas menos personas con discapacidad física reconocida (38% frente a 23%),

menos personas con discapacidad orgánica (4,7% frente a 1,3%), menos personas con discapacidades intelectuales (12,7% frente a 10,7%) y menos personas con discapacidades múltiples intelectual y física (9,3% frente a 6,7%).

Gráfico 12 Tipos de discapacidad reconocida.

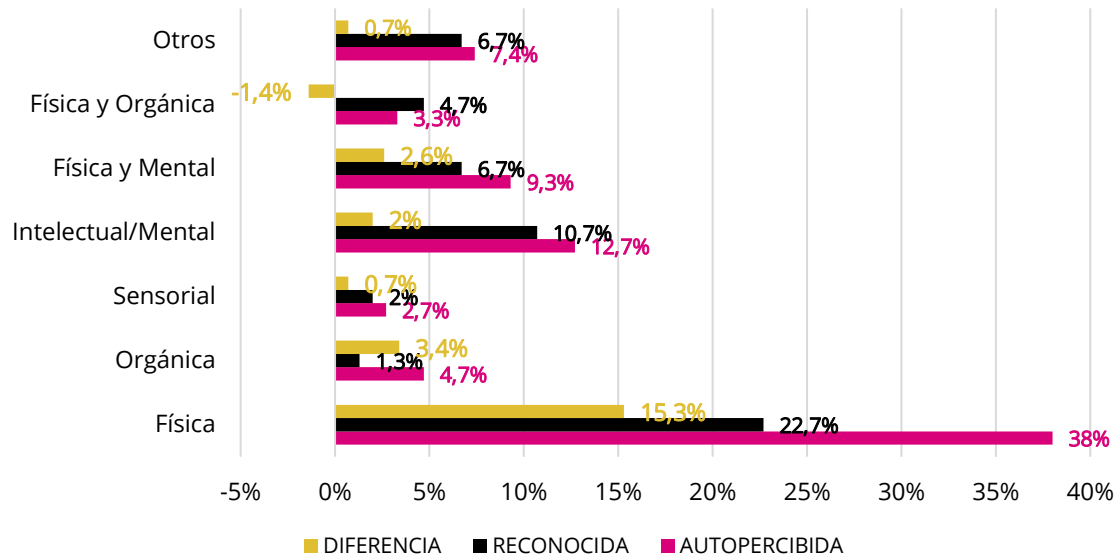
TIPOS DE DISCAPACIDAD RECONOCIDA



En general, en todos los casos, salvo “Física y Orgánica”, el porcentaje de discapacidad autoevaluada es mayor que la certificada, algo normal debido a los trámites que hay que hacer para conseguir el certificado y algunas dificultades para detectarlo. También se debe al alto porcentaje de no respuestas en estas preguntas sobre el certificado por no saber si lo tienen, por despiste, habiendo a veces respuestas contradictorias. Esta *brecha* es importante sobre todo para la discapacidad física y la orgánica.

Gráfico 13 Diferencias entre las discapacidades autopercebidas y reconocidas.

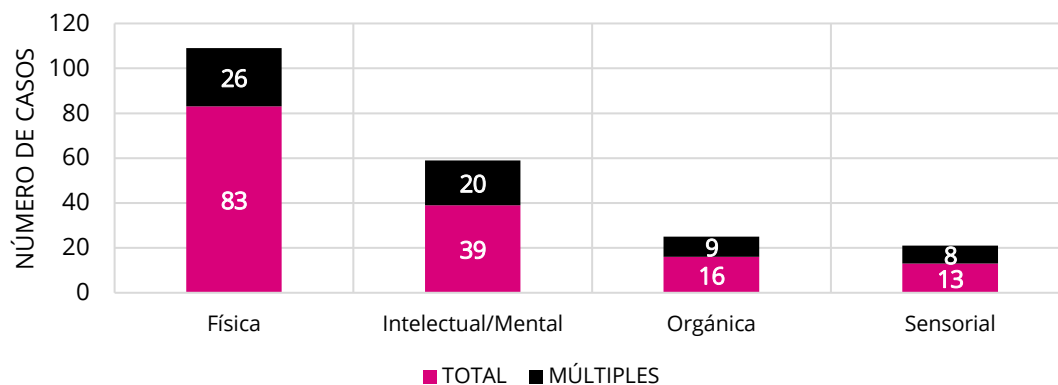
DIFERENCIAS ENTRE DISCAPACIDADES AUTOPERCIDAS Y RECONOCIDAS



No obstante, si en vez de desagregar las diferentes discapacidades, se agrupan en torno a los cuatro tipos principales, se obtienen 109 personas con discapacidad física (el 71% de la muestra) de las cuales 26 (17%) tienen otra discapacidad y 83 tienen sólo física (55%); 59 personas con discapacidad intelectual (39%) de las cuales 20 (13%) tienen otra discapacidad y 39 (26%) tienen sólo intelectual; 25 personas con discapacidad orgánica (17%) de las cuales 9 (6%) tienen otra discapacidad y 16 (11%) tienen sólo orgánica; y 21 personas con discapacidad sensorial (14%) de las cuales 8 (5%) tienen otra discapacidad y 13 (9%) tienen sólo sensorial.

Gráfico 14 Número de casos por tipo de discapacidad, detallando las múltiples.

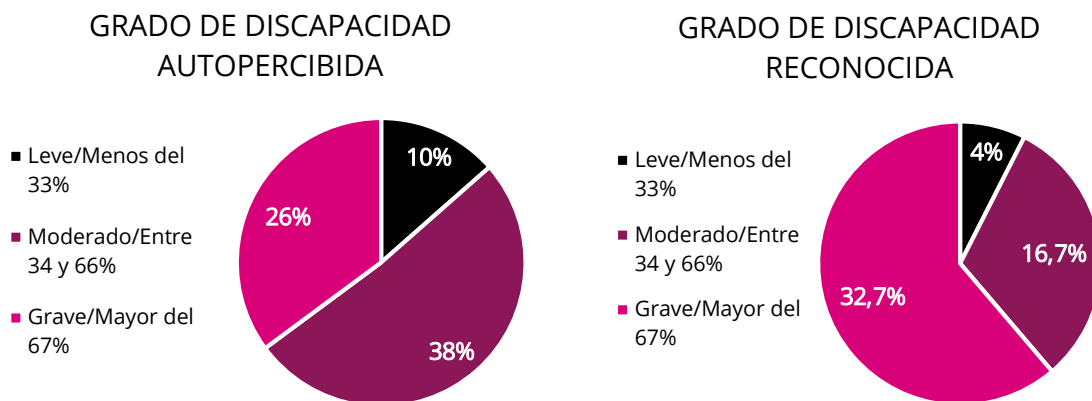
TIPOS DE DISCAPACIDAD



Por otro lado, en cuanto al grado de discapacidad, se observa que más de un tercio tiene una discapacidad que valora como moderada y un cuarto la considera como

grave, mientras que sólo un 10% la considera leve. Si comparamos estos datos con el grado de discapacidad reconocida, se constata un menor reconocimiento de las categorías de menor grado (menos de 65%), que suman 21% como reconocidas y alcanzan el 48% como autopercebidas. Esto puede deberse a que a partir del 65%, el reconocimiento lleva asociada una pensión contributiva. El grado grave de discapacidad se reconoce en mayor medida, en comparación con la autopercepción personal (33% frente al 26%).

Gráfico 15 Grados de discapacidad autopercebida y reconocida.



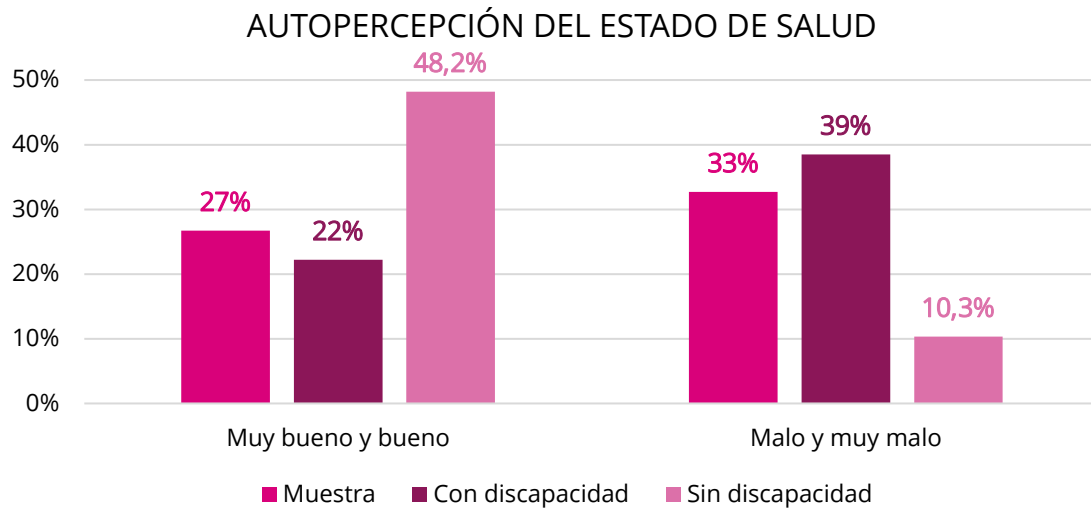
Finalmente, es preciso hacer un comentario sobre los casos atípicos encontrados. Han existido en general pocas confusiones y sinsentidos, por lo que los datos con relación al tipo y grado de discapacidad según sea autopercebida o reconocida son rigurosos. Sólo una persona ha contestado que consideraba que no tenía discapacidad, pero a la vez contestaba afirmativamente a la posesión de un certificado. Otras dos personas han especificado su tipo de discapacidad autopercebida sin responder previamente a la pregunta sobre autopercepción de tener o no discapacidad. Se constata que estos 3 casos tienen poco efecto sobre los resultados.

Por otro lado, en relación con la percepción del estado de salud en general de las personas entrevistadas, se comprueba que ésta se distribuye normalmente: la mayoría se sitúa en “regular” (38%), seguido de dos grupos con 20-25% (“bueno”-“malo”) y en los extremos se sitúan las personas que han respondido “muy bueno” y “muy malo” con menos del 9% de la muestra. No obstante, casi la mitad de la muestra ha ido más de 10 veces al médico este año, y casi un tercio ha ido de 3 a 10 veces. Sólo 2 no han ido en ninguna ocasión al médico en el último año.

Si desagregamos entre personas con y sin discapacidad, de acuerdo con la hipótesis esperada, las personas con discapacidad consideran que tienen un peor estado de salud: las categorías “malo” y “muy malo” alcanzan el 38,5% frente al 10,3% de las personas sin discapacidad. Y, al contrario, las categorías “muy bueno” y “bueno”,

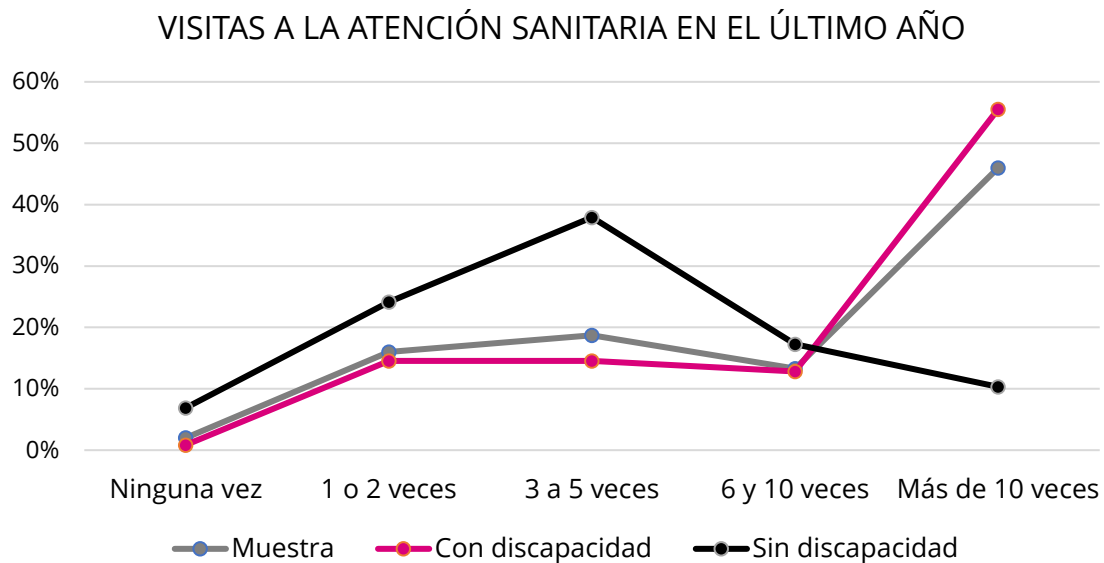
sólo llegan al 22,2% frente al 48,2% de las personas sin discapacidad. La categoría “regular” es similar para los dos grupos, en torno al 38%.

Gráfico 16 Autopercepción del estado de salud de las personas con y sin discapacidad y del total de la muestra.



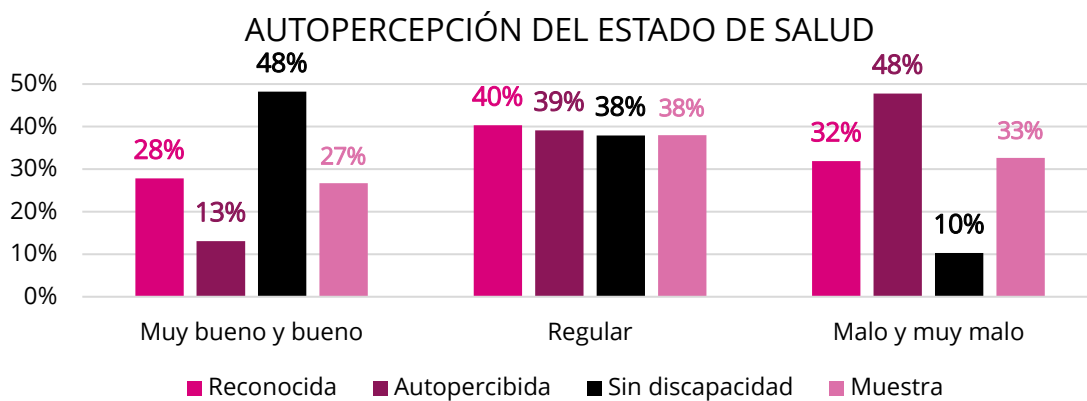
Esto se traslada claramente en cuanto a las visitas al médico: “más de 6 veces al año” representa el 78% para las personas con discapacidad frente el 28% para las que no tienen discapacidad. Al contrario, “menos de 2 visitas” representa sólo el 15% para las personas con discapacidad frente al 31% para las que no tienen discapacidad. La media de visitas son 7,9 visitas al año para la muestra, 4,7 visitas para las personas sin discapacidad y casi el doble, 8,6 visitas, para las personas con discapacidad.

Gráfico 17 Visitas a la atención sanitaria en el último año de las personas con discapacidad, sin discapacidad y del total de la muestra.



Si se desagregan los resultados según la discapacidad reconocida y la autopercebida, se encuentra que son mayoría las personas sin discapacidad entre las personas que perciben tener buena salud: 50% tienen “buena” o “muy buena” salud, mientras que para las que tienen discapacidad reconocida se reduce al 28% y las que tienen discapacidad autopercebida baja al 13%. En el otro extremo (la “mala” o “muy mala” salud), las personas sin discapacidad sólo llegan al 11%, mientras que las que tienen y es reconocida llegan al 32% y las que perciben que tienen discapacidad alcanza el 48%, casi la mitad. Las respuestas “regular” a la pregunta sobre el estado de salud tienen una distribución similar entre las personas con discapacidad reconocida y autopercebida, en torno al 39%.

Gráfico 18 Autopercepción del estado de salud de las personas con discapacidad autopercebida y reconocida, sin discapacidad y del total de la muestra.

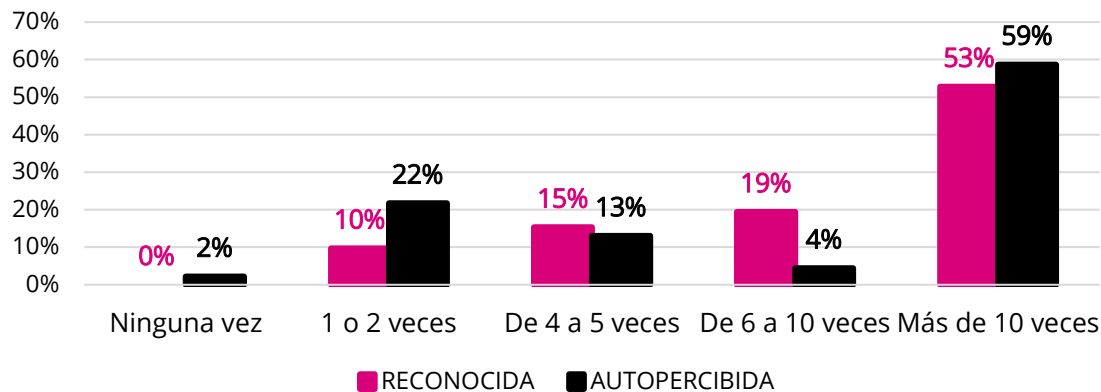


Se observa que las personas sin discapacidad gozan de mejor salud, las que no tienen la discapacidad reconocida (autopercebida) tienen una percepción de su estado de salud mucho peor, algo que puede deberse a una menor conexión con los sistemas de protección de la salud, así como unos recursos económicos más precarios (como se verá en el siguiente epígrafe), que puede influir en la capacidad para satisfacer sus necesidades sociosanitarias.

Por otro lado, si se desagregan los resultados de la pregunta sobre el número de visitas médicas: entre las personas que autoperciben que tienen discapacidad y las que tienen una discapacidad reconocida, la baja frecuentación (menos de 2 veces al año) es bastante normal para las personas sin discapacidad (32%), pero también para las personas con discapacidad autopercebida (24%), pero mucho menor para las personas con discapacidad reconocida (10%). En el otro extremo, la alta asistencia al médico (más de 6 veces) es poco común entre las personas sin discapacidad (25%), pero muy común entre las personas con discapacidad autopercebida (63%) y reconocida (72%).

Gráfico 19 Visitas a la atención sanitaria en el último año de las personas con discapacidad reconocida y autopercebida.

VISITAS A LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÚLTIMO AÑO



En conclusión, se comprueba lo esperado, pero parece ser que las personas con discapacidad autopercebida afirman tener peor salud que las personas con discapacidad reconocida, aunque en los datos de asistencia al médico no existe una diferencia clara entre ambos grupos.

Finalmente, antes de pasar a las preguntas relacionadas con el cambio de relación con el trabajo y el origen de las discapacidades, se expone a continuación un modelo de regresión lineal para estudiar si tener certificado de discapacidad tiene un efecto significativo en la percepción de salud de las personas. En primer lugar, se toma como referencia la categoría de las personas sin hogar sin discapacidad y, por otro lado, la variable “percepción de la salud” que tiene un rango que va desde 1 (muy buena salud) a 5 (muy mala salud).

Se comprueba con un nivel de confianza del 99%, que tener un certificado de discapacidad empeora la percepción que la persona tiene sobre su salud en 0,611 “unidades” de media. Además, las personas que autoperciben que tienen discapacidad creen que su salud es 1,08 “unidades” peor que la del grupo de referencia (el de las personas sin discapacidad). Y entre las personas que están tramitando el certificado de discapacidad, la percepción sobre la salud empeora en 0,792 “unidades”. Para comparar los coeficientes mencionados y saber qué categoría de las mencionadas tiene más efecto sobre la percepción de la salud, se han incluido los coeficientes beta, que comparan el peso explicativo de las diferentes variables. Es el hecho de no tener un certificado lo que más afecta a la percepción de la salud (0,409), seguido de tener certificado (0,299) y de estar en trámite (0,269).

Por ejemplo, si pensamos en una persona sin discapacidad que tiene una percepción de su salud “regular” (3 sobre 5), en el caso de que esta misma persona considerase que tuviera discapacidad su percepción pasaría a ser 1,08 unidades mayor, es decir “mala” (4,08 sobre 5); si tuviera un certificado de discapacidad su percepción pasaría a ser “entre regular y mala” (3,611 sobre 5, entre el 3 y el 4); si

estuviera tramitando un certificado de discapacidad, sería de 3,792 sobre 5, “más mala que regular”.

Tabla 6 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado sobre la autopercepción del estado de salud.

REGRESIÓN LINEAL		R ² =0,103	Salud		N=142
No discapacidad	vs		Coef	Coef beta	
	Tiene certificado		.611	.299	**
	No tiene certificado		1.08	.409	**
	En trámite		.792	.269	**
<i>Probabilidad asociada (0,05=*; 0,01=**)</i>					

Además, se ha realizado otro modelo de regresión lineal para estudiar la importancia del efecto de tener certificado sobre el número de visitas al médico. De la misma manera que en la previa regresión, se toma como referencia la categoría de las personas sin hogar que consideran que no tienen discapacidad. Por otro lado, se tiene en cuenta que la variable “asistencias al médico” tiene un rango de 1 a 5 unidades (de “ninguna” a “más de diez”).

Se comprueba que, con un nivel de confianza del 99%, el hecho de tener un certificado de discapacidad suma en 1,185 “unidades” de media el número de visitas al médico. Además, para el mismo nivel de confianza, el hecho de no tener un certificado de discapacidad, pero sí discapacidad autopercebida suma 1 “unidad” el número de visitas al médico y, si se está tramitando el certificado de discapacidad, se suman 0,792 “unidades” al número de visitas al médico. La categoría que mayor efecto tiene sobre el número de asistencias al médico es el hecho de tener un certificado (0,485), seguido de tener no certificado (0,313) y de estar en trámite (0,286).

En definitiva, las personas que tienen certificado de discapacidad tienen más probabilidad de visitar con más frecuencia el médico que las personas que perciben que tienen discapacidad, pero no tienen certificado. Por último, aquellas personas que están tramitando el certificado de discapacidad también tienen más probabilidad de visitar el médico que las personas sin discapacidad.

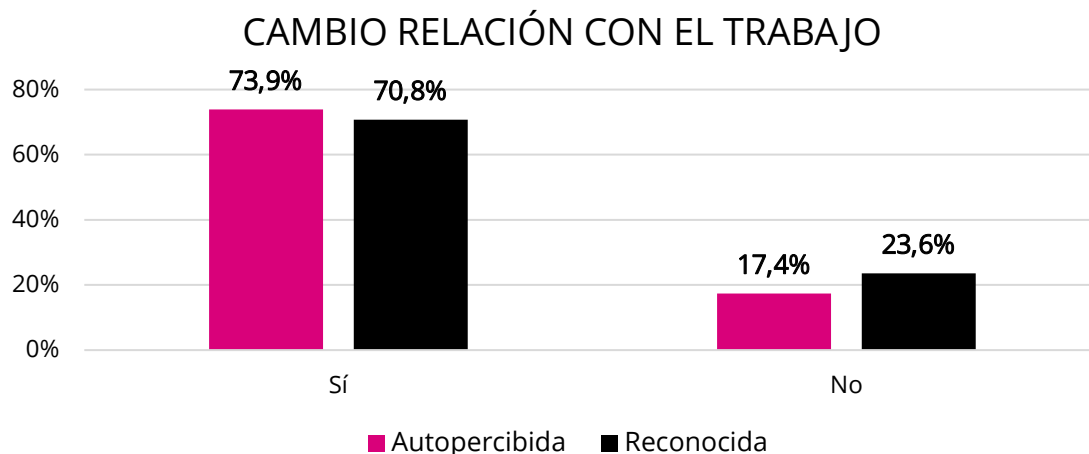
Tabla 7 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado sobre el número de visitas al médico.

REGRESIÓN LINEAL		R ² =0,126	Visitas médico		N=140
No discapacidad	Vs		Coef	Coef beta	

Tiene certificado	1.185	.485	**
No tiene certificado	1	.313	**
En trámite	1	.286	**
<i>Probabilidad asociada (0,05=*; 0,01=**)</i>			

Una vez estudiada la relación con la salud de las personas entrevistadas, se relaciona a continuación el cambio de la relación con el trabajo con la discapacidad. En el cuestionario se preguntaba a las personas si habían tenido la necesidad de cambiar su relación con el trabajo a raíz del surgimiento de la discapacidad. El 74% de las personas con discapacidad autopercebida y el 71% de las personas con discapacidad reconocida afirman haber tenido que modificar su relación con el trabajo.

Gráfico 20 Cambio de relación con el trabajo a raíz de la aparición de la discapacidad de las personas con discapacidad autopercebida y reconocida.



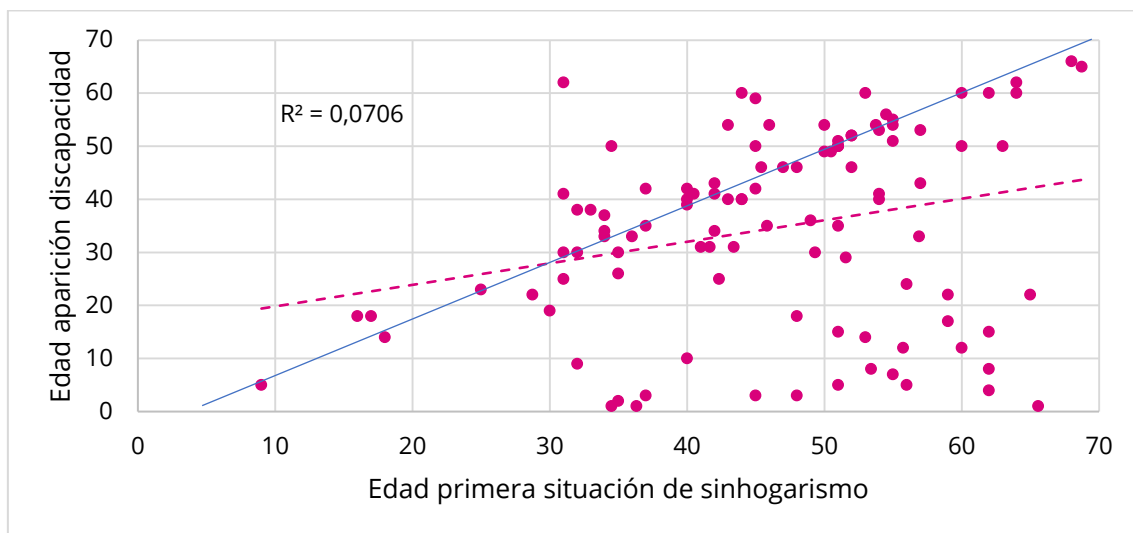
En general, más de la mitad de las personas encuestadas ha tenido que modificar su relación con el trabajo debido a su discapacidad (58%) frente al 18% que no lo ha tenido que hacer.

Por otro lado, **la edad media en la que apareció la discapacidad son los 34,5 años**, aunque en algunos casos las discapacidades surgen durante la infancia y juventud, por lo que son de largo recorrido. Las personas con discapacidad llevan conviviendo con esta situación durante 18,3 años de media. Es decir, hay una gran proporción de personas cuya discapacidad apareció a una edad temprana. No obstante, 32 casos del total de 94 que han respondido a la pregunta (es decir, el 34%), han contestado que la aparición de la discapacidad se ha producido hace menos de 5 años y en otros 51 casos (el 54%) la discapacidad surgió hace más de 10 años. Con el fin de cuantificar la incidencia de la discapacidad durante la juventud y la infancia,

se han contabilizado 27 casos (29%) en los que la discapacidad apareció antes de los 18 años. Son un grupo importante, pero minoritario comparado con los 50 casos (53%) desde los 18 hasta los 45 años y con los 37 casos (39%) a partir de 45 años.

No obstante, esta variable gana más interés si se relaciona con la situación de sinhogarismo. La pregunta P15 recoge la edad de la persona entrevistada cuando apareció la discapacidad; se ha calculado la edad de la persona entrevistada cuando se ha quedado sin hogar por primera vez. A continuación, se muestra la correlación de estas dos variables de edad, teniendo en cuenta, evidentemente, sólo los casos con discapacidad y los que han respondido a la edad a la que surgió la discapacidad.

Gráfico 21 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad.



A primera vista, no existe una relación evidente entre ambas variables, como muestra el insignificante R^2 : ni el momento en el que aparece la discapacidad afecta a quedarse sin hogar, ni el hecho de quedarse sin hogar fomenta el desarrollo de una discapacidad, de acuerdo con los datos del cuestionario. Ahora bien, se observan dos tendencias, o concentraciones de casos, que pueden responder a dos lógicas diferentes: un conjunto de puntos que se sitúan por encima de los 18-20 años en el eje de las ordenadas (la edad de aparición de la discapacidad) y otro conjunto que se sitúa por debajo de los 18-20 años. Como puede comprobarse a continuación en los dos siguientes gráficos, el primer conjunto de puntos tiene una tendencia más clara, llegando a tener una pendiente positiva con un R^2 de 0,256; y el segundo conjunto no tiene ninguna tendencia ($R^2=0,013$).

Gráfico 22 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad de las personas mayores de 18 años.

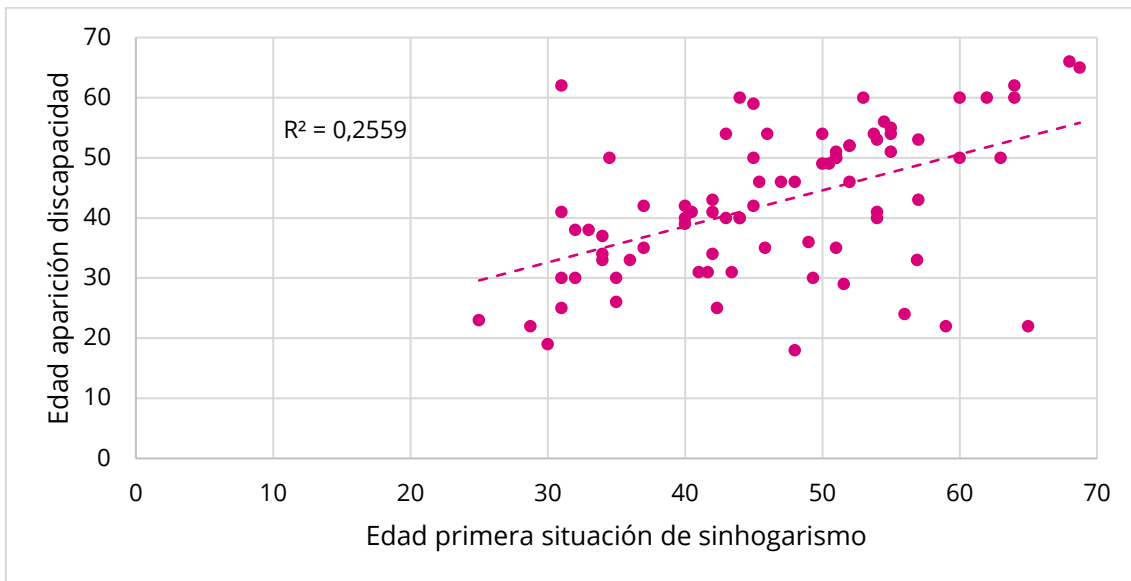
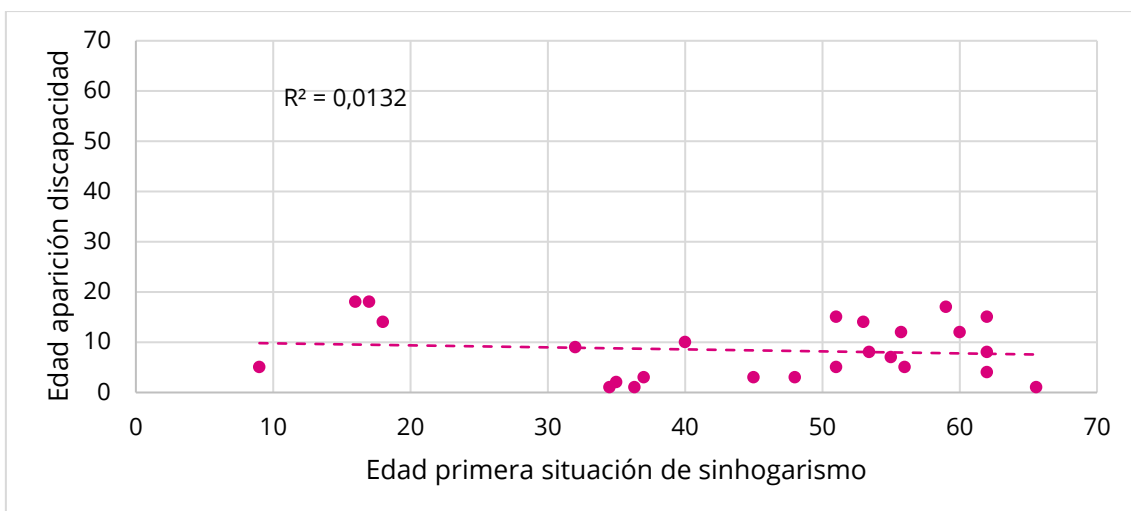


Gráfico 23 Relación entre la edad de la primera situación de sinhogarismo y de la edad de aparición de la discapacidad de las personas menores de 18 años.



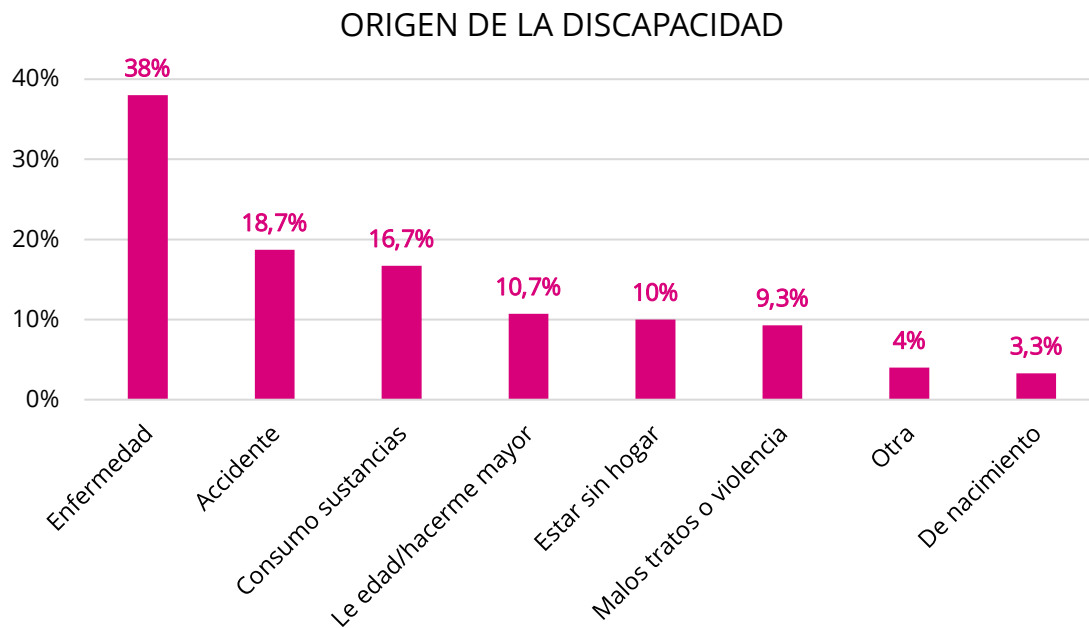
En otras palabras, en los casos en los que la discapacidad aparece en la juventud (menos de 18 años), la distribución de la primera experiencia de sinhogarismo es aleatoria y no sigue tendencia, ya que se encuentran casos de primera situación de sinhogarismo a los 35, 40, 50 y 60 años. Es decir, cuando la discapacidad aparece en la juventud, ni la discapacidad lleva a quedarse sin hogar, ni el hecho de quedarse sin hogar fomenta la discapacidad. Ocurre lo contrario cuando la discapacidad aparece a partir de los 18 años: existe una correlación entre la edad en la que aparece la discapacidad y la edad en la que ocurre la primera situación de sin hogar.

