

# SITUACIONES DE POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL EN PACIENTES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

## SITUATIONS OF POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION IN PATIENTS OF HOSPITAL SERVICES

Paula Frieiro Padín (1) y Rubén González-Rodríguez (2)

(1) Ayuntamiento de A Illa de Arousa, Pontevedra, España

(2) Universidade de Vigo, Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa, Ourense, España

**Resumen:** A través del presente artículo, se exponen los resultados y conclusiones de una investigación llevada a cabo en la provincia de Pontevedra en el contexto de cuidados en hospitalización. Tratamos de conocer la incidencia existente entre la población atendida en el servicio de trabajo social, de situaciones relacionadas con la pobreza o la exclusión social. Nos parece relevante establecer cómo este tipo de problemáticas, de carácter más social, influyen en el pronóstico de intervenciones realizadas por el equipo de salud. Todo ello dentro del paradigma de salud actual que considera la esfera social de forma relevante. La investigación se ha llevado a cabo entre enero y junio de 2016 y ha sido actualizada en el 2017, utilizando un método de investigación cuantitativo y descriptivo. Los resultados nos muestran perfiles y la retroalimentación existente entre la situación de exclusión social y desventajas en la situación sanitaria.

**Palabras clave:** Determinantes sociales de salud, Trabajo Social, Hospitalización, Exclusión social, Pobreza.

**Abstract:** In this paper, we present the results and conclusions of our research, conducted in the province of Pontevedra, regarding hospital care. We intend to learn the incidence of poverty and social exclusion among the population receiving care in social work services. We think it is relevant to establish how this kind of social disadvantages influence the medical prognosis. All of this within the current health framework that considers social factors as a relevant cause. This research was made between the months of January to June 2016 and was updated in 2017, using both a quantitative and descriptive research methodology. Our results show the socio-demographic profiles and the existing feedback between a situation of social exclusion and disadvantages in the sanitary situation.

**Keywords:** Social determinants of health, Social Work, Hospitalization, Social marginalization, Poverty.

| Recibido: 22/05/2017 | Revisado: 30/07/2017 | Aceptado: 02/09/2018 | Publicado: 30/09/2018 |

*Correspondencia:* Frieiro Padín, Paula. Grado académico: Máster. Trabajadora Social. Ayuntamiento de A Illa de Arousa. Pontevedra, España. González-Rodríguez, Rubén. Grado académico: Doctor. Personal docente e investigador. Universidad de Vigo. Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa, Ourense, España. Facultad de Ciencias da Educación. Campus das Lagoas, s/n. 32004 Ourense. España. Tel.: +34 988 387 128. Fax: +34 988 387 159. Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es

*Referencia normalizada:* Frieiro, P., y González-Rodríguez, R. (2018). Situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes de servicios hospitalarios. *Trabajo Social Hoy*, 85, 27-48. doi: org/10.12960/TSH.2018.0014

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se ha planteado como un estudio para conocer el perfil de las personas (usuarios/as y pacientes) que han sido atendidas en el servicio de trabajo social del Hospital Montecelo, hospital de referencia del área sanitaria de Pontevedra y gestionado de forma integrada dentro de la gerencia Pontevedra-Salnés (Servizo Galego de Saúde, 2014). No se ha tratado de realizar únicamente un análisis del perfil de usuario/a, sino más bien aproximarnos a qué incidencia suponen los casos donde se detectan y valoran problemáticas relacionadas con la exclusión social y la pobreza en particular.

Por ello, en primer lugar, trataremos de contextualizar las situaciones de pobreza y exclusión social focalizando nuestro interés en la interferencia que estas problemáticas ocasionan sobre el estado de salud. Asimismo, indagaremos sobre los procesos de coordinación entre el Sistema de Salud y el Sistema de Servicios Sociales en estos contextos de intervención profesional. Mediante estos tres puntos se trata de aportar una base conceptual para seguidamente entender mejor y con mayor eficacia los datos presentados.

A lo largo del estudio se tienen en cuenta las posibles causas de la pobreza y exclusión social y su relación con la salud, haciendo hincapié en el índice AROPE<sup>1</sup>, utilizado para delimitar nuestra población objeto de estudio.

En el bloque que engloba la presentación, análisis e interpretación de resultados, se analizan los datos que se han recogido sobre la muestra resultante (44 personas, de las cuales 26 fueron hombres y 18 mujeres). Dichos datos se plasman mediante tablas y figuras con los resultados más significativos sobre la situación de pobreza y exclusión social del Hospital Montecelo en relación a los pacientes atendidos por la unidad de trabajo social en el período del segundo semestre de 2014 y el año 2015 completo.

Para finalizar, se desarrollan las conclusiones donde se relacionan los datos expuestos previamente, con otros estudios con objetivos coincidentes, con posibles formas de actuación y con reflexiones sobre la temática formulada.

Los objetivos de este trabajo son tratar de analizar el perfil de las personas usuarias que sufren pobreza y exclusión social y son derivadas a la Unidad de Trabajo Social (UTS) en el Hospital Montecelo, describiendo los factores psicosociales de las pacientes y los pacientes en riesgo de exclusión social e identificando los recursos sociales más idóneos a los que derivar los casos de pobreza y exclusión tras el alta hospitalaria.

---

<sup>1</sup> AROPE, At Risk Of Poverty and/or Exclusion: Indicador propuesto por la Unión Europea, dentro de la *Estrategia Europa 2020*, aprobada por el Consejo de Europa el 17 de junio de 2010.

## 1.1. La situación de pobreza, una de las dimensiones de la exclusión social

La pobreza, tradicionalmente, ha estado ligada al estudio de las desigualdades económicas, y asociada a las capas de población con niveles bajos de ingresos. Los cambios registrados en nuestra sociedad han llegado acompañados de nuevos mecanismos de marginación en los que otros factores, además del estrictamente económico, actúan como desencadenantes de procesos de exclusión social (Subirats, Riba, Giménez, Obradors, Giménez, Queralt, et al., 2004).

