

Isabel Long

March 7, 2023

Cáritas Diocesana de Toledo

España y su contexto en la salud pública

España es un país en el suroeste de Europa. Cubre la mayor parte de la Península Ibérica, desde las montañas de Pirineos hasta el estrecho de Gibraltar. El interior de España. El interior de España es alto y seco, con ríos que crean buenas tierras de cultivo. Las plantas y los árboles crecen tan bien en la costa noroeste, en Galicia y a lo largo del Golfo de Vizcaya, que el área se llama España Verde. Las costas sur y este de España, de Andalucía hasta Pirineos son barridos por los vientos del norte de África, que mantienen el clima cálido.

Los primeros pobladores de España llegaron en el siglo 8 A.C, pero pronto fueron conquistados por los romanos. España eran en su mayoría cristianos hasta que los musulmanes invadieron África en el año 711 D.C. Cultura de Islam se extendió, avanzando las matemáticas, la medicina y la filosofía en el siglo 10. En 1492 los reinos cristianos del norte de España conquistaron a los musulmanes y difundieron la religión católica. Más tarde, como el catolicismo seguía siendo la religión principal, más de 500.000 personas murieron en la Guerra Civil española de la década de 1930. El victorioso general Francisco Franco gobernó como un dictador brutal hasta su muerte en 1975. Poco después, España comenzó a transformarse en un euro moderno, industrial y democrático.

En 1986 España se unió a la Unión Europea y modernizó aún más su economía. Las industrias importantes incluyen la minería, la construcción naval y los textiles. España atrae a más turistas que cualquier otro país europeo que no sea Francia. Los servicios a la industria turística son la mayor contribución a la economía española.

España es una de las democracias más descentralizadas de Europa, con 17 regiones que gestionan sus propias escuelas, hospitales y otros servicios públicos. Una monarquía parlamentaria gobierna España, en la que el rey y el presidente electo comparten el poder.

Los idiomas oficiales de España son el castellano, el euskera, el catalán y el gallego. La población de España es de aproximadamente 49.331.076 personas. Los españoles son conocidos por su amor a comer y beber con familiares y amigos. Los bailes y la música son aspectos importantes para la cultura, así como para el fútbol y los festivales religiosos.

El Sistema Nacional de Salud en España está basado en los principios de universal, acceso gratis, y equidad. En 1986 se estableció la Ley General de Sanidad, que garantiza la cobertura sanitaria universal y el acceso gratuito a la asistencia sanitaria a todos los ciudadanos españoles, independientemente de su situación económica o de su participación en la red de la Seguridad Social. La asistencia sanitaria se coordina a nivel central, regional y local.

España es uno de los países más saludables del mundo para vivir, con una esperanza de vida de 81 años, una de las más altas del mundo. Pero, el sistema de salud tiene sus desafíos. Existe una coordinación limitada entre los sistemas de salud regionales y nacionales, lo que aumenta las disparidades en los servicios y la calidad de la atención entre las regiones.

España también tiene una visión diferente sobre la rehabilitación y las enfermedades terminales, que es una preocupación reciente. Hay muy pocos hogares públicos de ancianos. Aunque España es uno de los países más saludables para vivir, hay muchos otros problemas a los que se enfrenta el país.

Descripción de prácticas

Mis prácticas fueron con Cáritas Diocesana, en Toledo España. Es el establecimiento local de una organización internacional, Cáritas Internacional es una organización de iglesias católicas en más de 200 países. Es una organización sin fines de lucro bien reconocida y brinda esfuerzos a tres áreas: emergencias, desarrollo sostenible y paz. “La misión de Cáritas Internacional es: “compartir la misión de la Iglesia Católica de servir a los pobres y promover la

caridad y la justicia en todo el mundo.” En España, esta organización cuenta con numerosos refugios para personas sin hogar en todo el país. El albergue de Cáritas Diocesanas en Toledo es una institución que se dedica a proveer servicios para cubrir necesidades básicas y promover la inclusión social para personas que se encuentran sin hogar. “La misión de Cáritas Diocesana de Toledo es acoger, acompañar y trabajar desde el compromiso de la comunidad cristiana con las personas en situación de exclusión y riesgo social, acompañando e interviniendo de forma integral, para que éstas sean protagonistas de su propio desarrollo integral.”