¿A qué puede deberse esta diferencia de comportamiento entre estos conjuntos de casos? A priori, podría pensarse que una persona en riesgo de exclusión cuando desarrolla alguna discapacidad tiene más probabilidades de quedarse sin hogar,

debido a los prejuicios, falta de adaptación y barreras del mercado laboral. Antes de la mayoría de edad, la discapacidad parece no tener efecto sobre el hecho de quedarse sin hogar porque no existe esta exposición al mercado laboral, y es menor la posibilidad de quedarse sin hogar al estar protegido por la minoría de edad e instituciones como la familia y el Estado. Es a partir de entonces, una vez superada la mayoría de edad, se tiene relación con el mercado laboral y se tiene la necesidad de mantener una vivienda, cuando la aparición de una discapacidad tiene un efecto sobre el hecho de quedarse sin hogar.

Sin embargo, pese a que no puede determinarse la dirección de esta correlación con total certeza, esta lectura anterior sólo puede hacerse en ese sentido, ya que encontramos muchos casos de personas con discapacidad aparecida en la juventud con una situación de sinhogarismo muy tardía (40, 50 o 60 años), pero pocos casos donde el sinhogarismo ha aparecido pronto y la discapacidad a posteriori (como muestran los pocos puntos por encima de la línea azul en el gráfico 21).

Gráfico 24 Motivos que originaron la discapacidad.



A las personas encuestadas se les preguntó también por el origen de su discapacidad, y la principal respuesta fue la enfermedad en más de un tercio de las personas entrevistadas (38%). La siguiente causa son los accidentes (19%) y el consumo de sustancias (17%). Otros motivos importantes son “hacerse mayor” (11%), “estar sin hogar” (10%) y los “malos tratos o violencia” (9,3%). Sorprende que tan sólo el 3% de la muestra declare que la causa es de nacimiento, teniendo en cuenta los datos sobre el grupo de personas cuya edad de aparición de la discapacidad fue anterior a los 18 años (27 casos). Intentando agruparlas en torno

a grandes grupos causales, la mitad (53%) podrían deberse a causas biológicas (nacimiento, enfermedad, hacerse mayor) frente al 54,7% relacionadas con causas exógenas (accidente, consumo sustancias, agresión o malos tratos, vivir sin hogar)¹⁶. En cuanto a otras causas o explicaciones de las causas: encontramos 2 accidentes laborales, dos accidentes de tráfico y uno de guerra; un accidente por vivir en la calle y una degeneración de salud por vivir en la calle, dos negligencias médicas y dos causas derivadas de la pérdida de familiares. Finalmente, hay que subrayar que una persona con ceguera y conmoción cerebral crónica no considera que tiene discapacidad.

No obstante, estudiando las principales dificultades encontradas a lo largo del proceso de solicitud del certificado de discapacidad, se afirma que no han existido grandes dificultades para solicitarlo. Aunque de los 61 casos en los que se ha contestado a la pregunta se explicita en 13 que la facilidad para solicitarlo deriva de la ayuda de trabajadoras sociales, servicios sociales o profesionales de todo tipo. Por el contrario, existen 28 casos donde sí se han encontrado dificultades durante la solicitud. Remarcamos 4 casos que no han intentado o querido obtenerlo por diversas razones.

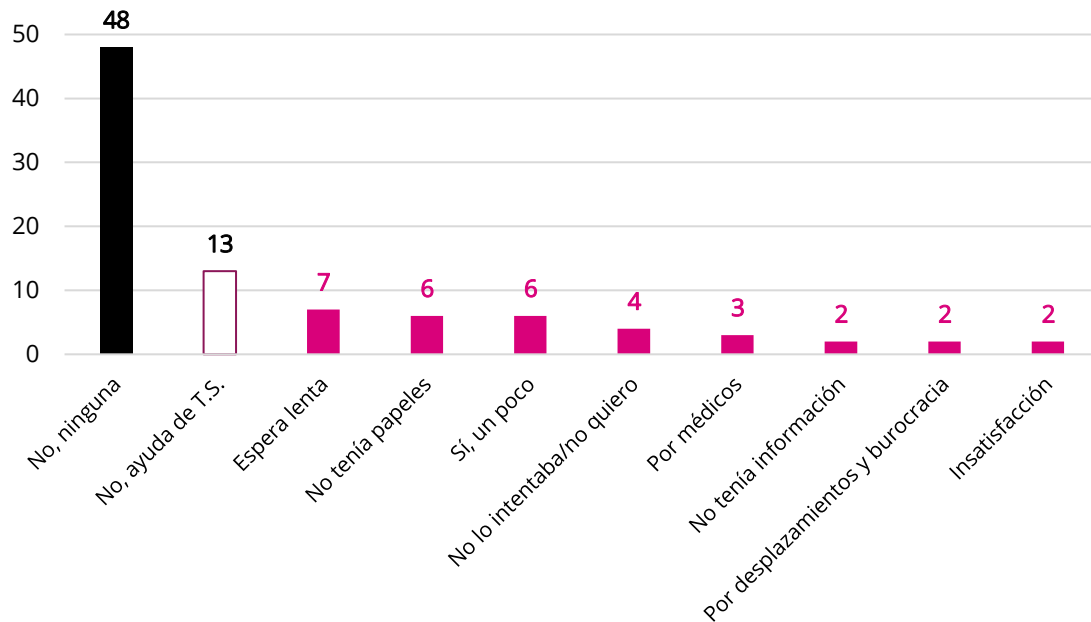
Entre las 28 personas que han encontrado dificultades, 6 no explican cuáles son estas dificultades; 7 aluden a la lentitud y a los plazos de espera para obtener el certificado; 6 hablan de que no pueden acceder a él al no estar documentados; 3 hablan de problemas con el personal médico (complicaciones burocráticas, problemas durante el proceso de evaluación); 2 comentan que no les han explicado que podían solicitarlo; 2 que han tenido muchos impedimentos por el transporte y la burocracia; y 2 simplemente señalan la insatisfacción con el resultado final.

En suma, el número de personas que han solicitado el certificado y están satisfechas con el proceso es el doble que las que han declarado tener dificultades. El 24% de las personas con discapacidad (28 casos) ha tenido problemas con la solicitud del certificado. Destacan la lentitud del proceso burocrático, como dificultad para solicitar el certificado de discapacidad, la necesidad de tener documentación y otras trabas burocráticas menores. Finalmente, se pone de manifiesto la importancia de la ayuda que prestan las trabajadoras sociales y los servicios sociales durante este proceso.

Gráfico 25 Principales dificultades para solicitar el certificado de discapacidad.

¹⁶ El porcentaje es mayor del 100% al tratarse de una pregunta con opción de respuesta múltiple.

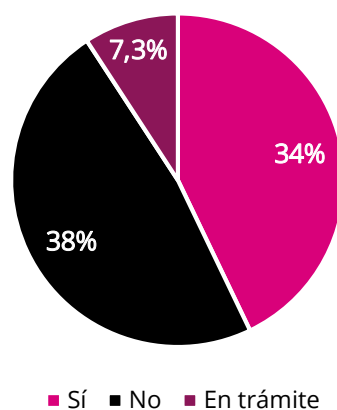
DIFICULTADES PARA SOLICITAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD



Por último, se preguntó a las personas encuestadas sobre la prestación por discapacidad y la cuantía económica asociada a ésta. Un tercio de la muestra cobra prestación y el 7% se encuentra en trámites para conseguirla, como puede comprobarse en el gráfico 26. Si se restringe sólo a las personas con discapacidad, algo menos de la mitad (el 42%) perciben una prestación por discapacidad, pero un grupo igual de grande (40%) dice que no percibe dicha prestación, el 9% restante está tramitándola.

Gráfico 26 Personas con discapacidad que cobran prestación*.

COBRA PRESTACIÓN

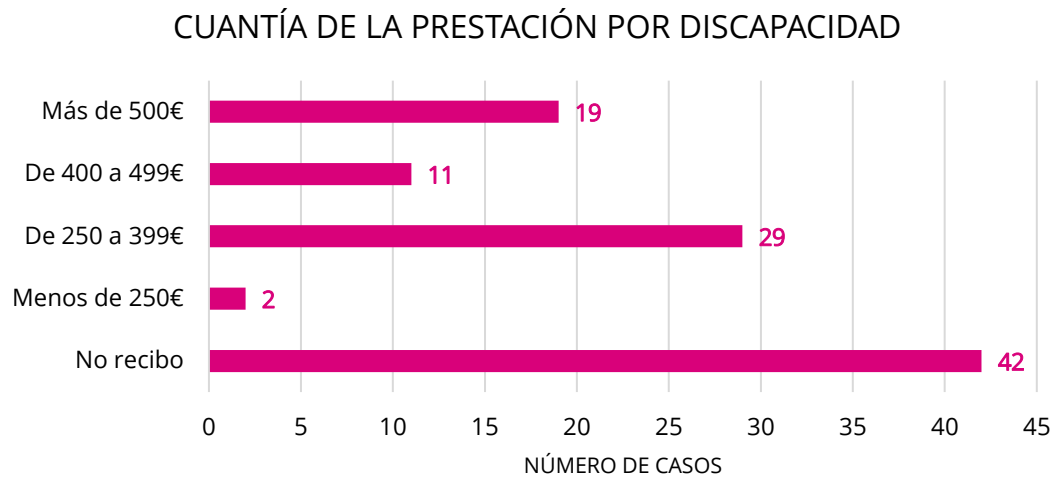


**Sobre el total de la muestra, por ello no llega al 100%.*

En cuanto a la cuantía de la prestación, casi un tercio de las personas que considera que tiene discapacidad no percibe ninguna prestación. Un 24% de las personas que

perciben ingresos por una prestación reciben entre 250 y 399€; el 23% perciben más de 400€; un 13% cobra más de 500€ y sólo 1 persona percibe menos de 250€. Sin embargo, hay un alto porcentaje de personas que no ha contestado si cobra una prestación (21%), ni tampoco han contestado a la cuantía de esta (31%).

Gráfico 27 Distribución de las cuantías de la prestación por discapacidad.

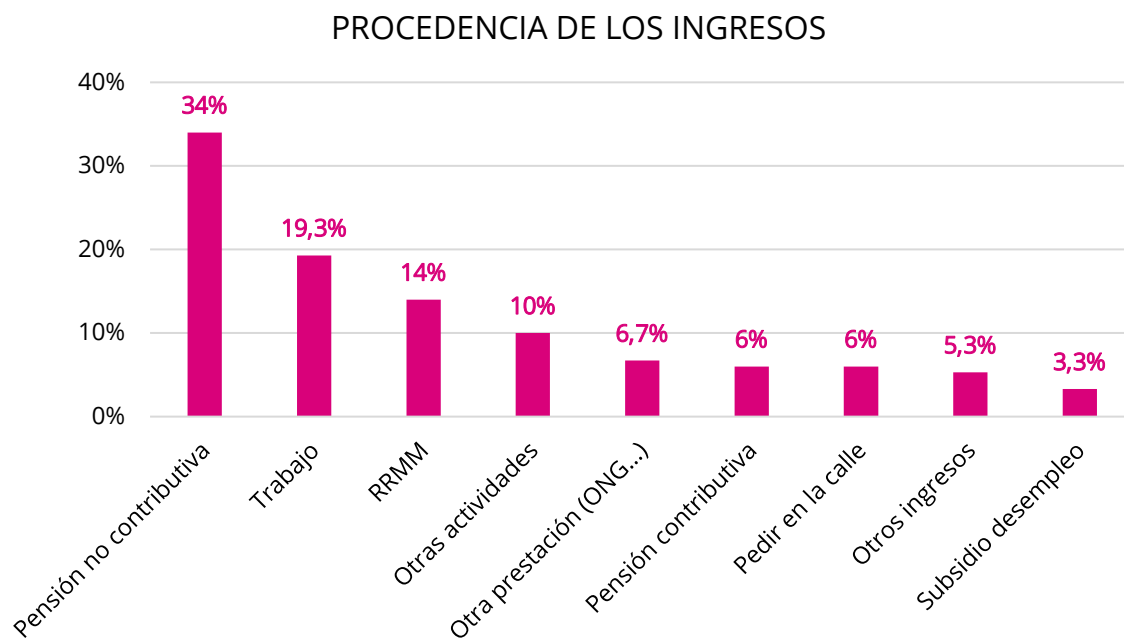


Se observa que no se debe sólo a la reserva de hablar de dinero, sino que se deja de responder si no se tiene discapacidad desde la pregunta relacionada con la discapacidad autopercebida en adelante. Además, 8 personas han respondido que no perciben prestación de discapacidad, pero a continuación han respondido a la siguiente pregunta aclarando el nivel de ingresos de la prestación.

D) Situación económica

En este epígrafe se trata la situación económica de las personas entrevistadas, haciendo hincapié en un primer momento en la procedencia y distribución de ingresos para, en un segundo momento, estudiar la relación entre tener discapacidad y tener un certificado con el nivel de ingresos que se obtienen.

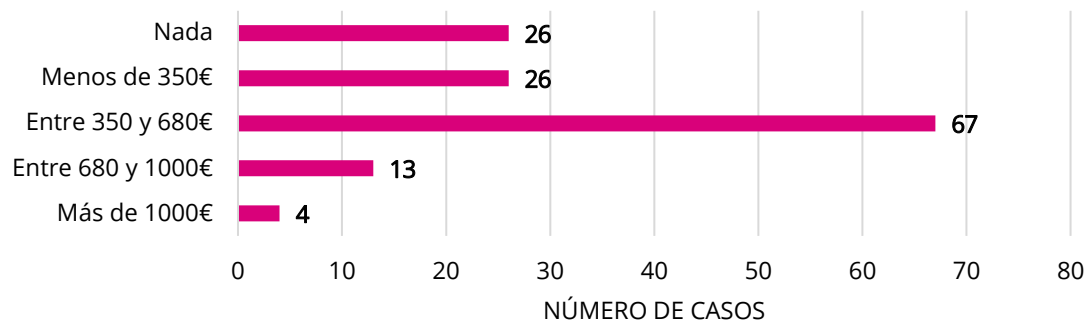
Gráfico 28 Procedencia de los ingresos que perciben las personas encuestadas.



Para la mayoría de las personas encuestadas la fuente más habitual de ingresos es una pensión no contributiva, un 34% de las personas perciben ingresos de esta fuente. La alta presencia de pensiones no contributivas se puede vincular al alto porcentaje de personas que tienen certificado de discapacidad. A bastante distancia le siguen el trabajo (con un 19%), las rentas mínimas (con un 14%) y otras actividades, como el trabajo informal (con un 10%). Tan sólo 3,3% de las personas encuestadas tiene ingresos derivados del subsidio por desempleo.

Gráfico 29 Distribución de los casos encuestados según tramos de ingresos.

INGRESOS POR TRAMOS

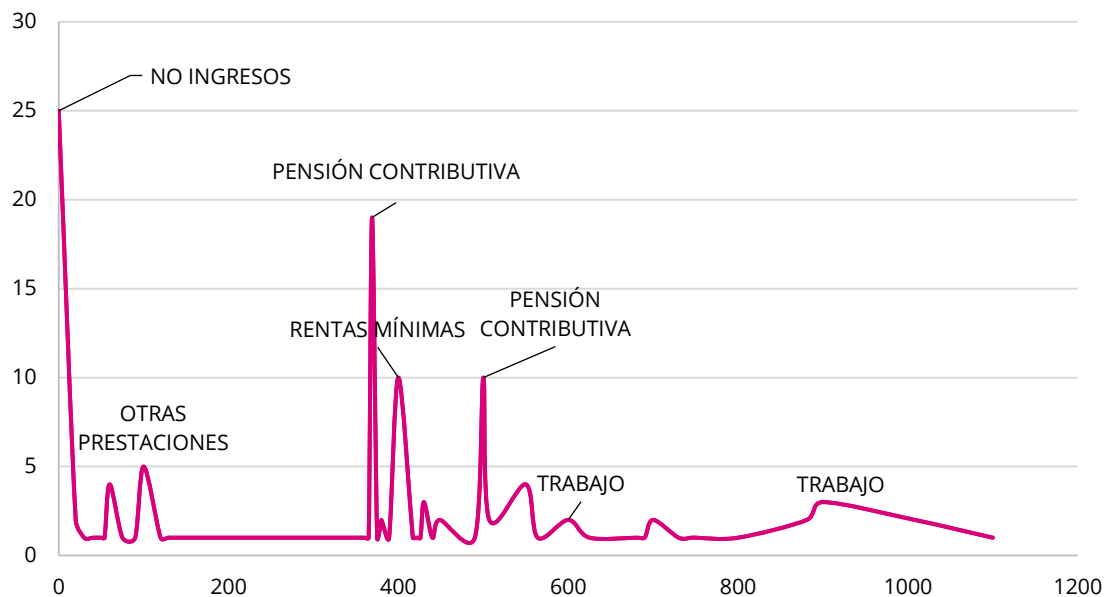


Si ponemos el foco en la distribución de ingresos por tramos, se observa que 26 personas (17%) han declarado que no perciben ningún ingreso; otras 26 personas (17%) perciben menos de 350€; pero la gran mayoría (67 casos, el 45%) percibe entre 350 y 680€. Finalmente, sólo hay 17 personas (11%) que cobran más de 680€.

A continuación, se presenta la distribución de los ingresos en forma de curva, asociando las concentraciones de casos a la procedencia de estos ingresos. De forma general, en cuanto a la distribución, se pueden apreciar tres grandes concentraciones de casos: el de las personas sin ingresos, aquellas personas que ingresan entre 369 y 400€ y entre 500 y 550€. El primer grupo, el de las personas que carecen de ingresos, el más numeroso. Los pocos casos que hay entre 0€ y 100€, son de personas que, mayoritariamente, afirma pedir en la calle. El grupo que ingresa en torno a 100€ contesta que proviene de otras prestaciones, como pequeñas ayudas económicas por parte de asociaciones y ONG. El segundo grupo más numeroso, en torno a 370€, son las personas que perciben pensiones no contributivas, como prestaciones por discapacidad. En torno a 400€ se encuentran las personas que perciben rentas mínimas. Alrededor de 500€ de ingresos, hay otro grupo de personas que cobran pensiones no contributivas. En adelante, desde los 600€ hasta los 1000€, se encuentran personas cuya principal fuente de ingresos es el trabajo.

Gráfico 30 Distribución de ingresos de la muestra y procedencia más frecuente.

DISTRIBUCIÓN DE INGRESOS



Por otro lado, en esta segunda parte se estudia en un primer momento la media y procedencia de ingresos según haya o no discapacidad, y en un segundo momento se relaciona el certificado de discapacidad con los ingresos percibidos.

En cuanto a la procedencia de los ingresos, las personas con discapacidad perciben más ingresos que las personas sin discapacidad en todas las categorías, salvo en los conceptos “otro tipo de actividades económicas” y por “otra prestación”. Las diferencias más grandes se dan en el trabajo y en la pensión no contributiva, (20% y 37% respectivamente, frente al 10% y 24% para las personas sin discapacidad). En general, el promedio de ingresos de las personas sin discapacidad es de 245€ frente a los 385€ de las personas con discapacidad, marcando una diferencia de más de 100€ (el 40% de los ingresos medios de las personas sin discapacidad). No obstante, el promedio total es de 393€, ya que existe un caso atípico que distorsiona en gran medida esta media¹⁷, como se explica en la nota a pie de página.

Si se agrupan en bloques de ingresos, se observa que entre las personas con discapacidad es menor la proporción de las que no perciben ningún ingreso, que entre las que no tienen discapacidad (17% frente al 30%). También las personas con discapacidad son menos numerosas entre las que cobran menos de 350€ (18% frente a 22%). Y se invierte la relación a partir de los 350€: son más que las personas

¹⁷ Estos resultados se ven afectados por un valor atípico en la respuesta a los ingresos, que declara que ha percibido este mes 8000€. Esta persona no ha respondido a la pregunta sobre discapacidad, así que se queda fuera de análisis, así como un valor “0”, otro “275” y “500”€, que juntos forman una media coherente y que tampoco han respondido a la pregunta sobre discapacidad. Por ello, la media total es más alta que la media entre las personas sin discapacidad y con discapacidad, porque se incluyen los que no responden a la pregunta de discapacidad y se incluye por tanto ese caso atípico.

con discapacidad que tienen unos ingresos entre 350 y 680€ (51 frente a 43%) y con más de 680€ (14% frente a 4%). Se constata que, *grosso modo*, perciben más ingresos y además evitan, en mayor medida, no percibir ningún ingreso.

Sin embargo, de cara a determinar con más certeza el efecto de la discapacidad sobre los ingresos, se ha elaborado un diagrama explicativo que se presenta a continuación, y además se ha efectuado un análisis de regresión lineal para determinar si la relación es estadísticamente significativa.

Esta estructura representa la distribución de las personas encuestadas en tres niveles: en función de su percepción de la discapacidad (pregunta 14 del cuestionario), la tenencia del certificado de discapacidad (pregunta 18) y el cobro de una prestación (pregunta 21). Se parte de la muestra de 150 casos y se ramifican los mismos de acuerdo con tres preguntas filtro:

- ¿Considera que tiene algún tipo de discapacidad?
- ¿Tiene el certificado de discapacidad?
- ¿Cobra algún tipo de prestación por discapacidad?

Para cada ramificación se incluye el número de casos y la media de los ingresos para ese grupo de individuos.

Gráfico 31 Estructura de los ingresos de la muestra.

ESTRUCTURA DE INGRESOS DE LA MUESTRA



La muestra total es de 150 personas con una media de 393€ (algo afectada por un caso atípico, como ya se ha comentado), 338€ si se excluyen las personas que no han respondido a la pregunta sobre discapacidad autopercibida. 117 de estas 150 personas (78%) consideran que tienen discapacidad frente a 29 que afirman no tener discapacidad (19,3%). La media de ingresos para los que consideran que no tienen discapacidad es de 245€, mientras que los que sí que tienen discapacidad ingresan 358€ de media.

Entre las **personas que perciben tener discapacidad** (117):

- ✓ 71 tienen certificado de discapacidad (61%) e ingresan de media 423€.
- ✓ 22 no tiene certificado (19%) y tienen unos ingresos de 312€.
- ✓ 20 están tramitando el certificado (17%) y sus ingresos medios son de 201€.

De las **personas con discapacidad certificada** (71):

- ✓ 43 cobran prestación (61%) e ingresan de media 488€.
- ✓ 21 (29%) no cobran prestación alguna y tienen unos ingresos medios de 404€.
- ✓ 6 (8%) están tramitándolo, e ingresan de media 21€, aunque el número de casos es muy pequeño por lo que puede ser poco representativo.

A grandes rasgos se constata una lógica retributiva ascendente a medida que el proceso de certificación de la discapacidad avanza. El hecho de progresar en los procedimientos administrativos beneficia económicamente a la persona: la media de ingresos para el total de la muestra es de 338€¹⁸, la media de ingresos para las personas que consideran que tienen discapacidad es de 358€, la media de ingresos para las personas que tienen certificado de discapacidad es de 423€ y para los que tienen certificado de discapacidad y una prestación asociada a ella es de 488€.

Más allá de la descripción de los niveles de ingresos, es preciso señalar que el certificado de discapacidad no aporta beneficios económicos en todos los casos. La diferencia fundamental en los ingresos se establece si la certificación de discapacidad supera el 65%, que es cuando lleva asociada una pensión.

Sin embargo, el periodo de mayor vulnerabilidad económica se produce en el momento de tramitar el certificado y mientras se espera la resolución: el diferencial es de 200€ entre tener certificado y esperarlo, y de 460€ entre cobrar prestación y esperarla¹⁹.

Para cerrar este epígrafe, se ha elaborado un modelo de regresión lineal para estudiar el impacto del efecto de tener certificado de discapacidad sobre los ingresos. Tomando como referencia la categoría de las personas sin hogar que autoperciben que tienen una discapacidad, se comprueba que:

- Con un nivel de confianza del 99,4%, el hecho de tener un certificado de discapacidad aumenta en 181,58€ los ingresos de media con respecto a los ingresos de las personas sin hogar sin discapacidad.

¹⁸ Sin los casos de las personas que no han respondido a la pregunta sobre discapacidad autopercebida.

¹⁹ Sin embargo, este último dato no es representativo, ya que las personas con certificado y que están tramitando la prestación son sólo 6 casos, por lo que la media arrojada de 21€ no es representativa de un colectivo.

- Sin suponer una diferencia estadísticamente significativa, el hecho de no poseer certificado, y tener discapacidad aumenta en 45,97€ los ingresos de media con respecto a los ingresos de las personas sin hogar sin discapacidad.
- Sin tener una diferencia estadísticamente significativa, el hecho de estar inmerso en los trámites para conseguir el certificado de discapacidad disminuye en 39,63€ de media los ingresos de las personas sin hogar sin discapacidad reconocida.

Tabla 8 Modelo de regresión lineal del efecto de tener certificado de discapacidad sobre los ingresos.

REGRESIÓN LINEAL		Ingresos		N=129
R2=0,115		Coef	Coef Beta	
No discapacidad	vs			
	Tiene certificado	+181,58	0,336	**
	No tiene certificado	+45,97	0,064	
	En trámite	-39,63	-0,051	
<i>Probabilidad asociada (0,05=*; 0,01=**)</i>				

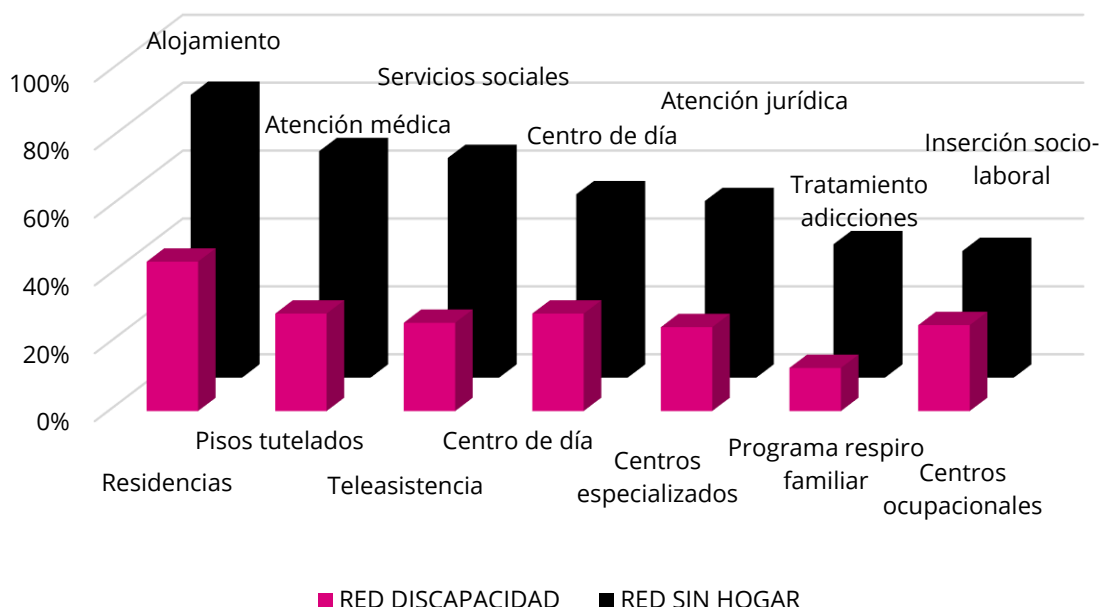
Los resultados, aunque no son estadísticamente significativos en dos de las tres categorías, arrojan unos datos que van en el mismo sentido que el diagrama de estructura de ingresos de la muestra elaborado. De acuerdo con los coeficientes beta de las variables incluidas en esta regresión, la variable que más peso explicativo tiene es el hecho de tener certificado (0,336), seguido de no tenerlo (0,064) y de estar en trámites para obtenerlo (-0,051), con sentido contrario.

E) Acceso a servicios

En este epígrafe se tratan todas las variables vinculadas con el acceso a las redes de recursos relacionadas con la discapacidad, pero también con el *sinhogarismo*. En primer lugar, se estudia la información y utilización de estas dos redes de recursos, desagregando los resultados según haya o no discapacidad, pero también por tipos de discapacidad y según esta discapacidad esté certificada o no. En segundo lugar, se exponen los resultados sobre la adaptación a las necesidades de las personas usuarias de estas dos redes de recursos, según se perciba tener discapacidad o no, y después se distinguen las barreras según tipos de discapacidad. Se propone un análisis de regresión lineal para determinar más precisamente la relación entre tener un certificado de discapacidad y considerar que los recursos están adaptados. En último lugar, se plantean las principales dificultades de acceso a los recursos y las limitaciones en su uso, de acuerdo con la ausencia o presencia de discapacidad, según los diferentes tipos de discapacidad y según esté certificada o no.

Gráfico 32 Conocimiento de la red de atención a personas sin hogar y de la red de atención a la discapacidad.

CONOCIMIENTO DE LOS RECURSOS



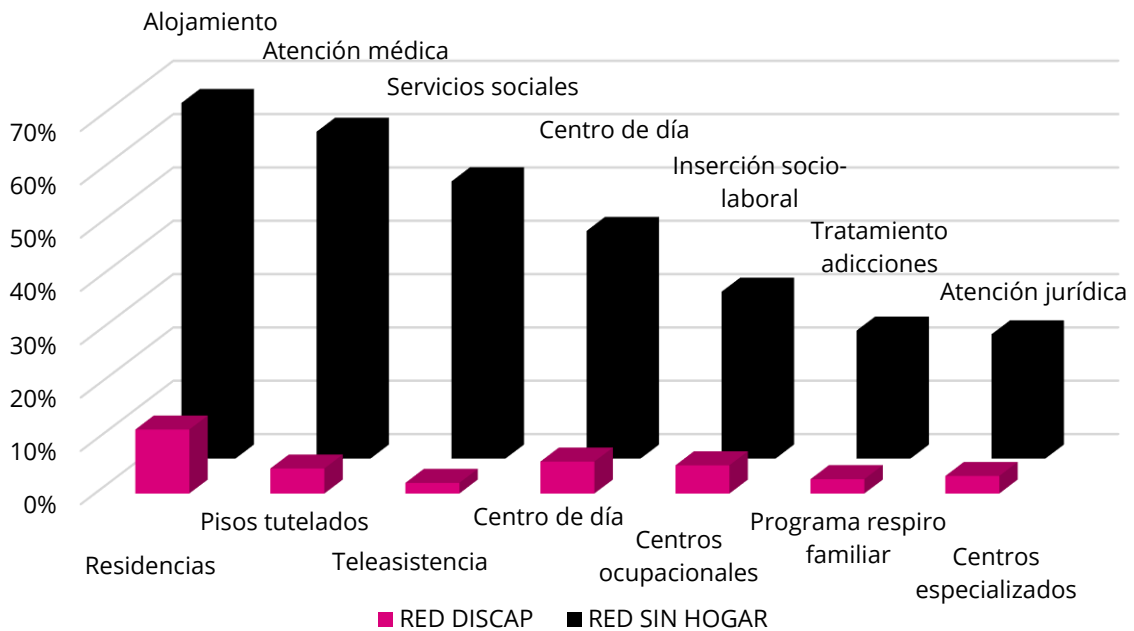
En general, las redes de recursos son bastante conocidas: casi tres cuartas partes (72,7%) tiene información en general sobre los recursos a los que puede acudir frente a sólo el 16% que no tiene información alguna.

En cuanto a los recursos de atención a personas sin hogar, los recursos más conocidos son el alojamiento (83%), la atención médica (67%), los servicios sociales (65%), los centros de día (54%) y la atención jurídica (52%). Por otro lado, en relación con su uso, los más utilizados son el alojamiento (67%), la atención médica (61%), los servicios sociales (52%) y el centro de día (43%). No obstante, se constata que las diferencias más grandes entre el conocimiento y el uso se dan en la atención jurídica (casi -30 puntos porcentuales), seguido del alojamiento (-17%) y los recursos de tratamiento de adicciones (-15%). En los que menos diferencia se observa son la atención médica (-5%) y la inserción sociolaboral (-6%).

En cuanto a los recursos de atención a personas con discapacidad, los recursos más conocidos son las residencias (44%), seguido del centro de día y pisos tutelados (29%), de los servicios de teleasistencia (26%), de los centros ocupacionales (25%) y de los centros especializados (25%). El programa respiro familiar es muy poco conocido. En cuanto al uso, se observa que los recursos más empleados son las residencias (12%), seguido de los centros de día (6%), los centros ocupacionales (5,3%) y los pisos tutelados (4,7%). No obstante, además del bajo conocimiento y uso absoluto de este tipo de recursos, podemos ver que el diferencial entre el conocimiento y el uso es muy grande: -32% para las residencias, -24% para pisos tutelados y teleasistencia, -22% para centro de día, -21% para centros especializados y -20% para centros ocupacionales.

Gráfico 33 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de personas sin hogar y de la red de discapacidad.

USO DE LOS RECURSOS

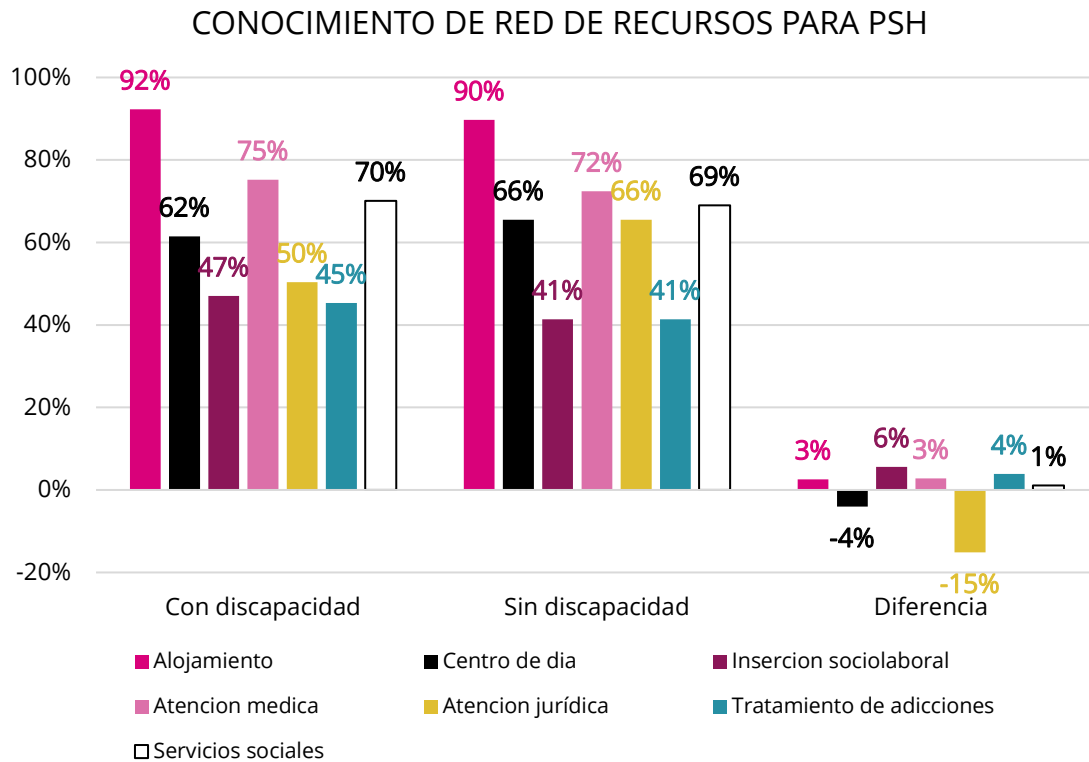


Pese a que no se puedan comparar, categoría por categoría los recursos de la red de atención a personas sin hogar y la red de atención a la discapacidad, se constata una enorme diferencia tanto en su conocimiento, como en su uso. No sólo los recursos de la red de atención a personas con discapacidad se conocen y se emplean menos que los recursos de la red de atención para las personas en situación de sin hogar, sino que la diferencia entre conocer y utilizar es mucho mayor para los recursos de personas con discapacidad. Cuantificando la diferencia de conocimiento y uso de ambas redes, el porcentaje medio de conocimiento del conjunto de los recursos de la red de *sinhogarismo* es de 56,8% frente al 27,2% de la red de discapacidad; mientras que la media de los porcentajes de uso de las redes es del 43% para la red de *sinhogarismo* frente al 5,1% para la red de la *discapacidad*.