La pobreza y la exclusión social no acontecen, en sentido estricto, únicamente en los periodos de crisis. Ya antes de que esta última crisis global comenzara (acostumbra a tomarse como punto de partida el año 2007-2008), ambas estaban presentes en nuestra sociedad. Sin embargo, es desde finales de 2008 cuando las formas más severas de pobreza son las que más se incrementan, llevando a nuestro país a los primeros puestos del ranking europeo en cualquier clasificación de indicadores de pobreza. Además, tuvo lugar un doble proceso de empobrecimiento de la sociedad española: caída de las rentas (especialmente, de las más bajas) y aumento de la desigualdad en su reparto (Lorenzo, 2014a).

Por su parte, el concepto de exclusión amplía el de pobreza, no considerando únicamente la dimensión económica del problema, sino también la pérdida del vínculo social. La exclusión expresa una manera de estar en la sociedad, que no viene definida por lo que la persona es (identidad) sino por lo que carece, por lo que ha perdido, o nunca ha tenido. Así, la situación de exclusión tiende a ser definida por aquello de lo que se está excluido, es decir, el nivel de vida y los derechos sociales propios de la sociedad de pertenencia (Raya, 2004).

Tal y como reflejan Panadero, Vázquez y Martín (2017), la literatura científica ha identificado múltiples variables personales y sociales implicadas en la génesis y mantenimiento de las personas en situación de exclusión social y pobreza. En nuestro caso se ha optado por tomar como referencia la definición y delimitación propuestas en el Plan de Inclusión Social del Gobierno de España 2013-2016 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) y del indicador AROPE propuesto por la Unión Europea.

En el Plan de Inclusión Social del Gobierno de España 2013-2016 (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014), se estipula que la tasa de riesgo de pobreza, mide el porcentaje de personas que viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza, el cual está fijado en una renta inferior al 60 % de la media de la renta nacional equivalente en unidades de consumo<sup>2</sup>. Según los datos vigentes en el período de

---

2 Para calcular las unidades de consumo se utilizan las escalas de equivalencia. La más utilizada se denomina escala de la OCDE modificada, que concede un peso de 1 al primer adulto, un peso de 0.5 a los demás adultos y un peso de 0.3 a los menores de 14 años (Esteban y Losa, 2015).

elaboración del mencionado Plan de Inclusión 2013-2016, algo más de una de cada cinco personas en España estaba bajo el umbral de la pobreza, cerca de 10.3 millones de personas, casi un millón más que en 2008, año en que comenzó la crisis económica. En los últimos años esta situación se ha agudizado duplicando el número de hogares que no tienen ingresos (más de 600 000 en 2012); más de 4 millones y medio de personas viven en pobreza severa (ingresos inferiores al 40 % de la renta media).

Por otra parte, consideraremos el indicador AROPE (At Risk Of Poverty and/or Exclusion) propuesto por la Unión Europea. Dicho indicador hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social. El AROPE combina elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo. Es decir, se combinan, medidos en porcentaje sobre el total de la población, los siguientes factores:

*Población bajo el umbral de la pobreza:* Se consideran en riesgo de pobreza las personas que viven en hogares con una renta inferior al 60 % de la media de la renta nacional equivalente. En el año 2013<sup>3</sup>, la media de renta equivalente fue de 13 523 euros, por lo cual, el umbral de la pobreza se fijó en 8 114 euros. Todas las personas con una renta equivalente inferior a esa cifra se consideraron pobres.

Para que podamos contextualizar nuestros datos, en la tabla 1 se plasma la evolución del umbral de pobreza entre los años 2010-2016, ofreciéndonos una visión global que, lejos de mejorar, ha sufrido un retroceso. Por otro lado, las cifras del 2015 y 2016 nos muestran datos más similares, que experimentan un pequeño repunte.

Tabla 1. Evolución del umbral de pobreza en el período 2010-2016

Fecha	Umbral de ingresos por persona
2016	8 209 euros
2015	8 011 euros
2014	7 961 euros
2013	8 114 euros
2012	8 321 euros
2011	8 358 euros
2010	8 763 euros

Nota: Fuente: Adaptación de Datos Macro (2016). Riesgo de pobreza, España. Recuperado de <https://www.datosmacro.com/demografia/riesgo-pobreza/espana> (Consultado el 10 de octubre de 2017).

<sup>3</sup> Para poder valorar este indicador es necesario tomar como referencia el año previo al año del estudio, en nuestro caso, parte de datos del 2014 y del 2015, por lo que se recogen datos de estos dos ejercicios.

Población con Privación Material Severa (*PMS*): Agrupa a personas que viven en hogares en los que no pueden permitirse cuatro de los nueve ítems de consumo básico definidos a nivel europeo. Los ítems son:

- Pagar la hipoteca, alquiler o letras.
- Mantener la vivienda a temperatura adecuada en invierno.
- Permitirse unas vacaciones de, al menos, una semana al año.
- Permitirse una comida de carne, pollo o pescado, cada dos días.
- Capacidad para afrontar gastos imprevistos.
- Disponer de teléfono.
- Disponer de televisión en color.
- Disponer de lavadora.
- Disponer de coche.

*Población con baja intensidad de trabajo por hogar (BITH)*: La intensidad de trabajo por hogar se define como la relación entre el número de meses trabajados por todos los miembros del hogar y el número total de meses que, en teoría, podrían trabajar todos los miembros en edad de trabajar. El indicador considera a las personas de 0 a 59 años que viven en hogares con una intensidad de empleo inferior al 0.24.

El indicador AROPE define de manera agrupada a las personas que cumplen uno o más de los tres criterios mencionados, es decir, a los individuos que componen aquellos hogares cuyos ingresos totales están bajo el umbral de la pobreza y/o sufren de privación material severa y/o tienen baja intensidad de trabajo. Finalmente, el indicador AROPE se expresa en porcentaje sobre el total de la población (Llano, 2015).