Son muchos los servicios prestados por Cáritas Diocesana en Toledo. Algunos servicios que ofrecen son alojamiento de urgencia, un comedor social, servicios de ducha y lavandería, atención e intervención social y psicológica, y actividad diaria. Para profundizar más, el centro ofrece alojamiento de emergencia a los participantes. Esto es ofreciendo un espacio alternativo a la calle, así como atención psicosocial. Cáritas ofrece actividades ocupacionales y educativas que mejoran las habilidades sociales y relacionales de los participantes adaptadas a sus características. Cáritas continúa apoyando a aquellos que no necesitan refugio, proporcionando comidas nutritivas y apoyo económico.

Hay tres trabajadores sociales a tiempo completo en Cáritas Diocesana. El resto del personal son voluntarios, algunos que vienen todos los días. Los voluntarios cocinan, limpian, organizan y proporcionan compañía a los participantes. Durante mis prácticas, seguí a uno de los trabajadores sociales. Los tres asistentes sociales de Cáritas delegan responsabilidades. Seguí al trabajador social que trabajaba directamente con los participantes. Los otros dos trabajadores sociales se especializaron en apoyo económico y capacitación laboral.

Mientras seguía al trabajador social, observé su horario diario, sus responsabilidades y

cómo interactuaba con los participantes. Participé en las reuniones, ayudé con el inventario, colaboré con voluntarios y ayudé a los participantes con documentos oficiales. Estaba completamente inmersa en español, nadie en el refugio hablaba inglés. Por lo tanto, aprendí mucho vocabulario técnico en español con respecto al papeleo y las cosas legales. Aprendí mucho sobre el sistema de personas sin hogar en España y lo eficiente que es un sistema. Aprendí a colaborar y trabajar con personas que son de diferentes culturas como yo. Pensé que era muy interesante cómo funcionan los refugios para personas sin hogar. En general, esta experiencia me proporcionó información valiosa y una mejor comprensión de cómo ayudar a la comunidad sin hogar.

Prácticas conexiones de salud

Cáritas Diosecana atiende a una población vulnerable: las personas sin hogar. En 2022 se informó que la falta de vivienda afecta aproximadamente al 0.07% de la población. Hay tan pocas personas sin hogar en España porque la constitución garantiza la vivienda. El artículo 47 establece que todos los ciudadanos españoles tienen derecho a una "vivienda digna y adecuada". Pero, la falta de vivienda en España está aumentando debido a las crisis económicas y financieras que han causado desempleo. En 2016, para combatir el reciente aumento de la falta de vivienda, se promulgó la "Estrategia Nacional Integral para las Personas sin Hogar". Este ha sido un proyecto para prevenir y reducir la población sin hogar española. Muchas ONG han contribuido a estos esfuerzos, incluyendo Cáritas Diocesana en Toledo.

La evidencia sugiere que las personas sin hogar experimentan una peor salud física y mental en comparación con la población general (Fajarado et al., 2019). El riesgo de las personas sin hogar de morir prematuramente es de tres a cuatro veces mayor que el de la población general. Esto se debe a los factores de riesgo de la población sin hogar, como el

consumo de alcohol, el uso de drogas y los problemas de salud física. Factores como la exposición prolongada al aire libre combinados con el uso de sustancias tienen un impacto negativo en la salud y la esperanza de vida. Además, la falta de vivienda también contribuye a la carga de enfermedades agudas y crónicas.

A pesar de su gran cantidad de necesidades de atención médica, las personas sin hogar a menudo carecen de acceso a servicios de salud primarios o preventivos. Aunque España tiene un sistema de salud universal, las personas sin hogar luchan por recibir un acceso adecuado a la atención. La atención sanitaria, las recetas y los servicios integrados de salud no están disponibles para la población sin hogar en España, a pesar de que la política sanitaria universal dicta que tienen derecho a estas prestaciones. Como resultado, la única atención médica que reciben las personas sin hogar es a través del departamento de emergencias, que es costoso e ineficaz. Además, la sala de emergencias no proporciona continuidad de la atención, causando atención inmediata pero nada a largo plazo.

La pandemia de COVID-19 solo ha exacerbado el problema, con muchas personas perdiendo sus empleos y luchando por pagar el alquiler. A pesar de los esfuerzos del gobierno para abordar el problema, incluida la creación de programas de vivienda de emergencia y el aumento de los fondos para los servicios sociales, el problema persiste. El número de personas sin hogar en España aumentó un 7% entre 2018 y 2021, según la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar (Troya et al, 2022). En Cáritas Diocesana su tema fue muy prevalente, con un aumento de participantes en los años posteriores al COVID-19.