Con el fin de indagar en las diferencias de uso y conocimiento de los recursos, se desagregan a continuación los resultados anteriores diferenciando entre aquellas personas que tienen discapacidad y aquellas que no²⁰.

²⁰ Se ha recodificado la pregunta 27 a propósito del conocimiento de las redes de recursos ya que había una gran cantidad de casos en los que se marca sólo "utilizado" y no "conocido", alterando el análisis de esta manera. Se entiende que, si un recurso se utiliza, es porque además se conoce, por lo que esta recodificación simplemente ha tenido en cuenta que, si una respuesta marcaba un recurso como "utilizado", entonces, automáticamente se marca también que "lo conoce".

Gráfico 34 Diferencias en el conocimiento de la red de recursos para personas sin hogar entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.

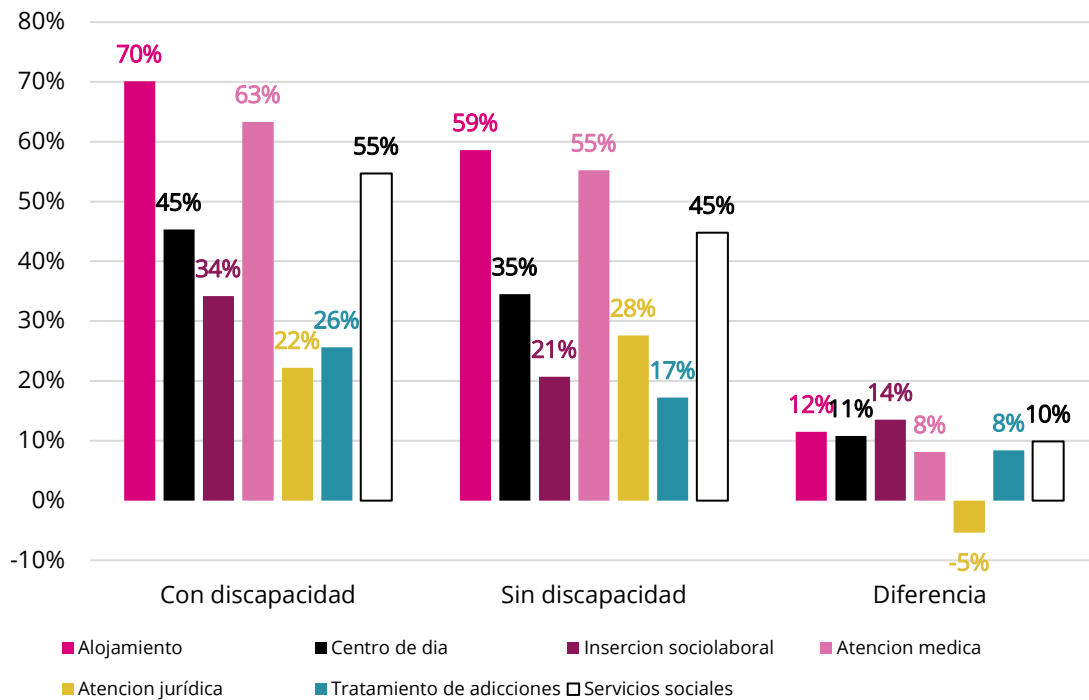


En cuanto a los recursos relacionados con las personas sin hogar, se observa que, salvo tres casos, las personas con discapacidad conocen y utilizan más los recursos que las personas sin discapacidad. Las excepciones son: “conoce centro de día” (-4%), “conoce atención médica” (-15%) y “utiliza atención médica” (-5,4%). Resulta significativo que el único recurso que utilizan y conocen menos las personas con discapacidad sea la atención médica.

Sin embargo, las diferencias de conocimiento son mucho menores que las diferencias en la utilización. Las diferencias de uso se dan sobre todo en: inserción sociolaboral (13%), alojamiento (11%), centro de día (10%) y servicios sociales (10%).

Gráfico 35 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de personas sin hogar entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.

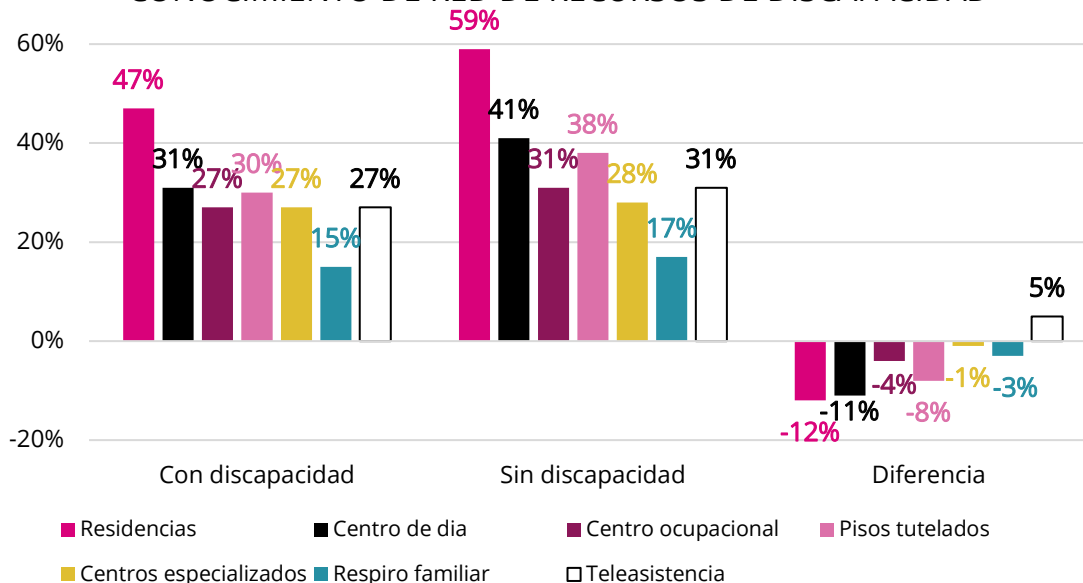
UTILIZACIÓN DE RED DE RECURSOS PARA PSH



En cuanto a los recursos relacionados con la red de personas con discapacidad, llama la atención que el conocimiento de este tipo de recursos es mayor por parte de las personas sin discapacidad en todos los casos salvo uno (teleasistencia) con respecto a las personas con discapacidad. Ocurre lo contrario en cuanto al uso de los recursos: todos los recursos salvo uno (los centros especializados, cuyo porcentaje es casi igual) son utilizados más por personas con discapacidad que las que no tienen discapacidad. Se constatan, por tanto, carencias en el proceso de difusión de información de los recursos de la red de discapacidad en comparación con la información existente sobre los recursos para personas en situación de sin hogar. Aunque el hecho de recoger la mayor parte de los cuestionarios en recursos vinculados a la red de atención para personas sin hogar puede afectar a los resultados obtenidos en esta pregunta.

Gráfico 36 Conocimiento de la red de recursos de discapacidad entre las personas con y sin discapacidad.

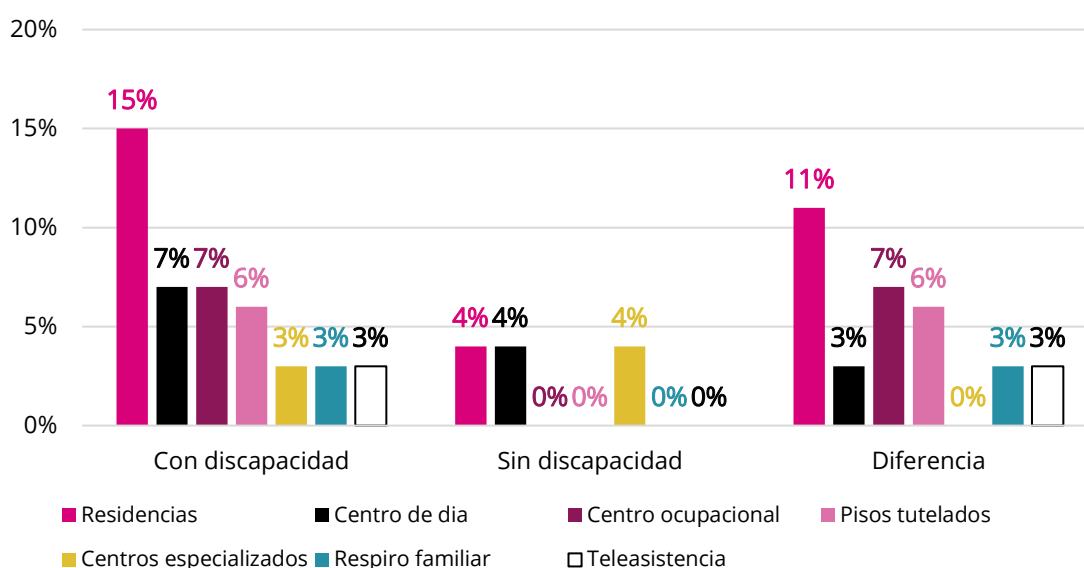
CONOCIMIENTO DE RED DE RECURSOS DE DISCAPACIDAD



Las mayores diferencias de conocimiento se dan entre residencias y centro de día (-12 y -11% para las personas con discapacidad) y los pisos tutelados (-8%). En cuanto a las diferencias de uso, las distancias más grandes se dan entre residencias (+11% para las personas con discapacidad), centro ocupacional (+7%) y pisos tutelados (6%).

Gráfico 37 Nivel de uso de los diferentes recursos de la red de discapacidad entre las personas con discapacidad y sin discapacidad.

UTILIZACIÓN DE RED DE RECURSOS DE DISCAPACIDAD

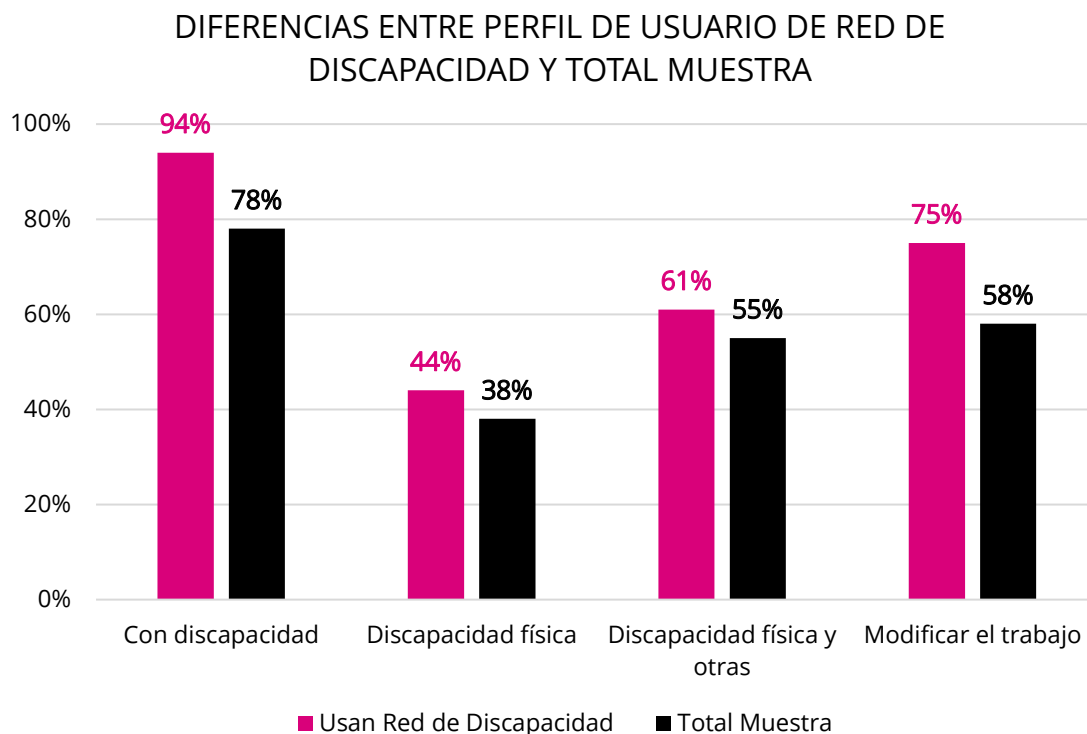


De esta manera, se verifica que las redes de discapacidad son empleadas sobre todo por las personas con discapacidad, salvo el caso de los centros especializados. Sin

embargo, el uso de los recursos de discapacidad es muy bajo comparado con el uso de la red de sinhogarismo, no llegando a alcanzar en ningún caso el 8% de las personas encuestadas, salvo para el caso de las residencias.

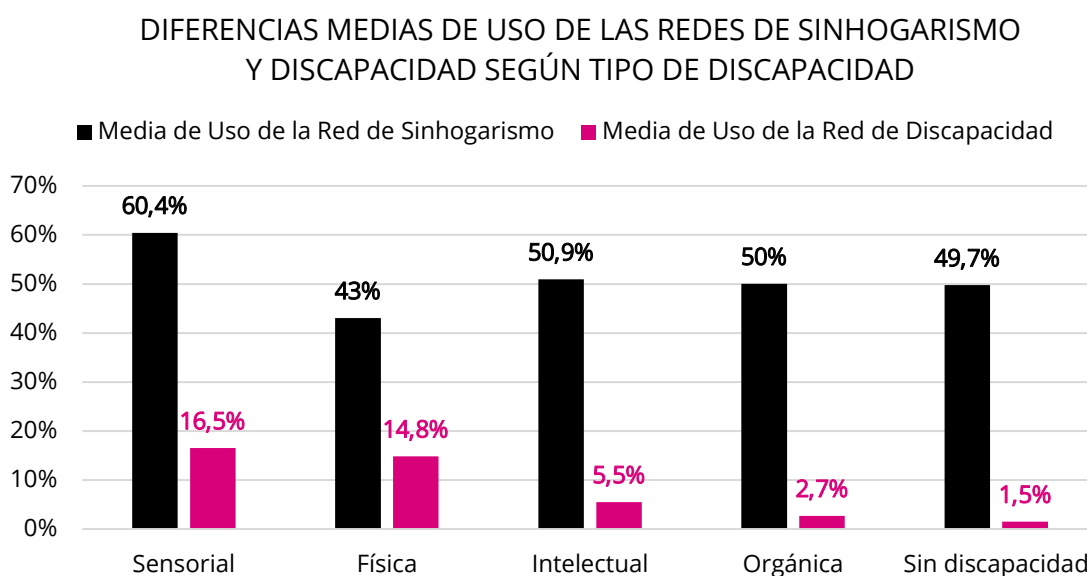
Esto lleva a intentar concretar más el perfil de persona usuaria de los recursos de la red de discapacidad, que en total son 36 personas de las 117 personas con discapacidad, es decir, casi un tercio (31%). El perfil no es muy diferente de la media de la muestra: misma proporción por sexo, media de ingresos, proporción de extracomunitarios, misma proporción de personas con certificado... No obstante, tienen una serie de características personales que la diferencian de la muestra que se presentan en el siguiente gráfico. Se encuentran diferencias entre las personas usuarias de la red en lo que se refiere a la proporción de personas con discapacidad, los tipos de discapacidades, pero sobre todo en el hecho de modificar la relación con el trabajo. De esta manera, entre los usuarios de la red de discapacidad hay, evidentemente, más personas con discapacidad (94% frente a 78% de la muestra), hay más personas con discapacidad física (44% frente a 38%) y discapacidades múltiples donde una, al menos, es la física (61% frente a 55%) y hay más personas que han tenido que modificar su relación con el trabajo (75% frente a 58%). También son personas con una media de tiempo sin hogar algo más baja (6,4 años frente a 7,6 años de la muestra).

Gráfico 38 Diferencias entre el perfil de usuario de la red de discapacidad y el total de la muestra.



Por un lado, los resultados referidos al uso de las dos redes de recursos pueden desagregarse según los cuatro tipos principales de discapacidades. Comparando entre grupos, se constata que las personas con discapacidad orgánica (media de uso de los diferentes recursos de 2,7%) e intelectual (5,5%) son las que están más alejadas de los recursos de discapacidad, mientras que las más conectadas son las personas con discapacidad sensorial (16,5%) y con discapacidad física (14,8%). Cabe mencionar que las personas con discapacidad orgánica son las que menos emplean los recursos en general, pero usan sobre todo los centros ocupacionales y centros de día, que son, probablemente, los más accesibles para todas las personas. Las personas con discapacidad física emplean sobre todo residencias, centros ocupacionales, respiro familiar y teleasistencia, debido al tipo de dependencia que tienen. Las personas con discapacidad sensorial acceden también a muchos recursos, sobre todo centro de día, pisos tutelados, teleasistencia y centros especializados.

Gráfico 39 Diferencias de medias de uso de las redes según el tipo de discapacidad.

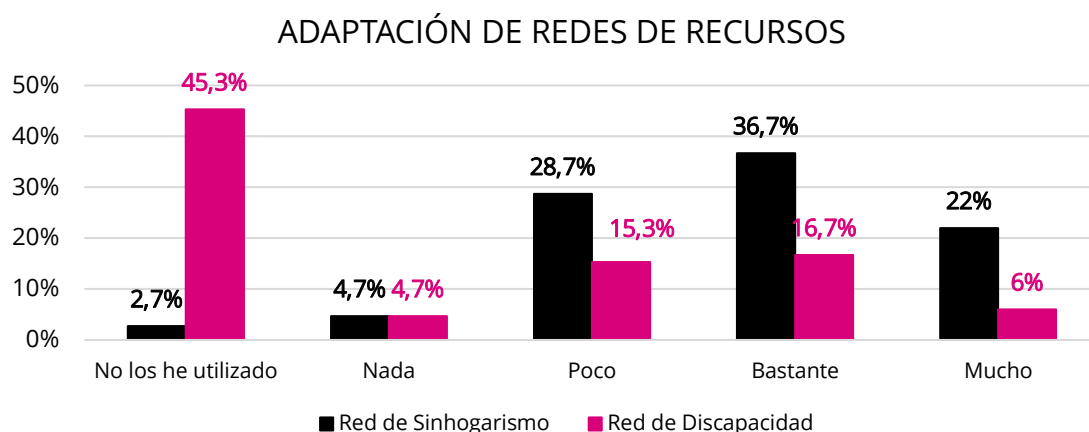


Por otro lado, se pueden comparar los mismos resultados desagregando según si esta discapacidad está certificada o no. A continuación, se exponen simplemente los datos donde hay una gran diferencia de conocimiento o uso. En cuanto a la red de recursos del *sinhogarismo*, las principales diferencias se dan en la atención jurídica (57% para la reconocida frente a 39% para la autopercebida) y en el tratamiento de adicciones (46% frente a 33%), donde las personas con discapacidad reconocida tienen bastante más información que las que tienen discapacidad no reconocida. En cuanto al uso de esta red, sólo se encuentran diferencias interesantes en el alojamiento, donde el 63% de las personas con discapacidad reconocida la usan frente al 83% de la autopercebida y en adicciones una vez más, 31% frente a 17%.

Poniendo el foco sobre la red de discapacidad, las personas con discapacidad reconocida tienen más información acerca de todos los recursos que las personas con discapacidad autopercebida. Es notable esta diferencia respecto de los pisos tutelados (32% frente a 17%), los centros especializados (29% frente a 15%) y la teleasistencia (28% frente a 17%). Finalmente, en cuanto al uso de los recursos de la red de discapacidad, se encuentran grandes diferencias entre estos dos grupos: en general las personas con discapacidad reconocida la emplean más, salvo en el caso de las residencias (10% frente al 22% de la autopercebida) y en los centros especializados (con poca diferencia). En los centros ocupacionales (10% frente a 2%) y en los pisos tutelados (8% frente a 2%) hay también cierta diferencia de uso en favor de las personas con certificado de discapacidad. Cabe apuntar que las personas con discapacidad sin certificado no emplean el programa “respiro familiar” ni los servicios de teleasistencia, mientras que las personas con discapacidad reconocida lo emplean poco (6% y 4% respectivamente).

Una vez tratada la información y uso de estas dos redes de recursos, en esta segunda parte del epígrafe se analiza la adaptación de dichas redes a las necesidades de las personas encuestadas; primero de manera general y a continuación desagregando según haya o no discapacidad y según el reconocimiento o no de la misma mediante el certificado de discapacidad. Por último, se estudia el efecto de tener un certificado de discapacidad o no en la percepción de esta adaptación mediante una regresión lineal.

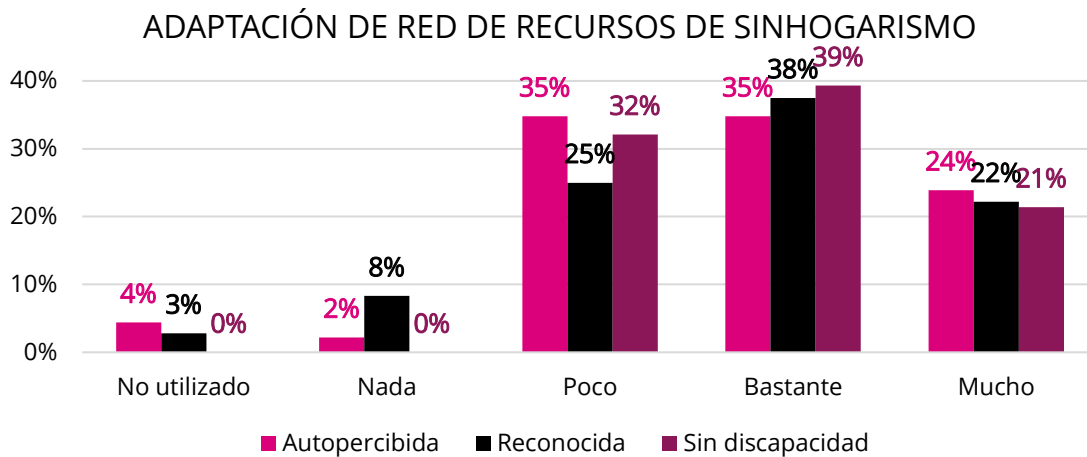
Gráfico 40 Adaptación de redes de recursos.



En general, casi el 60% de las personas entrevistadas considera que la red de recursos del *sinhogarismo* está “muy” o “bastante” adaptada a sus necesidades, frente al 33% que opinan que está “poco” o “nada” adaptada. El porcentaje de personas que no los ha utilizado es muy bajo, cercano al 3%. Estos datos contrastan en gran medida con los de la red de recursos de discapacidad, donde el 45% de la muestra ha declarado que nunca los ha utilizado y el 12% no ha contestado. Más de

la mitad de la muestra no ha opinado sobre la red de discapacidad. En este caso, el 23% considera que están “muy” o “bastante” adaptados frente al 20% que consideran que están “poco” o “nada” adaptados. Resulta complicado comparar las percepciones sobre ambas redes debido al porcentaje de personas que no lo usan y no responden, pero se pueden comparar internamente la proporción bastante/mucho y la poco/nada. Para la red de recursos del *sinhogarismo*, la proporción es de 58,7% Vs 33,4% siendo una valoración bastante positiva; sin embargo, para la red de discapacidad esta proporción casi se iguala (22,7% frente al 20%).

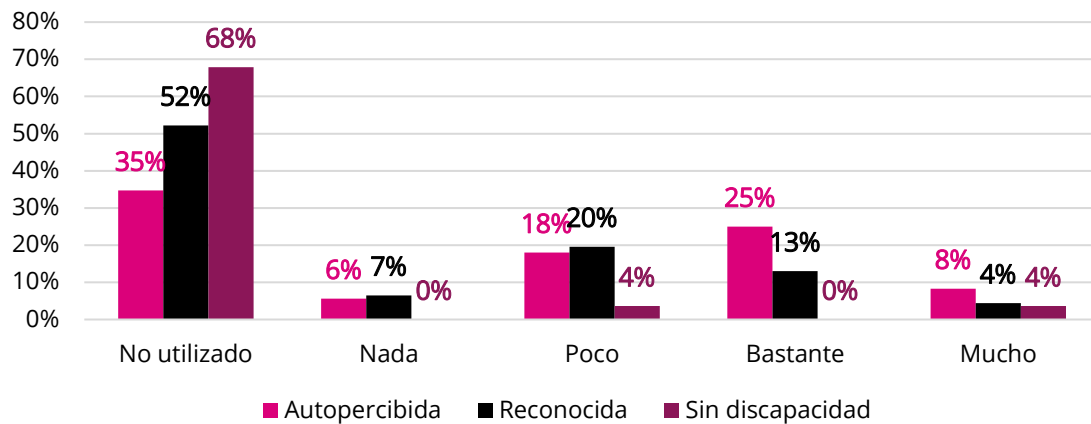
Gráfico 41 Percepción de la adaptación de la red para personas sin hogar de las personas con discapacidad autopercebida, reconocida o sin discapacidad.



No obstante, sí que se encuentran diferencias entre las personas con certificado de discapacidad y las personas con discapacidad autopercebida en cuanto a la adaptación de la red de discapacidad: las personas con discapacidad autopercebida son más numerosas entre las personas que no han utilizado nunca esta red (52% frente a 35%). Por otro lado, las personas con discapacidad autopercebida valoran mejor la red de discapacidad: las categorías “mucho” y “bastante” alcanzan el 33%, frente al 17%, casi la mitad.

Gráfico 42 Percepción de la adaptación de las redes de recursos de atención a la discapacidad de las personas con discapacidad autopercebida, reconocida y sin discapacidad.

ADAPTACIÓN DE RED DE RECURSOS DE DISCAPACIDAD



Parece, por lo tanto, que existe cierta influencia en la posesión o carencia del certificado de discapacidad sobre la percepción de la adaptación de las redes de recursos de discapacidad. A continuación, se propone un análisis de regresión lineal para determinar la fuerza y dirección de dicho efecto. De acuerdo con dicho modelo, tomando la categoría “No tiene discapacidad” como referencia, y con un 99% de nivel de confianza:

- El efecto de tener certificado en considerar que la red de recursos de discapacidad está adaptada, es negativo: -1,259 unidades.
- El efecto de estar en trámite del certificado en considerar que la red de recursos de discapacidad está adaptada, es negativo: -1,189 unidades.
- De acuerdo con los coeficientes beta, la variable que más pesa es tener certificado (-.464) y después estar en trámite de conseguirlo (-.319).

Sin embargo, el hecho de no tener certificado afecta igualmente de manera negativa, pero no tiene significatividad.

Se constata, por lo tanto, que tanto el tener certificado como el hecho de tramitarlo hace que estas personas consideren que la red de recursos de discapacidad está menos adaptada, con respecto a las personas que consideran que no tienen discapacidad. De acuerdo con los coeficientes beta, la variable que tiene mayor efecto sobre la percepción de la adaptación de esta red de recursos es el hecho de tener certificado (-0,464), seguido de estar tramitándolo (-0,319).

Tabla 9 Modelo de regresión lineal del efecto de tener o no certificado de discapacidad sobre la percepción de adaptación de la red de discapacidad.

REGRESIÓN LINEAL	$R^2=0,114$	Adaptación Red Discap	N=127
		Coef	Coef beta

No discapacidad	vs			
	Tiene certificado	-1.259	-.464	**
	No tiene certificado	-.653	-.182	
	En trámite	-1.189	-.319	**
Probabilidad asociada (0,05=*; 0,01=**)				

En tercer y último lugar, se estudian las dificultades de acceso y las limitaciones de uso de las redes de recursos mencionadas. Esto se hace, en un primer momento, de manera general, para ser desagregado a continuación según la existencia o no de discapacidad, según los tipos de discapacidad y según si esta discapacidad está certificada o no.

Para el conjunto de la muestra, las principales dificultades de acceso a los recursos son: las barreras administrativas (25,3%) y legales (25,3%), los horarios, localización y la falta de plazas (22%) y las barreras de transporte (20,7%). No obstante, si se suman las categorías “prejuicios” (14%) y “vergüenza” (14,7%), que podrían considerarse como elementos que operan en el mismo proceso, llegarían al primer puesto en dificultades de acceso con un 28,7%. Al contrario, las barreras que se consideran menos relevantes son la comunicación (4,7%) y las dificultades con las citas (9,3%). A mitad de camino se encuentran las barreras arquitectónicas (10,7%) y las económicas (12%).

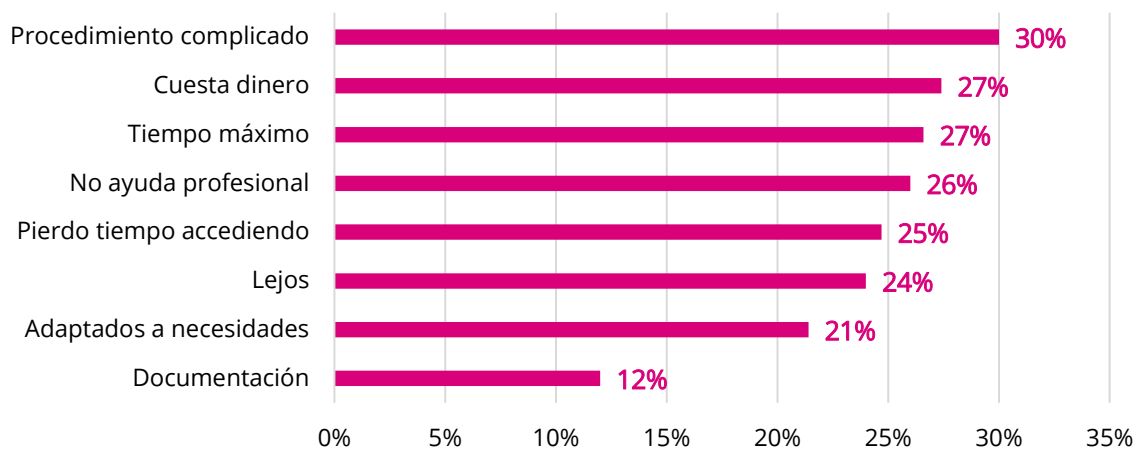
Tabla 10 Dificultades de acceso percibidas por las personas encuestadas.

Dificultades	N	150
Barreras administrativas	38	25,3%
Barreras legales	38	25,3%
Horarios, localización, plazas	33	22%
Barreras de transporte	31	20,7%
Vergüenza	22	14,7%
Prejuicios	21	14%
Barrera económica	18	12%
Barreras arquitectónicas	16	10,7%
Dificultades con las citas	14	9,3%
Barreras de comunicación	7	4,7%

En cuanto a la limitación de uso de servicios, la categoría que se percibe genera menos limitaciones es la documentación (63% de personas que piensan que no limita) seguida de la lejanía (44%) y el tiempo máximo de estancia (41%). En cambio, las que más limitan son: el procedimiento complicado (30% de las respuestas “mucho” y “bastante”), el dinero (27,4%), los tiempos de espera (26,6%), la falta de ayuda profesional (26%) y el tiempo de acceso al recurso (24,7%).

Gráfico 43 Principales limitaciones en el uso de recursos de acuerdo con las personas entrevistadas.

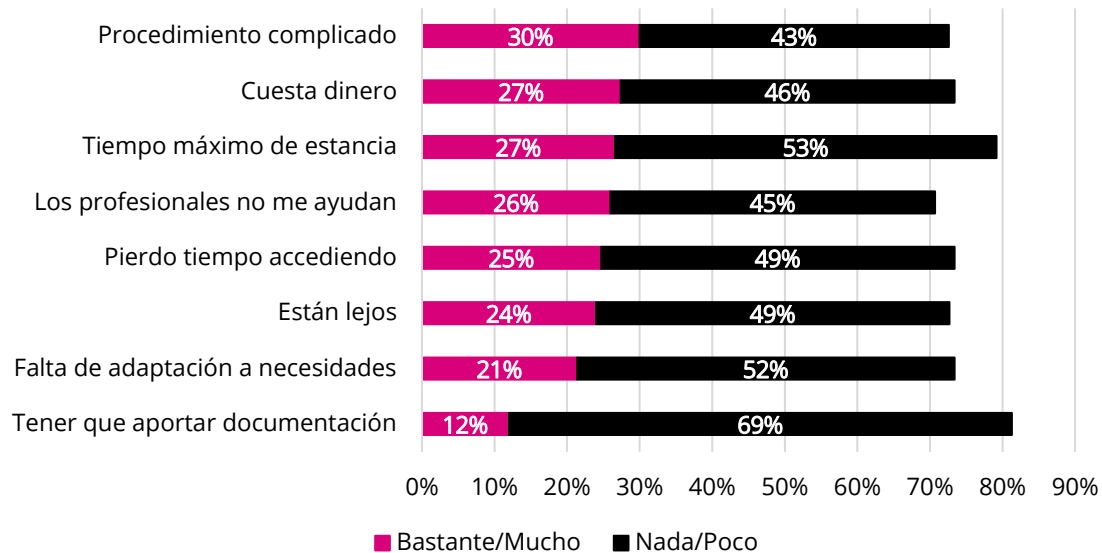
PRINCIPALES LIMITACIONES EN EL USO DE RECURSOS *



** Este gráfico incluye sólo las categorías “Bastante” y “Mucho” de la pregunta sobre las principales limitaciones en el uso de recursos.*

Gráfico 44 Grado de limitación de los siguientes motivos para hacer uso de los servicios.

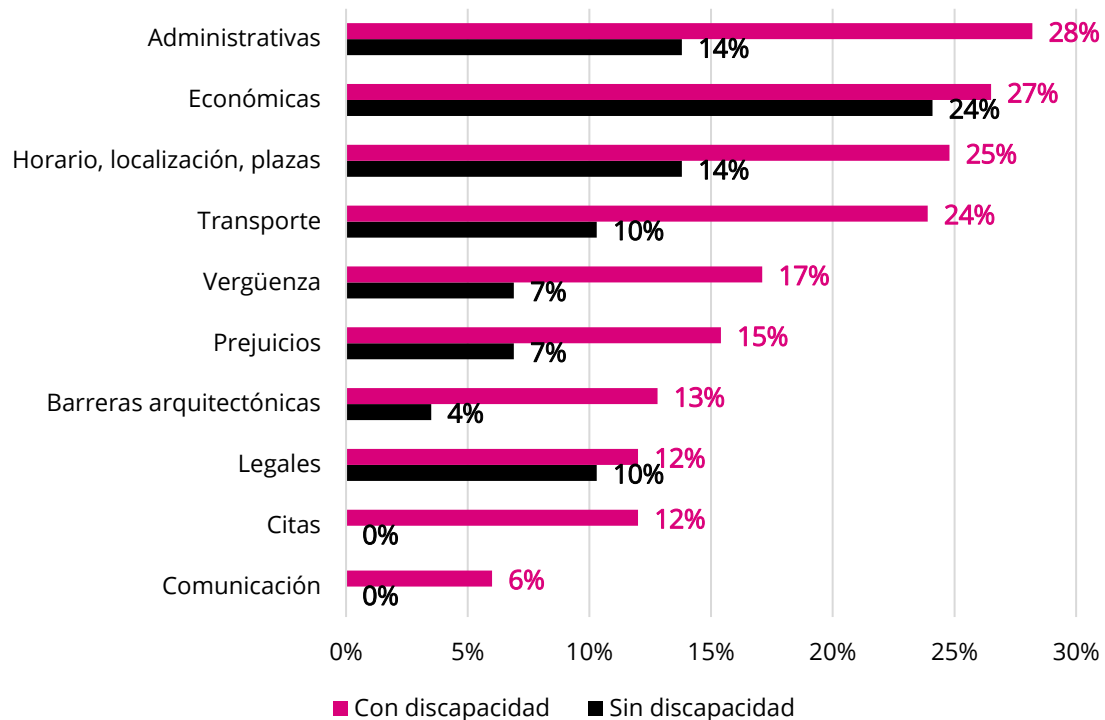
CUÁNTO LE LIMITAN LOS SIGUIENTES MOTIVOS PARA HACER USO DE LOS SERVICIOS



No obstante, resulta más interesante diferenciar entre las personas con y sin discapacidad, de acuerdo con el objetivo de esta investigación. Es necesario aclarar en primer lugar que la tasa de respuesta es muy baja, desde 7 casos hasta 38 (4,6%-25,4% de la muestra), por lo que hay que relativizar su capacidad explicativa. Se observa que las personas con discapacidad tienen, en general, más dificultades de acceso a los recursos (en torno a 10% más en casi todos los casos). Sobresalen las diferencias de percepción de dificultad en el acceso al transporte (+13,6%), las citas (+12%, donde ninguna persona sin discapacidad lo ha considerado como dificultad), horario, localización y plazas (+11%) y vergüenza (+10,2%). También es interesante subrayar, por un lado, el diferencial de 6% en cuanto a problemas de comunicación, no habiendo ninguna persona sin discapacidad que lo considere como dificultad y, por otro lado, las barreras arquitectónicas, algo lógico para las personas con discapacidad física (+9,3%). Las barreras legales y económicas parecen afectar a todas las personas más o menos por igual (+1,7% y 2,4% respectivamente).