## 1.2. La situación de pobreza y su relación con el estado de salud

Se debe contextualizar, tal y como afirma Temes-Cordovez, que “la salud constituye un derecho individual universal, que además resulta tener una dimensión más amplia y que abarca la sociedad en su conjunto, ya que el gozar de buena salud, posibilita la participación de los individuos en la sociedad y puede derivar en consecuencias potencialmente positivas para el conjunto” (2017, p.104).

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010) revela que las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud

son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas.

Significativo resulta también el porcentaje de hogares en los que, en 2013, existe un problema de depresión u otro trastorno de salud mental, patologías a las que se presta intervenciones en salud dentro del catálogo de servicios sanitarios públicos en España, y cuya prevalencia asciende a un 10.7 % del total. Como cabía prever, la falta de salud mental es mayor en las situaciones de exclusión más intensas. Prácticamente en uno de cada cinco hogares en exclusión hay depresión o problemas de salud mental, mientras que en los hogares plenamente integrados la incidencia es del 6 % (Lorenzo, 2014b).

Existen importantes evidencias, recogidas de la epidemiología, la economía de la salud y las ciencias sociales, que demuestran cómo la pobreza o las crisis económicas generan desigualdades en salud, tanto a nivel individual como poblacional. Ya en los siglos XVIII y XIX, autores clave como Ramazzini, Villermé, Chadwick, Virchow y Engels, que estudiaban las condiciones de vida y la salud de los trabajadores, descubrieron las diferencias de mortalidad entre estos y otros grupos sociales. El surgimiento de la estadística –como ciencia del estado– y de los registros de mortalidad, hará posible generar este tipo de estudios y dar lugar a la epidemiología o medicina social (Gil de Miguel y Campuzano, 2014).

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), en su trabajo, *Los determinantes sociales de salud: los hechos probados*, explica que existe una pendiente social y que, cuanto más abajo se desciende por esta, existe menor esperanza de vida y más prevalencia de la mayoría de las enfermedades. Cuanto más bajo es el estrato social, más se sienten los efectos del estrés, de la alimentación poco saludable, y la influencia del entorno de vida para adquirir hábitos tóxicos como el uso de alcohol, tabaco o drogas.

Como ya habían puesto de manifiesto Álvarez-Dardet, Alonso, Domingo y Regidor:

La influencia del ambiente social sobre la salud ha interesado siempre por su capacidad explicativa de los fenómenos de salud y enfermedad. Consecuencia lógica de la enorme importancia de la clase social en la etiología de la enfermedad, son los intentos de actuar sobre la salud transformando el ambiente social, la utilización de medidas de clase social y salud en la vigilancia de acciones diseñadas para disminuir la desigualdad, la falta de equidad en la salud o el efecto de las políticas sociales en la misma (1995, p.23).

Además, Valera (2015) ha defendido recientemente que, en la dimensión social se encuentran relaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de exclusión y el rol físico. Así, los pacientes con menores puntuaciones en el desempeño del rol físico tendrían mayor riesgo social, en su dimensión social.

La reforma de la asistencia sanitaria llevada a cabo por el Real Decreto-Ley 16/2012 utiliza las nociones de asegurado y beneficiario como vías de acceso al Sistema Público de Salud. De esta forma se frena una tendencia dirigida a una plena universalización del sistema a través de la cual se excluye, en base a criterios económicos, a colectivos vulnerables como los inmigrantes en situación irregular y los emigrantes españoles en paro que están más de noventa días en el extranjero y que han dejado de percibir la prestación o subsidio de desempleo. Por su parte la tesis que defienden muchos expertos en sistemas de protección social es que la exclusión de grupos vulnerables puede entenderse contraria al derecho constitucional a la protección de la salud y a las obligaciones internacionales asumidas por el Estado (Aguado y Prado, 2014).

### **1.3. El trabajo social sanitario: la importancia de la valoración e intervención social en salud**

Durante casi tres décadas se ha evolucionado hacia la universalización de la asistencia sanitaria, la desvinculación de la Seguridad Social y la financiación a través de los presupuestos generales del Estado. El Sistema Nacional de Salud se fundamenta en un derecho reconocido a la ciudadanía en la Constitución Española de 1978. En su art. 43 se establece la competencia de los poderes públicos para “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. El desarrollo y materialización de este derecho se hizo posible con la publicación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (Pastor, Verde-Diego y González-Rodríguez, 2017). Pero en el año 2013 se ha procedido a una involución de este proceso puesto que se ha producido un retorno hacia la configuración a través de la Seguridad Social y su articulación a través de la figura del asegurado y beneficiario (Aguado y Prado, 2014).

Es importante conocer que el ser humano no debe ser entendido como un ente aislado, sino al contrario, es un organismo vivo en interacción con su entorno. Y, en este sentido, cualquier aspecto de dicho entorno lo condicionará. La vivienda y la zona donde habita, el estatus socioeconómico, el grado de autonomía/dependencia, la calidad en las relaciones familiares y sociales, la capacidad para incluirse en el mercado laboral, el nivel educativo o la cantidad y tipo de violencia psicosocial que le involucre, son aspectos que van a condicionar, entre otros aspectos, la salud del “organismo humano”. Y todos estos serán aspectos nucleares en el ejercicio cotidiano del trabajo social (Estalayo, 2014).

Como se plasma en el *Informe de las personas sin hogar en Galicia* (Valedor do Pobo, 2010), en una sociedad bien organizada se crean instituciones para la atención de aquellos que carecen de los elementos indispensables para vivir. Esa es la razón de la existencia de una red de recursos para los que no tienen acceso a los mismos por sus medios, si bien es cierto que cada vez más este ámbito de intervención se promueve mayoritariamente desde la iniciativa privada.

Sin embargo, no debemos olvidar que prevenir situaciones de riesgo e intervenir directamente en la calidad de vida de las personas es la manera más eficiente para alcanzar un mayor y adecuado desarrollo social. Una población sana en términos macroeconómicos, es más productiva y genera menos gastos para un país, incrementando a su vez los recursos disponibles para conseguir mayores logros sociales. Nos acercamos con ello a las características de un verdadero estado de bienestar (Lorenzo y Cachafeiro, 2012).