Además, la falta de servicios de salud mental durante COVID-19 intensificó el problema de las personas sin hogar en España, especialmente para los hombres. La mayoría de las personas

sin hogar en España son hombres, aproximadamente el 80% según la Cruz Roja (Alberola, 2012). Esta tendencia no es exclusiva de España y se puede observar en muchos países del mundo. Es menos probable que los hombres busquen ayuda cuando enfrentan desafíos como problemas de salud mental y problemas de abuso de sustancias, que han ido en aumento desde COVID-19. Hay varias otras razones para la sobrerrepresentación de los hombres entre la población sin hogar en España y en otros lugares. Es más probable que los hombres trabajen en industrias con empleo inestable, como la construcción o el trabajo estacional, lo que los hace menos vulnerables a la pérdida de empleo y la estabilidad económica. Además, los hombres también tienen más probabilidades de tener antecedentes penales, lo que hace que sea más difícil encontrar un empleo y una vivienda estables.

Un estudio publicado en el Journal of Substance Abuse Treatment encontró que entre las personas sin hogar en Madrid, España, el 60% informó haber consumido alcohol y el 43% informó haber usado drogas en el último mes. El consumo de drogas y alcohol entre la población sin hogar es frecuente pero complejo porque está relacionado con problemas como enfermedades mentales, traumas y pobreza. En general, España tiene un enfoque integral para abordar los problemas de drogas en la población sin hogar. España proporciona asistencia sanitaria universal a todos sus ciudadanos, incluidas las personas sin hogar. Esto incluye el acceso a tratamiento médico como programas de desintoxicación y rehabilitación. El gobierno español tiene un sistema de tratamiento accesible e integral para las personas que luchan contra la adicción, muchas de las cuales son parte de la población sin hogar. La red de centros de salud pública, hospitales y centros especializados en tratamiento de adicciones en España se conoce como "Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias" (CAS). Los programas de

tratamiento pueden incluir desintoxicación, tratamiento asistido por medicamentos, asesoramiento individual y grupal y terapia conductual.

En Cáritas Diocesana, el consumo de drogas y alcohol es muy frecuente, pero es un problema difícil de abordar para la organización. Es política de la organización que a los participantes que viven en el refugio no se les permita someterse a pruebas de drogas. Esto surgió como un problema muchas veces mientras estaba internado. Los trabajadores sociales pueden sospechar que un participante está usando o abusando de las drogas, pero no pueden tomar medidas para prevenirlo. En muchos casos, los participantes venían a las reuniones con los trabajadores sociales bajo la influencia de drogas o alcohol. Desafortunadamente, los trabajadores sociales no pueden recomendar un curso de acción porque a la organización no se le permite realizar pruebas de drogas. Pero, si las drogas o el alcohol pertenecen a los participantes en el refugio, están obligados a abandonar el programa. Los trabajadores sociales pueden sugerir un centro de rehabilitación o un programa de desintoxicación, pero no pueden aplicarlo. Esto hace que muchos participantes sin hogar terminen de nuevo en las calles. Durante mi tiempo en mi pasantía, fui testigo de este problema varias veces con los participantes. Una recomendación sería hacer cumplir las pruebas de drogas y la rehabilitación obligatoria para los participantes. Si no se puede detectar la fuente del problema y no se puede encontrar una solución, el ciclo de abuso de drogas y alcohol continuará.

La sobrerrepresentación de hombres en la población sin hogar se demostró en que la mayoría de los participantes en el refugio de Toledo eran hombres. Solo había 2 mujeres en contraste con 18 hombres en el refugio. Esto crea problemas significativos para las mujeres sin hogar. Las mujeres sin hogar corren un mayor riesgo de sufrir violencia y abuso, cuando hay menos mujeres que hombres en un refugio, las mujeres pueden sentirse inseguras. Es posible que

no se asignen recursos para satisfacer las necesidades de las mujeres que experimentan la menstruación, el embarazo o el cuidado de los niños. Una de las dos mujeres de Caritas estaba embarazada y no existían políticas ni procedimientos que la ayudaran a acceder a lo que necesitaba. Una recomendación para esta población vulnerable sería garantizar la privacidad y los alojamientos seguros. Esto puede incluir puertas y ventanas cerradas, y habitaciones separadas de los hombres. El refugio debe proporcionar productos menstruales y atención durante el embarazo.

