

Salud en la calle: estudio transversal para identificar problemas de medicina social entre los pacientes del centro de salud para personas sin hogar en Berlín, Alemania

Peter Tinnemann, Theresa ES Bauer, Jenny De la Torre Castro, Sylvia Binting, Thomas Keil

Introducción

En Alemania, aproximadamente 256,000 personas (incluyendo a los migrantes extranjeros) se encontraban sin hogar en el 2006.¹ En el 2008 esta cifra se redujo a 227,000, pero en los últimos años ha aumentado de nuevo, a 248,000 en el 2010.² Las organizaciones de asistencia social estiman que hay alrededor de 10,000 personas sin hogar tan sólo en Berlín y que las cifras van en aumento.³ Las personas sin hogar pueden alojarse con amigos, en hoteles, o en albergues proporcionados por las agencias gubernamentales de servicio social. Cerca de 18,000 personas sin hogar en Alemania viven sin refugio alguno –en entradas de edificios, debajo de puentes, o en parques.⁴ Las instituciones gubernamentales en Alemania no llevan un registro sistemático de las personas sin

hogar, lo cual solamente deja las estimaciones a las organizaciones de la sociedad civil y a los proyectos de investigación asociados.

Debido a sus condiciones de vida, las personas sin hogar son especialmente vulnerables a una mala salud, tanto física como mentalmente.⁵⁻¹¹ Se encuentran a merced del estado del tiempo y frecuentemente no tienen oportunidad para la privacidad, la higiene personal, o la preparación de alimentos. Además, su salud se ve afectada por la tensión psicológica causada por la continua privación del sueño, el aislamiento social, y la violencia experimentada.¹² Las enfermedades somáticas son hasta nueve veces más frecuentes en comparación con la población general, y la mortalidad prematura aparece en una tasa significativamente incrementada.¹² Su acceso a la atención a la salud regular, provista en Alemania, se considera que está limitado.

Peter Tinnemann. MD, MPH . Instituto para la Medicina Social, Epidemiología y Economía en Salud, Centro Médico de la Universidad *Charité* de Berlín, Alemania. Correo-e: Peter.Tinnemann@charite.de

Theresa ES Bauer. MD. Instituto para la Medicina Social, Epidemiología y Economía en Salud, Centro Médico de la Universidad *Charité* de Berlín, Alemania. Fundación Jenny De la Torre, Berlín, Alemania.

Jenny De la Torre Castro. MD. Fundación Jenny De la Torre, Berlín, Alemania

Sylvia Binting. Instituto para la Medicina Social, Epidemiología y Economía en Salud, Centro Médico de la Universidad *Charité* de Berlín, Alemania.

Thomas Keil. MD, MSc. Instituto para la Medicina Social, Epidemiología y Economía en Salud, Centro Médico de la Universidad *Charité* de Berlín, Alemania.

En el 2006, la Fundación Jenny De la Torre creó un Centro de Salud especializado para Personas sin Hogar en Berlín con el propósito de mejorar la atención médica para las personas sin hogar al ofrecer atención de fácil acceso. Además de la atención primaria, se ofrecen clínicas quirúrgicas, dermatológicas, dentales, y oftalmológicas especializadas, así como completamente legales, sociales, y psicológicas. Los pacientes sin hogar pueden recibir comidas calientes y ropa limpia, y tienen la oportunidad de bañarse en el Centro.¹³ Otras organizaciones en Berlín proporcionan atención médica estacionaria similar o móvil diferente en ambulancias.¹⁴

Ha habido una creciente discusión sobre la naturaleza de la falta de vivienda, en particular en relación a los cambios en la antigua terminología, de “vagabundos” (*Nichtsesshafte*), a “sin hogar” (*Obdachlose*) y ahora a “emergencia de vivienda” (*Wohnungsnotfall*) y conceptos relacionados. Además, se están desarrollando nuevos modelos de atención de fácil acceso. Los análisis sistemáticos que tienen que ver con las personas que viven en la calle y sus problemas de salud son escasos en Alemania. Por ello, el propósito de este estudio fue analizar las características socio-demográficas y médicas de los pacientes del Centro de Salud para Personas sin Hogar.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal por parte del Instituto para la Medicina Social, Epidemiología y Economía en Salud del Centro Médico de la Universidad *Charité* de Berlín, en colaboración con el Centro de Salud para Personas sin Hogar. Se incluyeron en el estudio a los pacientes que fueron tratados por primera vez desde la apertura del Centro de Salud en septiembre de 2006 hasta finales de marzo de 2008.