Es aquí donde debe reforzarse el papel del Trabajo Social Sanitario. Tal y como cita Romero (2003), en torno a los años 80 se incluyen a los/as trabajadores/as sociales dentro del Servicio de Atención al Paciente (SAP) y de la Comisión de Humanización de la Asistencia. Los/as profesionales del trabajo social deben ser un puente entre el interior del hospital y el mundo exterior, para solucionar cualquier problema. La humanización del hospital supone un área de atención humana y calidad de vida que hay que posibilitar, a través de un trabajo social abierto, a todo el ámbito hospitalario y en relación con el resto de profesionales del hospital. Es necesario destacar que las funciones se correlacionan con los objetivos psicosociales para lograr un equilibrio de la atención integral, donde el demandante o la población a atender (individuo, grupo o comunidad) sean tenidos en cuenta como algo más que como unidades biológicas.

Actualmente, y siguiendo lo dispuesto por el Consejo General del Trabajo Social de España (2017) podemos considerar que:

El *Trabajo Social Sanitario* supone un ejercicio profesional diferenciado del de otros entornos y caracterizado por ejercer de forma cotidiana funciones de apoyo y ayuda a personas y familias inmersas en procesos de *dificultades de salud*, dirigiendo sus intervenciones a la recuperación, normalización y adaptación social, centrandó su práctica asistencial en el incremento de la autonomía y la recuperación de la salud, y garantizando la toma de decisiones responsable, respetuosa con la autodeterminación, individualización y al ritmo que el proceso de cada individuo requiera desde el respeto a las particularidades.



## 2. METODOLOGÍA

El presente estudio de situaciones de pobreza y exclusión social en pacientes hospitalarios ha sido desarrollado en el Hospital Montecelo, perteneciente al Complejo Hospitalario de Pontevedra concretamente en la Unidad de Trabajo Social. La concreción del trabajo se debe al contexto de intervención profesional.

Se trata de una investigación de carácter descriptivo, interpretativo y explicativo, utilizando la revisión documental. Si bien los resultados de este estudio no pueden generalizarse a poblaciones más amplias, entendemos que ayudan a comprender las vivencias en un entorno específico, cuyos datos emergentes aportan un entendimiento del fenómeno de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Reúnen, en todo caso, dos dimensiones esenciales con respecto al ambiente: conveniencia y accesibilidad (Mertens, 2005).

La población objeto de estudio son los casos que han sido atendidos en la Unidad de Trabajo Social durante el año 2015. Se han añadido los casos con intervenciones en el último semestre del año 2014 para ampliar la muestra disponible. Como puede comprobarse, se trata de un abordaje retrospectivo al ser los ejercicios valederos para su análisis disponibles en la aplicación informática (IANUS<sup>4</sup>) del Servicio Gallego de Salud, a la cual se tiene pleno acceso desde el Servicio de Trabajo Social, siempre que dicha información sea utilizada de forma correcta y con los debidos consentimientos informados cuando así sea requerido. En aquellos casos donde se ha encontrado algún dato vacío, se ha acudido para completarlo al expediente físico. Dentro de los expedientes podemos ver la correspondiente historia social, así como los siguientes instrumentos: el informe social unificado, el informe social complementario para el reconocimiento de discapacidad, para el reconocimiento de dependencia, solicitud de centro sociosanitario o solicitud de deshabituación del alcoholismo, entre otras solicitudes.

Un primer criterio de inclusión considerado, respecto a la población objeto de estudio, es haber permanecido por lo menos una noche ingresado en los siguientes servicios del hospital: traumatología, cirugía, urología, neumología, digestivo, cardiología, medicina interna, oncología, unidad de corta estancia o en urgencias.

Respecto a los criterios de inclusión para determinar las variables de pobreza, exclusión social y residencial, han sido las personas con ingresos económicos mínimos, esto es, que no cobren más de 426 euros mensuales (perceptoras y perceptores de la renta de inclusión social de Galicia, la renta activa de inserción, subsidio para mayores de 55 años, pensiones no contributivas...) y que carezcan de vivienda o vivan en un equipamiento con condiciones de infravivienda. Este criterio se determinó tras haber

---

4 Sistema de historia clínica electrónica.

estudiado y evaluado las propuestas del documento del Instituto Nacional de Estadística, INE (2006)<sup>5</sup> que contextualiza la pobreza, su medición y presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza.

Tras haber establecido los criterios de inclusión, el número de casos resultantes estudiados fue de 44 personas (26 hombres y 18 mujeres) con perfil de pobreza y exclusión social. Del total de casos atendidos, el indicador de ingresos era esencial para la inclusión en el estudio, y de los ingresos mínimos establecidos fueron los hombres los que mayor número representaron.

Para el análisis de los datos se utilizaron diferentes técnicas estadísticas debido a las ventajas que presentan en el tipo de investigación que nos ocupa. Esencialmente se han realizado procedimientos descriptivos para analizar la problemática de las variables analizadas (tabla 2). Entre otros, los análisis estadísticos a los que fueron sometidos los datos obtenidos fueron: análisis de frecuencia, porcentajes de cada una de las variables, puntuaciones medias y desviación típica de las variables cuantitativas y análisis de contingencia entre variables.

Tabla 2. Perfiles sociales de estudio

Categoría	VARIABLES ANALIZADAS
Situación residencial y vivienda	Relaciones familiares positivas
	Relaciones familiares negativas
	Relaciones familiares escasas
	Tipología de residencia
Problemáticas sociosanitarias y recursos utilizados	Existencia de adicciones
	Recursos especializados de derivación
	Prestaciones económicas percibidas
Cobertura sanitaria	Cobertura sanitaria según la nacionalidad

Fuente: Elaboración propia.

Después de las codificaciones correspondientes se realizó el vaciado de los datos empleando para tal cometido el programa PASW Statistic SPSS 22. Del mismo modo, se emplearon las tablas y representaciones gráficas consideradas de interés, con el fin de dar respuesta a los objetivos establecidos en la investigación facilitando, de este modo, una mejor interpretación de los datos obtenidos.