Comparación de los sistemas de salud

El sistema público de salud en España está organizado a nivel nacional y regional. El nivel nacional es responsable de las leyes y reglamentos y las 17 regiones autónomas supervisan su administración local de los servicios de salud. El sistema está supervisado por el Ministerio de Sanidad español, que desarrolla y supervisa el presupuesto nacional de salud. Más del 70% del sistema de salud se financia con impuestos públicos, que es aproximadamente el 11% del PIB de la nación. También hay opciones de atención médica privada en España. Alrededor del 25% de la población tiene algún tipo de cobertura de salud privada. Hay centros de salud públicos y privados en España, pero algunos hospitales y proveedores de atención médica ofrecen ambos. Cualquier persona que viva y trabaje puede utilizar el sistema público de salud en España, así como los niños, las personas embarazadas y los estudiantes menores de 26 años. Los ciudadanos de la Unión Europea y la Asociación Europea de Libre Comercio pueden obtener asistencia sanitaria gratuita en España con una tarjeta sanitaria europea. Los migrantes indocumentados también pueden acceder a atención médica, pero deben pagar el 40% de los costos (World Health Organization, n.d.).

El sistema sanitario español se financia con cotizaciones a la Seguridad Social. Según datos de 2022 del Ministerio de Sanidad, España gasta 90.300 millones de euros al año en sanidad pública. La sanidad privada suma otros 32.500 millones de euros anuales (World Bank, 2023). La mayoría de la atención primaria de salud en España es gratuita. Los residentes sólo necesitan pagar una proporción de los cargos por recetas, así como los pagos regulares del seguro de salud pública. Sin embargo, si necesitan atención médica especializada, podrían enfrentar costos adicionales. Aquí es cuando el seguro médico privado es útil.

El sistema de salud de los Estados Unidos es un sistema mixto no es universal como en España. En los Estados Unidos existe una compleja red de entidades privadas y públicas. Los Estados Unidos se financian principalmente a través de una combinación de seguros de salud privados y programas gubernamentales como Medicare y Medicaid. El seguro de salud privado es significativamente más caro, comprado por individuos o proporcionado por empleadores. Hay muchas brechas de cobertura en los Estados Unidos, con 29.6 millones de estadounidenses que carecen de seguro de salud en 2019. Este número aumentó durante la pandemia de COVID, con un estimado de 5.7 millones de estadounidenses que perdieron su seguro de salud debido a la pérdida de empleos.

El sistema de salud de Estados Unidos es uno de los más caros del mundo, representando el 17,7% del PIB del país. Esto se traduce en un promedio de 11.582 dólares por persona, que es más del doble del gasto promedio de otros países de altos ingresos (Vallas et al., 2023). A pesar del alto gasto de Estados Unidos en salud, España se preforma mejor que Estados Unidos en muchas medidas de salud de la población. Según la Organización Mundial de la Salud, España tiene una mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad infantil y tasas de mortalidad materna en comparación con los Estados Unidos. España también tiene un mayor número de

camas de hospital per cápita y una tasa más baja de gasto sanitario por persona que en los EE.UU.

Otra diferencia clave entre los dos sistemas es el papel del sector privado. En los Estados Unidos, las compañías privadas de seguros de salud desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de atención médica y pueden limitar la cobertura y los servicios en función de los planes que las personas eligen o pueden pagar. Por el contrario, el sistema español se basa principalmente en hospitales y clínicas públicas, aunque el seguro privado está disponible para aquellos que desean complementar su atención. En general, si bien ambos países enfrentan desafíos continuos con el acceso a la atención médica y la asequibilidad, el sistema español prioriza el acceso universal y la atención preventiva, mientras que el sistema estadounidense se caracteriza por una combinación de entidades privadas y públicas y disparidades significativas en la cobertura y los resultados.

Conclusión

Vivir en España y hacer prácticas en Cáritas Diocesana mejoró mi crecimiento personal y profesional, amplió mi visión de los sistemas de salud y me preparó para trabajar con comunidades marginadas.