La información se extrajo del formulario de admisión del Centro. Desde que abrió el Centro, se ha utilizado un cuestionario estandarizado para recopilar el historial médico e información pertinente adicional de los pacientes sobre su situación de vida. La Dra. Jenny De la Torre, un médico con muchos años de experiencia en la atención médica para las personas sin hogar, desarrolló el cuestionario basándose en su amplia experiencia personal. El cuestionario se ha utilizado como la base para establecer el historial médico de los pacientes de un modo estandarizado y continuamente se desarrolla aún más. La información faltante o incomprensible del cuestionario fue complementada en lo posible a partir de los archivos de los pacientes, o en su defecto fue registrada como “no especificada” en una base de datos.

Con el fin de caracterizar a los pacientes socio-demográficamente de manera individual, para este estudio se registró en una base de datos la siguiente información: edad, sexo, país de nacimiento, país de ciudadanía (nacionalidad),

estado civil, número de hijos, contacto con la familia, certificado de estudios más alto, seguro de salud, inicio del desempleo y la falta de vivienda, y tipos de alojamiento. La información médica registrada incluyó la fecha de la última visita al médico, enfermedades somáticas y psicológicas preexistentes, adicciones, medicación actual, y dolencias actuales. Las enfermedades del historial de los pacientes y las diagnosticadas en una primera visita, fueron codificadas utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (*International Classification of Diseases* en inglés), 10ª revisión, Modificación Alemana (ICD-10GM); el tratamiento con medicación se registró de acuerdo a las tablas de la Lista Amarilla Pharmaindex (*Gelbe Liste Pharmaindex*).¹⁵ Cada diagnóstico individual fue registrado de acuerdo a la ICD-10GM como un código alfanumérico de tres dígitos y se resumió en grupos nosológicos.

Toda la información recogida de los pacientes se despersonalizó. Se verificó la calidad de los registros de la base de datos utilizando una muestra de 40 pacientes seleccionados al azar.

Para obtener información categórica se presentan las frecuencias absolutas y relativas. Los valores métricos se probaron para la distribución normal. La significancia estadística ($p < 0.05$) de las diferencias entre grupos para las variables constantes se evaluaron con una prueba *t* de Student para distribuciones normales o con la prueba Mann-Whitney para datos no normales.

El análisis de datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 15.0 (Chicago, IL, EUA).

Resultados

Resultados socio-demográficos

El estudio se realizó entre todos los pacientes atendidos por un médico en el Centro de Salud para Personas sin Hogar en Berlín. Se analizaron un total de 560 archivos de los pacientes. Basados en un auto-informe, 440 pacientes fueron considerados como personas sin hogar al momento del primer contacto y se incluyeron en el análisis posterior.

De los 440 pacientes sin hogar, 81% eran hombres. La edad promedio de los pacientes masculinos al momento del primer contacto fue de 44 (± 13) años, que fue significativamente mayor que la de las mujeres, de 37 (± 13) años ($p < 0.001$).

En ambos sexos, una gran proporción (casi dos tercios de cada sexo) de las personas eran solteras. Aproximadamente una quinta parte de todos los pacientes estaban divorciados. Las mujeres tuvieron el doble de probabilidades de estar casadas en comparación con los hombres (Tabla 1)

De todos los pacientes sin hogar, el 73% eran alemanes, mientras que sólo uno de cada veinte procedía de un país fuera de la UE. Los pacientes extranjeros de estados miembros de la Unión Europea llegaron casi exclusivamente de países de Europa Central y Europa del Este, sobre todo del país vecino de Polonia.

De los 440 pacientes, 314 (71.4%) habían terminado la escuela con un certificado de graduación después de al menos 10 años de educación, mientras que 43 (9.8%) no se habían graduado de la escuela. 68 habían completado una educación secundaria de 13 años (*Abitur*); 146 habían completado la educación secundaria de 10 años (*Hauptschulabschluss*); 100 completaron 10 años en cualquiera de ambas escuelas secundaria (*Realschulabschluss* o *polytechnisch Oberschule*), y 83 no proporcionaron información.

Del total de pacientes, aproximadamente la mitad (53%) no estaban asegurados por un seguro médico reglamentario. Casi todos (>95%) los pacientes de países extranjeros no tenían seguro médico (Tabla 2).