<sup>5</sup> Disponible en la URL <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf> [acceso 8 de agosto de 2017].

Cabe destacar que según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, el tratamiento de los datos que se ha realizado de forma desagregada, analizando las variables de forma separada, para asegurar su carácter anónimo y confidencial, asegurándose que la finalidad de la explotación es investigadora, tal como dispone la normativa vigente. Esta investigación respeta los principios establecidos por la Declaración de Helsinki, así como las normas APA.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Exclusión social residencial y otras problemáticas de vivienda que interfieren en las condiciones de salud

Tal y como hemos señalado, una de las variables que se tienen en cuenta en el indicador AROPE es la vivienda y su posibilidad de cobertura del pago del alquiler o hipoteca, el hecho de poder mantener la vivienda a temperatura adecuada en la época de invierno, disponer de recursos en la vivienda como teléfono, televisión y lavadora. Además, en cuanto al tipo de unidad convivencial y al tipo de relaciones (tabla 3) cabe añadir el estado civil, variables que pueden vincularse a tener un mayor número de apoyos informales que posibiliten que se incremente la probabilidad de mejorar la intensidad de trabajo de la unidad de convivencia.

Tabla 3. Sexo/Relaciones familiares y situación residencial de las personas usuarias con niveles de pobreza y exclusión social

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	% V	N.º	% V	N.º	%
Relaciones familiares positivas	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
Relaciones familiares negativas	3	11.6%	1	5.6%	4	9.1%
Relaciones familiares escasas	20	76.9%	13	72.2%	33	75.0%
En un centro/equipamiento residencial	1	3.8%	1	5.6%	2	4.5%
En una pensión o similar	4	15.4%	–	–	4	9.1%
En su domicilio particular propio	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
En domicilio particular alquilado	7	26.9%	6	33.3%	13	29.6%
Sin domicilio/albergue	7	26.9%	1	5.5%	8	18.2%
Domicilio con alguien de su red de apoyo	4	15.4%	6	33.3%	10	22.7%

Fuente: Elaboración propia.

Como hemos recogido, a partir de los expedientes analizados, la mayoría de las personas que sufren exclusión social residen en un domicilio particular alquilado (29.6 %) o en un domicilio de alguien de su red de apoyo que los acoge en su residencia (22.7 %). El número

ro de personas que carecen de domicilio y viven en la calle o en un albergue también es muy resaltable representando el 18.2 % del total, y superando incluso a las personas que viven en un domicilio particular propio (15.9 %), que en muchas ocasiones son domicilios heredados, antiguos y con condiciones de habitabilidad deficitarias. Tan solo el 4.5 % de los/as usuarios y usuarias viven en un centro o equipamiento residencial.

Estrechamente ligado al tipo de unidad de convivencia están las relaciones familiares. En cuanto a estas situaciones es destacable el alto porcentaje de relaciones escasas e insuficientes (75 %); las relaciones positivas tan solo agrupan el 15.9 % del total, y las relaciones familiares negativas el 9.1 %.

Con lo que se refiere al estado civil, la mayor parte de las personas con niveles de pobreza y exclusión social están solteras (27.3 %) seguidas de las casadas que conforman el 20.4 %, las personas viudas y las separadas se agrupan con el mismo porcentaje (18.2 %). Los divorciados y las divorciadas comprenden el 15.9 % de forma que son el grupo con menor porcentaje. Este porcentaje, frente a las separaciones, puede estar relacionado con la falta de recursos para asumir la asistencia jurídica correspondiente al trámite para hacer efectivo el divorcio. Si analizamos los datos en función del sexo se aprecia que los hombres son los que mayor porcentaje de separaciones y soltería presentan, 23.1 % y 34.6 % respectivamente.

### 3.2. Sobre las problemáticas sociosanitarias y los recursos utilizados

En relación a la situación de dependencia a sustancias de los pacientes derivados al servicio de trabajo social, los datos recabados reflejan que el 20.4 % del perfil analizado tiene dependencia alcohólica, pero tan solo el 6.8 % de los casos solicitó ayuda al respecto. Estos casos de dependencia al alcohol son derivados por interconsulta, en su mayoría, por parte del Servicio de Digestivo, donde el personal facultativo detecta problemáticas sociales asociadas. Otro dato similar a este es el de las personas que consumen drogas no legalizadas (11.4 %), donde solo el 2.3 % de ellos ha solicitado algún recurso para afrontar dicha situación (tabla 4).

Tabla 4. Adicciones que presentan las personas con exclusión social teniendo en cuenta su sexo

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	%V	N.º	%V	N.º	%
Drogas ilegales	3	11.5%	2	11.1%	5	11.4%
Alcoholismo	7	26.9%	2	11.1%	9	20.4%
En proceso de deshabitación	–	–	1	5.6%	1	2.3%
Deshabitado/a	1	3.9%	2	11.1%	3	6.8%
Sin adicciones	15	57.7%	11	61.1%	26	59.1%

Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de los usuarios y las usuarias no sufren ni han sufrido ningún tipo de adicción (59.1 %). En contraste, se encuentran las personas que sí han consumido, pero ya se han deshabituado con un 6.8 %, estando el 2.3 % en proceso de deshabituación. Es destacable el dato de 26.9 % de dependencia alcohólica del sexo masculino frente al 11.1 % del sexo femenino.

Intervenir directamente en la calidad de vida de las personas es la manera más eficaz para alcanzar un mayor y adecuado desarrollo social (Lorenzo y Cachafeiro, 2012). Por esto se considera de especial relevancia el análisis de recursos desde las unidades de trabajo social para así poder elaborar un plan de intervención y una prescripción ajustada a las necesidades.