Comenzando con el crecimiento personal, estaba completamente inmerso en un nuevo entorno y una cultura diferente. Al estar expuesto a la cultura española, fui desafiado con diferentes normas sociales, tradiciones y creencias. Esto amplió mi perspectiva y comprensión de las personas que actúan y creen de manera diferente a mí. Estas diferencias también me ayudaron a desarrollar mis habilidades personales, como la autoconciencia de mis propias normas culturales. Vivir y trabajar en España me ayudó a ser más adaptable y flexible, ya que me enfrenté a barreras lingüísticas, un entorno de trabajo diferente y nuevas situaciones sociales.

Hablar con diferentes personas en español me ayudó a desarrollar nuevas habilidades de comunicación, como la escucha no verbal y activa.

El sistema de salud de España es muy diferente al de los Estados Unidos. España cuenta con un sistema sanitario universal financiado con fondos públicos y que presta servicios sanitarios a todos los ciudadanos y residentes legales. Este sistema es diferente de los Estados Unidos, donde la atención médica se proporciona en gran medida a través de seguros privados y pagos individuales. Hay un papel mucho más importante del gobierno en la asistencia sanitaria en España que en los Estados Unidos, y hay más políticas sanitarias en España que ayudan a las poblaciones vulnerables. La accesibilidad y la asequibilidad están casi garantizadas en España, pero uno de los mayores retos del sistema sanitario de Estados Unidos. Las diferencias estructurales entre los sistemas de salud se deben a diferencias culturales subyacentes, un contraste entre una sociedad colectivista e individualista.

Como pasante en Cáritas Diocesana, trabajé directamente con la comunidad de personas sin hogar. Desarrollé mi empatía y comprensión de personas con diferentes antecedentes y experiencias. Tener conversaciones difíciles sobre el uso de drogas, las finanzas o las experiencias traumáticas con los participantes del programa me ayudó a entender que todos están pasando por algo. Esto se traduce en mis habilidades profesionales en el futuro porque aprendí a escuchar activamente y ajustar los estilos de comunicación para satisfacer las necesidades de diferentes personas. Obtuve una pasión por trabajar con poblaciones vulnerables en Cáritas Diocesana y espero trabajar con comunidades marginadas en el futuro.

Referencias

- Alberola, P. (2012, November 6). *Cruz Roja detecta que el 80% de los sin techo son españoles*. Información. Retrieved April 18, 2023, from <https://www.informacion.es/alicante/2012/11/06/cruz-roja-detecta-80-techo-6728257.html>
- Current health expenditure (% of GDP) - Spain*. World Bank Open Data. (n.d.). Retrieved April 18, 2023, from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=ES>
- Fajardo-Bullón, F., Esnaola, I., Anderson, I., & Benjaminsen, L. (2019, August 9). *Homelessness and self-rated health: Evidence from a national survey of homeless people in Spain - BMC public health*. BioMed Central. Retrieved April 18, 2023, from <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7380-2>
- Iris Paho Home*. (n.d.). Retrieved April 18, 2023, from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1
- National Drug Intelligence Center*. Boletn Informativo: Las Drogas Ilcitas y la Juventud. (n.d.). Retrieved April 18, 2023, from <https://www.justice.gov/archive/ndic/spanish/10581/10581t.htm>
- Troya, M. S. (2022, October 19). *Personas sin hogar: El 40% lleva más de tres años sin casa y el 11% Tiene Estudios Superiores*. El País. Retrieved April 18, 2023, from

<https://elpais.com/sociedad/2022-10-19/personas-sin-hogar-el-40-lleva-mas-de-tres-anos-sin-casa-y-el-11-tiene-estudios-superiores.html>

Valls Martínez, M. D. C., Santos-Jaén, J. M., Valls-Úbeda, R. F., & Soriano Román, R. (2023, January 15). *Covid-19 and public health spending; effects on the economic sustainability of the Spanish private healthcare system*. *International journal of environmental research and public health*. Retrieved April 18, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9863252/#:~:text=The%20total%20Spanish%20healthcare%20expenditure,for%20the%20main%20neighboring%20countries.>

World Health Organization. (n.d.). *Spain Health System Information*. World Health Organization. Retrieved April 18, 2023, from <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/spain>

Apéndice

Las siguientes son fotografías que tomé durante mis prácticas en Caritas Diosecana

<https://caritastoledo.com/>



Figura A. Estudiantes vocacionales aparte del programa, fotografiados con 2 miembros del personal de la organización.



Figura B. El letrero y la puerta de la instalación



Figura C. La comida que preparan los voluntarios para los participantes