Gráfico 45 Principales dificultades de acceso a los recursos para personas con discapacidad y sin discapacidad.

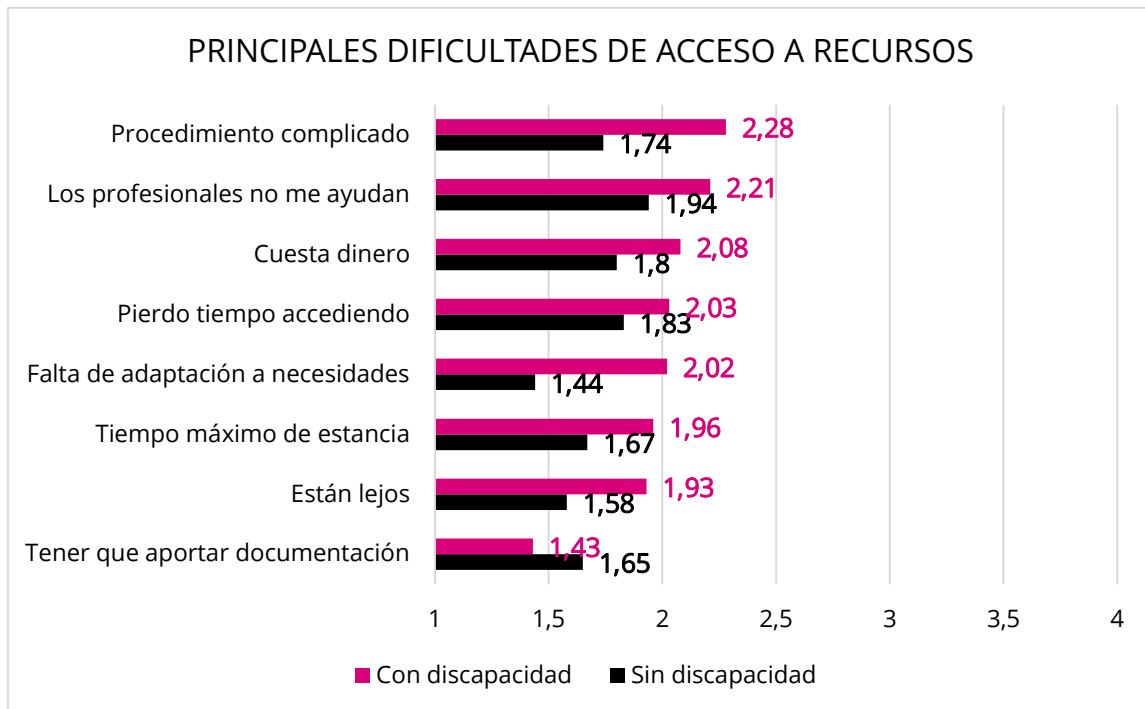
PRINCIPALES DIFICULTADES DE ACCESO A RECURSOS



De manera absoluta, lo que más afecta a las personas con discapacidad son las barreras administrativas (28,2%), las económicas (26,5%), horario, localización y plazas (24,8%) y transporte (23,9%). En cambio, para las que no tienen discapacidad son las económicas (24,1%), administrativas y horario localización y plazas (13,8%), las legales y el transporte (10,3%). Se comprueba que de manera absoluta no existen muchas diferencias en estas prioridades.

En cuanto a las limitaciones, salvo el tener que “aportar documentación”, las personas con discapacidad consideran que tienen más limitaciones que las personas sin discapacidad en sus respuestas. Donde existe mayor distanciamiento entre estos dos grupos es en las preguntas sobre: la adaptación de los servicios (.58 de diferencia), la complicación del procedimiento (.54) y la lejanía del servicio (.34). La menor distancia se da en la pérdida de tiempo de acceso (.20) y tener que aportar documentación, en favor de las personas sin discapacidad (-.22).

Gráfico 46 Diferencias en las principales limitaciones en el uso de recursos para personas sin y con discapacidad.



En una escala de uno a cuatro, siendo 1 no me limita nada y 4 me limita mucho, lo que más limita a las personas con discapacidad es la complejidad de los procedimientos (2,28, entre las respuestas “me limita poco” y “bastante”), la falta de ayuda por parte de los profesionales (2,21), el coste económico (2,08), la pérdida de tiempo de acceso (2,03) y la adaptación de los servicios (2,02). Lo que menos les afecta es la documentación (1,43, entre las respuestas “no me limita” y “me limita poco”). En cambio, para las personas sin discapacidad, lo que más les limita es: la falta de ayuda profesional (1,94), pérdida de tiempo de acceso (1,83) y procedimiento complicado (1,74) y lo que menos les afecta es la adaptación de los servicios (1,44) y la lejanía del servicio (1,58).

Por otra parte, se presentan a continuación los resultados desagregados según el tipo de discapacidad. Los porcentajes representan el número de personas que afirman encontrar cada una de las dificultades, sobre el total de personas con ese tipo de discapacidad. Los tonos rojos indican que un mayor porcentaje de personas que tienen ese tipo de discapacidad consideran el ítem como una barrera. En tonos verdes encontramos aquellos ítems que no representan una gran dificultad para cada uno de los tipos de discapacidad.

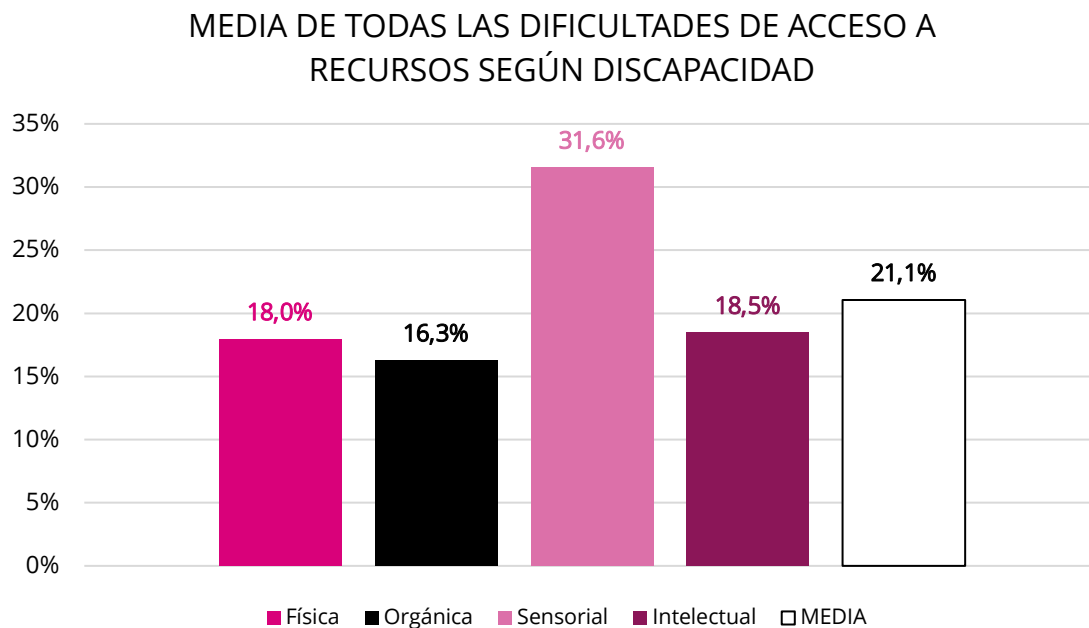
Para las personas con discapacidad física, las principales dificultades se encuentran en las barreras legales, las administrativas, la localización y transporte; para las personas con discapacidad orgánica, las principales barreras se encuentran en las administrativas, legales y de transporte; para las personas con discapacidad sensorial, las principales barreras se encuentran en la localización, horarios y plazas, las barreras administrativas y la vergüenza; y finalmente, para las personas con

discapacidad intelectual, las principales barreras se encuentran en la vergüenza, y las barreras legales y administrativas.

Tabla 11 Porcentaje de personas que consideran el concepto una dificultad.

Dificultades	Física	Orgánica	Sensorial	Intelectual
Barreras administrativas	39%	36%	58%	14%
Barreras legales	42%	36%	42%	14%
Horarios/localización/plazas	37%	14%	67%	12%
Barreras de transporte	32%	29%	42%	9%
Vergüenza	25%	0%	50%	14%
Prejuicios	21%	21%	17%	11%
Barreras arquitectónicas	23%	14%	25%	5%
Barrera económica	16%	21%	25%	5%
Dificultades con las citas	21%	7%	0%	7%
Barreras de comunicación	7%	7%	8%	3%

Gráfico 47 Media de todas las dificultades de acceso a los recursos según el tipo de discapacidad.



En general se constata que las más presentes en todos los casos son las barreras administrativas, que las personas con discapacidad física se ven más afectadas por la localización y el transporte; que las personas con discapacidad sensorial sufren barreras que tienen que ver con la localización y la vergüenza, y las personas con discapacidad intelectual se ven afectadas en mayor medida por aquellas barreras que tienen que ver con la vergüenza y barreras legales.

Además, las personas con discapacidad sensorial encuentran muchas más dificultades para acceder a la atención sociosanitaria en general. Las personas con discapacidad orgánica sienten vergüenza en menor medida (probablemente por tener discapacidades menos estigmatizadoras en la medida que son visualmente menos perceptibles), ya que es más complicado tener prejuicios sobre aspectos no visibles, y las sensoriales no tienen problemas con las citas, debido, probablemente a un acompañamiento social más efectivo por parte de los servicios sociales. Por último, si se calculan las medias de todas las dificultades de acceso a recursos según el tipo de discapacidad, se constata que las personas con discapacidades sensoriales afirman encontrar más dificultades, en torno al 32%, frente al 19% de la intelectual, 18% de la física y 16% de la orgánica.

A continuación, se separan los resultados de las preguntas acerca de las barreras y limitaciones dependiendo del reconocimiento de la discapacidad, en dos grupos: discapacidad reconocida y discapacidad autopercebida.

Las personas con **discapacidad reconocida**:

- ✓ Encuentran menos barreras que las personas con discapacidad autopercebida pero no reconocida.
- ✓ Se ven más afectadas por las barreras arquitectónicas, de comunicación y legales.
- ✓ En cuanto a las limitaciones, consideran que tienen más límites en las siguientes categorías: el tiempo máximo de espera, la falta de ayuda por parte de los profesionales y la pérdida de tiempo en acceder.

Las personas con **discapacidad autopercebida**:

- ✓ Encuentran, en general, más barreras que las que tienen su discapacidad reconocida.
- ✓ Se ven más afectadas por las barreras de prejuicios, localización, transporte, citas, económicas y administrativa.
- ✓ Las barreras de localización, transporte, citas, económicas y administrativas resultan un gran problema para las personas con discapacidad sin certificado ya que precisan muchas veces de ayudas, tanto en forma de prestación (económicas, transporte) como de acompañamiento (localización lejana de los recursos, administrativas y citas).
- ✓ Consideran que están más limitadas a la hora de: aportar documentación, dinero, por la lejanía de los recursos, por procedimientos complicados y por la falta de servicios adaptados a sus necesidades.

Una vez más, sale a relucir la falta de cobertura, tanto económica como de acompañamiento, para las personas con discapacidad sin certificado.

Finalmente, la última pregunta del cuestionario plantea un espacio en blanco donde expresar cualquier tipo de comentario por parte de las personas encuestadas. Los comentarios finales se han dividido en 5 tipos: los que se refieren a trámites y cuestiones burocráticas que necesitan la participación pública, los que se refieren al sistema de atención sanitaria, los referentes a los profesionales, los relacionados con la gestión de centros y otros comentarios generales.

- ✓ **Burocracia:** con diferencia, lo que más afecta a las personas usuarias son las trabas burocráticas. Se solicita más agilidad (7 menciones), así como reducir el tiempo de espera para la prestación por discapacidad o las rentas mínimas (7 menciones). La accesibilidad al transporte público (2), los accesos públicos (4), baños (2) y ascensores del Metro (2) también son muy importantes. Hay además 2 solicitudes de ayudas para el transporte, 2 peticiones de ayuda con la documentación para tramitar la nacionalidad y una solicitud de información sobre la prestación de discapacidad.
- ✓ **Sistema de atención sanitaria:** se destacan 3 menciones a la pérdida de tiempo en el médico/enfermería (donde se exige más rapidez), 2 sobre mejorar el acceso a especialistas, 2 relacionadas con el dilatado tiempo de espera para acceder a residencia y una mención a la gratuidad de la odontología, explicar mejor los informes médicos y detectar a tiempo la discapacidad.
Como puede comprobarse las barreras y limitaciones propias del sistema médico tienen una importancia tal que aparecen como un bloque propio en los comentarios finales de las personas usuarias.
- ✓ **Profesionales:** se trata del tercer grupo de comentarios en cuanto a importancia. Se encuentran 7 menciones pidiendo un mejor trato humano, más especializado y centrado en las necesidades de las personas por parte de las personas profesionales. Por otro lado, se anotan 4 solicitudes de más personal y 5 agradecimientos sobre el acompañamiento en los trámites y una petición abstracta de higiene, seguridad y responsabilidad.
- ✓ **Gestión:** Se encuentran 4 menciones a la flexibilidad de horarios para comer y dormir en los centros, dos menciones relacionadas con mejorar las camas. Finalmente, hay dos peticiones de mejora de la alimentación en el albergue, concretamente se pide menos carne.
- ✓ **Otros comentarios:** Hay 4 peticiones para acceder a más dinero o tener alguna prestación, 3 quejas sobre la dificultad de encontrar trabajo, 2 menciones a “los españoles primero” en la obtención de ayudas, 2 casos donde el profesional ha comentado que sí que tiene discapacidad al rellenar



el cuestionario, aunque la persona usuaria no lo indica al rellenarlo y 2 agradecimientos sobre el sistema de inserción laboral.

ANÁLISIS CUALITATIVO

A) LA INTERSECCIÓN DE VULNERABILIDADES EN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Una vez presentados los datos cuantitativos resultantes del análisis de los cuestionarios, se procede en este epígrafe a presentar la información obtenida mediante las entrevistas a profesionales del ámbito de los servicios sociales y de la discapacidad, así como los *verbatim*s extraídos de los dos grupos de discusión llevados a cabo durante la fase de trabajo de campo de la investigación. El material de análisis está conformado por dos grupos de discusión llevados a cabo en Madrid con personas trabajadoras y otro con personas usuarias organizado en la ciudad de Murcia.

Como se indicó en el apartado sobre los objetivos e hipótesis de la investigación, uno de los propósitos de este informe consiste en aportar información sobre cómo afecta la intersección de distintos factores de vulnerabilidad, como pueden ser la discapacidad y la situación de sinhogarismo, en el acceso a la atención sociosanitaria. Es por ello que, en primer término, se intentará explorar que puede suponer la coexistencia de estas vulnerabilidades en una misma persona.

Como ya hemos afirmado anteriormente son varias las investigaciones que sostienen que las situaciones de exclusión residencial correlacionan con una mayor probabilidad de tener algún tipo de discapacidad (Crawford 2013; Lehman, y otros 1995; Mercier y Picard 2011). La exposición continuada a los factores ambientales, las condiciones de insalubridad que puede suponer vivir en casas abandonadas o en lugares no adecuados como residencia, la exposición física a ataques violentos o delitos de odio que supone la vida a la intemperie²¹, pueden configurarse como factores que multiplican las probabilidades de adquirir discapacidades físicas.

[ENTREVISTADO n°6] Claro. Vivir en un... bueno, no sé cómo lo llamáis aquí, chupana, que es una casa ocupada que está en condiciones... pues fatales. Que se te caiga el techo, que se te caiga una pared. Que estés durmiendo y te... pues te ataque un animal. O sea, quiero decirte un roedor, que te... ¿sabes? Que eso... jolín, que dices tú, estamos en el 2018. Pero eso pasa, ¿no? Esa insalubridad, digamos. [...] también relacionados con su ámbito de vida. Es decir, una persona que consume, cruce una, cruza una calle sin mirar y se lo llevan por delante. Se lo llevan por delante y se rompe la pierna. ¿Y luego qué hace con esa pierna rota? ¿A dónde va a curarse? ¿Cómo se va a ir a la casa esa que es un chupano? Que tiene humedades, que no cierra, que hay corrientes, que hace frío. Que, que es un foco de infecciones, ¿no? Es insalubre. Una palabra. Claro, claro, todo eso... al final, lo que nos puede ocurrir a todos y a todas, que en un momento dado podamos tener un accidente, algo tan tonto como tropezarnos con una escalera y caer tú torcerte un tobillo.

²¹ <http://hatento.org/> Observatorio de Delitos de Odio contra Personas sin Hogar. Accedido el 20/12/2018. "El 47% de las personas sin hogar ha sufrido delitos de odio".

Una persona que está en exclusión social eso supone pues una mayor problemática, ¿no? [...] ese tobillo no curado. O no curado bien. Que a lo mejor en cinco años no pasa nada, pero en siete, ocho años, eso... esa lesión degenera y se acaba en muletas, ¿sabes?

También encontramos discursos de profesionales que responsabilizan a los individuos de la aparición de discapacidades sobrevenidas a causa de *los estilos de vida* y las conductas de riesgo asociadas. Este tipo de discursos marcan una diferencia clara entre las personas que tienen una discapacidad congénita de aquellas en las que la discapacidad es sobrevenida en cierto momento de sus vidas.

[ENTREVISTADO n°2] *Hombre, claro; es decir, si tú quieres estar bien, tendrás que estar bien tú, porque el problema lo tienes tú. Ah... Ellos están acostumbrados a dejar el problema al otro... (4). Entonces... Si no responsabilizamos a las personas en que tienen que ser autónomos y tienen que gestionar su propia vida como la gestionamos cualquier hijo de vecino... (3). No les vamos a poner un tutor a cada uno...*

[ENTREVISTADO n°2] *A ver, hay gente que ha tenido mala suerte, realmente, y han nacido estrellados. [...] es...enfermedades ya... en la infancia o que tengas un déficit de tipo genético y [...] y eso es el infortunio, ¿no?, de decir, bueno, eso es infortunio de verdad; y otra gente es que ha opositado al infortunio. Se ha pasado la vida opositando.*

La discapacidad también puede operar, en sentido contrario, como catalizador de la situación de sinhogarismo o, al menos, aportar una alta capacidad explicativa en algunos de los itinerarios hacia situaciones de exclusión residencial.

[ENTREVISTADA n°9] *A ver, al igual que con el tema de las adicciones, yo creo que es complicado saber si puede ser una causa o una consecuencia o ambas cosas o depende de cada caso, pero es verdad que posiblemente en algunos casos el tener una persona una discapacidad le puede costar una adaptación a una vida normalizada y puede llevarla a una situación de exclusión.*

Es complejo establecer una posible relación de causalidad entre la discapacidad y el sinhogarismo ya que la coexistencia de ambas vulnerabilidades no es percibida ni abordada por la red sociosanitaria asistencial de forma independiente, sino como un continuo de exclusión en el que la discapacidad se subsume en la situación social de la persona.

[ENTREVISTADA n°9] *Entonces yo creo que sí, que habría que pararse mucho, mucho, mucho, en ese colectivo y lo primero hacer estudios donde se vea el porcentaje de personas con discapacidad que pueda haber porque me temo que es uno de los colectivos que puede tenerla más elevada y, sin embargo, está todo hecho como en el mare magnum en el que la persona sin hogar está ahí, está como ida en un rincón y está... y sí, posiblemente sea un colectivo que lo tengan muy acusado, por lo que hemos hablado al principio ¿no?, porque puede ser la causa y puede ser también la consecuencia del desgaste que supone la calle.*

La discapacidad genera un factor añadido de vulnerabilidad al verse asociado a estas situaciones de exclusión residencial. La acumulación de ambos factores podría

generar una exclusión interseccional de mayor gravedad e intensidad que cuando estas vulnerabilidades se presentan de forma aislada. La presencia acumulada de diferentes factores de exclusión como la discapacidad, o las adicciones, a las situaciones de sinhogarismo, tendrían un efecto multiplicador de las consecuencias negativas en la medida que concentran necesidades simultáneas junto a un entramado de recursos sociosanitarios incapaz de dar respuesta integral a la presencia sincrónica de estas.

[ENTREVISTADA n°7] Pues, a ver, a nivel sanitario, en general, las personas sin hogar tienen como... su salud está, para la edad que tienen, más dañada que lo que debería. Generalmente es como si, es como si estuvieran mucho más... bueno, como si, no. Están mucho más deteriorados de lo que les correspondería estar en principio por su edad. Entonces sí que aparecen muchas discapacidades físicas y, también, muchas de deterioro cognitivo.

Los tipos de discapacidad que tienen las personas en situación de sinhogarismo son múltiples y variados, no obstante, varios profesionales han afirmado que muchas de las discapacidades con las que se encuentran en los recursos en los que trabajan son recurrentes. Así, las condiciones materiales de existencia, asociadas a las situaciones de exclusión residencial más graves, podrían estar relacionadas con una mayor prevalencia de ciertos tipos de discapacidad en el colectivo. Si bien es cierto que determinadas discapacidades físicas de tipo grave o muy grave asociados con niveles de dependencia muy altos son incompatibles con las situaciones de exclusión residencial también más graves; algunas de las discapacidades de tipo físico podrían estar relacionadas directamente con la exposición continuada a situaciones de sinhogarismo.

[ENTREVISTADA n°7] Efectivamente. Estar sin hogar requiere que muchas veces no acceden a la red sanitaria de ningún tipo porque no se alimentan bien, no tienen higiene del sueño, no tienen hábitos sanos ni saludables, con lo cual eso puede agravar la situación. Si ya tenían una discapacidad la puede agravar y si no la puede provocar.

Los altos niveles de exposición constante al estrés, que puede generar la incertidumbre diaria y la privación material que supone una vida sin un espacio de seguridad y refugio, pueden ser elementos con capacidad explicativa en el origen de algunas de las discapacidades con mayor prevalencia entre la población en situación de sin hogar.

[ENTREVISTADO n°4] Yo creo que eso es así, porque ya... es conocido que situaciones de estrés, situaciones en las que la persona sufre más, son unos factores de riesgo para que la persona tenga más enfermedades, igual que la reducción de la esperanza de vida.²²

²² https://elpais.com/ccaa/2016/06/28/valencia/1467127358_101021.html "su esperanza de vida es 30 años inferior a la normal", El País, 29 de junio de 2016. Accedido el 17/10/2018.

La exposición continuada a condiciones extremas, unido en ocasiones a la falta de adherencia a los tratamientos o el abandono de estos, aceleran el proceso degenerativo de las enfermedades ya existentes o provoca enfermedades nuevas. En ocasiones, pueden incluso suponer la aparición de nuevas discapacidades que potencian los efectos negativos de enfermedades preexistentes, y aceleran el proceso de degradación física.

[ENTREVISTADA n°7] No, pero una persona que tiene un problema de alcohol que, además, es diabético pues se potencia, digamos, las lesiones que se crean en su sistema nervioso y, a la hora de cicatrizar úlceras, que eso a la larga puede llevar a la amputación de un miembro. O el hecho de un, de tener dañado el sistema nervioso por un alcoholismo crónico también genera pues un, una dificultad en la marcha o una ataxia o... pues un problema... en piernas y brazos...

Según nos indican los profesionales entrevistados, las discapacidades de tipo psíquico asociadas a problemáticas de salud mental son algunas de las más frecuentes entre la población que sufre situaciones de exclusión residencial. En este tipo de discapacidades interactúan distintos elementos que se influyen e interrelacionan entre sí. El sinhogarismo y la discapacidad pueden ser causa y consecuencia indistintamente. Las discapacidades pueden generar situaciones de exclusión que impiden una vida normalizada convirtiéndose en catalizadores que precipitan las situaciones de calle. La existencia de redes de apoyo familiar comprensivas y conscientes de las necesidades especiales que comporta la salud mental son esenciales para amortiguar las consecuencias perniciosas de las patologías mentales. Cuando el entorno familiar carece de estas herramientas y habilidades, los procesos de acompañamiento familiar pueden ser sustituidos por el estigma y el desconocimiento, lo que puede generar conflictividad en el hogar que, en última estancia, podría provocar la expulsión de la vivienda. Este sería uno de los itinerarios donde la discapacidad parece operar como causa de una situación de exclusión residencial.

[ENTREVISTADA n°11] Sí. Yo creo que sí. Sí, porque, muchas veces... Bueno, yo, por lo menos, aquí, sí que he visto, que, a veces, personas que tienen enfermedad mental... Lo que pasa es que a veces, pues hay familias que sí que conocen lo que es la enfermedad e intentan buscar los apoyos y los recursos, ¿no?, para entender y... ver lo que le pasa; pero hay personas que no ven que esa persona lo que está es enferma, ¿vale? Entonces, al final, esa persona lo que termina es... que la echan de casa, ¿no? O sea..., yo tengo, también, un chico... así..., veintinueve años...

[Entrevistadora] Madre mía.

[ENTREVISTADA n°11] ... y la familia le ha echado de casa porque la familia tampoco..., ni entiende la enfermedad ni tiene habilidades para entenderla

[Entrevistadora] Claro.

<https://www.europapress.es/sociedad/noticia-esperanza-vida-hogar-20-anos-menor-afirma-caritas-20131118125419.html> "La esperanza de vida de las personas sin hogar es 20 años menor, afirma Cáritas", Europa Press, 18 de noviembre de 2013 Accedido el 17/10/2018.

[ENTREVISTADA n°11] *¿Vale? Y, entonces, claro, hacen que ese chico no se pueda integrar en la familia, porque ese chico, pues yendo a un centro de día..., tipo AFES [Asociación de Familias y Personas con Enfermedad Mental]... o demás... y su apoyo y su medicación y demás..., podría estar perfectamente integrado en la familia. Pero, si la familia... no es capaz de..., no tiene habilidades suficientes como para afrontar esa enfermedad, ¿vale? Bien porque hay un cierto retraso..., que a veces lo hay, ¿no?, por... cultural..., ambiental..., ¿vale? Hace que ni la persona no se..., no puedan entender a esa persona, su comportamiento, las actitudes que está teniendo y demás..., termina en la calle. O sea, el chico este terminó en la calle. Además, él no se lo perdona a la familia porque lo han echado de su casa...*

Cuando la situación de exclusión residencial ya existe, esta puede funcionar como un condensador o acelerador en la aparición de discapacidades. Lo que hemos constatado es que existe una estrecha relación sinérgica entre ambas. En esa relación entra en juego un nuevo elemento que, aun siendo en ocasiones funcional para las personas que experimentan exclusión residencial, puede agravar y precipitar estos procesos. El desgaste emocional al que se ven sometidas las personas en situación de sin hogar puede estar vinculado a una alta exposición a niveles de estrés originados por la incertidumbre que les provoca su situación. La inseguridad y la exposición ambiental que suponen las pernoctas en calle, pueden convertir el consumo de tóxicos en funcional.

[ENTREVISTADO n°9] *Sí. Está muy relacionado el tema de adicciones con las personas sin hogar y con la discapacidad. De hecho, nuestro recurso lo contempla así ¿no? Porque es un círculo vicioso al final y algo que se retroalimenta. Mantenerse en calle es muy duro, consumir alcohol y drogas te anestesia en ese sentido y te permite sobrevivir o mal vivir. Eso te puede generar una discapacidad si ya tenías un problema de salud física o mental la calle te lo va a agudizar, la adicción te lo va a agudizar, es decir, son tres factores muy relacionados.*

El alcohol, y otras drogas, pueden amortiguar o difuminar la percepción de una experiencia traumática que se repite día tras día sin posibilidad aparente de cambio. Es precisamente bajo estas condiciones extremas donde los consumos evitativos de tóxicos despliegan mayor significación. Estos consumos pueden tener su funcionalidad, pero no dejan de provocar consecuencias negativas. La exposición constante a estos agentes tóxicos puede generar, a la larga, un deterioro cognitivo que, eventualmente, puede convertirse en una discapacidad psíquica.

[ENTREVISTADO n°9] *A ver, una persona sin hogar está expuesta a agresiones físicas y también está viviendo un estrés emocional muy intenso por miedo, por inseguridad. Eso le hace pues no descansar, no dormir... Y eso le hace, a nivel mental, por ejemplo, un desgaste muy severo. Normalmente suelen paliar, a veces en ocasiones, suelen paliar ese estrés y esa situación consumiendo drogas y alcohol, por lo cual más deterioro cognitivo y más propenso a tener una discapacidad. Y luego pues el tema de las agresiones me imagino que también hacen que, a nivel físico, bueno pues no se alimenten bien, no descansan. A nivel físico pues también hay un deterioro importante que les puede producir un problema físico y llegar a una discapacidad también por ahí.*

La conjunción o acumulación de diferentes factores de vulnerabilidad como la adicción, la discapacidad y la situación sinhogarismo, puede facilitar la aparición de otras discapacidades de tipo físico asociadas. Como afirmaba una profesional sanitaria del ámbito social, las discapacidades derivadas de polineuropatías alcohólicas pueden cursar con falta de sensibilidad en las extremidades inducida por afectaciones neuronales que a su vez podrían generar lesiones, quemaduras o heridas derivadas de la falta de sensibilidad. La ausencia de tratamientos o la falta de adherencia a los mismos puede provocar que esas lesiones no curadas degeneren en problemas físicos que podrían acabar en última instancia en una discapacidad de tipo físico, como las provocadas por ejemplo por la amputación de miembros. También son habituales las discapacidades sensoriales a nivel visual provocadas por neuropatías derivadas de diabetes no controladas.

[ENTREVISTADA n°7] Que eso es lo que nos encontramos por, pues, sobre todo, por el tema del consumo de drogas y alcohol. Hay deterioros cognitivos, demencias. Eso, sobre todo, en la parte más, más intelectual. Y luego en la parte física pues también. Son personas que, debido a que no se han cuidado durante muchos años, han tenido consumos de drogas elevados, pues tienen desde polineuropatías alcohólicas. Que no pueden caminar bien, tienen problemas en la marcha; que tienen discapacidad, pues eso, en las manos. Que no tienen sensibilidad. Entonces, pues se queman, se dan golpes y no las, no los sienten, pero se le infectan. Eso también es una discapacidad. Discapacidades también visuales. Muchas veces por diabetes no controladas de muchos años que, obviamente, le afectan a la vista a la misma vez que a nivel neuropático, también. Muchas veces, se suman el tema de consumo de drogas con la enfermedad, con la enfermedad crónica y es como que, como que avanza mucho más la consecuencia, las secuelas que tienen. Y luego a nivel físico, también, pues nos encontramos personas pues que no pueden caminar bien. Necesitan andadores o sillas de ruedas. Pues ya sea por, eso, porque su enfermedad ha evolucionado a lo mejor más rápido por no haberse cuidado por haber tenido las condiciones que tienen de vida en la calle.

Los recursos generalistas no están preparados para cubrir las múltiples necesidades simultáneas de personas en las que interseccionan discapacidades y situaciones de sinhogarismo. Las discapacidades psíquicas que se relacionan con patologías de salud mental encuentran difícil encaje en estos recursos que, generalmente, se encuentran masificados y con espacios convivenciales en los que la intimidad es prácticamente nula. La adaptación a estos espacios es aún más difícil para personas con problemáticas de salud mental que demandarían espacios que les permitiesen despreocuparse de lo externo para centrarse en sus procesos internos de recuperación.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADO n°2] Es, es verdad. O sea, una persona con problemas graves de salud mental a la que le pones a dormir con mucha gente. En el que todos los espacios son comunes. A comer con la gente, a ducharse con la gente, a todo, todo, todo con mucha gente acaba [...]. Sí. O sea, porque el espacio de intimidad es casi nulo. O sea, entonces es verdad. Por ejemplo, una persona con problemas de

discapacidad pues es difícil que se adapte a estos equipamientos masificados. Y más los de primera necesidad.

La falta de recursos económicos también intensifica las consecuencias de la discapacidad. En ocasiones la imposibilidad de pagar los tratamientos o de adquirir prótesis o soportes de ayuda agrava esas consecuencias.

[ENTREVISTADO n°8] Pues una persona que por ejemplo necesite...hablamos antes de una persona por ejemplo que necesite apoyo profesional, pero una persona que necesite unas gafas, unas simples gafas progresivas que valen 800 euros o una persona que necesite una prótesis dental para conseguir comer, lo mismo, son cosas que no cubre la seguridad social. O una silla de ruedas con motor, por ejemplo, se ha dado un caso de que ha costado mucho papeleo y muchísimos meses para que la persona pueda moverse por la ciudad con su silla de ruedas el solo porque una silla de ruedas para llevarla sin motor es muy costoso y limitante, es decir, no puedes irte muy lejos. Eso por ejemplo son limitaciones a nivel de dinero.

El factor de vulnerabilidad social que genera la exclusión residencial en muchas ocasiones no es tenido en cuenta dentro de los baremos de puntuación, como una situación que puntúe más para el acceso a plazas o empleo protegido. Sí se tienen muy en cuenta la discapacidad o las situaciones de dependencia, pero poco las problemáticas sociales, de forma que las personas en situación de exclusión social severa encuentran complicado acceder a las plazas disponibles al carecer de prioridad frente a otras circunstancias.

Algunas de las personas trabajadoras en recursos pertenecientes a servicios sociales afirman que, desde el Sistema Nacional de Salud, existe una desconexión evidente, y un alejamiento sustancial, de las realidades vitales de las personas que sufren sinhogarismo. La vida en la calle es una vida de privaciones, en la que se prioriza entre lo básico y lo accesorio. La inestabilidad e incertidumbre que puede generar la dureza del entorno de calle provoca un proceso de redefinición de necesidades que hace que cuestiones esenciales como la salud sean reevaluadas pasando a un lugar secundario que puede hacer que cuestiones leves pasen a ser graves por dejarlas en el tiempo.

[ENTREVISTADA n°12] No la tienen. Una persona en situación de calle tiene puestas todas sus energías en sobrevivir, en conseguir comer, en que no le roben, que no le peguen, que no le ataquen. Se encuentra en una especie de jungla.

La privación que sufren estas personas y los recursos limitados que poseen, son realidades obviadas a diario por muchos profesionales y recursos de la red de atención sociosanitaria.

[ENTREVISTADA n°12] Se hablan idiomas diferentes. La persona que está en calle tiene unas necesidades muy concretas, tiene una necesidad de alojamiento, comida, de protección, de higiene...

El Sistema Nacional de Salud propone la prescripción de tratamientos estandarizados que se alejan de las necesidades individuales de estos pacientes. El concepto homogeneizador de la universalidad de la atención sanitaria provee de la misma atención a todas las personas, sin tener en cuenta que un sistema que no se adapta a las necesidades de todos y todas no puede ser universal. La prescripción de tratamientos estandarizados, que obvian las condiciones de privación material y precariedad que sufren las personas con exclusión múltiple, dificulta mucho la adherencia o seguimiento de los mismos.

[ENTREVISTADA n°12] que eso no es lo que normalmente está viendo el médico de atención primaria, que tiende a pensar «esta persona necesita hacerse una analítica en sangre cada tres meses, tomarse el hipotensor y controles de tensión semanales».

El estigma que puede generar en ocasiones el aspecto físico de personas en situación de exclusión residencial provoca barreras de acceso desconocidas para el resto.