Tabla 5. Recursos de derivación de las personas con exclusión social y pobreza en función de su edad

	18-30 años		31-50 años		51-65 años		Más de 65 años		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Centro Socio-sanitario	-	-	2	33.3%	3	16.7%	1	5.6%	6	13.6%
Residencia emergencia	-	-	-	-	4	22.2%	2	11.1%	6	13.6%
Centro/Albergue	-	-	1	16.7%	-	-	1	5.6%	2	4.6%
Comunidad alcoholismo	-	-	2	33.3%	1	5.5%	-	-	3	6.8%
Comunidad de drogas	1	50.0%	-	-	-	-	-	-	1	2.3%
Recursos Sistema dependencia	-	-	-	-	7	38.9%	10	55.5%	17	38.6%
Unidad conductas adictivas	-	-	1	16.7%	-	-	-	-	1	2.3%
Alimentación	1	50.0%	-	-	3	16.7%	4	22.2%	8	18.2%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se recogen los diferentes recursos sociales a los que, tras el alta hospitalaria, fueron derivados los sujetos de nuestro estudio en función del grupo de edad al que pertenecían. Siendo el dato que más destaca la proporción de personas que tramitan el acceso de recursos al amparo de la Ley 39/2006 de Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, y que se agrupan entre las edades de 51-65 años y más de 65 años, representando el 38.6 % de todas las solicitudes de derivación a otro tipo de dispositivo sanitario o sociosanitario.

También destacar como el 18.2 % de las personas atendidas reclamaban alimentos, lo que pone de relevancia como una necesidad tan básica está presente entre los/las usuarios y usuarias.

Tanto las solicitudes de residencia vía emergencia social como las solicitudes de centro sociosanitario representan un 13.6 %; cabe también decir que estas solicitudes se producen especialmente en los grupos de mayor edad. Las demandas para derivación a centro o comunidad terapéutica de drogodependencia y a la unidad de drogas son las que menor porcentaje de solicitud tienen, ambas con un 2.3 %.

En definitiva, muchas de las personas que sufren pobreza y exclusión solicitan recursos que puedan solventar sus necesidades más inmediatas y de forma más rápida (residencias vía emergencia, albergues, suministro de alimentos...).

En cuanto a la fuente de ingresos principal y que es tenida en cuenta en el presente estudio, podemos distinguir: Pensiones No Contributivas (PNC en concepto de invalidez y jubilación), la Renta Activa de Inserción (RAI), el subsidio por desempleo y el subsidio para mayores de 55 años, todos ellos pertenecientes a la Seguridad Social. Por otra parte, dentro de las rentas mínimas, se encuentra la Renta de Inserción Social de Galicia (RISGA), prestación económica pública de carácter periódico competencia de la Consellería de Política Social de la Xunta de Galicia.

Tabla 6. Prestaciones/situación económica de las personas en exclusión social teniendo en cuenta su edad

	Hombre		Mujer		Total	
	N.º	% V	N.º	% V	N.º	%
PNC*	11	42.3%	9	50.0%	20	45.5%
RAI**	3	11.5%	2	11.1%	5	11.4%
RISGA***	3	11.5%	4	22.2%	7	15.9%
Subsidio desempleo	1	3.8%	–	–	1	2.3%
Subsidio más de 55	2	7.7%	1	5.6%	3	6.8%
Salario	–	–	–	–	–	–
Otros rendimientos	–	–	–	–	–	–
Sin ingresos	4	15.5%	2	11.1%	6	13.6%
Otra pensión	2	7.7%	–	–	–	4.5%

Fuente: Elaboración propia.

\* Pensiones No Contributivas

\*\* Renta Activa de Inserción

\*\*\* Renta de Inserción Social de Galicia

Un dato resaltable que se observa en la tabla 6 es que casi la mitad de las personas perciben una pensión no contributiva (45.5 %). Otro de los datos más reseñable es la ausencia de personas que perciban un salario que provenga de una actividad laboral remunerada.

Los pacientes que sufren pobreza y exclusión social también son beneficiarios en gran medida de la prestación de Risga, ascendiendo hasta el 15.9 % respecto al total. El 13.6 % no perciben ningún ingreso en el momento de la intervención social.

### 3.3. Sobre la cobertura sanitaria en situaciones de exclusión social

La cobertura sanitaria actual está regulada en el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Cabe mencionar que antes de la entrada en vigor de esta disposición legal, las personas inmigrantes que se encontraran inscritas en el padrón del municipio tenían acceso al Sistema Sanitario con independencia de cuál fuera su situación legal. De esta forma, el 4.5 % de las personas sin cobertura del estudio podrían tener acceso sanitario. En la actualidad, las personas extranjeras extracomunitarias tienen cobertura en los siguientes casos: por motivo de urgencia por enfermedad grave o accidente, asistencia al embarazo, parto y postparto, y los menores de 18 años con las mismas condiciones que las personas con ciudadanía española.

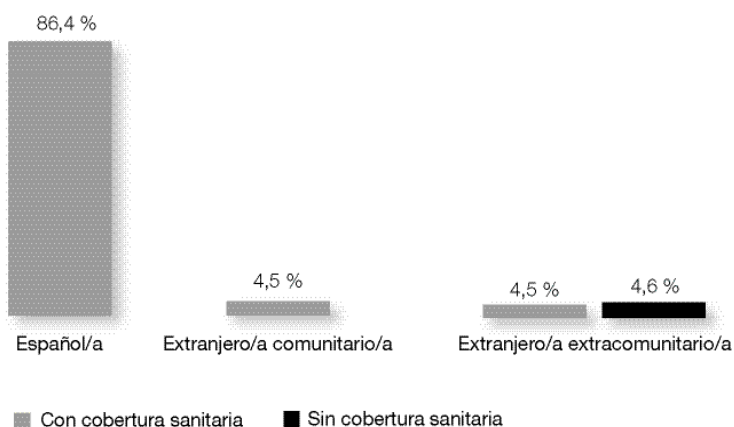


Figura 1. Cobertura sanitaria de los/as usuarios/as en situación de exclusión social teniendo en cuenta su nacionalidad.

Todas las personas españolas de nuestro estudio que fueron atendidas en el Complejo Hospitalario de Pontevedra tenían cobertura sanitaria, bien en condición de titulares o como personas beneficiarias. Los/as extranjeros/as comunitarios se encuentran también en condición de asegurados/as y representan el 4.50 %. Mientras que la mitad de los usuarios y las usuarias de fuera de la comunidad europea no tenían una asistencia gratuita.