Tabla 1.
Distribución de características socio-demográficas

	Total n (%)	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
	440	355 (80.7)	85 (19.3)
Estado Civil			
Soltero	272 (61.8)	223 (62.8)	49 (57.6)
Casado	20 (4.5)	13 (3.7)	7 (8.2)
Divorciado	92 (20.9)	74 (20.8)	18 (21.2)
Viudo	7 (1.6)	4 (1.1)	3 (3.5)
No especificado/desconocido	49 (11.1)	41 (11.5)	8 (9.4)
País de Ciudadanía			
Alemania	323 (73.4)	257 (72.4)	66 (77.6)
UE [§] (sin incluir Alemania)	90 (20.5)	79 (22.3)	11 (12.9)
No UE [§]	24 (5.5)	16 (4.5)	8 (9.4)
No especificado/desconocido	3 (0.6)	3 (0.8)	-
Educación			
Educación primaria nivel A	68 (15.5)	51 (14.4)	17 (20.0)
Educación secundaria intermedia	100 (22.7)	84 (23.7)	16 (18.8)
Educación secundaria	146 (33.2)	116 (32.7)	30 (35.3)
Sin certificado	43 (9.8)	35 (9.9)	8 (9.4)
No especificado/desconocido	83 (18.9)	69 (19.4)	14 (16.5)
Situación del seguro de salud			
Seguro de salud privado	60 (13.6)	31 (8.7)	29 (34.1)
Seguro de salud reglamentario	100 (22.7)	80 (22.5)	20 (23.5)
Sin seguro	233 (53.0)	204 (57.5)	29 (34.1)
No especificado/desconocido	47 (10.7)	40 (11.3)	7 (8.2)

[§]UE: Unión Europea

Tabla 2.
Distribución de la educación escolar y el seguro médico de acuerdo al país de ciudadanía

	Total n (%)	Alemanes n (%)	Ciudadanos de la UE[§] n (%)	No ciudadanos de la UE[§] n (%)
	437 ^{§§}	323	90	24
Educación escolar				
Educación primaria nivel A	68 (15.6)	44 (13.6)	20 (22.2)	4 (16.7)
Educación secundaria intermedia	100 (22.9)	92 (28.5)	5 (5.5)	3 (12.5)
Educación secundaria	146 (33.4)	128 (39.6)	14 (15.6)	4 (16.7)
Sin certificado	42 (9.6)	34 (10.5)	6 (6.7)	2 (8.3)
No especificado/desconocido	81 (18.5)	25 (7.7)	45 (50)	11 (45.8)
Seguro de salud				
Seguro de salud privado	100 (22.8)	98 (30.3)	2 (2.2)	-
Seguro de salud obligatorio	60 (13.8)	58 (18.0)	1 (1.1)	1 (4.2)
Sin seguro	232 (54.1)	142 (44.0)	72 (80.0)	18 (75.0)
No especificado/desconocido	44 (10.3)	25 (7.7)	15 (16.7)	5 (20.8)

[§] EU: Unión Europea

^{§§} El historial de tres pacientes del sexo masculino era desconocido

Fue posible calcular la duración de falta de vivienda informada (media=3 años y 3 meses, mediana=0.6 años, DS 5.5, rango=2 días-36 años) en 358 pacientes. El 19.8% de los pacientes estuvieron sin hogar durante un mes o menos, mientras que el 49.5% de todos los pacientes estuvieron sin hogar durante seis meses o menos.

Resultados médicos

De los 440 pacientes, 169 (38.4%) reportaron tener un total de 176 enfermedades preexistentes. El 28.4% (50/176) declararon una enfermedad mental de entre todas las enfermedades preexistentes reportadas; el 21.0% (37/176) tuvieron enfermedades respiratorias, especialmente asma y bronquitis obstructiva crónica; el 19.9% (35/176) tuvieron enfermedades infecciosas, en particular hepatitis C, tuberculosis, y VIH; el 15.9% (28/176) tuvo enfermedades cardiovasculares,

principalmente infarto al miocardio y condiciones de arritmia; y el 14.8% (26/176) enfermedades neurológicas, con frecuencia epilepsia, comúnmente en el contexto de la adicción al alcohol.