[ENTREVISTADA n°12] ¿controles de tensión semanales al señor que duerme en el parque, que está lleno de mugre y le dices que entre a la farmacia a tomarse la tensión cuando a lo mejor el farmacéutico ni le abre la puerta?

La carencia de un hogar con electricidad impide contar con un sistema de refrigeración donde guardar la insulina para una persona diabética, la inseguridad constante en la calle implica una probabilidad mucho mayor de sufrir agresiones o robos.

[ENTREVISTADA n°12] Si eres diabético y vives en calle, ¿dónde guardas la insulina? ¿Y cómo acarreas tu medicación si hoy duermes aquí y mañana allí y te quedas dormido porque, además, el que está en calle bebe, se emborracha, le roban?

B) PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICAS DE LOS SERVICIOS QUE PUEDEN DIFICULTAR SU USO O LIMITAR EL ACCESO

En este apartado presentaremos las barreras de acceso a recursos sociosanitarias detectadas en esta investigación. Presentaremos la información categorizándola en torno a cuatro niveles diferenciados. Barreras estructurales y sistémicas, barreras institucionales y legislativas, barreras en los propios recursos y barreras que operan a nivel individual.

1) Barreras estructurales y sistémicas.

Se presentarán en este epígrafe aquellas barreras encontradas en la investigación que pueden suponer un déficit en el acceso al espacio sociosanitario. En las

siguientes páginas se expondrán cuáles son los elementos sobre los que sería necesario trabajar para conseguir un espacio estructurado, coordinado, viable y sostenible con capacidad de dar una mejor respuesta a las necesidades de las personas.

A) La coordinación sociosanitaria

Uno de los discursos más presentes en esta investigación, y que representa una de las barreras estructurales más mencionadas, es la falta de articulación y coordinación eficaz entre la red de servicios sociales y la de atención sanitaria. Lo que ya ha sido puesto de manifiesto en otras investigaciones previas (RAIS 2009), vuelve a aparecer como uno de los mayores retos. El equipo de profesionales entrevistados percibe problemas de coordinación entre la red sanitaria y la social. **Se constata una falta de dispositivos, herramientas y procedimientos para un conocimiento mutuo y coordinación entre ambos sistemas.**

[ENTREVISTADO n°3] Exacto. Específico..., y hay un proyecto común de funcionamiento. Pero, fuera de eso, no..., no... O sea, con la red de salud pública ordinaria no hay ningún... Es una pelea que hay desde hace muchísimos años que se debería de establecer ahí un..., algún..., algunos criterios de coordinación y de funcionamiento que nos faciliten el trabajo a las dos partes, porque ellos también, muchas veces, se ven que tienen usuarios... de calle... o con perfil... sin techo, que tienen que atender, que tienen que dar altas, que acuden a... recursos, como nosotros, para... poder dar esas altas o... Entonces, pues ahí se establecen dificultades...

La presencia combinada de determinados factores de vulnerabilidad en la misma persona puede implicar necesidades simultáneas de atención social y sanitaria. Esto genera dificultades en el abordaje de la problemática en la medida en que el sistema adolece de recursos integrales que traten ambas vulnerabilidades.

Se aprecia, por tanto, en primera instancia, una problemática en los canales de derivación y, en segundo término, una falta de **recursos integrales** que den respuesta a la prevalencia de problemáticas múltiples. El sistema sociosanitario compartimenta vulnerabilidades asociadas mediante sistemas de acceso a sus recursos vinculados a perfiles de entrada muy rígidos y específicos. Esto provoca abordajes parciales que sólo contemplan su ámbito de actuación y que conciben las necesidades simultáneas que demandan sus clientes, como aspectos separados e inconexos. Son pocos los recursos en los que se ofrece una atención holística y ajustada a las necesidades específicas de cada persona.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADA n°6] En el momento en que la persona sea de por sí una discapacidad con una dificultad o circunstancias, cuando esas discapacidades son de diferente índole y que implica, a su vez, diferentes recursos; drogas, por un lado; salud, por un lado; [...], por otro lado, ya la, el caos es tremendo y la sensación, bueno, la realidad de lavarse las manos y decir «es más de tal, es más de cual, es más de drogas» porque realmente la [...] es nula y yo, por ejemplo, puedo

atender a este colectivo, pero como tiene más discapacidad o tiene más, otras dificultades, no le atiendo. Entonces, quedan desamparados.

Por ello es necesario generar **recursos especializados** que contemplen las necesidades altamente complejas que requieren las personas con vulnerabilidad múltiple. Es especialmente urgente en los casos en los que existe una problemática de salud mental, pues la falta de información integrada somete a los pacientes a situaciones poco respetuosas con sus procesos. La peregrinación por diferentes recursos implica la repetición de pruebas diagnósticas y la narración constante de circunstancias traumáticas que pueden suponer procesos dolorosos para el paciente o la paciente.

[ENTREVISTADO n°4] Supone que la persona te haya contado la misma historia cuatro veces, y eso me parece una tomadura de pelo... Es decir, «yo te he contado la historia ya a ti..., o sea, me da igual que tú trabajes en Zona Franca, que trabajes en Nou Barris, vosotros la tenáis que saber porque no soy una grabadora... Macho, o sea, es decir..., no voy a contar mis penurias cuatro veces». Me parece... No me parece respetuoso para la persona. Y luego [...] como a los profesionales, por ver... un poco el seguimiento, ¿no?, de la persona. Un poco..., tener un poquito más de información..., apoyarte un poco en lo que opina el compañero. Y si ya hacemos una [...] algo a nivel de traspaso de información entre lo social, sanitario y judicial..., eso ya sería la leche. Bueno, creo que... avanzaríamos muchísimo.

Se demanda la posibilidad de que exista un **sistema de atención coordinada** y eficaz entre ambas redes. Como afirmaba la siguiente persona trabajadora, la solución se plantea a través de dos vías diferenciadas. O la correcta integración de un espacio sociosanitario común mediante interdependencias y sinergias entre ambos, o la creación de recursos específicos integrales que den respuesta a las personas con necesidades simultáneas.

[ENTREVISTADO n°3] El arreglo se plantea por dos... vías. Una: o hacemos esto de crear vínculos, lazos y esa interconexión con la red de salud, o... desde los servicios sociales se crean centros específicos para atender esas necesidades, que es otra de las situaciones que... Eso también... es una demanda que, desde aquí muchos compañeros míos, a nivel... gestores de otros servicios, pues son cosas de las que hablamos. Pero, claro, a nivel de servicios sociales, la implicación debe de ser de servicios sociales. Si ya se meten a cubrir o plantean recursos de salud, pues... nunca se van a crear esas..., esos lazos, esas conexiones con la red de salud, porque..., bueno, la situación ya está... solventada, entre comillas.

Algunos profesionales reflexionaban sobre la **carencia de conocimientos** que existen entre las funciones, competencias, dificultades y potencialidades de los diferentes recursos existentes en ambos sistemas. Se demanda el uso de los **espacios de coordinación** como elementos que permitan el conocimiento mutuo como estrategia para ofrecer actuaciones más eficaces.

[ENTREVISTADA n°2] Yo creo que los espacios de coordinación y los espacios en donde... desde las gerencias dicen: «Sentaros para hablar de esto...», o desde abajo se aprieta para que arriba [...]: «Sentaros para hablar de esto» son los espacios que sirven para hacer pedagogía. O sea, los mismos espacios de coordinación son los que sirven para hacer...

[ENTREVISTADA n°1] Sí...

[ENTREVISTADA n°2] ... pedagogía.

[ENTREVISTADA n°1] Al final, es abrir dos puertas, ¿no?, y un conocimiento mutuo de recursos, porque hay veces..., hablamos, un poco, sin conocer bien qué está haciendo el... compañero. A mí me parece muy interesante que..., ¿no? A veces...

[ENTREVISTADA n°2] Sí... Sí...

[ENTREVISTADA n°1]... hemos ido... a espacios de coordinación en los CAD... o en donde sea, y sí que nos pasa que... los equipamientos de la... Bueno, los equipos que trabajamos para las... personas que están en situación de sinhogar, a veces son los grandes desconocidos del... resto de...

[Entrevistador] Sí, del resto de servicios [...].

[ENTREVISTADA n°1]... recursos, ¿no? [...]. Y, entonces, pues bueno, está muy bien que nos puedan conocer con un poco de profundidad, ¿no?, que sepan lo que hacemos, lo que no hacemos, lo que no podemos hacer, lo que podemos llegar a hacer... Que conozcan, también, cuáles son... nuestras limitaciones, ¿no?

La **carencia de sistemas de información integrada** entre lo social y lo sanitario genera canales de **comunicación deficitarios** entre ambos sistemas. Esos déficits de información repercuten sobre la calidad en la atención que se está ofreciendo. Las valoraciones de perfil y el dimensionamiento de las necesidades de las personas que se hace desde un sistema, en ocasiones no es el adecuado para los servicios de la red donde son derivadas estas personas. Esto genera atenciones parciales a necesidades complejas y en ocasiones genera la itinerancia por diferentes recursos que no consiguen dar respuesta de forma integral a las necesidades de la persona.

[ENTREVISTADO n°3] Mira, lo que supone es que... nosotros... Se establece como imprescindible, por ejemplo... Claro, dentro del servicio residencial nuestro, que es quizá el que más..., el que más impacto pueda tener a nivel de... el tema sanitario, es que todos los usuarios que accedan aquí tienen que pasar, traer..., o sea, aportar una información médica. Si no se aporta información médica, el usuario es un..., ese informe no se valora para poder acceder aquí. Incluso, sí... se hace que la persona pueda venir aquí, al centro, a hacer una valoración médica con el equipo médico del servicio, todo esto... son actuaciones que se han ido planteando a lo largo del tiempo, precisamente, por la carencia que hay a nivel de salud, porque antiguamente esto no pasaba, ¿no? O sea, el usuario venía aquí con el informe social de derivación del profesional derivante y te lo encon..., y el día que te lo encontrabas aquí, pues... te podrías llevar la sorpresa de que esa persona que iba a acceder a tu servicio, pues traía una... serie de patologías y una serie..., y había una serie de dificultades en las que tú, como... profesional, veías que tu servicio no le iba a poder dar respuesta.

Otro de los **dispositivos de coordinación** entre redes más demandado es un historial unificado o el **expediente único sociosanitario**, que facilite la coordinación y el

conocimiento de las situaciones en las que confluyen factores de vulnerabilidad que implican la atención de la red sanitaria y social.

[ENTREVISTADO n°3] *No hay... No hay un cruce de esa información...
[Entrevistador] Es... no sé si eso aquí también sucede..., y ¿cuál es..., ¿cuáles son...?, ¿no?
[ENTREVISTADO n°3] [...]. Sí, sí. No, no. Son... Aparte, la red... sanitaria es una red muy blindada en ese sentido. En ese sentido no... No hay ningún tipo de... coordinación. Es que es verdad, es una cosa que... hace yo ya... recuerdo... este tema... hablarlo desde hace muchísimos años... Y debe de ser algo complicado de hacer a otras esferas, evidentemente, ¿no? Nosotros somos... Al final, estamos aquí en el... campo de batalla, y, por encima nuestro, hay... muchos pisos más que es donde se tienen que gestionar esas situaciones. Esas..., esas actuaciones y esos planes de intervención común... Supongo que... debe de haber muchas dificultades y... es un tema complicado, ¿no? Pero...*

Las personas que trabajan en los recursos de la red vinculada a servicios sociales dudan del funcionamiento de un protocolo de alta hospitalaria si se comprueba la coexistencia de factores de vulnerabilidad sanitarios y sociales. Según trasladan algunas personas trabajadoras se están produciendo altas hospitalarias que no tienen en cuenta las necesidades sanitarias de personas en situación de exclusión residencial.

[ENTREVISTADO n°9] *No existe un protocolo, vamos no creo que exista un protocolo porque, aunque hay trabajadoras sociales en los hospitales...o no funciona el protocolo; o no existe o no funciona. Yo creo como que más se está como construyendo desde la iniciativa desde el propio profesional, yo creo que ellos no tienen claro el protocolo o no existe porque las personas que acuden desde [...] acudían, la ingresaban y cuando les daban el alta se iban a la calle y fin de la historia, o sea, no se contempla o no se pone en marcha algo que impida que eso sea así. La persona sale del alta, pero sale con una escayola y se va a la calle o sale con que tiene que estar en reposo y se va a la calle.*

También se percibe un déficit de coordinación entre las administraciones y los profesionales implicados en la atención. La coordinación entre administración y diferentes recursos es valorada como deficiente y unidireccional. Se destaca la **ausencia de protocolos específicos de comunicación y colaboración** entre los recursos asistenciales de la red de servicios sociales y la administración.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADO n°4] *Yo no, yo noto una coordinación... a grandes rasgos, no existe una coordinación, la coordinación deseable. Pero sí que, entre entidades, es mucho más fácil. Pero hay una ruptura, una gran diferencia con respecto a la administración. Pero una diferencia bastante grande.*

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADO n°4] *No han levantado nunca el teléfono, como decía la entrevistada n°7, para coordinarse con algún caso con nosotros. Nosotros siempre somos... por lo menos, en mi caso. En mi caso, quienes... nosotros levantamos el teléfono para contactar con administración para preocuparnos por una persona. Por un caso, por hacer ese seguimiento. Pero la administra, no recibimos llamadas por parte de la administración, sabiendo, incluso... hay casos en los que son personas con una gran trayectoria de sinhogarismo y conocidas por la entidad y no existe esa coordinación por*

parte de la administración. De ningún tipo. Y, un poco... como estaba diciendo ese caso concreto, ¿por...? ¿Dónde estábamos, en concreto, con...? O sea, estábamos hablando de la coordinación... vale. Es que la coordinación, por lo menos en la ciudad de Murcia, es que yo hablo de la administración que conocemos, es muy deficiente.

Por tanto, otra de las barreras detectadas a nivel de coordinación sería la **inexistencia de un circuito común de registro de la información entre ambos sistemas**. La posibilidad de una plataforma o dispositivo que permita compartir información sobre diagnósticos, tratamientos, pautas de medicación o necesidades especiales, entre ambas redes podría ser un buen mecanismo que limite el impacto de esta falta de coordinación.

[ENTREVISTADA n°7] *«Ah, pues no sé, el médico me ha dicho... no sé, no me acuerdo. Por la mañana y por la noche. O por la mañana. No lo sé». Y, a lo mejor, no lo han escrito. O no han devuelto tampoco una coordinación con nosotros. Pues nosotros, que estamos como apoyo a la persona, concretamente a lo mejor yo, llamo al médico para establecer una coordinación con él. Que me diga exactamente «mira, ¿qué pautas? Esta persona que ha estado ahí esta mañana, ¿qué tipo de...? ¿Cómo se tiene que tomar esto? ¿Cuántos días?» «Por qué no se lo has dado por escrito y tal»*

A la compartimentalización ya mencionada entre la problemática sanitaria y social se le añaden los rígidos criterios de entrada del perfil en los recursos. En muchas ocasiones la intersección de varios factores de vulnerabilidad provoca la exclusión en el acceso al recurso, o la expulsión de este cuando aparece o se descubre una de esas vulnerabilidades, como puede ser la adicción. Esto en ocasiones genera una itinerancia por distintos recursos de la red que, generalmente, sólo pueden cubrir las necesidades de las personas de forma parcial.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADO n°4] *O sea, estábamos hablando de la coordinación... vale. Es que la coordinación, por lo menos en la ciudad de Murcia, es que yo hablo de la administración que conocemos, es muy deficiente y, en concreto, por ejemplo, con las personas con discapacidad intelectual que se encuentran en situación de sin hogar, están totalmente desprotegidas. Son el colectivo más vulnerable dentro del colectivo de personas en situación de exclusión. Y los casos concretos que se me vienen a la cabeza actualmente son personas con discapacidad intelectual y, en algunos casos, con... que sufren también algún tipo de proceso de adicción. Entonces, son procesos que van rodando por recursos de una forma en la que... yo llevo cinco años y con, entro en 2013 en la entidad, conozco un caso y ahora, a día de hoy, sigue en una situación similar. Porque nadie ha sabido responder a una necesidad tan específica como la necesidad de una persona con discapacidad intelectual y que sufre también un proceso de adicción.*

En este sentido, el sistema no ofrece de forma general de recursos integrales que aborden la coexistencia de varios factores excluyentes en la misma persona. Por ejemplo, como ya se ha señalado, la prevalencia de problemáticas de salud mental y situaciones de sinhogarismo dificulta la entrada a recursos de la red sanitaria

priorizando en primera instancia la resolución de la problemática social antes que la sanitaria.

[ENTREVISTADO n°6] *La gran dificultad que hay a la hora de abordar problemas de salud mental desde, desde la calle o desde trabajo con sin hogar, ¿no? Una persona sin hogar con problemas de salud mental es muy complicado. Por qué, por la extrema... y hablo de mi experiencia, extrema rigidez del sistema sanitario. [...] Está muy medicalizado. Y cuando hablamos de me, de, del mundo medicalizado hablamos de estructuras muy cuadrículadas donde si el, tiene que ser un perfil exacto para que encaje. En el recurso, ¿no? Por así decirlo. Y muchas personas que están sin evaluar, que no se sabe el diagnóstico seguro, que se pueden tener indicios... ¿no?*

El acceso a muchos de los recursos sociosanitarios se caracteriza por una rigidez artificial en los perfiles de entrada. La coexistencia de factores de vulnerabilidad no contemplados en la definición del perfil de acceso, excluye de la intervención a personas que aun presentando la problemática prevista en la atención del recurso son excluidas por presentar otras vulnerabilidades asociadas. Esto puede generar atenciones parciales, y poco efectivas, que tienden a compartimentar de forma artificial la respuesta a problemáticas que se presentan interrelacionadas en la persona.

[ENTREVISTADO n°6] *Pues problemas y frustraciones. Y no dar solución a una problemática, ¿no? De... pues, cuando te viene un usuario... yo, personal... yo, lo que te decía, yo soy trabajador social. Puedo tener conocimientos sobre problemas mentales, de salud mental, pero no soluciones. Entonces, si esa persona no está estabilizada... y cuando digo estabilizada no hablo de farmacología, hablo de rutinas, hablo de un control de su problema, ¿no? Del problema patológico. Pues no podemos tratar lo social. No podemos empezar la casa por el tejado. Si nos faltan los cimientos, si esa persona no está bien, no podemos construir nada. Entonces, pues muchos problemas. Que se solventan con... y esto hablo de mi experiencia personal, pues con la profesionalidad de las personas que trabajan en lo social. Que hacen un gran esfuerzo por estabilizar a esas personas, sí. Sin ese conocimiento más intenso en lo mental, ¿sabes? En salud mental.*

Generalmente la red de atención social es mucho más permeable, en cuanto admisión de perfiles y necesidades que la sanitaria, convirtiéndose, en muchas ocasiones, en el "cajón de sastre" de todas aquellas personas que han sido rechazadas por otro tipo de recursos sanitarios.

[ENTREVISTADO n°3] *Nosotros somos, somos... Siempre lo decimos: somos un cajón de sastre, ¿no?, donde cabe todo. Donde cabe todo, también, entiendo, porque... debe de haber..., yo ahí no me quiero meter, debe de haber unas carencias a nivel de contacto con la red de salud que es la que debería... Bueno, de dar... respuesta a muchas de las necesidades con las que nosotros nos estamos encontrando y que por una falta de coordinación o por una atención precaria a nivel de la red de salud, pues acaban en este tipo de recursos de salud..., de... de recursos sociales, y somos nosotros los que tenemos que estar..., pues eso, bregando y... peleando para que esta gente, pues reciba*

una atención lo más dignamente posible..., lo más digna posible. ¿Qué pasa?, que, evidentemente, un recurso de servicios sociales tiene unas limitaciones.

El acceso a recursos sanitarios es viable si la persona presenta de forma aislada una problemática de salud, sin embargo, la coexistencia de vulnerabilidades asociadas a problemas de tipo social dificulta el acceso a los recursos sanitarios. En ese sentido, la discapacidad asociada a una situación de sinhogarismo demanda una respuesta coordinada por parte de todas las redes de atención implicadas. En esta investigación se pone de manifiesto en repetidas ocasiones, que ante este tipo de situaciones en las que se conjugan varias problemáticas, se produce en muchos casos una dejación de funciones por parte de unos recursos de la red en favor de otros a los que se considera corresponde la responsabilidad de la atención.

[ENTREVISTADO n°3] Pues... entiendo porque... en establecer criterios específicos para la población, por lo menos, en la que estamos trabajando, para la población de... recursos de atención a personas vulnerables, a personas sin techo o a personas sin hogar... Entonces... esa red [la red sanitaria] es... mucho menos permeable porque está blindada a todos los niveles, tanto para..., bueno, si cualquier persona..., o sea, no se hace una distinción de... esta persona tiene unas necesidades equis, está en una situación equis...

B) Mercado de trabajo

Se considera necesario en este informe hacer una breve mención a una de las barreras estructurales detectadas que, si bien no supone una traba directa para el acceso a tratamientos sociosanitarios, si puede estar influyendo en los itinerarios de inclusión social de personas con necesidades simultáneas.

El reconocimiento de una discapacidad puede ser un elemento integrador que proporcione la posibilidad de acceder a un mercado de empleo protegido. No obstante, las discapacidades psíquicas asociadas a enfermedad mental que, en ocasiones no son tan perceptibles, y que están asociadas con un alto grado de estigma social, pueden encontrar más dificultades de acceso al mercado laboral.

[GRUPO DE DISCUSIÓN-ENTREVISTADO n°2] Está claro. Obviamente. Y más..., y ya si hay... una enfermedad mental de por medio, porque, mira, un discapacitado físico... hay canales... No digo que esté el 100%, pero hay canales para poder... hacer inserción. Inserción laboral, ¿no? Pero... en el tema de... enfermedad mental y, además, añadido con la situación de sinhogarismo, yo creo que ahí hay una grave... dificultad de acceso. Quizá porque no haya suficientes recursos adecuados o porque el mercado laboral es lo suficientemente competitivo como para que haya que tener... casi reservas, ¿no?, de espacios laborales para que puedan acceder...

El acceso a las plazas de empleo protegido para personas con discapacidad se ve aún más limitada ante la intersección de vulnerabilidades físicas o mentales asociadas a otras vulnerabilidades de tipo social, como puede ser la exclusión residencial o las adicciones. Una vez más la carga estigmatizante asociada a estas

vulnerabilidades funciona como una potente barrera que bloquea el acceso a estas plazas, donde se da prioridad a perfiles con mayor grado de empleabilidad.

[GRUPO DE DISCUSIÓN-ENTREVISTADO n°6] *Y las personas sin hogar... tú que llevas temas de empleo lo sabrás más que yo, pero en el mundo de la discapacidad las plazas que se están reservando y las posiciones que se están generando y tal, pues la gente sin hogar, la gente en exclusión, ni se les plantea. Igual que simplemente las bolsas de empleo. Y te hablo del mundo de la discapacidad, que yo tanto del... entonces, todo el [...] en el mundo de la discapacidad, cuando hay una oferta de trabajo yo me peleo. [...]. «Ya, pero es que ha consumido», «ya, pero es que». Es el mundo de la sociedad, entre comillas, ¿no? Pero como estamos... si tienen miedo, como con la discapacidad cuesta que se les acepte, que se integren, que si lo van a poder hacer. Encima no saben que tiene una, una, un extra por su exclusión, que sea la que sea: consumos, vida en la calle, lo que sea, pues hay como muchos más estigmas, muchos más miedos y muchos más [...]. Así, en el mundo de la discapacidad, si se contratan a 10 personas, a 15, a 30, si hay suerte uno es de exclusión. Si hay suerte. Si no, no.*

Tras la última crisis económica han surgido, y se han asentado ya con fuerza, todo un conjunto de personas con trabajos precarios que conviven con la estacionalidad, con contratos basura, regímenes de falsos autónomos o con contratos de becarios perennes que se alargan por encima de la treintena. Todas estas situaciones, y otras tantas, han reforzado la figura del trabajador pobre, que es aquel que, aunque está integrado en la estructura laboral, sufre la exclusión económica.

[ENTREVISTADO n°6] *Pero sí es verdad que yo puedo entender que alguien me diga «pues mira, chico, yo es que por 600 euros no me levanto a las ocho de la mañana». Puedo entenderlo perfectamente.*

Este mercado laboral precarizado y con empleos de escasa calidad y remuneración pueden generar un efecto desincentivador en personas con altas necesidades. En ocasiones pueden sufrir disonancia cognitiva entre un alto nivel de expectativas, asociadas a la integración laboral, y una realidad altamente exigente y con escasas recompensas.

[GRUPO DE DISCUSIÓN-ENTREVISTADO n°4] *Otra de las cosas que quería comentar relacionadas con la empleabilidad es que nosotros entendemos el empleo como una oportunidad para la persona para generar un cambio. Pero dada la precariedad actual del mercado laboral pues muchas veces se convierte también en un punto de inflexión en un sentido negativo, ¿vale? Que puede generar a la persona mayor frustración. Estamos hablando de personas que se encuentran en situaciones sin hogar y que consiguen trabajo en el campo o que consiguen trabajos de... imaginaros una persona sin hogar, con problemas psicológicos, con cierta... no con una cierta... no con una buena adherencia, que consigue un trabajo cuidando una persona mayor. Pues todos sabemos lo que es cuidar a una persona y la exigencia que eso necesita, el esfuerzo. Entonces, son, el empleo son también retos que se le ponen delante a la persona y que, en muchas en ocasiones, bueno, pues suponen también mayores dificultades para el proceso de las personas*

C) Situación de alojamiento y mercado de vivienda

Otro de los puntos críticos al que se quiere hacer referencia en el informe es el de la vivienda. Si bien los enfoques tradicionales sobre la exclusión social no ponían el foco en la vivienda, las personas entrevistadas en Barcelona, Madrid y Murcia señalaban que, dentro de los cambios en la orientación de las políticas públicas, estaba el de tratar de darle más relevancia a los programas que actúan bajo el modelo de *Housing First*. No obstante, el uso de recursos en otros modelos, así como las resistencias tradicionales al cambio ralentizaban este cambio. Entre las personas entrevistadas también encontramos escépticos sobre el proceso de cambio:

[ENTREVISTADO n°2] *No..., porque lo piden. Es decir, aquí, por ejemplo, entre la población extranjera había llegado un momento en que ya te pedían hasta un piso, ¿no? Ha corrido el rumor de que íbamos aquí atando a los perros con longanizas, y que ya te piden, pues eso, el piso. «Oiga, pisos no hay». Todavía...*

De alguna forma, parece que algunos profesionales tratan de rebajar las expectativas sobre el cambio del modelo de intervención, dada la escasez de recursos de vivienda vinculados a programas de servicios sociales.

[ENTREVISTADO n°2] *No. Sí que hay... Puedes hacer solicitudes al patronato de la vivienda, puedes hacer tal... Pero, bueno... Que hay lo que hay para el resto, para [...] lo que pasa, para el resto de la población. Ahí el problema de vivienda..., pues como lo tiene toda la población en este país. Y ya está. Entonces, haga usted su solicitud y algún día de algún año, Dios mediante... [risa], sabremos...*

Incluso, cuando las personas consiguen acceder a una habitación alquilada con dinero propio persiste el vínculo con los servicios sociales porque no tienen recursos propios para lograr una autonomía plena.

[ENTREVISTADA n°11] *Autonomía no. Que consigan una habitación o una vivienda, así, digna, sí, porque hay gente que sí que ha encontrado su... habitación y bien. Ahora, que tengan..., tienen que seguir... atados a algún recurso social..., sí. Que tienen que seguir atados a un recurso social porque no..., porque no les da para tener una autonomía plena...*

La brecha existente entre los recursos económicos, en forma de trabajos precarios o de ayudas sociales, y el precio de la vivienda en las ciudades dificulta el tránsito desde los recursos de alojamiento de emergencia hacia la vivienda. Como señala una participante en el grupo de discusión:

[GRUPO DE DISCUSIÓN-ENTREVISTADA n°7] *Yo no... Yo vengo por desahucio, problemas económicos..., porque, mira, yo me llamo María, vengo de Francia, tengo lo mismo: tengo dos hijos españoles... Y..., total, que sin recursos, porque no hay vivienda, no hay puntos, no hay lo otro... Te dan ayudas..., lo que nos «haigan» ayudado..., pero me dan cuatro treinta... Estoy en desahucio y estoy viviendo en RAIS. Para cuatro treinta que pagas, ¿no? Entonces, tú dime a mí cuatro personas, la persona enferma... Pues ya está.*

La falta de políticas que sean capaces de atender a personas con necesidades múltiples, que en muchos casos se sitúan en la intersección entre los servicios sanitarios y sociales, o los servicios de vivienda, plantea retos estructurales a los sistemas de atención, que se ven en la necesidad de generar dispositivos de nueva creación para llenar las lagunas que persisten en los sistemas de atención:

[ENTREVISTADA n°2] *¿Qué hacemos... en determinados casos?, ¿no? Yo subo al "señor x"... que... No hay un recurso que se ajuste para decir: «¿Dónde lo podemos poner?». No existe. Por lo tanto, lo hemos de crear. Y lo que estamos haciendo en esa línea es trabajar muy de la mano, y trabajar muy en la línea de decir: «Vamos a ver si dando una vivienda en determinados perfiles de discapacidad con una vivienda y con el programa de... Vida Independent, que es un programa de la Generalitat, a través del Instituto Municipal de Discapacitados que ponen un soporte y un acompañamiento en el domicilio cuando hay una discapacidad... podemos dar salida a algunos casos... Tenemos un caso que era un señor con nacionalidad de aquí, pero argelino, ciego, sordo, mudo, con VIH... Tenía, absolutamente, todo. Pues hicimos un pro... De hecho, hay un vídeo... Lo tengo grabado porque los del Instituto decidieron que esto tenía que... pasar... a la inmortalidad...*

[ENTREVISTADA n°1] *A la Historia...*

[ENTREVISTADA n°2] *... para explicar el proceso cómo lo hicimos, porque realmente fue un caso muy largo, de mucho tiempo, y, al final, se consiguió que en un piso, con un vínculo con una persona de soporte de Vida Independent, y con la asistencia a un centro de día de sin hogar, esa persona pudiera mantenerse en... su domicilio, porque los recursos residenciales los había... petado todos.*

Por último, la falta una vivienda genera dificultades en un amplio espectro de necesidades, de estabilidad, de higiene, de alimentación, o en el mantenimiento de los tratamientos y las pautas médicas, de forma que la carencia de una vivienda termina por afectar a múltiples esferas de la vida. Dentro del grupo de discusión se vinculaba, por ejemplo, el proceso de desahucio con posteriores problemas de salud mental:

[GRUPO DE DISCUSIÓN PERSONAS USUARIAS ENTREVISTADA n°2] *Ah, bueno, y más que decir, que yo soy una mujer maltratada. No aquí. De siempre. No me han valorado..., entonces los hijos, ha ido dejando secuela porque tienes problemas económicos, pero a mí nunca se han portado [...] dado una ayuda, ¿por qué no me han dado una vivienda en un momento? ¿Me entiendes?, prefieren que tú estés en la calle. Te pone el coche del ayuntamiento y sacan tus cosas, pero es que [...]. Si no tienes ingresos, ¿cómo te van a presentar la deuda que tú [...] y lo otro, si no tienes recursos? Yo, mira. Tengo de salud mental, porque las secuelas que te he dejado como que te quita la casa a las ocho de la mañana verte en la calle... ... porque yo tengo muchos desahucios, tengo enfermedad de... tensión alta, tengo tiroides... De hecho, estoy... esperando a que me operen...*

La problemática del acceso a la vivienda aparecía como una de las necesidades no cubiertas por los sistemas de protección existentes. No obstante, desde la perspectiva del equipo de profesionales entrevistados, la salida desde recursos de alojamiento temporal hacia una vivienda parece complicada por las propias dinámicas del mercado de la vivienda.

[ENTREVISTADA n°1] de salida hacia... la mejor autonomía posible de las personas sin hogar. Y ahí es donde tenemos el gran reto porque... la salida es compleja, en todas partes, ¿eh? Ya lo sabemos que en todas las... ciudades la salida es compleja, pero especialmente en Barcelona la situación de la vivienda es una gran dificultad, con lo cual tenemos ahí un reto importante. En estos momentos la puerta de entrada también es de gran apertura, con lo cual también tenemos una gran puerta de entrada y una poca puerta de salida, con lo cual..., un poco... lo que tenemos dentro lo tenemos en una situación de... hacer maravillas y hacer..., tener mucho ingenio para poder garantizar una salida de... lo que sería la red o de lo que sería el circuito.

En esta línea, otro entrevistado comenta cómo las posibilidades de acceder a una vivienda para las personas en situación de sin hogar suele ser compleja, y que aquellas personas que lo consiguen suelen lograrlo a partir de cobrar algún tipo de pensión no contributiva, aunque no es frecuente:

[ENTREVISTADO n°3]... en el tema del... acceso a... vivienda protegida..., este tipo de situaciones. Sí, sí. Eso, realmente, es así. Pero, bueno, estamos hablando de situaciones..., o sea..., de una evolución favorable e idil..., eso..., una evolución idílica, ¿no?

[Entrevistador] Sí...

[ENTREVISTADO n°3] ... esto empieza... una persona... obtiene certificado de disminución..., cobra una pensión no contributiva, puede acceder a una vivienda... Eso... sería lo ideal. Alguna vez pasa.

[Entrevistador] Sí. Pero no... es lo habitual, ¿no?

[ENTREVISTADO n°3] Siempre..., ¿no?, siempre hay alguna pega en el camino.

2) Barreras institucionales y legislativas

A) Documentación

Dentro de los sistemas de atención social y sanitario, los procesos de certificación documental son esenciales como enlace y puerta de entrada a todo el entramado de recursos. La acreditación identitaria mediante documento nacional de identidad en vigor en el caso de los españoles o mediante pasaporte, tarjeta de identidad de extranjero o tarjeta de residencia en vigor en el caso de población extranjera, se convierte en un elemento crucial e imprescindible que otorga el estatus de sujeto de derecho en el Estado español.

Se hace mención de este punto porque varios profesionales han detectado diferentes tipos de barreras en el acceso sociosanitario relacionadas con los procesos de certificación documental.

[ENTREVISTADA n°1] En cualquier caso, certificar una situación yo creo que son siempre ventajas. Nunca es... un problema para... la red de los servicios sociales y te puede dar acceso a otros... recursos de otras... redes. En el caso de... Primer la Llar es un... proyecto que está específicamente dedicado a gente muy muy vulnerable. Las primeras cosas que hacemos es intentar certificar situaciones. (...)

[Entrevistador] El documento de identidad...

[ENTREVISTADA n°1] *Sí, sí, sí, sí.*

[Entrevistador] *... o el pasaporte o...*

[ENTREVISTADA n°1] *Pero esto es uno de los... temas que trabajamos con prioridad para luego poder... acceder a otros recursos...*

El empadronamiento sería el proceso por el que un ciudadano vincula su residencia a un determinado distrito de la ciudad adquiriendo así el derecho de acceso a los recursos de esa zona. Este proceso de certificación requiere de documentación de identidad en vigor lo que supone una primera barrera para la población extranjera en situación irregular.