## 4. CONCLUSIONES

Tras la realización del análisis de los datos y resultados que se han recogido sobre indicadores de exclusión social, se desprenden las siguientes cuestiones de interés que se pasa a destacar.

Se puede concluir que los hombres, de entre los casos que hemos estudiado, tienen relaciones más débiles. En valores absolutos son 20 los hombres con relaciones escasas frente a 13 mujeres; también en el caso de las relaciones negativas son 3 hombres frente a 1 mujer. Se podría concluir con este dato que las mujeres tienen una red de soporte más amplia y mejores condiciones de apoyo social para poder gestionar y solventar las situaciones de exclusión.

La situación de soltería es alta entre los pacientes y las pacientes estudiadas (27.3 %) y de esto se puede desprender también la menor red de apoyo de familiares directos que tienen las personas solteras en muchas ocasiones. Vinculado también a la red de apoyo, la escasez e insuficiencia de esta también es determinante para llegar a la pobreza y a su posterior cronificación; las personas analizadas sufrían de dicha escasez de relaciones en un 75 % de los casos.

Las personas usuarias del servicio de trabajo social son en su gran mayoría personas de nacionalidad española, representando un 86.4 %, por lo que la inmigración en nuestro servicio en particular no es un factor determinante para sufrir exclusión social.

Con relación al domicilio en el que residen las personas en situación de exclusión y pobreza, en muchas ocasiones tienen que depender del domicilio de terceras personas que los acogen (22.7 %), o en una vivienda alquilada (29.6 %), una cifra bastante alta respecto al total (18.7 %) no tienen domicilio o viven en albergues.

Es muy resaltable el porcentaje de pacientes del Hospital Montecelo con perfil de pobreza que son consumidores y consumidoras de sustancias: las personas que consumen alcohol llegan al 20.4 % y drogas al 11.4 %. Estos datos podemos confrontarlos con los que señala el Observatorio de Galicia en el año 2006, especialmente en aspectos vinculados con las situaciones de exclusión social. Este estudio indica que el consumo de estas sustancias puede ser uno de los detonantes de la situación social de exclusión, ya que el 12 % de los consumidores afirma que el



uso les generó consecuencias negativas y el 4 % de los consumidores de drogas ilegales y/o psicofármacos sufrió problemas de salud derivados de ese consumo. Respecto a los ámbitos socioeconómicos y familiares: el 3.1 % se vio afectado por problemas económicos; al 4.4 % de estos consumidores, el uso y abuso les generó problemas familiares o de relación; el 0.3 % se encontró con problemas de estudios en el contexto académico; y, por último, el 0.2 % tuvo problemas con la ley (Observatorio de Galicia, 2006).

En contraposición a estos datos, el informe del 2014 sobre la aplicación y evaluación de la Ley de Inclusión Social de Galicia (Consellería de Traballo e Benestar, 2014) refleja un porcentaje mayor de mujeres en situación de exclusión social y pobreza con casi un 20 % de diferencia entre mujeres y hombres (tasa femenina 59.6 %, tasa masculina 40.4 %). Sin embargo, de entre los casos analizados en nuestro estudio, los resultados son precisamente los contrarios, siendo numéricamente mayor la cantidad de expedientes de sexo masculino en esta situación y, por tanto, mayor el porcentaje de hombres en situación económica más deficitaria respecto a las mujeres (59.1 % tasa masculina, tasa femenina 40.9 %). Laparra y Pérez (2009) matizan por su parte que las diferencias de género son también importantes, pero no llevan a una mayor incidencia de la exclusión social en las mujeres. Más bien al contrario, indican que los procesos de exclusión social que afectan a las mujeres se encuentran más compensados y dan lugar preferentemente a situaciones de una cierta precariedad, mientras que la exclusión social más severa tiene una mayor incidencia en los hogares encabezados por varones.

En cuanto al 4.5 % de las personas en situación de pobreza atendidas en el servicio de trabajo social, y que se quedaron excluidas de la cobertura sanitaria, cabe decir que según el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario, sí tendrían derecho a cobertura sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, los/as extranjeros y extranjeras menores de dieciocho años residentes en España.

Tal y como pone de manifiesto el Plan Nacional Para la Inclusión Social del Gobierno de España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria golpea particularmente a ciertos grupos de población, de forma concreta a los colectivos que están excluidos del mercado laboral, ya sea por razones de salud o porque no encuentran empleo. El porcentaje de personas con inaccesibilidad a la asistencia sanitaria alcanza al 4.7 % de las personas incapacitadas para trabajar (más del doble del promedio poblacional) y el 3.3 % de las personas en desempleo. En cuanto a las personas que no han nacido en España, las restricciones son mucho mayores (2.9 % y 1.9 % respectivamente).

Para eliminar las desigualdades en salud es imprescindible la iniciativa de las instituciones públicas y de las organizaciones de la sociedad civil, además de establecer un

marco de cooperación entre todas ellas. Esta necesidad se hace aún más urgente en el contexto de crisis que vivimos, mientras que las políticas del Estado del Bienestar se debilitan (Gil de Miguel y Campuzano, 2014).

Como se indica en el *Diálogo social de estrategia de lucha contra la pobreza* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2007), el pobre es quien más sufre la violación de los derechos humanos. Se puede pensar en la pobreza como una vida sin derechos humanos básicos. La pobreza, y en especial la pobreza extrema, y la exclusión de la sociedad constituyen una violación de la dignidad humana y una negación de los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Reconocer que existe un problema de inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un buen punto de partida para la acción. Los gobiernos y organizaciones deben poner en marcha, con el apoyo de organismos nacionales e internacionales, un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones que se han hecho efectivas. La tendencia debería ser invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los/as profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a determinantes sociales de la salud en las investigaciones en materia de Salud Pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

Nuestra Ley General de Sanidad (1986) define de manera clara y concreta como una prestación del sistema la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales, no sanitarias, que concurran en situaciones de enfermedad garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación con las administraciones de los servicios sanitarios y sociales. Es por ello de especial relevancia el papel que desarrollan las unidades de trabajo social hospitalario en coordinación con el personal sanitario y los profesionales del Sistema de Servicios Sociales, tratando de solventar, prevenir y reducir las problemáticas que merman la calidad de vida e incrementan la exclusión social.