Las razones más comunes para visitar el Centro de Salud que informaron los pacientes fueron: afecciones de la piel (21%) tales como picazón o lesiones; síntomas respiratorios (19%), especialmente tos, flujo nasal, y dolor de garganta; y traumatismos (14%).

El historial médico y las exploraciones físicas revelaron que el 68% (299/440) de los pacientes tenían un solo diagnóstico, el 17.3% (76/440) de los pacientes tuvieron dos diagnósticos, y el 6.6% (29/440) de los pacientes tuvieron tres o más diagnósticos. Se realizaron un total de 543 diagnósticos (Tabla 3).

Tabla 3.
Diagnósticos de tratamiento de acuerdo a los grupos de diagnóstico de la ICD-10. Eran posibles múltiples diagnósticos

Grupo de Diagnóstico	Diagnóstico n (%)
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	84 (15.5%)
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	81 (14.9%)
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	74 (13.6%)
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo (L00-L99)	47 (8.7%)
Trastornos psicológicos y del comportamiento (F00-F99)	43 (7.9%)
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	38 (7%)
Falta de vivienda (Z59.0) §	38 (7%)
Enfermedades del sistema cardiovascular (I00-I99)	37 (6.8%)
Enfermedades del sistema musculo esquelético y del tejido conectivo (M00-M99)	28 (5.2%)
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E99)	19 (3.5%)
Síntomas y hallazgos clínicos y de laboratorio anormales (R00-R99)	19 (3.5%)
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	12 (2.2%)
Enfermedades del oído y mastoides (H60-H95)	11 (2%)
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	6 (1.1%)
Enfermedades del sistema urogenital (N00-N99)	3 (0.5%)
Neoplasias (C00-D48)	3 (0.5%)

§ Fuera de la clasificación ICD-10GM, Z00-Z99: Factores que afectan el estado de salud y conducen a la utilización del sistema de atención a la salud.

De los 84 pacientes con enfermedades infecciosas: 31 tuvieron infecciones respiratorias virales, 18 tenían micosis, 18 tenían pediculosis, 13 tenían sarna, y cuatro tenían infecciones bacterianas. De los 81 pacientes con traumatismos: 32 sufrieron heridas abiertas, 21 tenían infecciones por heridas postraumáticas, y 18 pacientes tenían contusiones o esguinces, seis pacientes tuvieron fracturas o dislocaciones, y cuatro fueron tratados por quemaduras. De 74 pacientes con enfermedades de la piel: 27 tenían una patogénesis infecciosa, como el impétigo, abscesos (especialmente abscesos debidos al uso de drogas por vía intravenosa), o flemones; 14 tenían dermatitis; cinco pacientes tuvieron una enfermedad de la piel papuloescamosa; y un paciente tuvo callos. De los 43 pacientes con trastornos psicológicos o del comportamiento: 17 tenían desórdenes relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas, incluyendo el uso de múltiples sustancias, siendo el alcohol reportado como la droga principal; diez pacientes tenían trastornos afectivos, incluyendo ocho con depresión; ocho tuvieron esquizofrenia o trastorno delirante; cuatro

tuvieron trastornos por estrés; dos tuvieron trastornos del comportamiento no especificados; uno tuvo trastorno del déficit de atención; y uno tuvo demencia.

Cuando se les preguntó acerca de su dependencia a sustancias específicas, el 71.6% (315/440) describió al menos una adicción. El 58% (255/440) de los pacientes eran adictos al tabaco, el 42.5% (187/440) al alcohol, y el 16.8% (74/440) tomó sustancias ilegales de manera regular.

En el 7% de los pacientes se hizo el nuevo diagnóstico Z59.0, introducido por la ICD-10 sobre 'Problemas relacionados con circunstancias económicas y de vivienda/Falta de vivienda.'

El 5% de los pacientes atendió a las consultas para obtener la medicación o un certificado de salud, mientras que el 4% llegaron principalmente debido a problemas psicológicos o simplemente para bañarse, respectivamente.

Las comparaciones entre pacientes que han estado sin hogar durante seis meses o menos y aquellos

que han estado sin hogar por más de seis meses, mostraron que los últimos reportaron más enfermedades respiratorias o traumatismos y menos trastornos mentales o del comportamiento. En comparación con los que estuvieron sin hogar durante menos de seis meses, los pacientes que estuvieron sin hogar por más de seis meses fueron diagnosticados con ICD-10 Z59.0 'Falta de vivienda' dos veces más a menudo.