[ENTREVISTADO n°3] *Bueno, pues el tema de... El tema de todo lo que implica... poner en orden la situación legal de una persona, ¿no?, a nivel... Pues eso, gente... Te puede llegar gente a ti que esté indocumentada por diferentes motivos o porque... no tenga derecho..., no se pueda documentar por mucho que quiera..., que eso, entonces, eso es un tema...; o gente que haya perdido... pasaporte, que haga muchísimo tiempo que no esté en la red de salud... Pues todo ese hay... Esas situaciones..., pues hay algunas veces que se... te presentan complicadas... Sobre todo, el tema legal depende de qué país sea y demás, que, claro, es el primer paso para (...) Pero, luego, aparte de eso... Bueno, luego... Es un trabajo de tiempo. Pero, bueno, al final, se consigue. Pero... la interconexión es tal la dificultad que quema mucho a nivel profesional..., sobre todo con el tema de la red de salud.*

La constatación de la identidad propia mediante un documento oficial acreditativo es requisito esencial para poder empadronarse. Además de lo anterior la persona debe poder demostrar la vinculación con ese domicilio mediante la presentación de contrato de alquiler o propiedad o en su defecto presentación de titularidad de facturas de suministros de la vivienda en la que reside. Si bien es cierto que mediante la *Resolución de 16 de marzo de 2015*²³, existe la posibilidad de empadronar a una persona sin domicilio a través de la mediación de Servicios Sociales, son varios los profesionales que alertan de que este supuesto no siempre se cumple. En la medida en que la resolución establece que una de las condiciones para que se produzca el empadronamiento es que, *"los Servicios Sociales estén integrados en la estructura orgánica de alguna Administración Pública o bajo su coordinación y supervisión"*, se deja abierta la puerta a que ayuntamientos de pequeños municipios no estén obligados a empadronar sin domicilio. Así una de las primeras barreras detectadas en el proceso de empadronamiento son las resistencias de algunos ayuntamientos que dificultan este proceso a población que se encuentra en situación de sin hogar. En la medida que el padrón es la compuerta de entrada que regula el acceso a los recursos sociosanitarios del sistema, es

²³ Resolución de 16 de marzo de 2015, de la Subsecretaría, por la que se publica la Resolución de 30 de enero de 2015, de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Coordinación de Competencias con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, sobre instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre gestión del padrón municipal.

también la herramienta que permite, en algunos casos, a las administraciones municipales regular el acceso a esos recursos. Mostramos a continuación un extracto interesante que plantea esta casuística en la ciudad de Barcelona.

[ENTREVISTADA n°2] *Procesos complicados y largos... ¿Vale? Eh... Entonces tú nos hablabas del tema del padrón, ¿no?, como... El tema del padrón en Barcelona es un tema que no es una dificultad porque empadronamos..., creo, igual que en la mayoría de los municipios grandes, sin domicilio. Ese sin domicilio fijo lo que hace es dar una dirección alternativa y aleatoria... Al azar... para que tú luego puedas tener el... centro de atención sanitaria ambulatoria..., la correspondiente a la zona donde te ha tocado el padrón. Pero luego tú puedes cambiar el médico y te puedes ir a... cualquier ambulatorio que tú consideres. Puedes pedir el cambio. Pero lo que sí que hicimos fue una... [...] de dónde se podía tener el CAD porque nos pasaba que empadronábamos en... Estadística, en Durán y Bas, y el CAD, que está vinculado a esa zona... [resopla] tenía un volumen...*

[ENTREVISTADA n°1] *Está colapsado...*

[ENTREVISTADA n°2] *... de... población atendida..., increíble...*

[Entrevistador] *Eso nos comentaban, ¿no?, también en los alrededores de Madrid como que... es verdad que la norma sí que permitía el empadronamiento, además, en cualquier lugar: en el centro de servicios sociales...*

[ENTREVISTADA n°2] *Sí... Sí...*

[Entrevistador] *Pero sí que... no sabían muy bien si estaba generando una competición, un poco, por recursos. Es decir, pues en los... Había algunos ayuntamientos que facilitaban mucho el empadronamiento... Otros no tanto...*

[ENTREVISTADA n°2] *Ah, sí... Eso sí...*

[Entrevistador] *Y eso no sé hasta qué punto...*

[ENTREVISTADA n°2] *Eso... es un problema...y yo..., por eso decía. En los ayuntamientos grandes está muy claro... En los ayuntamientos pequeños no es tan claro.*

[ENTREVISTADA n°1] *No está tan claro...*

[ENTREVISTADA n°2] *Y, entonces, no hacen padrón. O sea, aunque la directriz técnica del INE obligue a hacer padrón sin domicilio... Bueno. A hacer padrón... a personas que viven en la calle..., el padrón sin domicilio fijo, que sería la solución, no se aplica en todos los municipios. Entonces, sí que hay la reacción de decir: «No, a este, como que no está empadronado, no lo apunto».*

[ENTREVISTADA n°1] *Claro [...]. Tiene unas consecuencias, teniendo a la gente que vive en tu ciudad, empadronada en tu ciudad... Tienen luego acceso a tus recursos... Y, entonces, pues... nosotros nos encontramos con... esta casuística, ¿no?*

[ENTREVISTADA n°2] *Hay mucha gente de fuera de la ciudad...*

[ENTREVISTADA n°1] *Hay gente... Sí, que atendemos en la ciudad que no está [golpea dos veces la mesa] viviendo en la ciudad. Y acaba siendo, un poco, un polo de... atracción... la ciudad de Barcelona, ¿no?*

Como hemos visto en anteriores apartados la acumulación progresiva de diferentes vulnerabilidades genera procesos de exclusión interseccional de mayor gravedad e intensidad que la prevalencia aislada de cada uno de ellos. En estas situaciones donde confluyen varios de esos factores, el hecho de ser una persona extranjera indocumentada agrava aún más esa exclusión en el acceso a servicios sociosanitarios, haciéndose de mayor intensidad a medida que las posibilidades de

certificar esa situación de vulnerabilidad se complican mediante trabas burocráticas y administrativas:

[ENTREVISTADO n°2] No, porque, a ver, es decir, si ya te estoy diciendo que en la población normal ya tenemos dificultades... No la población sin techo, sino la población normal [va golpeando la mesa con los nudillos] ya tiene dificultades. Pues imagínese usted un señor que no tiene papeles, que no se puede documentar, que no se puede legalizar... Pues bueno. Pues... va a envejecer. Va a envejecer... Y luego ¿qué hacemos? Lo que está pasando aquí es que está [...] cada dos por tres, que las edades medias de la población extranjera y de la población autóctona van confluyendo. ¿Por qué?, porque también envejecen aquí y se ponen enfermos aquí... Y entonces ¿qué va a pasar? Pues bueno. No tenemos recursos pensados para esta población.

B) Sistema de priorización de necesidades

El desarrollo legislativo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (más conocida como la Ley de Dependencia) ha modificado el orden de prioridad que anteriormente se asignaba a las personas con discapacidad, incluyendo, dentro de su ámbito de protección a las personas valoradas mediante la Ley de Dependencia.

De acuerdo con algunos profesionales entrevistados el desarrollo de la Ley de Dependencia ha alterado las prioridades de los recursos y generado un proceso de doble certificación para poder justificar la necesidad de una atención especializada. De forma que resulta más complicado para los centros de atención a personas en situación de sin hogar el poder derivar a personas que requieren de atención especializada por su situación de discapacidad, a recursos que puedan dar cobertura a sus necesidades.

La falta de presupuesto para desarrollar la ley complica además su implementación:

[ENTREVISTADO n°2] Pero es que hoy en día la discapacidad es una barrera para todo el mundo. Tal y como está desarrollada la Ley de Dependencia, pues es una barrera para todo el mundo. Es decir, se hace una ley sin presupuestos, y que cada uno se busque la vida. Entonces, eso constituye un obstáculo. Es decir, no tan sólo para la población esta, específica... A esta población más, porque hay un hándicap añadido, que es..., bueno, las otras patologías o las otras conductas que esta población manifiesta. Por ejemplo, en tema de...accidentes o en temas de rehabilitación/recuperación o...cuando utilizan recursos de tipo sociosanitario tiene muy mala acogida esta población.

Y, además, al definirse en la Ley como titulares de derechos a “los españoles que cumplan los siguientes requisitos: a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.”²⁴, sin hacer distinción por motivos económicos, se ha dificultado el acceso de aquellas personas en situaciones de pobreza extrema

²⁴ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Art 5. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>. Accedido el 09/01/2019

con discapacidad, que no tienen un alto grado de dependencia, frente a otros ciudadanos y ciudadanas que cuentan con muchos más recursos económicos pero que, sin embargo, tienen un grado de dependencia más alto:

[ENTREVISTADO nº2] *En nombre de lo social, curiosamente, lo orgá... Y, encima, tiene la misma igualdad. Se ha universalizado y es lo mismo ser un señor de la Bonanova²⁵ en silla de ruedas que un desgraciado que está en la calle. Pues no es lo mismo.*

A la carencia de un sistema de priorización de necesidades que tenga en cuenta las situaciones de pobreza extrema se suma la infrafinanciación del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD). En esta línea informes como el del Consejo Económico y Social (CES) declaran que “una idea generalizada entre analistas y actores involucrados en la materia es la preocupación sobre la sostenibilidad financiera del SAAD, sobre todo en el contexto actual de crisis económica y financiera que ha venido agudizándose progresivamente” (Consejo Económico y Social 2012, 56). La infrafinanciación, unida a un radio de protección más amplio, ha provocado que las protecciones específicas de las cuales eran sujeto las personas en situación de sin hogar con discapacidad, hayan sido preteridas en favor de aquellas personas cuyo grado de dependencia es mayor:

[ENTREVISTADO nº2] *Porque antes, por ejemplo... Es decir, ahora los recursos... Todos los recursos están puestos en función de la que tengas capacidad o incapacidad, ¿no? Todo está... Residencias de tercera edad... Antes podías acceder a residencias de tercera edad cuando tenías sesenta y cinco años, y era una salida de la gente que estaba en la calle. Ahora no. Tienes que ser un discapacitado. Y juega, concursa, con el resto de la población. Tienen mismas probabilidades de acceso en igualdad de plazas.*

Esta reordenación de las prioridades ha aumentado las listas de espera de los recursos existentes dejando a personas con discapacidad, pero sin un reconocimiento de la dependencia, fuera de las redes de atención:

[ENTREVISTADO nº2] *Es que no hay plazas, es decir, dependencia. La Ley de dependencia. La Ley de dependencia es un tapón para todo el mundo. La Ley de dependencia es tan poco funcional que no arregla nada. Es decir, que más que arreglar, viene a distorsionar en todos los sentidos. [...] Porque la dependencia ha hecho... primar..., o sea, valorar más lo orgánico, lo físico, que lo social; aunque resulte paradójico.*

Por otro lado, la propia legislación prevé un sistema de protección distinto a través de los servicios sociales y de la Ley de Dependencia que en ocasiones hace incompatibles las ayudas de ambos sistemas:

[ENTREVISTADO nº9] *Está cubierto por cierto...no está todo cubierto porque por ejemplo la silla de ruedas o la ayuda a domicilio está cubierta, pero lo que te contaba, la ayuda a*

²⁵ Sant Gervasi-La Bonanova se trata de un barrio al que se traslada la burguesía de la ciudad de Barcelona desde finales del siglo XIX. <https://ajuntament.barcelona.cat/sarria-santgervasi/es/el-distrito-y-sus-barrios/sant-gervasi-la-bonanova/historia-de-sant-gervasi-la-bonanova>

domicilio de repente entra en contradicción con la Ley de Dependencia y entonces no tiene acceso.

Parece que, hasta el momento, en el ámbito de la exclusión social, la implementación de la Ley de Dependencia ha supuesto un trámite añadido a los habituales, con un incremento de los plazos de espera para conseguir una valoración que permita acceder a los derechos recogidos en la Ley:

[Entrevistador] Y..., y ¿hay algún recurso o algún servicio o... que dé cobertura a alguna de sus necesidades?, que... el hecho de tener esa discapacidad reconocida sí que les de acceso a... esos recursos y... de..., si no lo tuvieran reconocido...

[ENTREVISTADA nº11] *Pero, antes sí.*

[Entrevistador] ¿Sí?

[ENTREVISTADA nº11] *Antes sí, porque antes sí que había un centro que, una vez que tú tenías la discapacidad, accedías a... plaza de personas discapacitadas. Pero ahora, ya, desde que se ha metido la [con desgana] Dependencia por medio..., ya es todo a través de Dependencia...*

[Entrevistador] Ya.

[ENTREVISTADA nº11] *Que, hombre, que ayuda que tenga una discapacidad... para que cuando venga el valorador, pues le puedas poner en la mesa: «Mira, tiene tal grado de discapacidad...», sí que ayuda, pero, claro, ahora tienes que pasar como otro filtro más que es la dependencia.*

La reordenación de las prioridades legislativas mediante la aprobación de la Ley de Dependencia ha permitido proteger situaciones que antes quedaban desamparadas, sin embargo, parece haber incrementado las barreras que encuentran las personas con dificultades para demostrar su grado de dependencia, a pesar de tener algún tipo de discapacidad:

[GRUPO DE DISCUSIÓN PROFESIONALES ENTREVISTADO Nº7] *La divergencia entre discapacidad y dependencia, que también nos genera problemas enormes. En Cataluña la Ley de la Discapacidad bajo mi punto de vista funcionaba mejor. Teníamos ventanilla única. Ahora, claro, tú puedes tener un señor con una discapacidad del 100% y que en dependencia no te den suficiente baremo, ¿no? Claro, esto te genera... bueno, pues te va cerrando puertas.*

La certificación de la dependencia, en ocasiones, entra en conflicto con otras como puede ser las certificaciones de discapacidad. La autonomía asociada a una discapacidad puede llegar a suponer una barrera en el proceso de certificación de dependencia y operar como barrera efectiva que bloquea el acceso a una prestación. También ocurre lo mismo en personas vulnerables y sin recursos que si tienen cierto grado de autonomía no podrían, por ejemplo, acceder a una plaza en una residencia pública de la tercera edad.

[ENTREVISTADA nº11] *Que dices tú..., pero bueno... Pues también. La reclamas y demás y, al final, pues sí que le dan el dinero al hombre un grado tres. O sea, que creo que la dependencia sí que puede servir mucho para eso, pero ahora ya el acceso no es directo hacia los recursos, sino que tiene que pasar otro filtro más que es la dependencia. Entonces, creo que también ahí seguimos enlenteciendo todo (...) Claro, porque... la*

dependencia, por ejemplo... Bueno, yo es que no estoy muy a favor, quizá. (Risas). Bueno, yo es que no tengo mucho, que desde que salió..., pues sí que ayuda a ciertas cosas, pero aquí con lo que yo trabajo, que es el acceso de las personas a sus recursos más... adecuados... Por ejemplo, una persona mayor, ¿no?, pues puede ser autónoma. Si es autónoma, no le van a dar Dependencia... Porque, entonces ¿qué pasa?, ¿que no tiene derecho para irse a una residencia... si no tiene medios como para pagársela?, ¿no? Pues con los discapacitados, igual. Si tienen una discapacidad y no consiguen el grado dos, ya no tienen derecho a acceder a un recurso para un centro para personas con discapacidad...

C) Certificado de discapacidad

Un apartado específico merece el certificado de discapacidad como piedra angular de la protección a las personas con discapacidad.

El certificado de discapacidad funciona como un elemento que permite una mayor inclusión dentro de los sistemas de protección existentes, no obstante, existen diferencias importantes en función de los diferentes grados de discapacidad. Una de las diferencias más relevantes se produce entre el reconocimiento de una discapacidad superior al 65%, y las inferiores. Ya que las primeras llevan aparejadas una pensión, mientras que las segundas no. Aquellas personas cuya discapacidad reconocida se encuentre entre el 33% y el 65% pueden obtener, no obstante, algunos beneficios económicos y exenciones fiscales.

Por otro lado, la obtención del certificado permite el acceso a las reservas de empleo protegido previstas por ley. Este mercado laboral favorece la inclusión social de las personas con discapacidad.

No obstante, en ocasiones, las profesionales entrevistadas señalan que el certificado puede generar efectos positivos, pero también provocar un cierto estigma en la persona, en la medida en que pone por escrito una determinada limitación.

[ENTREVISTADA n°2] *Yo creo que es la [...]. Es un arma de doble filo ser un discapacitado, ¿no?, porque, por un lado, tienes la opción de... poder tener unas prestaciones con un reconocimiento. Pero, por otro lado, puedes tener la dificultad de no poder acceder a... lo estándar, digamos, de... lo que podría ser un desarrollo de una vida..., entre comillas, normalizada, ¿no? En el caso, por ejemplo, de acceso a vivienda hay... unos cupos para personas con discapacidad: de movilidad reducida, ¿vale?*

Además de la posible dificultad o estigma que pueda suponer para una persona el etiquetaje social, la existencia de una protección reforzada para las personas con certificado de discapacidad genera en ocasiones lógicas perversas para los propios profesionales que se ven impelidos a “buscar” la discapacidad:

[ENTREVISTADO n°4] *Yo, a veces, como profesional, intento buscar la enfermedad de la persona. O sea, intento buscar la incapacidad a la persona, porque sé que así va a tener cobertura, porque, si no, no va a tener cobertura, ¿no?, es decir, si..., vale, si enfermamos*

a la persona, y es un poco, yo creo, es un problema de los profesionales: «Vamos a enfermar a las personas para que tengan una cobertura..., que tenga una pensión y que pueda acceder a un trabajo protegido... porque el mercado laboral está hecho una puta mierda...», ¿no?, y que puedan acceder a otro recurso, ¿no?...», porque, si no tiene etiqueta, tiene que entrar dentro del mundo, del mercado, y es... una vorágine.

Además de en el acceso al empleo protegido, una profesional señala que el certificado de discapacidad también actúa como facilitador a la hora de acceder a la vivienda protegida. Hace poco el Ayuntamiento de Barcelona ha comenzado a realizar adjudicaciones de vivienda pública que, además de la discapacidad, tomaban en cuenta la situación de exclusión social dentro de sus baremos:

[ENTREVISTADA nº2] En el caso, por ejemplo, de acceso a vivienda hay... unos cupos para personas con discapacidad: de movilidad reducida, ¿vale? Requiere una vivienda adecuada: los armarios son bajos... Ahí, seguramente, si hablaras con alguien del Instituto Municipal de Discapacitados te dirían que... [resopla] es insuficiente y que no... llega a cubrir las necesidades, ¿no? Claro, sí, además, le añades... sinhogarismo..., pues ahí tienes una dificultad. Pero, en cambio, sí que tenemos que decir que el acceso a vivienda social que, por ejemplo, ahora hemos adjudicado... unas viviendas de carácter social por baremo, si hay una discapacidad, se puntúa más..., o sea, eres más vulnerable, que si no la hay. Con lo cual... ¿qué te podemos decir?, que en estos momentos las personas y las familias que han sido adjudicatarias de vivienda en este que hemos adjudicado, básicamente son personas que procedían de situación de sinhogarismo y con alguna discapacidad en alguno de sus miembros. Por tanto, allí está claro que la administración hemos hecho una apuesta. Y te digo sinhogarismo porque es la primera vez que hemos conseguido que en la adjudicación de vivienda social haya un criterio de puntuación por situación de sinhogarismo; es decir, persona que procede de la red de atención, que ha sufrido sinhogarismo y que eso tiene, pues un impacto en su desarrollo. Igual que si ha sufrido violencia de... machista...

A pesar de algunas mejoras, sí que se pone bastante énfasis en una cierta pérdida de valor de este certificado desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, en la medida en que esta ha generado otro proceso de certificación añadido, incluyendo otros baremos y, poniendo en competición por los mismos recursos a muchas personas que antes no entraban dentro del ámbito de protección de la discapacidad, pero que ahora sí que tienen acceso mediante la protección otorgada por la Ley de Dependencia.

La fractura político-administrativa y de financiación entre los diferentes Ayuntamientos, Comunidades Autónomas y el nivel estatal generan dificultades a la hora de proveer los diferentes servicios, ya que no siempre los sistemas son capaces de desarrollar políticas coherentes y complementarias. De hecho, de acuerdo con Aguilar Hendrickson (2014) la implantación de la atención a la dependencia hace más urgente la reforma y coordinación entre ambos sistemas de protección. El sistema de servicios sociales no está habituado a gestionar prestaciones con carácter de derecho, como lo son las derivadas de la Ley de la Dependencia, sino que habitualmente gestionaba prestaciones y servicios de carácter discrecional, lo que permitía que, en aquellos momentos en los que el sistema se encontraba en

una situación de infrafinanciación reducía su oferta de servicios y prestaciones. Sin embargo, al configurarse la Ley de Dependencia como un sistema que otorga derechos, su cumplimiento deja de ser discrecional, de forma que la llegada de financiación pasa a ser un requisito para dar cumplimiento a sus fines.

La puesta en marcha de esta nueva normativa ha puesto en directa competición a las personas en situación de exclusión social severa y las personas con algún grado de dependencia reconocido, en un momento en el que los recursos económicos no están aumentando.

Más allá de las normativas, profesionales entrevistados señalan que son pocas las personas que inician y realizan los trámites para obtener el certificado de discapacidad de forma autónoma. De hecho, tampoco son muchos los casos en los que desde los propios servicios médicos se les informa de las posibilidades de iniciar estos procesos:

[ENTREVISTADA n°11] Pero muy poquitos lo hacen de forma autónoma. Y que en el centro sanitario les informen de que tienen derecho a la discapacidad..., también muy pocos. Solo un... Me ha pasado ahora con un chico africano que también trabaja... Bueno, cogió una tuberculosis de estas óseas y solamente... Es la primera vez que me encuentro en un informe del especialista que..., si desea tramitar los papeles para... ver la discapacidad..., que..., como que está dispuesta a realizar un... un informe más detallado, ¿vale? O sea, que eso es la primera vez en dieciséis años que lo veo puesto por un médico (risa nerviosa) en un informe médico. O sea, como que sí que le informa al paciente de que..., de que, bueno, que tiene..., va a tener una serie de limitaciones para trabajar... [...] por su... vida, durante toda su vida, y que tendría derecho a esa discapacidad y que..., bueno, pues eso. Ponía como que... podría elaborar un informe si se le..., si lo veíamos conveniente.

De forma que, sí que parece imprescindible llevar a cabo algún tipo de medida que dé a conocer la existencia del certificado a posibles personas interesadas, que les informe y les guíe durante el proceso de certificación. Y que, a ser posible, se simplifiquen unos trámites que implican a múltiples actores (servicios sanitarios, sociales, de salud mental, etc.) y que se prolongan durante demasiado tiempo.

[Entrevistador] Nos mencionaba antes, ¿no?, un... usuario decía...: «Yo creo que tengo el certificado de discapacidad, pero no sé dónde porque alguien me lo ha gestionado en algún centro, pero no me acuerdo porque...».

[ENTREVISTADO n°3] Claro...

[Entrevistador] Bueno, tenía algún tipo de...dificultad...

[ENTREVISTADO n°3] Es lo que hablábamos antes. Aquí hay muchos usuarios que ellos no son conscientes de que pueden acceder a ese certificado de discapacidad y que pueden acceder a los beneficios que puedan... O sea, que, a partir de..., que no tengo por qué colarme en el metro porque puedo acceder al certificado de discapacidad y tener una tarjeta rosa. ¿Vale?, este tipo de cosas, hay..., los usua... No todos los usuarios son conscientes de esto.

[Entrevistador] Y ¿qué se puede hacer para...dar a conocer?, ¿no?, porque, al final, yo creo que hay una barrera primera que es el propio conocimiento.

[ENTREVISTADO n°3] Bueno, en el momento en el que accede a un servicio y la trabajadora social de turno o el educador con el que está trabajando..., hostia, pues..., «¿Tú no te has planteado...?, ¿tú no... tienes esto?»; «Ah, no sé»; «Vamos a mirarlo...». Y es el momento en el que arranca la posibilidad, esta, de poder acceder..., de poder tener ese... reconocimiento.

Finalmente, resultaría de utilidad, junto con la simplificación del proceso, generar herramientas que permitan un seguimiento por parte de los diferentes actores implicados, del estado de la solicitud, tanto desde el ámbito sanitario, como del social y, por supuesto, por parte del propio usuario.

[ENTREVISTADA N°9] Es un trámite también muy farragoso ¿no?, pues porque hay que hacer varios papeles, hay que rellenar papeles, hay que pagar tasas, hay que estar localizado para luego cuando te hacen la valoración ir, si no vas acompañado y con tus informes médicos pues no te la van a hacer. Con lo cual todo eso requiere de una estructura que esas personas no tienen. Una estructura propia de la persona debe tener su cabeza pues para saber cuándo tiene la cita y preparar su informe médico y el apoyo que a lo mejor necesitan tampoco lo tienen porque no están conectados a ninguna red.

3) Barreras en los recursos

A) Profesionales

Por un lado, se señala que el personal de los recursos no tiene los **conocimientos o la especialización** necesaria para poder atender adecuadamente a las personas, especialmente cuando, como en el caso de las personas con discapacidad y sin hogar, presentan unas necesidades que a los equipos de profesionales no les resultan familiares y que provocan una falta de atención adecuada.

[ENTREVISTADO n°8] Yo a veces como intentaba trabajar la autonomía por las personas siempre que la persona creamos que tiene la madurez o la situación para hacer la gestión sola intentamos que la haga sola. Entonces, sí se me ha dado el caso en el que una persona te devuelven que lo dejan mal atendido, que lo dejan para el final o incluso lo atienden de manera brusca y si se realiza un acompañamiento con la persona nosotros vemos la diferencia ¿no?, y la persona te dice luego es que claro si vienes tú es muy diferente. Esa diferencia no debería de existir.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADO n°7] Yo creo que los equipamientos de atención deben tener una [...] y una radical vocación mucho más inclusiva. Es decir, no la especialización. La especialización irá por otro lado, pero la inclusividad debe estar como en las familias.

La **escasez de profesionales formados** en el trato con personas vulnerables y en ocasiones con escasa empatía y sensibilidad social, genera una atención estereotipada basada en prejuicios, que redundaría en la calidad de la atención y que supone, en múltiples ocasiones, un trato discriminatorio o incluso vejatorio.

[ENTREVISTADA n°7] Y lo que a lo mejor sí que nos hemos dado cuenta en varios casos que hemos tenido es que los atienden, pero a lo mejor pues la atención a lo mejor no es todo lo profunda o... que una persona normalizada. Que es más educada o aparentemente se comporta con más educación o con más paciencia delante del médico o lo que sea. Porque, como la persona, pues tiene un aspecto pues más sucio enseguida quieren, a lo mejor, darle el alta más rápido. O sí que nos hemos encontrado personas que les dan el alta y, como se tienen que ir a la calle, pero ellos les ponen que el alta es a domicilio en los informes... porque en todos los informes de urgencias abajo pone alta a domicilio.

De esta manera el estigma social que sufren determinadas personas en confluencia con otras variables, como las ya mencionadas, se convierte en una barrera de acceso a los recursos sociosanitarios, provocando atenciones deficitarias o en ocasiones incluso el bloqueo efectivo a los servicios mediante un trato discriminatorio.

[ENTREVISTADA n°11] Pero..., pero bueno, sí que creo que sí que afecta.

[Entrevistador] Pero aquí en este caso, la barrera sería un poco el hecho de ser una persona sin hogar y, a lo mejor, no tener un buen acceso a una higiene o... tener, a lo mejor, pues yo qué sé..., mucho deterioro físico, que a veces...

[ENTREVISTADA n°7] Sí, sí...

[Entrevistador] Y... esa barrera ¿también existiría en una persona que... tenga discapacidad, o piensas que, a lo mejor, el hecho de tener discapacidad lo sitúa en otro...?

[ENTREVISTADA n°7] Hombre, yo creo que no; que, a veces, el tener una discapacidad, pero ir... más normalizado no siempre te bloquea. Yo creo... No sé. Yo pienso que sí que está más estigmatizada la persona que es de exclusión social. Y, además, si, encima, le añades la discapacidad..., pues todavía más complicado. Yo creo que el tema de discapacidad sí que está la gente... mucho más sensibilizada... ya. Pienso yo.

Por otro, se dan explicaciones basadas en las **características individuales** o personales de las personas usuarias. En este caso, la atención inadecuada se vincula a la impaciencia de la persona, a su falta de habilidades sociales, a su aspecto o su falta de cuidado personal.

En cualquier caso, obviando las justificaciones que pasan por estos dos ejes discursivos opuestos, constatamos de forma general como importante barrera la dificultad en la adaptación a las necesidades de personas usuarias con necesidades complejas derivadas de la confluencia de más de un factor de vulnerabilidad.

B) Servicios Sociales

La visión de los servicios sociales como recursos de *ultima ratio* está muy presente en la literatura sobre el funcionamiento de servicios sociales y su coordinación con otras redes, en particular, con la red sanitaria:

“Estos planteamientos de amplio espectro sobre el objeto de los Servicios Sociales de las administraciones locales llevó a que de una manera operativa – y un tanto cínica, todo

hay que decirlo- se les definiera como el cajón de sastre dónde iba todo lo que no era suficientemente atendido o expulsaban de los otros ámbitos de responsabilidad de las administraciones públicas (Sanidad, Empleo, Educación, etc.) eximiendo a estos de realizar las adaptaciones oportunas para que sus servicios fueran verdaderamente inclusivos”(López-Cabanas 2018, 90).

Es interesante en este sentido la opinión de este profesional de la red de servicios sociales, que percibe la red asistencial de servicios sociales como de segunda categoría respecto a la sanitaria.

[GRUPO DE DISCUSIÓN PROFESIONALES ENTREVISTADO N°7] *A mí me da la sensación de que las redes de centros sociales siguen siendo la hermana pobre de los grandes sistemas de atención, ¿no? Es decir, tú, en el fondo, eres el hostelero del sistema de salud. Y así te tratan. «Acógelos, a mí qué me explicas, ya lo curaré y le operaré el corazón y le haré cosas interesantes e iré a un simposio en Tanzania. No, tú que duerma y que coma. Y que haga actividades». Vamos, yo es lo que siento muchas veces, ¿no? Que eres el hostelero. Eres el hermano pobre de los sistemas de bienestar. Y así te tratan.*

Según afirman algunos profesionales, cuando la problemática social en este caso situaciones de exclusión residencial, prevalece junto a una problemática sanitaria (discapacidades psíquicas como pueden ser patologías de salud mental), la red sanitaria prioriza solventar la situación social previo al abordaje del problema sanitario. Tampoco parecen existir recursos adaptados a la doble exclusión que se padece al tener una discapacidad asociada a una situación de exclusión residencial. Este escenario se agrava aún más si cabe con las discapacidades de tipo intelectual. La permeabilidad de la red de exclusión social es mayor que la sanitaria, por ello ante la coexistencia de vulnerabilidades múltiples casi siempre prevalecerá el tratamiento social al sanitario.

[GRUPO DE DISCUSIÓN PROFESIONALES ENTREVISTADO N°7] *Con el caso, si lo vamos centrando un poco más en la discapacidad, lo que nos vamos a encontrar, las dificultades que nos vamos encontrando, desde mi punto de vista son, quizás, dos: por un lado, la etiqueta que prima es la situación de la persona, si es un sin hogar, si es un discapacitado... la, la, nuestra red es más permeable, es más fácil acceder. Independientemente de cualquier [...] y, por lo tanto, si ya está allí, desde otras instancias se desentienden. Hombre, ya está colocado. Entre comillas, ¿no? No está en la calle ni... va a iniciar un proceso y eso nos puede costar mucho. A vincularlo con las redes para... a ver qué entendemos por redes para discapacitados. Pues, problemas de acceso a la... el caso concreto, me viene a la cabeza el caso de un traumatismo craneoencefálico. Que [...] un problema de [...], no sé qué, que no se pudo trabajar porque no había nadie detrás, ¿no? “Como ya está en vuestra red, no os preocupéis. No pasa hambre ni duerme en la calle”.*

En general, la visión del equipo de profesionales entrevistados es que los servicios sociales actúan como un *cajón de sastre* que da cabida a aquellas personas que no han sido aceptadas en otros recursos de la red sanitaria, en muchos casos debido a la interseccionalidad de sus necesidades. La entrada de estas personas en recursos

no adaptados a sus vulnerabilidades no sólo no da respuesta adecuadas e integrales a sus necesidades, sino que puede repercutir negativamente sobre la calidad de la atención que se proporciona al resto de usuarios del servicio.

[ENTREVISTADA n°2] ..., ¿no?, Paula, añadiría el hecho de que, como red, somos el cajón de sastre...

[ENTREVISTADA n°1] Sí... Al final...

[ENTREVISTADO n°2] O sea, lo que no quiere nadie...

[ENTREVISTADO n°1] Claro, y, al final, lo acabamos atendiendo a este señor, pero a costa de que diez personas dejaran de ser atendidas. Tampoco no sabemos si esto... es lo que tiene que hacer, ¿no?, habiendo tanta [...]...

A nivel estructural la red sanitaria se ve como un lugar más blindado que sólo trata las problemáticas relacionadas con su ámbito de competencia, pero que no es capaz de dar respuesta a problemáticas sociosanitarias complejas. A pesar de los esfuerzos que se realizan a nivel institucional, y desde los propios recursos, la entrevistada n°1 considera que la red de exclusión termina siendo la que asume los casos que el resto de las redes de protección rechazan.

[ENTREVISTADA n°1] O las hace de la mano de todos los servicios sociales, desde los distintos ámbitos y desde salud o ahí... Y yo creo que en esa línea con Salud tenemos ya abierta una vía, con el consorcio de salud de Barcelona, para ir poniendo encima de la mesa todas las dificultades, sabiendo que si alguien tiene que acabar asumiendo el caso, desafortunadamente, se nos acaba quedando en los servicios sociales a menudo.

A pesar de que la opinión mayoritaria de las personas entrevistadas apunta a la necesidad de generar dispositivos adaptados a las necesidades específicas de las diferentes personas y, en particular, de las personas con discapacidad, el entrevistado n°2 sostiene que la adaptación de los recursos a las necesidades particulares de cada caso termina por romper con el principio de igualdad en la provisión de los servicios públicos:

[ENTREVISTADO n°2] No, a ver... Es que llega un momento de decir: si tienes un servicio universal que tiene que dar un trato igual a todo el mundo, porque ese es el principio universal, y empezamos a hacer discriminaciones raras... Al final, estamos maleducando a la población. (.)

[Entrevistador] O sea, que, al final...

[ENTREVISTADO n°2] Claro. Es decir, yo no puedo ser un [...], es decir, la educación. Yo puedo ser muy flexible, pero habrá un límite... en la flexibilidad, porque, si no, se rompe. El principio de igualdad queda... roto. Y lo que tiene que garantizar las administraciones, en un país democrático, son los principios de igualdad.

En este sentido, parece que uno de los principales retos, no abordados por los sistemas de atención a las personas en situación de sin hogar sigue siendo el de la actuación integrada y coordinada de ámbitos de atención diferenciados. A pesar de la existencia de mesas de coordinación y otros instrumentos de seguimiento conjunto de casos, el diseño del entramado institucional continúa actuado como un

freno a la hora de dar respuesta a las necesidades de las personas sin hogar con discapacidad. Como recuerda Fernando Fantova:

“También recibe y debe recibir especial atención en el ámbito de la coordinación sociosanitaria lo que tiene que ver con la derivación, la planificación del alta o los planes de transición y adaptación (entre servicios o programas). Al respecto se insiste en la necesidad de que cada responsable de un eslabón de la cadena de atención programe y transmita con tiempo de antelación la salida de la persona usuaria del proceso o servicio en cuestión. Este tipo de técnicas resulta crítica para la continuidad de cuidados, principio de primera importancia en el ámbito de la coordinación sociosanitaria y de la acción pro bienestar en general”(Fantova 2008, 113).

Aunque son mayoría, dentro del equipo de profesionales entrevistado, las personas que consideran que es necesario tratar de flexibilizar el funcionamiento de los recursos para facilitar la entrada de aquellas personas que no consiguen adaptarse al funcionamiento estándar del recurso. O incluso, tratar de generar recursos específicos, o dar soluciones particulares, para personas que no encajan dentro de los recursos ya existentes, porque los recursos de la red de sinhogarismo no están siempre preparados para atender una situación de discapacidad múltiple:

[ENTREVISTADO n°3] Claro. Bueno, se recupera en el... Volvemos otra vez a lo de antes: si yo desde este servicio no puedo dar respuesta... Un usuario que yo tengo, que viva aquí... Esto es un centro de larga estancia [...] algunas cosas se plantean... atenciones o... estancias más allá de un año, incluso... Un usuario que esté aquí, que haya sufrido una intervención quirúrgica, pues, a lo mejor, en el momen..., después de... su..., esa intervención quirúrgica no puede volver aquí porque yo aquí no puedo atender a un reposo, a unas necesidades médicas equis..., ¿vale? Nosotros tenemos nuestras limitaciones. ¿Qué pasa?, que eso, esas necesidades, la red socia..., la red de salud le va a dar el alta cuando le toque dar el alta. Entonces, pues vamos a ser nosotros los que ten..., dentro de nuestros..., los recursos de la red de atención a personas vulnerables, busquemos cuál es el recurso... en el que a nivel sanitario se le puede dar más atenciones. Que puede ser que también esté... lleno, con la cual cosa... que nos encontramos ahí una... Hay un problema. Entonces, la situación...