Ituarte (1992), defiende que el trabajo social clínico es una forma especializada del trabajo social. Colom (2011), por otra parte, ha definido los objetivos particulares del trabajo social sanitario tales como ayudar a las personas afectadas por enfermedad, propia o de algún allegado, y a las que están en riesgo de padecerla y ayudarse a sí mismas, para que la enfermedad no genere o avive carencias en sus vidas.

Coincidimos con Bengoa (2015), experto internacional en gestión y salud pública, en que es necesario transformar el modelo asistencial y complementar el modelo de agudos actual con uno de crónicos (o media estancia sociosanitaria), de forma que integre de forma coordinada los servicios sanitarios con los sociales. Será bajo

este modelo de atención donde la intervención de los/as trabajadores/as sociales sanitarios tendrá más sentido y provocará cambios más transformadores para el conjunto de la ciudadanía.

## 5. REFERENCIAS

- Aguado, V., y Prado, R. (2014). Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del Estado del Bienestar. *Revista Vasca de Administración Pública*, 99-100, 87-110.
- Álvarez-Dardet, C., Alonso, J., Domingo, A., y Regidor E. (1995). *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores SA.
- Bengoa, R. (2015). El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que raciocinar. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 323-325.
- Colom, D. (2011). *El trabajo social sanitario. Los procedimientos, los protocolos y los procesos*. Barcelona: UOC editorial.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2010). *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Consejo General del Trabajo Social. (2017). *Trabajo Social y Salud*. Recuperado de: [https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes\\_Estrategicos\\_ambito\\_intervencion\\_Salud](https://www.cgtrabajosocial.es/Ejes_Estrategicos_ambito_intervencion_Salud)
- Consellería de Trabajo e Benestar (2014). *Informe sobre a aplicación e avaliación da lei de inclusión social de Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Estalayo, L. M. (2014). La invisibilidad del trabajo social como profesión sanitaria. *Trabajo social hoy*, 71, 63-72.
- Esteban, M. A., y Losa, A. (2015). *Guía básica para interpretar los indicadores de desigualdad, pobreza y exclusión social*. Madrid: EAPN España.
- Gil de Miguel, A., y Campuzano, P. (2014). Pobreza y Salud. *Eu-topías: revista de interculturalidad, comunicación y estudios europeos*, 7, 71-78.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Gil.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza*. Recuperado el 8 de agosto de 2017, de <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Siglo XXI.
- Laparra, M., y Pérez, B. (Coords.). (2009). *La exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España: 2008*. Madrid: Fundación Foessa.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.* Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.* Boletín Oficial del Estado, 298, de 14 de diciembre de 1999.
- Llano, J. C. (2015). *El estado de la pobreza, 5º Informe. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2014* [European Anti Poverty Network España]. Recuperado de [http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/1444833751\\_20151015\\_el\\_estado\\_de\\_la\\_pobreza\\_seguimiento\\_del\\_rope\\_2014\\_pdf.pdf](http://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/recursos/1/1444833751_20151015_el_estado_de_la_pobreza_seguimiento_del_rope_2014_pdf.pdf)
- Lorenzo, F. (2014a). Pobreza y exclusión social en España: consecuencias estructurales de nuestro modelo de crecimiento. *Ehquidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, 1, 91-114.
- Lorenzo, F. (2014b). *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España*. Madrid. Fundación Foessa.
- Lorenzo, M. J., y Cachafeiro, S. (2012). Trabajo social clínico. Modelo de prevención y desarrollo social. *Perspectivas Sociales*, 12(2), 69-109.
- Mertens, D. M. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Los determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Inclusión del Reino de España 2013-2016*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2007). *Diálogo social y estrategias de lucha contra la pobreza*. Madrid: OIT.
- Observatorio de Galicia. (2006). *O consumo de drogas en Galicia VIII*. Santiago de Compostela: Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Autor.
- Panadero, S., Vázquez, J. J., y Martín, R. (2017). Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33-36.
- Pastor, E., Verde-Diego, C., y González-Rodríguez, R. (Agosto, 2017). Las políticas de dependencia en España. Comunicación presentada a las *XII Jornadas de Sociología*. Buenos Aires (Argentina).
- Raya, E. (2004). Exclusión social y ciudadanía: claroscuros de un concepto. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, 9(1). Recuperado de <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/raja1.pdf>
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.* Boletín Oficial del Estado, 98, de 24 de abril de 2012.

- Romero, I. (2003). Trabajo social y medicina en Extremadura. *Revista de estudios extremeños*, 59(1), 343-367.
- Servizo Galego de Saúde. (2014). *Xerencia de xestión integrada de Pontevedra e o Salnés. Memoria de actividade 2014*. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de [www.intranetchopo.sergas.local/variosmmaa/index-mmaa.html](http://www.intranetchopo.sergas.local/variosmmaa/index-mmaa.html)
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., et al., (2004). *Pobreza y exclusión social, un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona: La Caixa.
- Temes-Cordovez, R. (2017). Determinantes sociales y geografía de la salud. Una aproximación para el caso de la ciudad de Madrid. *Clivatge. Estudis i testimonis sobre el conflicte i el canvi socials*, 5, 104-133
- Valedor do Pobo. (2010). *Las personas sin hogar en Galicia*. Recuperado de [http://www.valedordopobo.gal/wpcontent/uploads/2015/01/InformeCastellano\\_sinhogar.pdf](http://www.valedordopobo.gal/wpcontent/uploads/2015/01/InformeCastellano_sinhogar.pdf)
- Valera, R. (2015). *Detección precoz de riesgo social en paciente hospitalizado: validación de cuestionario y relación con Patrones Funcionales y calidad de vida* (Tesis Doctoral inédita). Universitat de València, Valencia.