Discusión

Parámetros socio-demográficos

En el primer año y medio desde la inauguración del Centro de Salud para Personas sin Hogar de Berlín, 560 nuevos pacientes fueron tratados por primera vez. De éstos, aproximadamente el 80% auto-informaron ser personas sin hogar; lo que indica que alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos en el centro tuvieron otros motivos, además de la falta de vivienda, que impidieron su acceso al sistema de atención a la salud regular de Alemania.

De todos los pacientes, cerca de uno de cada cinco eran mujeres. Aunque la creencia popular es que la mayoría de las personas que viven en la calle son hombres, el alto porcentaje de mujeres entre los pacientes sin hogar del Centro sugiere altas cifras de mujeres sin hogar en Berlín. Las mujeres sin hogar frecuentemente se alojan de manera precaria con amigos o conocidos, en la llamada 'falta de vivienda latente,' lo cual se ha encontrado que agrava la mala salud.¹⁶⁻²⁰

El número relativamente alto de pacientes del sexo femenino podría reflejar una situación socio-económica en deterioro para las mujeres sin hogar en Berlín o que las pacientes femeninas podrían tener un umbral más bajo para la búsqueda de tratamiento médico, lo cual posiblemente hace que las mujeres sin hogar tengan más probabilidades de recibir atención médica y otro tipo de ayuda.

La falta de vivienda frecuentemente comienza con la pérdida del hogar después de la separación o el divorcio.¹⁶ La separación, la pérdida de empleo, y los problemas de salud son los principales detonantes de la falta de vivienda, sobre todo en la tercera y la cuarta década de vida.⁹ Tal vez las

personas se ven abrumadas por las crisis de vida, no tienen un entorno estable y terminan sin hogar. Nuestros resultados confirman los hallazgos de estudios anteriores en los que las personas sin hogar en Alemania están solteros o divorciados con una frecuencia más de dos veces mayor que las personas en la población general.^{1, 21}

Se cree que la falta de hogar se asocia a menudo con un menor nivel de educación escolar, aunque no es necesariamente causada por éste.²² Los pacientes en Berlín estaban sorprendentemente bien educados y una gran proporción de los pacientes extranjeros tenían un grado de estudios más alto. Se encontró que el fracaso de la pequeña empresa era el principal factor de la ruina financiera, la desgracia social, y la falta de vivienda.²³ Tal vez los pacientes que provienen de países del Este de Europa, que tratan de encontrar trabajo en Berlín, están en mayor riesgo de quedarse sin hogar cuando sus intentos fallan. Este argumento podría apoyarse en la mayor proporción de personas sin hogar con antecedentes migrantes (26%) en comparación con los migrantes entre la población general de Berlín (14%).²⁴ Los disturbios sociales también se ven como causas de la falta de vivienda.²⁵

Es notable la gran proporción (80%) de pacientes sin hogar no alemanes que no tuvo seguro de salud. El número de alemanes sin hogar que carecen de seguro de salud también fue alto (54.1%). Esto contradice las cifras oficiales que afirman que desde la introducción de la ley del seguro de salud básico obligatorio, todas las personas sin hogar en condiciones de trabajar o pensionadas están cubiertas por el seguro médico. Los obstáculos administrativos al solicitar el seguro médico, los trastornos mentales, y las razones simplemente prácticas, como la falta de instalaciones de almacenamiento para los documentos relacionados con el seguro, excluyen a las personas sin hogar del sistema de salud. Además, se dificulta recibir atención médica por las cuotas de los usuarios y los anticipos que hay que dar antes de recibir tratamiento.^{26, 27}

Sin embargo, esto cuestiona por qué el 36% de los pacientes que tienen seguro de salud no toman ventaja del sistema de atención a la salud regular. Lo más probable es que la mayoría de estos

pacientes no sean 'compatibles con la sala de espera,' es decir, que no son capaces de esperar, al carecer de hogar, entre los pacientes regulares, se sienten reducidos por su apariencia, o simplemente se avergüenzan de ir al médico.⁶ Otras razones para no buscar ayuda médica incluyen la intoxicación, la falta de confianza en los médicos, el estatus de residencia ilegal, o una percepción alterada de la enfermedad.^{12,28}

Sorprendentemente, la mitad de los pacientes informó estar sin hogar por menos de seis meses, y uno de cada cinco pacientes reportaron estar sin hogar por menos de un mes. Si bien la falta de vivienda a menudo se percibe como un estado crónico, el Centro de Salud para Personas sin Hogar de Berlín parece ofrecer una aproximación de fácil acceso a la falta de vivienda 'aguda.' Este enfoque puede ser una oportunidad para establecer conexiones entre las personas sin hogar y los servicios sociales con el fin de prevenir la falta de vivienda crónica y sus enfermedades asociadas.