4) Barreras que operan a nivel individual

En este epígrafe expondremos algunas de las barreras más mencionadas por las personas entrevistadas. Se han encontrado opiniones que plantean que los problemas de conducta o de comportamiento de determinadas personas usuarias podrían estar suponiendo una importante barrera en el acceso a los recursos sociosanitarios. Detectamos un espectro discursivo que se orienta a partir de atribuciones causales que obvian lo estructural e institucional y otorgan al individuo toda la responsabilidad sobre su situación. En el otro extremo discursos que se configuran en torno a una visión más holística, que otorga importancia a otros aspectos contextuales y a factores interrelacionados que se influyen entre sí. Como ejemplo de los primeros discursos se proponen los siguientes *verbatim*s:

[ENTREVISTADO n°2] decimos que cuando se le da importancia a esta población... Es decir, en primer lugar, es un problema de adaptación de estos problemas; es decir, la exclusión social no es gratuita. Es decir, la exclusión sale en los años sesenta en Francia, el término, y lo [...] porque hay un ministro de Chirac o de Bono, de... [...] y que se plantea el tema de por qué hay pobres todavía en la sociedad opulenta como Francia. Y ¿por qué hay pobres?, porque hay inadaptados. Habrá... ¿Continuaremos... teniendo inadaptados? Sí. Siempre habrá problemas de adaptación. Ahora, si eso lo queremos llevar a una categoría moral y que tenemos que rendirle cierto culto al inadaptado...

[ENTREVISTADO n°2] Claro. Exactamente. Si tú... Yo quiero ciudadanos. Los ciudadanos tienen que ser libres, iguales, ¿no? Los ciudadanos tienen que saber..., también gestionar su propia..., su propia vida; es decir, yo no puedo ir dejando los problemas a que papá Estado me lo cure todo... Y también juegan al límite, es decir, hasta última hora..., hasta que no me encuentro muy mal..., muy mal, muy mal... Pues, bueno, aquí hay señores con diabetes porque se hinchan a... dulces. Y luego llama a una ambulancia, que tiene una subida de azúcar o no sé qué, que no sé, que me da un... patatús...

En el otro extremo discursivo aquellas opiniones de profesionales que conciben los procesos de exclusión residencial de forma holística, generando un análisis contextual complejo con múltiples factores.

[ENTREVISTADO n°6] A ver, yo siempre he reflexionado sobre las causas del sinhogarismo, ¿no? Es algo muy complicado que, a día de hoy, yo creo que nadie tiene la respuesta. Por la complejidad, ¿no? y la heterogeneidad de las personas que conforman este, pues este grupo. Mi visión, a día de hoy, 2018, a lo mejor dentro de dos años hablamos y es otra. El sinhogarismo es un fallo multi sistémico de una persona. Es decir, un fallo que empieza por la familia. Que sigue en la educación, en el ámbito educacional, en el ámbito sanitario, ámbito social y, al final, se acaba en la marginalidad. Evidentemente nos puede pasar a todos. Claro, te puede pasar a ti, me puede pasar a mí que acabemos en la calle, pero es muy complicado. Tenemos nuestras redes, nuestras capacidades personales. Nuestros estudios, nuestros dineros ahorrados. Nuestra gente, ¿no? Entonces, al final, una persona sin hogar es una persona que ha tenido una vida complicada. Que no se ha organizado. A lo mejor tienes una per... yo qué sé, es tu vecino que siempre lo habías visto normal. Normal, perdón. Siempre lo has visto como... ¿sabes? Normalizado, entre comillas. Subrayo entre comillas [risas]. ¿Sabes? Pero realmente a lo mejor tenían otro tipo de problemáticas que no estaban emergentes, ¿no? Entonces han acabado en la calle.

Una de las cuestiones más mencionadas por las personas profesionales es la distinción entre **discapacidades dependientes** y **discapacidades autónomas**. El grado de autonomía de la persona sería una cuestión esencial para poder acceder a los servicios, de forma que la existencia de una discapacidad no supondría una barrera de acceso a servicios en sí misma, siempre y cuando, la persona sea capaz de manejarse de forma autónoma en las actividades del día a día.

[ENTREVISTADO n°3] Por eso nosotros, concretamente en este recurso, atendemos a gente que..., a pesar de que pueda presentar algún tipo de patología, algún tipo de... disminución o algún tipo de necesidad especial, que esa persona pueda ser autónoma.

Autónoma para las... actividades cotidianas en su vida diaria. Si no es así, nosotros no podemos atenderlo.

La falta de autonomía en las personas para realizar tareas de la vida cotidiana unido a la escasez de profesionales en algunos recursos asistenciales genera una barrera de acceso a recursos más difícil de soslayar que la posible discapacidad que presente la persona.

[ENTREVISTADO n°9] (...) porque el personal no puede trabajar con una persona que sea dependiente realmente, es decir, hay una ratio muy alta, que yo conozco el centro de noche de RAIS, hay una ratio muy alta de trabajadores por persona, pero igualmente si una persona necesita todo el rato un acompañamiento porque no puede cenar sola, no se puede duchar sola o vestir sola, no podemos hacernos cargo y en el albergue muchísimo menos que por las noches no hay ningún trabajador, solamente hay un guardia de seguridad, entonces es imposible atender a una persona que tenga necesidades por su discapacidad.

La carencia de recursos adaptados a este tipo de necesidades sería otro condicionante a añadir a la ecuación.

[ENTREVISTADO n°2] Entonces, yo creo que miramos más el tema de dependencia, sí, que... si es una persona muy dependiente, entonces no tenemos posibilidad de darle atención más de que si tiene discapacidad o no la tiene. Cuando miramos, creo que miramos más esto. Pero por un tema de logística. Porque si no tiene una litera, no la puedes poner; si lo tienes que ayudar a sen, a hacer, a hacer transferencias en la litera, es que el profesional se desloma. Entonces, son equipamientos que están pensados para atender a mucha gente...

Las personas profesionales también destacaban todo un elenco de barreras individuales que tienen que ver con los **comportamientos, actitudes o conductas de las personas usuarias** de sus servicios. Este tipo de discursos que se han codificado a lo largo del material de análisis como *barreras individuales derivadas de la conducta*, se estructura en torno a una configuración discursiva similar a la presentada inicialmente en este epígrafe. Discursos que obvian la complejidad del fenómeno y que pueden llegar a legitimar las barreras de acceso que estas personas encuentran, articulando su discurso en torno a la responsabilidad individual y a las consecuencias derivadas de la misma.

[ENTREVISTADO n°2] A la conducta de esta población. Muchas veces, la conducta... Claro. Si tú estás en un sociosanitario y llegas borracho, porque te has ido al bar de sociosanitario y subes a planta borracho...

[Entrevistador] Ya...

[ENTREVISTADO n°2] Pues, evidentemente, y eres un poco bronca, pues, evidentemente, la puerta giratoria se gira y te ponen patitas en la calle.

[Entrevistador] O sea, que, digamos, al acceder a los... recursos...

[ENTREVISTADO n°2] Hay..., por lo general, hay personas que tienen..., aparte de temas de salud mental...; que tienen mal encaje socialmente... Y, en según en qué ambientes, pues no... encaja. Claro.

También encontramos discursos que, por el contrario, profundizan en su análisis y aun presentando elementos individuales que podrían estar operando como barreras para el acceso sociosanitario, introducen también elementos contextuales que aportan riqueza y profundidad a sus análisis.

[ENTREVISTADO n°6] Bueno, primero: las personas sin hogar, como decíamos, ¿no? Por cómo son, pues la constancia les cuesta. O sea, nunca mejor dicho, ¿no? Presenta dificultades el hecho de tener una vida estructurada porque su vida no es estructurada. Y si es estructurada, responde a su inmediatez. No responde nunca a largo tiempo.

Se detectan barreras para las personas en situación de sin hogar y discapacidad asociadas tanto en el acceso sanitario a servicios de urgencia como a recursos de medicina primaria. Las **estructuras y protocolos** médicos de acceso y atención **estandarizados y universales** destinados a la población general no son totalmente efectivos con personas que presentan necesidades simultáneas.

[ENTREVISTADO n°7] El médico de cabecera tiene los pacientes que tiene y atiende igual al que viene con su cuidadora, al que va solo porque es autónomo, independiente y es adulto y a la persona sin hogar, que también es un adulto, en principio, normalizado. Y ellos no dan por hecho otra cosa. Pero tiene que acceder igual que los demás: pidiendo su cita normal o en la puerta del centro de salud o por teléfono o por internet, acudiendo a su cita, esperándose a que le toque y saliendo igual. ¿Qué pasa? Que ellos, esa parte, pues es más costosa a la hora de acceder. O sea, a la hora de que cumplan todos esos requisitos, digamos, pues es más dificultoso por el hecho de volver a introducirse en un sistema que está muy establecido, que es muy normalizado. Si tienes que esperarte y pedir cita para que te hagan una cura dentro de media hora pues, si te tienes que esperar, pues es lo que hay. Lo que pasa que pues ellos pues no se esperan.

Las personas profesionales también destacan como una barrera personal importante la posible falta de habilidad que tienen las personas de presentarse en las interacciones sociales de forma socialmente aceptada. Esta barrera está íntimamente relacionada con barreras de acceso derivadas de los prejuicios y a procesos de **estigmatización social**. Aquellos usuarios con mayor nivel de habilidades sociales, y más conscientes de la importancia de la imagen personal en las interacciones diarias, podrán minimizar con mayor eficacia los efectos negativos que su aspecto físico pueda generar en las interacciones con el personal profesional sociosanitario.

[ENTREVISTADA n°11] ..., ¿no? Pues ¿por qué?, porque aquí hay gente que sé que quiere ir, pero..., pues eso, si no viene aquí a ducharse..., pues... Hay muchos que vienen: «Es que tengo cita con el médico... Entonces, vengo a ducharme y necesito ropa». O sea..., hay unos que sí que lo hacen por sí solos, pero hay otros que si tú no los... ayudas, un poco, a tomar esa iniciativa..., no lo hacen. Entonces, pues también, si llegan ahí y llegan,

a veces, por..., bajo efectos del alcohol o llegan en malas condiciones, tal... Pues sí que, en algunas ocasiones, sí que se encuentran barreras. Sí.

La dificultad para detectar algunas discapacidades de tipo intelectual puede estar mediatizando las percepciones de algunos profesionales. Estos podrían estar vehiculando a problemas de conducta lo que pueden ser simplemente barreras de comprensión derivadas de discapacidades intelectuales no reconocibles.

[GRUPO DE DISCUSIÓN ENTREVISTADA nº6] Eso no soluciona el problema porque las personas con discapacidad intelectual tienen muchos problemas de comprensión, aunque no lo aparenten. Y de ahí vienen problemas de conducta. Es decir, entran personas que parecen, o sea, con una apariencia normal, con un comportamiento teóricamente normal. Entonces, pasan desapercibidos y, al no comprender lo que está pasando, se pueden generar problemas de conducta [...] clase de circunstancias, ¿no?

CONCLUSIONES

El objetivo del estudio ha sido generar evidencias y aportar información novedosa sobre la incidencia de la discapacidad en los procesos de exclusión social, así como sobre las barreras que implica tener una discapacidad cuando una persona se encuentra sin hogar.

Es importante señalar que **el tiempo medio** que han estado **sin hogar** las personas de la muestra **es de 7,1 años**, y el 44% de ellas lleva más de cinco años sin hogar, apuntando a un alto nivel de cronificación del sinhogarismo y que, **gracias al muestreo incidental** que se ha realizado para obtener una alta representación de personas con discapacidad, el **78% de las personas en situación de sin hogar encuestadas afirma tener alguna discapacidad**.

Cuando se pregunta por el estado de salud a las personas encuestadas se observa que las personas con discapacidad consideran que tienen un peor estado de salud que las personas sin discapacidad. De forma que, como parece intuitivo, las personas que autoperciben tener una discapacidad afirman tener peor salud que las personas con discapacidad reconocida, aunque en los datos de asistencia al médico no existe una diferencia clara entre ambos grupos.

Una de las cuestiones que podemos destacar es la identificación de los distintos porcentajes de certificación que existen entre los diversos tipos de discapacidad. Se observa que, salvo para el caso de la discapacidad física y para la orgánica, **la autoevaluación que realizan las personas sobre su discapacidad es mayor de lo que indica su certificado**. Algo normal si se tienen en cuenta los trámites que hay que hacer para conseguir el certificado y algunas dificultades para detectar determinados tipos de discapacidad o bien que también puede deberse a que a partir del 65%, el reconocimiento lleva asociada una pensión contributiva.

Se ha obtenido información muy valiosa respecto a la relación entre el proceso de certificación de la discapacidad y la situación económica de las personas. Se observa que **existe una lógica retributiva ascendente a medida que el proceso de certificación de la discapacidad avanza**. A medida que una persona progresa en los procedimientos administrativos de certificación, es más probable que sus ingresos crezcan. La media de ingresos para el total de la muestra es de 338€, la media de ingresos para las personas que consideran que tienen discapacidad es de 358€, la media de ingresos para las personas que tienen certificado de discapacidad es de 423€ y para los que tienen certificado de discapacidad y una prestación asociada a ella es de 488€²⁶.

²⁶ Ver gráfico 35 sobre Estructura de los ingresos de la muestra, pg. 64.

Poniendo el foco sobre la red de discapacidad, las personas con discapacidad reconocida tienen más información acerca de todos los recursos que las personas con discapacidad autopercebida, pero no reconocida. Es notable esta diferencia respecto de los pisos tutelados (32% frente a 17%), los centros especializados (29% frente a 15%) y la teleasistencia (28% frente a 17%).

Sin embargo, una de las cuestiones más interesantes que debemos repensar y que ha puesto de manifiesto esta investigación ha sido la aproximación a una posible relación existente entre la edad de aparición de la discapacidad y la primera experiencia de sinhogarismo. Si bien no es posible probar la causalidad de una variable sobre la otra, sí que se observa que cuando la discapacidad aparece en la infancia o la juventud (antes de los 18 años), la distribución de la edad de la primera experiencia de sinhogarismo es aleatoria y no sigue ninguna tendencia. Es decir, las personas llegan a la calle a diferentes edades sin que la aparición de la discapacidad parezca tener relación con el sinhogarismo. Se dan por lo tanto casos de primera situación de sinhogarismo a los 35, 40, 50 y 60 años. Es decir, cuando la discapacidad aparece en la juventud, la discapacidad no lleva a quedarse sin hogar.

Sin embargo, cuando la discapacidad aparece a partir de los 18 años existe una **correlación entre la edad en la que aparece la discapacidad y la edad en la que ocurre la primera situación de sin hogar.**

¿A qué puede deberse esta diferencia de comportamiento entre estos conjuntos de casos? Como se ha explicado en el epígrafe correspondiente, a priori, podría pensarse que una persona en riesgo de exclusión cuando desarrolla alguna discapacidad tiene más probabilidades de quedarse sin hogar, debido a los prejuicios, falta de adaptación y barreras del mercado laboral. Antes de la mayoría de edad, la discapacidad parece no tener efecto sobre el hecho de quedarse sin hogar porque no existe esta exposición al mercado laboral, y existe una menor exposición a situaciones de sin hogar al estar protegido por la minoría de edad a través de instituciones como la familia o el Estado. Es a partir de entonces, una vez se es mayor de edad, se tiene relación con el mercado laboral y la necesidad de mantener una vivienda, cuando la aparición de una discapacidad tiene un efecto sobre el hecho de quedarse sin hogar.

En esta misma línea, dentro del análisis cualitativo que se ha llevado a cabo se ha partido de la existencia de estudios que **correlacionaban discapacidad y sinhogarismo**. En este sentido, a través de las entrevistas y grupos de discusión se ha observado que existe una doble vulnerabilidad que parece reforzar los procesos de exclusión. De forma que se produce una relación sinérgica entre discapacidad y sinhogarismo.

Vivir en la calle se ha asociado a un mayor riesgo de padecer enfermedades y accidentes que no sólo afectan al estado de salud, sino que pueden terminar derivando en la aparición de ciertas discapacidades. Discapacidades psíquicas derivadas de profundos procesos de inseguridad y frustración constante, que pueden degenerar en cuadros depresivos mayores. A nivel físico por varios motivos, como la falta de un correcto seguimiento o adherencia a tratamientos, la falta de posibilidades de realizar las curas necesarias o debido a la prescripción de tratamientos generalistas alejados de los condicionantes materiales que supone la vida en calle.

Hemos detectado en esta investigación que la carencia material que implican las situaciones de exclusión residencial puede dificultar el seguimiento de determinados tratamientos. El hecho de verse privados de acceso a electricidad supone una dificultad añadida para un correcto seguimiento de los tratamientos. (carencia de refrigeradores para conservar la insulina en pacientes diabéticos). En otros casos es la priorización de las necesidades básicas la que parecer provocar que, en ocasiones, se posponga el cuidado la salud frente a otras necesidades más urgentes y básicas, como el refugio o la alimentación. Esto pueden terminar provocando un empeoramiento de dolencias leves que, en última instancia, debido otras complicaciones pueden degenerar en la aparición de alguna discapacidad.

También se ha puesto de manifiesto las especiales dificultades que encuentran las personas con problemas de salud mental para mantener una vivienda cuando carecen de redes de apoyo, o estas redes no son capaces de vincular las patologías con la existencia de discapacidades. Se constata como en los casos en los que existe una prevalencia de enfermedades mentales no diagnosticadas, esta discapacidad puede estar operando como catalizador de la situación de sinhogarismo.

En el caso concreto de las personas con discapacidades psíquicas asociadas a salud mental, se destaca la poca adecuación de los recursos a su necesidad. La absorción de estas personas por parte de recursos generalistas como los albergues de primera acogida están dificultando, y en algunos casos empeorando, los procesos de recuperación de estas personas.

Se constata una falta de dispositivos, herramientas y procedimientos para un conocimiento mutuo y coordinación entre ambos sistemas (sanitario y social).

En los casos en los que se ha de atender a personas que acumulan varios factores de exclusión, se observa que la gravedad e intensidad de estos es mayor que la presencia aislada de cada una de esas vulnerabilidades. En particular, las personas que presentan necesidades sociales y sanitarias tienen dificultades para acceder a determinados servicios al no encajar en el perfil de atención. De esta forma la coexistencia de factores de vulnerabilidad no contemplados en la definición del perfil de acceso, excluye de la intervención a personas que, aun presentando la

problemática prevista en la atención del recurso, son excluidas por presentar otras vulnerabilidades asociadas. En ocasiones, estos casos complejos terminan deambulando por los sistemas en un ciclo perenne de servicios que no cubren de forma integral las necesidades de estas personas o bien directamente se alejan de los sistemas tradicionales de atención.

El mercado de la vivienda es otro de los puntos críticos al que se ha hecho referencia en el informe. Si bien los enfoques tradicionales sobre la exclusión social no ponían el foco en la vivienda, es necesario incluirlo y además hacer referencia a los avances y mejoras que se están produciendo para este tipo de personas que se alejan del sistema de escalera gracias a la aplicación del modelo de *Housing First*.

Por otro lado, la falta de una dotación económica suficiente para sostener el Sistema de Atención a la Dependencia ha provocado que, durante el periodo de crisis económica y financiera, el nivel de protección previsto en la normativa no se haya implementado en la práctica. De forma que las personas en situación de sin hogar con algún tipo de discapacidad, han sido relegadas en las listas de espera al priorizarse el nivel de dependencia sobre la discapacidad o la situación de vulnerabilidad social.

La ley de la Dependencia también ha ralentizado los procesos de certificación, creando la necesidad de obtener una nueva acreditación, algo que para aquellas personas que suelen tener dificultades para realizar los trámites administrativos puede suponer una barrera difícilmente superable. Pero es que, además, algunas de estas personas que se encuentran en situación de exclusión residencial severa no pueden acreditar ningún grado de dependencia. De forma que en un momento de competición por unos recursos muy escasos la Ley de Dependencia ha puesto en competición por unos recursos extremadamente escasos a personas con grandes necesidades a nivel social y otras cuya situación socioeconómica es solvente, pero acreditan un grado más alto de dependencia.

El certificado de discapacidad es una de las piedras angulares del sistema de protección de la discapacidad, sin embargo, se ha planteado que podría llegar a ser también un arma de doble filo, que por un lado permite acceder a determinadas prestaciones, pero que por otro puede generar cierto estigma en la persona, en la medida en que certifica limitaciones dando acceso a una serie de empleos protegidos que por extensión también limitan el desempeño de otros tantos. Algunas de las ventajas que otorga el certificado son el acceso al empleo protegido o una mayor puntuación en los baremos para acceder a la vivienda social. En algunas ciudades como Barcelona, se está comenzando a realizar adjudicaciones de vivienda pública que, además de la discapacidad, toma en cuenta en el baremo de puntuación que la persona venga de una situación de sinhogarismo.

Este estudio ha vuelto a constatar que existe en el sistema de atención una dificultad en la adaptación a las necesidades de personas con necesidades complejas, derivadas de la confluencia de más de un factor de vulnerabilidad.

Encontramos una mayor permeabilidad de la red de exclusión social frente a la sanitaria, cuando coexisten vulnerabilidades múltiples en la misma persona, casi siempre prevalecerá el tratamiento de los aspectos sociales, a los sanitarios. En este sentido, parece que uno de los principales retos, no abordados por los sistemas de atención a las personas en situación de sin hogar sigue siendo el de la actuación integrada y coordinada de ámbitos de atención diferenciados.

A modo de reflexión final, es preciso plantear la necesidad de generar estructuras capaces de entrelazar la atención médico-sanitaria y la atención social. De forma que, en lugar de establecer los itinerarios de intervención y los procesos de recuperación de las personas en función de las estructuras de funcionamiento creadas, sea posible colocar la atención a la persona en el centro, tratando de orientar los procesos, los servicios, y el trabajo de los equipos de profesionales, a cubrir las necesidades de cada persona.

Resulta necesario, por tanto, poner a la persona en el centro de la intervención, tanto sanitaria como social, permitiendo que se responsabilice de sus procesos y también que decida sobre ellos. Pero, sobre todo, que pueda acceder a una atención en la que la concurrencia de varios factores de vulnerabilidad (situaciones de exclusión social y discapacidades) no suponga un menoscabo de su derecho al acceso a los servicios en condiciones de igualdad.

Para ello resulta preciso llevar a cabo reformas en legislaciones y normativas que adapten las estructuras a las necesidades de las personas, y no traten de adaptar las personas a las estructuras.

Seguro que para lograrlo será necesario un cambio de paradigma, a nivel filosófico y político, que impida que las situaciones de pobreza y vulnerabilidad sigan reproduciéndose.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Hendrickson, Manuel. *Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España*. Documento de Trabajo, Barcelona: FOESSA, 2014, 36.
- Anaut Bravo, Sagrario, Javier Arza Porras, y M^a Jesús Álvarez Urricelqui. «La exclusión social, una problemática estructural entre las personas con discapacidad.» *AREAS Revista Internacional de Ciencias Sociales* 36 (2017): 167-181.
- Ayala García, Saida. «Marco jurídico-conceptual del sistema público de los servicios sociales.» *Barataria*, nº 24 (2018): 225-234.
- Cáritas. «Por una salud digna para todos.» Documento Base Campaña sin Techo, Madrid, 2007.
- Consejo Económico y Social. *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Proyecto de Investigación, Sevilla: Consejo Económico y Social, 2012.
- Crawford, Cameron. *Looking into poverty: Income sources of poor people with disabilities in Canada*. Toronto: Institute for Research and Development on Inclusion and Society (IRIS) and Council of Canadians with Disabilities., 2013.
- Crenshaw, Kimberle. «Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics.» *University of Chicago Legal Forum*, 1989: 139-167.
- De la Fuente Robles, M^a Y. *Formación curricular en diseño para toda las personas*. Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas, CRUE, Madrid: Fundación ONCE, 2014.
- Fantova, Fernando. «Experiencias de coordinación sociosanitaria.» En *Coordinación (gruesa y fina) en y entre los Servicios Sanitarios y Sociales*, de Demetrio Casado, 224. Barcelona: Hacer Editorial, 2008.
- . «www.fantova.net.» 2009.
http://fantova.net/?page_id=179&q=definici%C3%B3n%20y%20mejora%20de%20los%20servicios%20sociales%20de%20atenci%C3%B3n%20secundaria (último acceso: 23 de 10 de 2018).
- FEAPS. *Estudio del sobreesfuerzo económico que la discapacidad intelectual ocasiona en la familia en España*. Madrid: Antares Consulting, 2009.
- Fernández, Cesáreo, y otros. «Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias.» *Atención Primaria*, 2017: 222-227.
- Glaser, BG. «The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis.» *Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press, 1967.
- Glasser, A. *Discovery of Grounded Theory*. New York: Routledge, 1999.
- Health Committee, UK Parliament. «UK Parliament "First Report: The Relationship Between Health and Social Services".» www.parliament.uk. 13 de Enero de 1999.
<https://publications.parliament.uk/pa/cm199899/cmselect/cmhealth/074/07407.htm> (último acceso: 26 de Noviembre de 2018).

- Indecon. *Report on the Cost of Disability*. Dublin: National Disability Authority, 2004.
- Lehman, Anthony, Eimer Kernan, Bruce De Forge, y Lisa Dixon. «Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness.» *Psychiatric Services*, 1995: 922-926.
- Llano Ortiz, Juan Carlos. *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2017*. Madrid: EAPN España, 2018.
- López-Cabanas, Miguel. «Servicios sociales municipales. Necesidad de una refundación.» *Papeles del Psicólogo* 39, nº 2 (2018): 89-95.
- Martínez Ríos, Beatriz. «Pobreza, discapacidad y derechos humanos.» *Revista Española de Discapacidad*, 2013: 9-32.
- Mercier, C, y S. Picard. «Intellectual disability and homelessness.» *Journal of Intellectual Disability Research*, 2011: 441-449.
- Muñoz, M., C. Vázquez, y J.J. Vázquez. *Los límites de la exclusión*. Madrid: Tempora, 2003.
- OMS. «Influencia de la pobreza en la salud.» *Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud 113ª reunión. 4 de diciembre de 2003*. 2003. 6.
- ONU. «Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.» Informe, New York, 2006.
- Panadero Herrero, Sonia, Miguel Pérez-Lozao, y RAIS Fundación. *teamzo*. Madrid: RAIS, 2012.
- Panadero, Sonia. *Evaluación de Programas psicosociales para personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Tesis Doctoral, UCM, 2004.
- Panadero, Sonia, y Miguel Pérez-Lozao. «Personas sin hogar y discapacidad.» *Revista Española de Discapacidad* (Centro Español de Documentación sobre Discapacidad) 2, nº 2 (2014): 7-26.
- RAIS. *Estudio: Primera aproximación y visualización de la realidad. Incidencia de la discapacidad en las personas sin hogar*. Estudio, Madrid: RAIS Fundación, 2011.
- RAIS Fundación. *Muchas Preguntas. Algunas Respuestas*. Madrid: RAIS Fundación, 2015.
- RAIS. *Informe: Discapacidad y exclusión*. Madrid: Fundación RAIS, 2009.
- Serrano, Claudia, Carolina. Ramírez, Jheidy. Abril, Lizeth Ramón, Linda Guerra, y Nathali Clavijo. «Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física: discapacidad y barreras contextuales.» *Universidad Industrial de Santander* 45, nº 1 (2013): 41-51.
- Sims, Jane, y Christina Víctor. «Mental health of the statutorily homeless population: Secondary analysis of the Psychiatric Morbidity Surveys.» *Journal of Mental Health*, 1999: 523-532.
- Valiente Andreu, Sara, Elsa Olmeda Rodríguez, Silvia Villa Marzo, M^a del Mar Caturla Bastit, Felipe Tío, y M^a Jesús. «Estudio sobre las personas sin hogar de la ciudad de Valencia.»



FES Sociología Working Paper. Valencia: Federación Española de Sociología, 2015. 1-34.

ANEXOS

A) Resumen Barreras-Propuestas

Nº	Barrera	Propuesta	Ámbito	Nivel
1	Trámites burocráticos presenciales y no adaptados a las necesidades y capacidades específicas de las personas.	Facilitar la accesibilidad para poder hacer gestiones por vía telemática a través del certificado digital (facilitar la comunicación aumentativa y/o alternativa)	Burocracia	Estructurales
2	Itinerancia por diferentes recursos para presentar documentos para un mismo trámite	Ventanilla única. Centralizar las tareas/trámites o descentralizar los servicios	Burocracia	Estructurales
3	Los procedimientos burocráticos no coordinados entre diversas administraciones provocan que las personas no finalicen los trámites.	Permitir la solicitud a nivel interno entre administraciones de los datos de las personas usuarias cuando éstas consientan.	Burocracia	Estructurales
4	Los trámites administrativos-burocráticos son largos y complejos. (Listas de espera, derivación, solicitud).	Agilizar y hacer más rápidos los trámites.	Burocracia	Estructurales
5	Exigencia de documentación para cualquier trámite relacionado con la discapacidad.	"Primero las personas, luego los papeles".	Burocracia	Estructurales
6	Condicionantes para acceder a las prestaciones colocan a las personas en situaciones indignas.	Vincular una prestación a la condición de ciudadanía (derecho objetivo) y no a cumplir una serie de requisitos (rentas mínimas).	Burocracia	Estructurales
7	Inversión en soluciones de alojamiento temporales, parciales y poco eficientes, sin tener en cuenta otras alternativas de recursos residenciales.	Desinstitucionalización: no invertir en alojamientos temporales.	Soluciones residenciales	Estructurales

Nº	Barrera	Propuesta	Ámbito	Nivel
8	Los tiempos de espera para ser derivados a residencias son muy largos por la saturación de los recursos y falta de espacios de convalecencia para personas con enfermedades crónicas.	Aumentar las plazas en las residencias u otro tipo de recursos específicos y adaptados (tipo espacio salud por ejemplo)	Soluciones residenciales	Estructurales
9	La institucionalización (albergues, prisiones) afecta a la salud, sobre todo de las personas interseccionales, provocando un gasto sobredimensionado a nivel presupuestario.	Invertir en recursos no institucionales, siguiendo modelos europeos	Soluciones residenciales	Estructurales
10	Se produce una falta de coordinación real, efectiva y operativa entre los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales en la atención a las personas usuarias.	Red de atención integral; coordinación entre red sanitaria y de servicios sociales	Sistema público de atención	Estructurales
11	Incompatibilidades entre los sistemas de protección de servicios sociales y la discapacidad que generan una falta de coordinación e indefensión de las personas atendidas.	Armonización del marco legislativo, tomando en cuenta los diferentes ámbitos de protección y las prestaciones y derechos regulados	Sistema público de atención	Estructurales
12	Falta de información y de prevención de ciertas enfermedades mentales entre profesionales y familia, que derivan en cuidados deficientes y problemáticas de convivencia a nivel familiar y social.	Formación en prevención e información sobre enfermedades mentales entre profesionales y familiares, desde la atención primaria; derivación de casos detectados a prevención de salud mental.	Sistema público de atención	Estructurales
13	Desincentivación de la búsqueda de empleo mediante la pensión no contributiva; incompatibilidad de la pensión no contributiva con el empleo	Que exista compatibilidad de esta ayuda con la búsqueda de empleo; más facilidad para volver a activarla.	Sistema público de atención	Estructurales

Nº	Barrera	Propuesta	Ámbito	Nivel
14	Las prestaciones sociales son insuficientes para el alquiler de una vivienda en las grandes ciudades	Acomodar las políticas sociales a la realidad económica del entorno, precios de las ciudades.	Soluciones residenciales	Estructurales
15	Dificultades de acceso a recursos no adaptados para personas con diferentes tipos de discapacidad	No destinar dinero público a nuevas infraestructuras que no sean 100% accesibles.	Barreras arquitectónicas	Estructurales
16	Falta de detección de posibles personas con discapacidad	Establecimiento de un sistema de detección mediante un cuestionario sobre la situación social y sanitaria o, idealmente, permitiendo el cruce de información entre diferentes servicios sociales y sanitarios.	Coordinación	Institucionales-Legislativas
17	Prescripción de tratamientos médicos estandarizados y parciales que se alejan de las necesidades individuales de las personas usuarias	Promoción de espacios de recuperación de salud que integren cuidados y residencia.	Sistema público de atención	Institucionales-Legislativas
18	Las personas con discapacidad en situación de sin hogar encuentran más dificultades a la hora de tramitar el certificado de discapacidad	Generar un protocolo que facilite la solicitud del certificado de discapacidad para las personas en situaciones de calle.	Burocracia Temporalidad	Institucionales-Legislativas
19	La situación de exclusión social dificulta el acceso al mercado laboral	Incrementar las bonificaciones en la contratación de personas en situación de exclusión social y fomentar otras fórmulas de contratación (Empresas de inserción por ejemplo) y establecer una reserva de empleo público y privado para personas con discapacidad.	Empleo protegido	Institucionales-Legislativas

Nº	Barrera	Propuesta	Ámbito	Nivel
20	La falta de una protección específica de las personas con menos recursos provoca que los profesionales "busquen la discapacidad en la persona" para garantizar recursos, probablemente mediante la generación de un estigma	Que las garantías económicas no estén vinculadas a la discapacidad, sino a la persona (renta ciudadana).	Sistema público de atención	Institucionales-Legislativas
21	Poca presencia de equipos interdisciplinares en la atención sanitaria	Equipos multidisciplinares en los centros médicos (médico, enfermero, especialistas y trabajadores sociales); Jornadas de coordinación e información entre trabajadores sociales y salud mental sobre casos prácticos.	Servicio público de atención	Recursos
22	Requisitos de acceso a recursos muy exigentes, pocas personas cumplen el perfil	Organizar un sistema de coordinaciones horizontales entre técnicos y adecuar la atención a las necesidades de las personas.	Servicio público de atención	Recursos
23	Duplicación de recursos, empezar de "cero" a cada llegada de un recurso, contar de nuevo la historia personal. Frustración.	Sistema integrado de información compartida. Un solo expediente.	Coordinación	Recursos
24	Falta de competencias para entrar en el mercado laboral.	Refuerzo de los acompañamientos laborales (<i>peer</i>).	Empleo protegido	Recursos
25	Los recursos existentes no son capaces de dar respuesta a personas con discapacidad mental y física.	Dotar de más medios para evitar la saturación de los recursos y la falta de respuesta y atención a personas con discapacidades físicas y mentales.	Servicio público de atención	Recursos
26	Las personas con problemas de salud mental precisan de un sistema de alojamiento que fomente la autonomía para no concentrar	Promoción de pisos de autonomía para salud mental.	Especialización	Recursos



Nº	Barrera	Propuesta	Ámbito	Nivel
	problemáticas muy diferentes y poco compatibles en un solo recurso residencial.			
27	Falta de información de los familiares de las personas con discapacidad o patología dual a propósito de la convivencia, cuidados etc.	Fomento de los grupos de autoayuda de familiares con presencia de personal asesor/trabajado social/psicología para consultas.	Servicio público de atención	Individuales
28	Falta de atención o atención deficiente debido a falta de higiene bucal.	Promoción de un "dentista municipal" al estilo de Barcelona o de un servicio de prótesis dental accesible para este colectivo.	Imagen	Individuales
29	Las dinámicas del trabajo, las relaciones con equipos directivos y equipos de trabajo, así como el gasto del salario presentan dificultades para las personas en situación de sin hogar con discapacidad.	Seguimiento y acompañamiento activo una vez se consigue un empleo para orientar a la persona en situación de sin hogar con discapacidad en esta nueva situación. Acompañamiento, apoyo prolongado.	Mercado laboral	Individuales

B) Cuestionario

Buenas, a continuación, tiene un cuestionario que se refiere a lo que piensa sobre diferentes aspectos de su vida. La información será totalmente anónima y confidencial, ningún profesional de su centro tendrá acceso a esta información. Nos interesa saber lo que piensa. Gracias por su colaboración.

A. Información sociodemográfica y administrativa

1. ¿Cuál es su **sexo**?

- 1. Hombre
- 2. Mujer
- 3. Otro

2. ¿Cuántos **años** tiene?

- 1. Años

3. Nacionalidad: _____

4. Señale si tiene la siguiente documentación

DNI	Permiso de residencia	Permiso de residencia y de trabajo	Pasaporte	Sin documentación
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Desde hace cuánto **tiempo vive** en España?

- 1. Menos de 1 año
- 2. Entre 1 y 3 años
- 3. Más de 3 y hasta 5 años
- 4. Más de 5 años o Siempre
- 5. No sabe

6. ¿Está usted **empadronado/a**?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe

7. Por favor, indique su **nivel de estudios**

- 1. Sin estudios o estudios primarios sin completar
- 2. Primarios, 6º EGB (hasta los 10 años)
- 3. Secundarios, Bachillerato elemental, FP de primer grado (hasta los 14 años)
- 4. BUP, Bachillerato Superior, COU, Preu, FP de segundo grado (hasta los 18 años)
- 5. Estudios universitarios
- 6. Estudios de posgrado y doctorado
- 7. No sabe

-
-
-
-
-
-
-

8. En relación con el **trabajo** ¿Cuál es su situación actual?

- 1. Trabajando
- 2. Estudiando
- 3. En paro/Buscando trabajo
- 4. Jubilado
- 5. Certificado de Discapacidad/Pensionista por Incapacidad para el trabajo
- 6. Pensionista
- 7. No sabe

B. Situación de alojamiento

9. ¿Cuál es su lugar de residencia en la **actualidad**?

- 1. En calle u otros espacios públicos
- 2. Piso o habitación propia (alquilada o comprada)
- 3. En casa de familiares o amigos
- 4. En una chabola
- 5. En un piso/habitación facilitada por una ONG u otro organismo
- 6. En un piso o casa ocupada
- 7. En un Albergue, Centro de Acogida o de Atención a la Discapacidad
- 8. En un alojamiento para colectivos específicos (jóvenes, mujeres)
- 9. Otro ¿Cuál? _____

10. Durante los **últimos tres años**, ¿cuánto tiempo vivió en alguno de estos lugares? Puede marcar más de uno

	Entre 1 y 6 meses	De 6 meses a 1 año	Entre 1 y 3 años	Todo el tiempo
1. En calle u otros espacios públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Piso o habitación propia (alquilada o comprada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En casa de familiares o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. En una chabola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. En un piso/habitación facilitada por una ONG u otro organismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. En un piso o casa ocupada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. En un Albergue, Centro de acogida o de Atención a la Discapacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En un alojamiento para colectivos específicos (jóvenes, mujeres)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Otro ¿Cuál? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ¿Cuánto **tiempo ha estado sin hogar**?

- 1. En años _____
- 2. En meses _____

C. Salud

12. ¿Cuál es su estado de salud general?

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo
13. Durante los últimos 12 meses ¿Cuántas veces ha acudido al médico?
1. Ninguna vez
2. 1 o 2 veces
3. De 3 a 5 veces
4. Entre 6 y 10 veces
5. Más de 10 veces
14. ¿Considera usted que tiene algún tipo de discapacidad?
1. No
2. Sí
- A. ¿De qué tipo? (puede marcar varias)
- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------|----------|-----------------------|
| Física | <input type="radio"/> | B. ¿En qué grado? | Leve | <input type="radio"/> |
| Orgánica | <input type="radio"/> | | Moderado | <input type="radio"/> |
| Sensorial (Visual/Auditiva) | <input type="radio"/> | | Grave | <input type="radio"/> |
| Intelectual/Mental | <input type="radio"/> | | | |
15. ¿Cuántos años tenía **cuando apareció la discapacidad**?
1. Años
16. ¿Cuál fue el origen de la discapacidad? (Puede marcar varias)
1. Una enfermedad
2. Un accidente
3. El consumo de alcohol y otras sustancias
4. Estar sin hogar
5. Malos tratos o violencia
6. De nacimiento
7. La edad/hacerme mayor
8. Otra
17. Con la aparición o el agravamiento de su discapacidad **ha tenido que modificar su relación con el trabajo o su profesión:**
1. Sí
2. No
3. No sabe
18. ¿Tiene el **certificado de discapacidad**?
1. Sí
2. No
3. En trámite
4. No sabe
19. ¿Ha encontrado alguna dificultad o impedimento para solicitarlo o durante la solicitud del certificado de discapacidad?

20. Si tiene certificado de discapacidad:

A. ¿De qué tipo? (puede marcar varias) B. ¿En qué grado?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|
| Física | <input type="radio"/> | Menos del 33% | <input type="radio"/> |
| Orgánica | <input type="radio"/> | 34%-64% | <input type="radio"/> |
| Sensorial (Visual/Auditiva) | <input type="radio"/> | Más del 65% | <input type="radio"/> |
| Intelectual/Mental | <input type="radio"/> | | |

21. ¿Cobra algún tipo de prestación por incapacidad para el trabajo (antigua invalidez)?

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Sí (responda a la siguiente pregunta) | <input type="radio"/> |
| 2. No | <input type="radio"/> |
| 3. En trámite | <input type="radio"/> |
| 4. No sabe | <input type="radio"/> |

22. Indique la **cuantía de la prestación**

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. No recibo prestación | <input type="radio"/> |
| 2. Menos de 250€ | <input type="radio"/> |
| 3. De 250 a 399€ | <input type="radio"/> |
| 4. De 400 a 499€ | <input type="radio"/> |
| 5. Más de 500 | <input type="radio"/> |

D. Situación económica y laboral

23. ¿Durante cuánto tiempo ha estado **trabajando en los últimos 5 años?**

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
| 1. Nunca | <input type="radio"/> | 4. Más de 1 y hasta 3 años | <input type="radio"/> |
| 2. Menos de 6 meses | <input type="radio"/> | 5. Más de 3 y hasta 5 años | <input type="radio"/> |
| 3. De 6 meses a 1 año | <input type="radio"/> | 6. No sabe | <input type="radio"/> |

24. En cada fila **marque Sí** o **No** ¿Recibió ingresos de cada una de estas opciones en el **último mes?**

Marque todas las filas de 1 a 9

- | | Sí | No |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Por su trabajo (salario o cualquier tipo de remuneración) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Renta de Garantía de Ingresos, RMI, Renta Básica, Salario Social Básico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Prestación o subsidio de desempleo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Pensión no contributiva (invalidez, jubilación, viudedad, orfandad) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Pensión contributiva (incapacidad temporal, permanente, hijo a cargo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Otro tipo de actividades (trabajo sin contrato, amigos, familiares, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. De pedir en la calle | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Otra prestación (beca de una ONG, emergencia municipal...) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Otros ingresos. Especificar _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

25. En el último **mes** si suma todo el dinero que ha recibido ¿Cuánto sería en total? _____ €

E. Acceso a servicios

26. En general, ¿**Tiene información** sobre los recursos de salud (hospitales, centros de salud...) educación (colegios, centros de formación), servicios sociales (tramitación y gestión de ayudas, información sobre derechos...), empleo, etc., a los que puede acudir?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe

27. Actualmente ¿Conoce o utiliza algún recurso específico de **atención a personas en situación de sinhogar**?

	Si lo conozco	Si lo he utilizado
1. Alojamiento (albergue, centro de noche, piso de inserción)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Centro de día/ Comedor social/Centro Ocupacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Inserción socio-laboral (Servicios de empleo y formación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Atención médica (Centro de salud, hospitales, especialista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Atención jurídica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tratamiento de adicciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Servicios sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Actualmente ¿Conoce o utiliza algún recurso específico de **atención a personas con discapacidad**?

	Si lo conozco	Si lo he utilizado
1. Residencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Centro de día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Centros ocupacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Pisos tutelados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Centros especializados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Programa de respiro familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Servicios de ayuda a domicilio o teleasistencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. En general, ¿cree que los recursos de la **red de personas sin hogar** a que ha utilizado se **adaptan a sus necesidades**?

- 1. Nada
- 2. Poco
- 3. Bastante
- 4. Mucho
- 5. No los he utilizado

30. En general, ¿cree que los recursos de la **red de discapacidad** que ha utilizado **se adaptan a sus necesidades**?

- 1. Nada
- 2. Poco
- 3. Bastante
- 4. Mucho
- 5. No los he utilizado

31. **Marque todas las dificultades que se haya encontrado** al acceder a servicios de salud, educación, empleo, servicios sociales, etc. (Marque todas las que necesite)

- No me atendieron o me atendieron mal porque no les gustó mi aspecto. Tenían prejuicios.
- Me sentía avergonzado/a, humillado/a o incómodo/a acudiendo.
- El edificio no estaba adaptado a mis necesidades físicas. Había barreras arquitectónicas.
- No me entendían y no había traductores o intérpretes. Encontré problemas de comunicación.
- Horarios, localización, plazas: El lugar está alejado, el horario es limitado, no hay plazas.
- Barreras con el transporte: es caro, no puedo acceder, no llega hasta los servicios.
- Dificultades con las citas: Las cartas, SMS, o emails no me llegan correctamente.
- Dificultades económicas: Cuesta dinero, es caro.
- Barreras legales: No estoy empadronado, no tengo papeles, no tengo los certificados.
- Barreras administrativas: No cumplo los requisitos, el procedimiento es complicado, hay mucha lista de espera...

32. Los siguientes motivos, **en qué grado le suponen una limitación** para el uso de los servicios de atención sanitaria, educativa, de servicios sociales, etc.

	No me limita	Me limita poco	Me limita bastante	Me limita mucho
1.Tener que aportar documentación: DNI/NIE, tarjeta sanitaria, padrón				
2.El servicio tiene un tiempo máximo de estancia				
3.El servicio cuesta dinero				
4.El servicio está lejos				
5.El procedimiento es muy complicado				
6.Los profesionales no me ayudan				
7.Pierdo mucho tiempo en acceder al servicio				
8.Los servicios están adaptados a mis necesidades				

33. **¿Qué mejoraría** usted para poder acceder a los recursos en los que ha tenido dificultades?

C) Guion del grupo de discusión con profesionales.

Presentación

Buenos días, antes de nada, gracias por venir. Mi nombre es Gonzalo y estoy trabajando en RAIS. Como quizás sabéis estamos realizando varias investigaciones donde recogemos información sobre diferentes temas.

Seguro que conocéis la existencia de diferentes formas para recoger información, se puede hacer una encuesta, o una entrevista en la que se os van formulando preguntas y vosotros las vais contestando. Pero en este caso lo que me gustaría es que, igual que lo hacemos cuando charlamos con conocidos o amigos, conversemos sobre el tema que voy a proponer. No sé si habéis participado alguna vez en un grupo de discusión. Lo importante es que os sintáis cómodos y cómodas para expresar vuestras opiniones. Durante la próxima hora y media, siempre que queráis, podéis intervenir, pero vamos a intentar hablar de uno en uno para poder escuchar todas las opiniones. No hay unas opiniones más importantes o mejores que otras, lo que nos interesa es que todos aportéis vuestro conocimiento sobre el tema que vamos a tratar.

Si estáis de acuerdo enciendo ahora la grabadora para empezar la charla. *[Encender REC]*

Para comenzar me gustaría que **os presentaseis**. Qué nos contaseis al resto de donde venís, a qué os dedicáis.

¿Quién quiere empezar?

[dejarles que se suelten y se relajen hablando, aprovechar para ver quién habla mucho y a quién habrá que animar a hablar].

Como sabéis lo que me gustaría es que me discutiéramos sobre las carencias o las fortalezas de los servicios públicos, la sanidad, la educación, los servicios sociales, etc. ¿Qué tal creéis que funcionan?

[...A partir de ahí dejarles que se suelten, e intentar que la conversación sea entre ellos y no contigo]

*[Tratar de introducir el tema **la discapacidad**]*

[Al terminar cerrar y agradecer la participación. Apagar la grabadora y pasar al aperitivo.]

Temas a tratar:

- ¿Qué servicios públicos usan más las personas sin hogar? [Si no dicen nada, proponer los de abajo]
- ¿Creéis que existe discriminación? ¿creéis que hay personas excluidas de los diferentes sistemas de protección?
- ¿Cómo afecta estar sin hogar al acceso a los servicios públicos? ¿Y tener alguna discapacidad, cómo afecta?
- Qué se dificultades encuentran en su uso y qué facilidades (normas, ayudas técnicas o profesionales, situación económica).
- ¿Qué supone tener o no tener el **certificado de discapacidad**?
- ¿Hay algunas normas de los servicios que facilitan o dificultan su uso?
- ¿Cómo se podrían solucionar esas dificultades? ¿**qué cambios propondrías**?
- ¿Creéis que algunas de sus **necesidades no son cubiertas**? ¿cuáles?
- ¿Creéis que se atiende a todas las personas de la misma forma en los servicios públicos?
- ¿Quién sería discriminado?

A qué espacios nos referimos: [mirar si van saliendo estos lugares, puedes sugerir alguno]

1. Trámites con la administración (Certificado de discapacidad, DNI, pasaporte, RMI, etc.)
2. Servicios de ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Vs ATENCIÓN PERSONAS SIN HOGAR
3. Servicios sociales del Ayuntamiento
4. Centro de Salud, Hospitales, Médicos especialistas
5. Servicio Público de Empleo y cursos de formación laboral y prelaboral
6. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (policías locales y nacionales, de proximidad, comisaria)
7. Ámbito de la Justicia (Asistencia a juicios, abogados de oficio, etc.)

[Al terminar cerrar y agradecer la participación. Apagar la grabadora y pasar al aperitivo.]

D) Guion del grupo de discusión de personas usuarias.

Presentación

Buenos días, antes de nada, gracias por venir. Mi nombre es [Márian/Gonzalo] y estoy trabajando en RAIS. Como quizás sabéis estamos realizando varias investigaciones donde recogemos información sobre diferentes temas.

Seguro que conocéis la existencia de diferentes formas para recoger información, se puede hacer una encuesta, o una entrevista en la que se os van formulando preguntas y vosotros las vais contestando. Pero en este caso lo que me gustaría es que, igual que lo hacemos cuando charlamos con conocidos o amigos, conversemos sobre el tema que voy a proponer. No sé si habéis participado alguna vez en un grupo de discusión. Lo importante es que os sintáis cómodos y cómodas para expresar vuestras opiniones. Durante la próxima hora y media, siempre que queráis, podéis intervenir, pero vamos a intentar hablar de uno en uno para poder escuchar todas las opiniones. No hay unas opiniones más importantes o mejores que otras, lo que nos interesa es que todos aportéis vuestro conocimiento sobre el tema que vamos a tratar.

Si estáis de acuerdo enciendo ahora la grabadora para empezar la charla. *[Encender REC]*

Para comenzar me gustaría que os presentaseis. Qué nos contaseis al resto de donde venís y cuáles son vuestras aficiones. ¿Qué os gusta hacer?

¿Quién quiere empezar?

[dejarles que se suelten y se relajen hablando, aprovechar para ver quién habla mucho y a quién habrá que animar a hablar].

Como sabéis lo que me gustaría es que me discutiéramos sobre las carencias o las fortalezas de los servicios públicos, la sanidad, la educación, los servicios sociales, etc. ¿Qué tal creéis que funcionan?

[...A partir de ahí dejarles que se suelten, e intentar que la conversación sea entre ellos y no contigo]

[Tratar de introducir el tema del sinhogarismo]

[Al terminar cerrar y agradecer la participación. Apagar la grabadora y pasar al aperitivo.]

Temas a tratar:

- ¿Qué servicios públicos usáis más? [Si no dicen nada, proponer los de abajo]
- ¿Creéis que existe discriminación? ¿creéis que hay personas excluidas de los diferentes sistemas de protección?
- ¿Cómo afecta estar sin hogar al acceso a los servicios públicos? ¿Y tener alguna discapacidad, cómo afecta?
- Qué dificultades encontráis en su uso y qué facilidades (normas, ayudas técnicas o profesionales, situación económica).
- ¿Qué supone tener o no tener el **certificado de discapacidad**?
- ¿Hay algunas normas de los servicios que facilitan o dificultan su uso?



- ¿Cómo se podrían solucionar esas dificultades? ¿**qué cambios propondrías**?
- ¿Creéis que algunas de vuestras **necesidades no son cubiertas**? ¿cuáles?
- ¿Creéis que se atiende a todas las personas de la misma forma en los servicios públicos?
- ¿Quién sería discriminado?

A qué espacios nos referimos: [mira si van saliendo estos lugares, puedes sugerir alguno]

1. Trámites con la administración (Certificado de discapacidad, DNI, pasaporte, RMI, etc.)
2. Servicios de ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD Vs ATENCIÓN PERSONAS SIN HOGAR
3. Servicios sociales del Ayuntamiento
4. Centro de Salud, Hospitales, Médicos especialistas
5. Servicio Público de Empleo y cursos de formación laboral y prelaboral
6. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (policías locales y nacionales, de proximidad, comisaria)
7. Ámbito de la Justicia (Asistencia a juicios, abogados de oficio, etc.)

[Al terminar cerrar y agradecer la participación. Apagar la grabadora y pasar al aperitivo.]

E) Guion de la entrevista a profesionales

1. ¿Cuál es tú función en el centro?

Relación entre sinhogarismo y discapacidad: grupos más afectados

2. Algunos estudios señalan que las personas en situación de sinhogarismo tienen cinco veces más discapacidad que la población en general. ¿Cuál crees que es la relación entre exclusión social y discapacidad?
3. ¿Qué necesidades de las personas en situación de sinhogarismo y de las personas con discapacidad crees que no son suficientemente cubiertas por los diferentes sistemas de protección?
4. ¿Qué efectos tiene la discapacidad a la hora de acceder a los sistemas de protección y de atención sociosanitaria?
5. ¿Qué diferencias existen entre las barreras que pueden encontrar las personas en situación de sinhogarismo y las personas con discapacidad cuando acceden a los diferentes recursos de atención sociosanitaria [centros de salud, hospitales, servicios de empleo y formación, servicios sociales, prestaciones, etc.]?
6. ¿Qué barreras consideras que son las más graves o molestas?
7. ¿Crees que la discapacidad afecta especialmente a algún colectivo? ¿Crees que el sinhogarismo afecta especialmente a algún colectivo?

Salud y situación económica

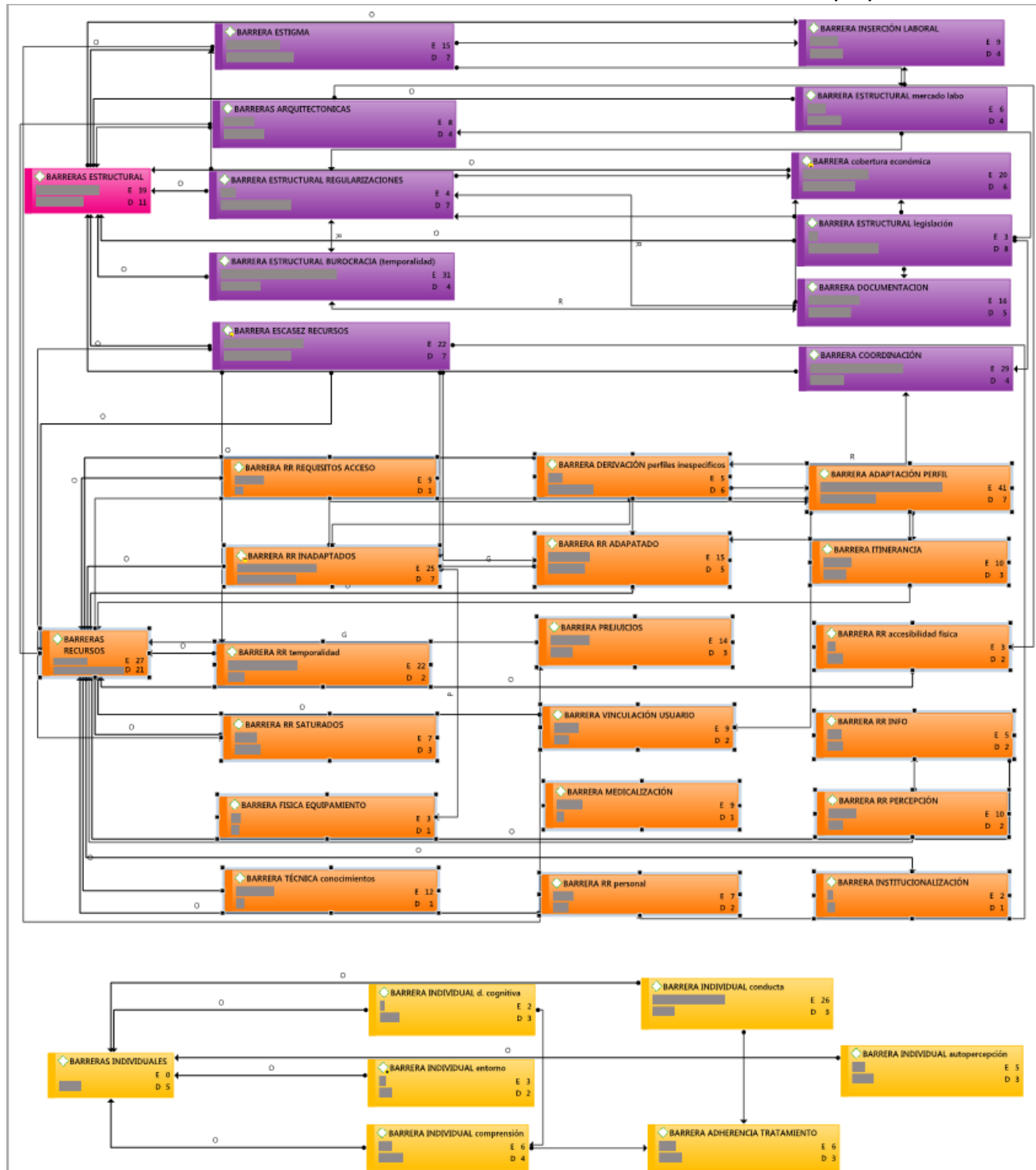
8. ¿Cuál es la relación entre discapacidad y situación económica? (idea de costes extraordinarios, la renta no se traduce directamente en un determinado nivel de vida)
9. ¿Qué dificultades específicas encuentra una persona sin hogar que además tiene discapacidad, en su vida diaria?
10. ¿Qué facilidades o dificultades se pueden encontrar al solicitar el certificado de discapacidad? ¿Qué aspectos positivos y/o negativos tiene su obtención?

Redes de atención a personas en situación de sinhogarismo y discapacidad

11. ¿Sabes si existen modelos de atención o procedimientos específicos para atender a personas en situación de sinhogarismo o con discapacidad cuando acceden a los recursos de atención sociosanitaria [centros de salud, hospitales, servicios de empleo y formación, servicios sociales, prestaciones etc.]?
12. ¿Qué dificultades crees que encuentra la red de personas en situación de sin hogar para atender a personas con discapacidad? Y viceversa ¿qué dificultades encuentra la red de discapacidad para atender a personas en situación de sin hogar?
13. ¿Crees que existe coordinación entre ambas redes? ¿Se podría mejorar de alguna forma la coordinación o aprender mutuamente?
14. ¿Qué mejoras crees que podrían implementarse en el sistema para garantizar el acceso de las personas sin hogar con discapacidad a la atención sociosanitaria?

F) Redes conceptuales para el análisis cualitativo

Red semántica de todas las barreras encontradas en distintos niveles. Elaboración propia. Atlas TI



LEYENDA

E: Enraizamiento: Indica el número de citas codificadas bajo ese código.

D: Densidad: Indica el número de vínculos establecido entre ese código y otros

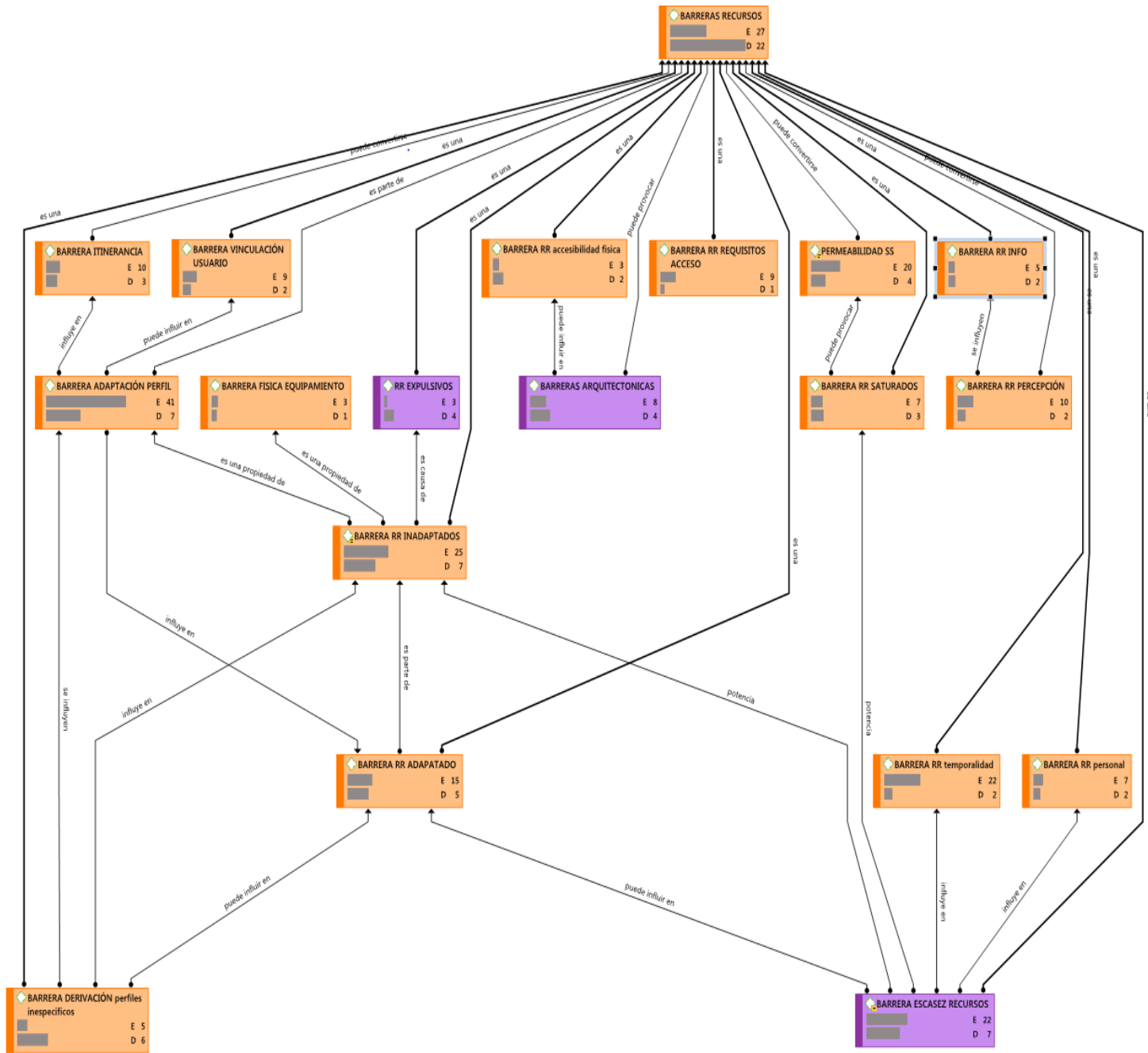


Red semántica de las barreras encontradas en el nivel de los recursos. Elaboración propia. Atlas TI.

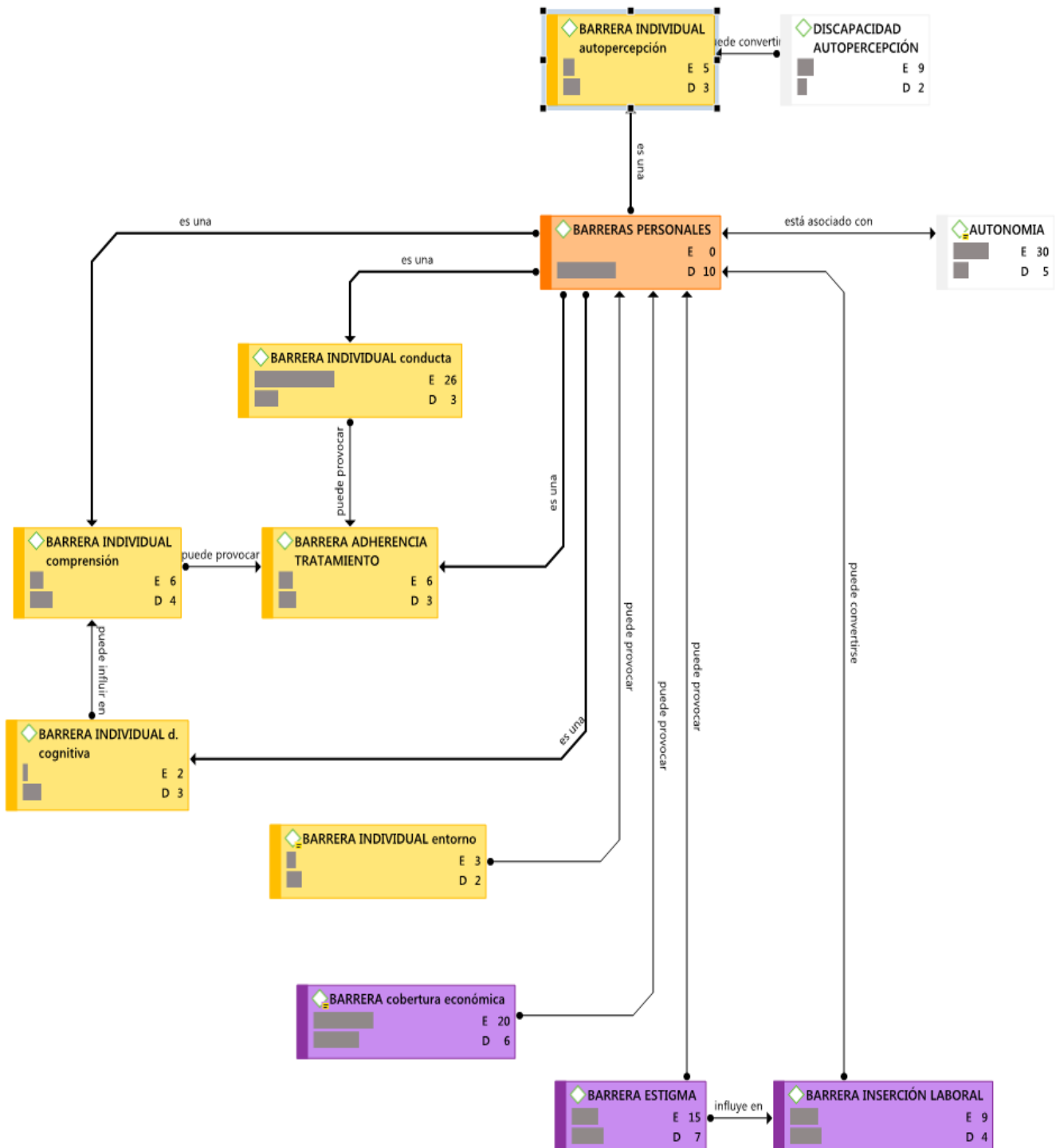
LEYENDA

E: Enraizamiento: Indica el número de citas codificadas bajo ese código.

D: Densidad: Indica el número de vínculos establecido entre ese código y otros



Red semántica sobre las barreras encontradas en el nivel individual. Elaboración propia. Atlas TI.

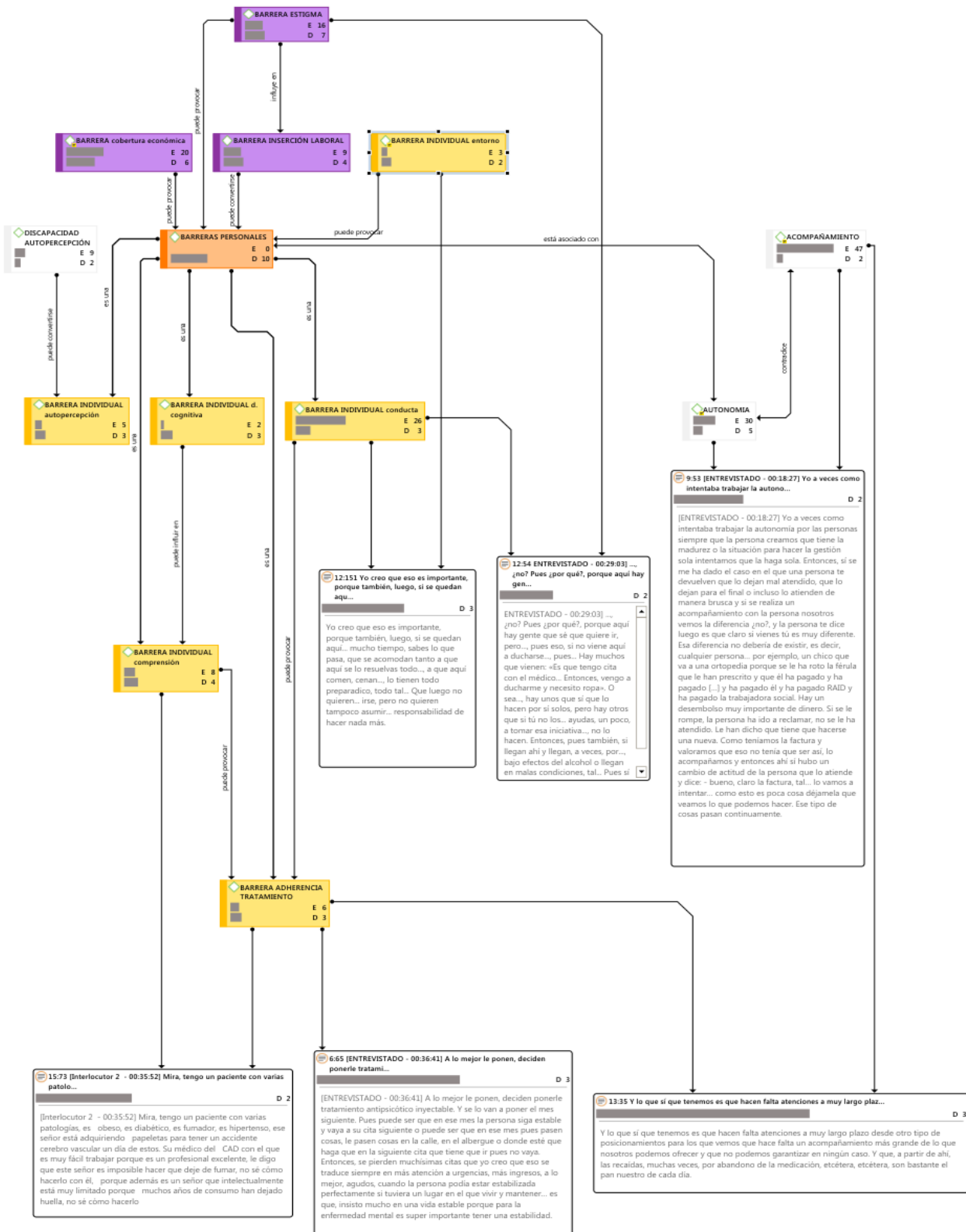


Red semántica del código Certificado de discapacidad. Elaboración propia. Atlas TI.

LEYENDA

E: Enraizamiento: Indica el número de citas codificadas bajo ese código.

D: Densidad: Indica el número de vínculos establecido entre ese código y otros



LEYENDA

E: Enraizamiento: Indica el número de citas codificadas bajo ese código.

D: Densidad: Indica el número de vínculos establecido entre ese código y otros