Parámetros médicos

La apariencia externa de las personas que viven en la calle está frecuentemente marcada por el consumo de drogas o alcohol. Entre las personas sin hogar, el porcentaje de alcohólicos es de 43-80% (43% en nuestro estudio), que es de cinco a nueve veces mayor que el de la población general.^{7, 8,29} Sin embargo, en nuestro estudio el porcentaje de adictos a drogas ilícitas (17%) fue inferior al de estudios anteriores de Alemania (4-13%).^{6, 8} La proporción relativamente baja de alcohólicos y más alta de usuarios de sustancias ilícitas podría ser un indicador de que las personas sin hogar son cada vez más jóvenes en Berlín. La dependencia de sustancias ilícitas entre las personas sin hogar casi no ha sido analizada hasta ahora, y la mayoría de los estudios no distinguía entre drogas intravenosas, marihuana, drogas sintéticas, u otras sustancias.

Los síntomas somáticos agudos y psicológicos entre los pacientes sin hogar son igualmente heterogéneos a los de los pacientes en el consultorio de un médico general; sin embargo, además, los pacientes sin hogar sufren de enfermedades asociadas a su estilo de vida particular. El sistema inmunológico de las

personas sin hogar se ve comprometido por sus condiciones de vida, lo cual los hace más susceptible a enfermedades infecciosas.³⁰ A ello se suman una dieta insuficiente o no balanceada y una falta de higiene, que aumentan la susceptibilidad a enfermedades infecciosas.³¹ Las pernoctaciones en los centros para las personas sin hogar incrementan el riesgo de transmisión de ectoparásitos y bajo malas condiciones de higiene las lesiones más pequeñas de la piel pueden provocar abscesos y flemones. Por ello no es de extrañar que los diagnósticos más comunes en el Centro de Salud fueran por enfermedades infecciosas y parasitarias (16%).

Otros diagnósticos relativamente frecuentes fueron los traumatismos, especialmente las heridas, contusiones, e infecciones por heridas postraumáticas. La vida en la calle aumenta el riesgo de caídas y actos de violencia.³² La reducción de la respuesta inmune y la disminución de la higiene personal pueden ser las responsables de que las heridas no sanen correctamente o se infecten.

Las personas sin hogar a menudo sufren de trastornos psiquiátricos.^{8, 17,33} Las personas que han estado sin hogar por un periodo más largo probablemente tienen un riesgo mayor de trastornos psiquiátricos, especialmente si también sufren de una adicción. En conjunto, la investigación sobre enfermedades mentales entre las personas sin hogar con frecuencia parece dominada por prejuicios ideológicos, por lo que una interpretación de estos resultados debe hacerse con cautela.⁶

Actualmente, la falta de vivienda es vista como una enfermedad social. El diagnóstico Z59.0 'Falta de vivienda' fue registrado en la 10ª revisión de la ICD por primera vez, e implica que este estilo de vida se considera ahora como un factor patogénico.³⁴

Limitaciones

Aunque el personal del Centro de Salud se esfuerza por crear un entorno confiable, las personas sin hogar generalmente son más escépticas y cautelosas debido a sus condiciones de vida. Tienden a desarrollar una relación con el

médico de forma más lenta y por lo general quieren centrarse sólo en los síntomas de la enfermedad actual. Esto puede hacer que sea especialmente difícil tomar una historia médica completa en el primer contacto. Por lo tanto, sospechamos que la tasa de co-morbilidades probablemente está sub-registrada en nuestro estudio y la verdadera prevalencia de condiciones médicas pasadas o existentes podría ser más alta. Sin embargo, los resultados de nuestro estudio proporcionan índices claros para el espectro de la enfermedad de los pacientes sin hogar. Otra deficiencia en la exactitud de los historiales médicos puede que la hayan planteado las barreras del lenguaje para los pacientes extranjeros. Además, los detalles del nivel educativo más alto informado en los pacientes extranjeros no son siempre comparables con el sistema escolar alemán.

Conclusiones

El Centro de Salud para Personas sin Hogar de Berlín es uno de los mayores centros de atención médica ambulatoria para las personas sin hogar en Alemania. Aunque nuestros resultados no pueden verse como representativos a nivel nacional, nos permiten extraer conclusiones acerca de la situación referente a la atención médica para las personas sin hogar en Berlín y probablemente otras ciudades más grandes.

Si bien las personas sin hogar con frecuencia se percibe que son mayores, masculinas, y sin educación, sorpresivamente se encontró que los pacientes del Centro de Salud de Berlín a menudo eran femeninos, más jóvenes, y un gran número informaba grados educativos avanzados. Los pacientes en Berlín sorprendentemente reportaron una corta duración sin hogar.

En particular, fueron comunes las enfermedades infecciosas, las heridas sobreinfectadas, el abuso crónico del alcohol y las sustancias ilegales, los trastornos psicológicos, o la falta de vivienda como enfermedad social. Mientras que en muchos casos los pacientes podían tener acceso al sistema médico de salud regular, el acceso a tales servicios no es posible debido a una variedad de razones asociadas con la falta de vivienda. El enfoque del Centro de Salud para Personas sin Hogar de Berlín

incluye la atención de médicos, trabajadores sociales, y otros, y ofrece un pronto acceso a sus pacientes.

Aunque la información sobre la prevalencia y los efectos de la falta de vivienda en Alemania aún es escasa, se necesitan con urgencia mayores esfuerzos de investigación en esta área. Los resultados de nuestro estudio transversal pueden utilizarse como base para estudios de observación a largo plazo, así como para estudios de intervención para comparar los diferentes enfoques de la atención médica, con especial atención a los pacientes del sexo femenino, extranjeros, y enfermos mentales.

Conclusiones para implementar en la práctica:

Una quinta parte de los pacientes del Centro de Salud de Berlín son del sexo femenino.

Muchos de los pacientes sin hogar son jóvenes o de mediana edad, casi la mitad informó haber recibido un certificado de educación secundaria o más elevada/moderada o educación escolar superior.

Los síntomas somáticos agudos y psicológicos entre los pacientes sin hogar son igualmente heterogéneos que las enfermedades de la medicina general; además, sufren de enfermedades asociadas con la falta de vivienda.

En muchos casos, los pacientes podrían haber tomado ventaja de la atención médica regular, pero el acceso a tales servicios no es posible debido a una variedad de razones.

La información sobre los efectos de la prevalencia de la falta de vivienda en Alemania es escasa y se necesitan con urgencia mayores esfuerzos de investigación en esta área.

Referencias

1. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.. Statistikbericht 2004 - 2006. Bielefeld: BAG Wohnungslosenhilfe ; 2008.
2. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. Schätzung und Prognose des Umfangs der Wohnungsnotfälle 2009- 2010 [Internet]. Bielefeld: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.; 2011. available:

- <http://www.bagw.de/presse/data/20111109.pdf>
3. Kahl-Passoth S. Netzwerk der Berliner Kältehilfe startete am 1. November Angebote für Obdachlose [Internet]. Berlin; 2007. available: http://www.berliner-altenpflege.de/Kotnik/presse/PM_DWBO-Caritas_Kaeltehilfe2007/view
 4. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung [Internet]. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2008 Juli. available: http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht.pdf
 5. Locher G. Gesundheits-/Krankheitsstatus und arbeitsbedingte Erkrankungen von alleinstehenden Wohnungslosen. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe; 1990.
 6. Trabert G. Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe; 1995.
 7. Sperling F. Medizinische Untersuchung an 109 nichtseßhaften Männern. [Münster]: Universität Münster; 1985.
 8. Fichter M, Quadflieg N, Cuntz U. Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. Dtsch Arztebl. 2000;97(17):A-1148/B-980/C-920.
 9. Schaak T. Obdachlose, „auf der Straße“ lebende Menschen in Hamburg 2002. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg; 2002 Juni.
 10. Ohtsu T, Toda R, Shiraishi T, Toyoda H, Toyozawa H, Kamioka Y, u. a. Living conditions, ability to seek medical treatment, and awareness of health conditions and healthcare options among homeless persons in Tokyo, Japan. Acta Med. Okayama. Dezember 2011; 65(6):387-93.
 11. Aguiar MM, Iriart JAB. [Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador, Bahia State, Brazil]. Cad Saude Publica. Januar 2012;28(1):115-24.
 12. Kunstmann W, Ostermann T. Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen in Nordrhein-Westfalen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Studie. [Internet]. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; 2008 Apr. available: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/medizinische_Versorgung_komplett.pdf
 13. Jenny De la Torre Stiftung. Jenny De la Torre Stiftung - Medizinische Hilfe und Betreuung für Obdachlose in Berlin [Internet]. [cited 31. März 2011]. available: <http://www.delatorre-stiftung.de/>
 14. Caritas-Arztmobil [Internet]. Menschen in Wohnungsnot. 2012 [cited 12. Dezember 2012]. Verfügbar unter: <http://www.caritas-arztmobil.de/>
 15. Medizinische Medien Informations GmbH. Gelbe Liste Pharmindes [Internet]. available: <http://www.gelbe-liste.de/>
 16. Hesse-Lorenz H, Moog R. Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar. Wohnungslosigkeit bei Frauen ist unsichtbar. Bonn: Institut für kommunale Psychiatrie; 1996.
 17. Torchalla I, Albrecht F, Buchkremer G, Längle G. Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung – eine Feldstudie. Psychiat Prax. 2004;31(5):228-35.
 18. Crawford DM, Trotter EC, Hartshorn KJS, Whitbeck LB. Pregnancy and mental health of young homeless women. Am J Orthopsychiatry. April 2011;81(2):173-83.
 19. Geiger M, Steinert E. Alleinstehende Frauen ohne Wohnung. Soziale Hintergründe, Lebensmilieus, Bewältigungsstrategien, Hilfeangebote. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Bundesministeriums für Frauen und Jugend; 1997.
 20. Teruya C, Longshore D, Andersen RM, Arangua L, Nyamathi A, Leake B, u. a. Health and health care disparities among homeless women. Women Health. Dezember 2010;50(8):719-36.
 21. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch 2009 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2009.
 22. Doering TJ, Hermes E, Konitzer M, Fischer GC, Steuernagel B. Gesundheitliche Situation von Wohnungslosen in einer Krankenwohnung für Wohnungslose. Gesundheitswesen. Juni 2002;64(06):375-82.
 23. Gallie D, Paugam S. Soziale Prekarität und Soziale Integration. Brüssel: Generaldirektion Presse und Kommunikation; 2002.
 24. Statistisches Bundesamt. Statistical Year Book 2010. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2010.
 25. Weber R. Lebensbedingungen und Alltag der Stadstreicher in der Bundesrepublik. Bielefeld: Verlag Soziale Hilfe; 1983.
 26. Rosenke W. Weibliche Wohnungsnot. Ausmaß – Ursachen – Hilfsangebote. Wohnungslos. 1996; 3:173.
 27. Hwang SW, Wilkins E, Chambers C, Estrabillo E, Berends J, MacDonald A. Chronic pain among homeless persons: characteristics, treatment, and barriers to management. BMC Fam Pract. 2011; 12:73.
 28. Trabert G. [Health status and medical care accessibility of single, homeless persons]. Gesundheitswesen. Juni 1997;59(6):378-86.
 29. Dufeu P, Podschus J, Schmidt LG. Alkoholabhängigkeit bei männlichen

- Wohnungslosen Häufigkeit, Ausprägung und Determinanten. *Der Nervenarzt*. 1. November 1996; 67(11):930–4.
30. Arranz L, De Vicente A, Munoz M, De la Fuente M. Impaired Immune Function in a Homeless Population with Stress-Related Disorders. *Neuroimmunomodulation*. 2009; 16(4):251–60.
31. Stratigos AJ, Katsambas AD. Medical and Cutaneous Disorders Associated With Homelessness. *SKINmed*. Mai 2003; 2(3):168–74.
32. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. [Recourse to care and morbidity of the homeless in the Paris district]. *Bull. Acad. Natl. Med.* November 1997;181(8):1715–1727; discussion 1727–1728.
33. Salize H, Dillmann-Lange C, Kentner-Figura B, Reinhard I. Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. *Der Nervenarzt*. 1. November 2006;77(11):1345–54.
34. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. DIMDI - ICD-10-GM Version 2011 [Internet]. [cited 31. März 2011]. available: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-z55-z65.htm>

Recibido: 2 de diciembre de 2012.

Aceptado: 3 de enero de 2013.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos