
Repercusión de la situación de pobreza energética en la salud de los Pacientes Crónicos Complejos

Trabajo Final de Máster – MU de Trabajo Social y Sanitario

Autor/a: Jennifer Arias Carrascosa Director/a: Arantxa Hernández Echegaray

30 de Junio de 2018

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Justificación del trabajo	7
1.2 Análisis del estado de la cuestión.....	8
1.2.1 Pobreza energética.....	8
1.2.2. Paciente Crónico Complejo	10
1.2.3 Trabajador Social Sanitario	13
1.2.4 Recursos existentes	14
1.3 HIPÓTESIS.....	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo general	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. METODOLOGÍA	17
3.1 Tipo de metodología.....	17
3.2 Perfil de las personas entrevistadas	20
3.3 Cronograma y fases del proyecto.....	21
3.4 Limitaciones y ventajas.....	22
3.5 Consideraciones éticas y legales	22
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
5. DISCUSIÓN	33
6. CONCLUSIONES.....	41
6.2 Propuestas de mejora.....	44
7. BIBLIOGRAFÍA.....	46
8. ANEXOS.....	52
8.1 Modelo de entrevista	52
8.2 Consentimiento informado.....	53

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación trata sobre cómo influye la pobreza energética a personas afectadas de enfermedades crónicas.

Vivir en una vivienda con temperaturas inadecuadas durante el invierno o con moho y humedades tiene efectos perjudiciales sobre la salud, especialmente en personas con una gran fragilidad en su estado de salud y una situación de gran vulnerabilidad social, como son los Paciente Crónicos Complejos.

La finalidad de esta investigación es la elaboración de un estudio para conocer la repercusión que tiene sobre el estado de salud estar en situación de pobreza energética en la población identificada como Paciente Crónico Complejo (PCC).

Este estudio se ha realizado mediante una metodología cualitativa, a través de diez entrevistas realizadas a personas identificadas como PCC, que están o han estado en situación de pobreza energética. A través de estas entrevistas y de la búsqueda de bibliografía, se ha podido cumplir la finalidad de dicha investigación recalcando la importancia de la figura del trabajador social sanitario.

Además se ha podido conocer las carencias que existen en el sistema, como la escasez de recursos asistenciales para ayudar a esta tipología de pacientes. Por lo que muchas veces esto imposibilita que puedan permanecer en el domicilio familiar y, en momentos de desajuste en la enfermedad, tengan que ingresar o reingresar en hospitales o centros sociosanitarios.

PALABRAS CLAVES: Pobreza energética, paciente crónico complejo, salud, trabajo social sanitario, suministros.

ABSTRACT

The research introduced here is about the influences of energy poverty on the population affected by chronic diseases.

Living in insufficiently heated accommodation during the winter or being in housing by humidity and mould has detrimental effects on health. This is especially the case for people with fragile health, and those in a situation of social vulnerability, such as the Chronic Complex Patients.

The objective of this investigation is to observe the repercussions of energy poverty on the health conditions within the population identified as Complex Chronic Patients.

This study was conducted using a qualitative methodology through 10 interviews with persons identified as Complex Chronic Patient and who are or have been in a situation of energy poverty. Through these interviews and literature research, I was able to fulfil the objective of this investigation, emphasizing the importance of health social workers.

This investigation has highlighted the deficiencies and lack of healthcare care resources available to this type of patient, which all too frequently makes it impossible for them to remain at home. As a result valuable hospital resources are not efficiently used and patients have to be admitted and readmitted to hospitals.

KEY WORDS: Energetic poverty, complex chronic patient, health, health work social, supplies.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, una parte importante de la población en Cataluña no dispone de una vivienda digna, a pesar que el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”¹

“Hoy en día en Cataluña muchas personas no pueden mantener su vivienda a una temperatura adecuada por un precio justo y, entre estos, hay un porcentaje creciente de personas que no pueden hacer frente a las facturas de los suministros de luz, agua o gas.”²

Esta situación, es la que se reconoce como pobreza energética, un concepto relativamente novedoso pero que hace referencia a una realidad existente y que el contexto económico actual no ha hecho más que agravarla y hacerla más patente.

“La pobreza energética ha empeorado las condiciones de muchas personas que antes ya vivían en el lindar de la pobreza. El aumento progresivo del precio de los suministros en los últimos años y sumado la limitación o reducción de las ayudas y subsidios ha hecho que para mucha gente los servicios de la electricidad, gas o agua se hayan convertido en un gasto difícil o imposible de afrontar.”³

Esta investigación tiene como finalidad el poder conocer la repercusión que origina estar en situación de pobreza energética en la población identificada como Paciente Crónico Complejo (PCC).¹

¹ Durante la investigación cuando se haga referencia a PCC, se está haciendo alusión a los Pacientes Crónicos Complejos

Además, la relevancia del modelo de atención biopsicosocial, hace que el ámbito sanitario y social, tengan que ir unidos, puesto que ya no se considera la enfermedad en términos puramente biológicos, sino que está estrechamente relacionada con los factores biológicos, psicológicos y sociales, que desempeñan un papel muy significativo en el contexto de una patología.

Para conseguir una posible mejora del paciente crónico complejo, es necesario trabajar desde un enfoque multidimensional, considerando el contexto social que rodea al paciente además de sus características psicológicas y biológicas.

Para llevar a cabo este trabajo de investigación se ha hecho una búsqueda bibliográfica, mediante los buscadores de Dialnet, bibliotecas virtuales y presenciales sobre los conceptos directamente relacionados con la temática de la investigación como: pobreza energética, salud, paciente crónico complejo y trabajo social sanitario.

Después de la obtención de la información teórica, se han formulado los objetivos, de una forma clara y acorde con el trabajo.

A continuación se establece la metodología que ha sido diseñada para poder llevar a cabo esta investigación a través de técnicas cualitativas y en función de los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación.

Después de la obtención de la información teórica, se procede al desarrollo del trabajo de campo a través de la realización de diez entrevistas a personas en situación de pobreza energética e identificadas como PCC. Una vez realizadas las entrevistas se procede al análisis de estas, en función de los objetivos específicos planteados al inicio de la investigación.

Una vez realizado el análisis de los resultados y conjuntamente con la información obtenida a través de la búsqueda bibliográfica, se realiza la elaboración de la discusión. Donde quedará constancia de la interpretación de los datos obtenidos durante todo el proceso.

Para finalizar el trabajo, se añade el apartado de conclusiones y recomendaciones, donde queda reflejado las respuestas a los interrogantes planteados como ¿afecta la pobreza energética al estado de salud de los PCC? ¿Los recursos existentes no son suficientes para dar respuesta a esta problemáticas? y poder diseñar posibles propuestas de mejora.

1.1 Justificación del trabajo

La pobreza energética implica diversos impactos sociales, sanitarios y medioambientales. Vivir en una vivienda con unas temperaturas inadecuadas a la época del año en la que nos encontramos o afectada de moho y/o humedades tiene consecuencias en la salud, especialmente en la de los colectivos más vulnerables como pueden ser niños, adolescentes y/o personas mayores.

Según la Asociación de Ciencias Ambientales, la pobreza energética está relacionada con una mayor prevalencia de enfermedades físicas y mentales (asma, artritis, reumatismo, depresión, ansiedad...) así como es una de las causas del aumento de la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares y respiratorias entre personas mayores de 60 años durante los meses de invierno. Se calcula que la pobreza energética es la causa de entre 2.300 y 9.300 muertes al año en nuestro país, una cifra superior a la de muertes por accidentes de tráfico en la actualidad.⁴

La finalidad de este proyecto de investigación es conocer cómo la pobreza energética afecta en la salud de las personas identificadas como Pacientes Crónicos Complejos.

El Paciente Crónico Complejo (PCC) es un concepto relativamente novedoso y estrechamente vinculado con los pacientes que presentan una patología crónica. Podemos definir Paciente Crónico Complejo como aquel que presenta cuatro características: padecer al menos dos enfermedades crónicas, precisar de polifarmacia (consumo de 5 o más fármacos), realizar una elevada frecuentación de los servicios sanitarios y presentar una limitación funcional y/o falta de soporte social.⁵

La realización de este proyecto de investigación con esta tipología de pacientes se debe a la situación de vulnerabilidad que presentan y como una situación cotidiana, como es estar en casa, puede repercutir en un agravamiento de su estado de salud.

1.2 Análisis del estado de la cuestión

1.2.1 Pobreza energética

Para contextualizar este proyecto se empieza por concretar que se considera una situación de pobreza energética, según ECODES lo define como:

“La situación que sufren los hogares que son incapaces de pagar los servicios mínimos de energía que satisfagan sus necesidades domésticas básicas o que se ven obligados a destinar una parte excesiva de sus ingresos a pagar las facturas energéticas de sus viviendas. Este problema relaciona directamente aspectos sociales, como son la pobreza y la exclusión social, con problemas ambientales y de política energética, como es el precio de la energía doméstica o la eficiencia energética en el parque de viviendas residenciales.”⁶

Hay diferentes factores que han llevado a este aumento de personas en situación de pobreza energética, como son el incremento del precio de la energía, la falta de concienciación y desconocimiento del uso eficiente de ella o percibir unos ingresos más bajos en los domicilios, provoca que los pocos recursos con los que subsisten sean destinados a otras necesidades prioritarias, como son el pago de la vivienda o los alimentos, dejando atrás la calefacción, el agua caliente o la iluminación.

Vivir en una vivienda que esté aclimatada de forma deficiente y que no pueda mantener una temperatura adecuada en su interior puede provocar serios problemas para la salud tanto físicos (artritis, neumonía, asma...) como mentales (depresiones), principalmente en la población más vulnerable como son las personas de edad avanzada.

La Asociación de Ciencias Ambientales (ACA) presentó en abril del 2016 su tercer estudio sobre la pobreza energética *“Pobreza, vulnerabilidad y desigualdad energética. Nuevos enfoques de análisis”* en el cual desvelaba que más de 5 millones de personas en España (el 11% de los hogares), no son capaces de mantener su vivienda a una temperatura adecuada en invierno, lo que ha supuesto un aumento del 22% en comparación, con el último estudio realizado en un periodo de dos años.⁷

En este último informe público por ACA hace referencia al aumento de vulnerabilidad que presentan los hogares y como esto está estrechamente relacionado con su situación socioeconómica. Puesto que casi un tercio (31%) de los hogares que no saben leer ni escribir se sitúan como hogares de pobreza energética.

Este estudio refleja que no sólo la pobreza energética tiene consecuencias sobre la salud de las personas, sino que ya por el simple hecho de que una persona tenga problemas de salud tiene un mayor riesgo de encontrarse en una situación de pobreza energética.

ACA publica datos del año 2014, en el que refleja que un 18% de los hogares con alguna persona con problemática de salud, manifestaba ser incapaz de mantener su vivienda a una temperatura adecuada, en frente al 10% de los hogares que no contaban con ninguna persona con problemas de salud. También pone de manifiesto que las situaciones de pobreza energética, no influyen únicamente en toma de decisiones sobre los gastos del hogar, sino que también influye en la calidad de vida y de salud de las personas, hasta el punto que podría estar ocasionando el 30% de las muertes adicionales de invierno, según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el año 2014 en España, la mortalidad adicional de invierno fue de unas 24.000 muertes, por los que más de 7.000 exitus prematuros estarían asociados a la pobreza energética.⁸

1.2.2. Paciente Crónico Complejo

En los últimos años, diversos autores y organizaciones han introducido el concepto de Paciente Crónico Complejo, que está definido por un determinado perfil de presentación de la cronicidad. Este colectivo de personas representa alrededor del 3-4% de la población (Contel, Muntané y Camp, 2012).⁹

Los PCC se diferencian de los enfermos crónicos en una serie de características:

- Presencia de diversas enfermedades crónicas de manera concurrente.
- Gran utilización de servicios de hospitalización urgente con determinados episodios de ingreso durante un mismo año.
- Presencia de determinadas enfermedades como insuficiencia cardíaca o EPOC...
- Disminución de la autonomía personal temporal o permanente.
- Situación de polimedicación.

Además de otros factores adicionales como pueden ser el tener una edad avanzada, vivir solo o con poco apoyo familiar y episodios de caídas, entre otros. (Contel, Muntané y Camp, 2012).

Según Román (2012)¹⁰, esta tipología de pacientes precisa una gestión del caso que se configura en un equipo de profesionales que les diseñe una ruta asistencial. Esta atendido por un equipo básico, que está formado por el médico y el enfermero/a. Este equipo debe contar con un equipo de apoyo (gestor de casos, trabajador social sanitario, psicólogo, terapeuta...) que realiza una valoración integral del paciente, especifica sus necesidades clínicas, psicológicas o sociales, y planifica todas las actuaciones a realizar para conseguir que el paciente tenga cubiertas sus necesidades y, además, este informado de su enfermedad, conozca las señales de alarma ante descompensaciones y forme parte activa de su equipo.

A continuación, se presentan algunas de las enfermedades crónicas con alta prevalencia (aquellas que afectan como mínimo a 50 personas de cada 100.000 personas). Entre ellas figuran la insuficiencia cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, salud mental, enfermedad renal crónica, demencia y fibrilación auricular:

- **Diabetes mellitus tipo 2:** Déficit de producción de insulina por el páncreas (OMS, 2015).¹¹

- **Salud mental:** *“No es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS,2007).¹²

- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** *“Se caracteriza por un bloqueo persistente del flujo de aire. Se trata de una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible”* (OMS, 2015).¹³

- **Insuficiencia cardiaca (IC):** *“Es la incapacidad del corazón para bombear la sangre necesaria para proporcionar los requerimientos metabólicos del organismo, o bien cuando esto sólo es posible a expensas de una elevación de la presión de llenado ventricular”* (Montijano y Castillo, 2009).¹⁴

- **Enfermedad renal crónica:** Se produce cuando los riñones no realizan bien sus funciones, lo que provoca la acumulación en el cuerpo de agua y de sustancias de desecho. La insuficiencia renal crónica, es progresiva y permanente (Sociedad Española de Nefrología, 2016).¹⁵

- **Demencias:** La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal (OMS, 2016).¹⁶

- **Fibrilación auricular:** Es la arritmia más común en los países occidentales y se asocia a una alta mortalidad y morbilidad (Gómez et al., 2014).¹⁷

Las bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas elaborado en el año 2016 por el Programa de prevención y atención a la cronicidad de la Generalidad de Cataluña, hace referencia al concepto de PCC y la necesidad de aplicación de planes individuales específicos para cada paciente como consecuencia de la manera de utilizar los servicios o de las características de su entorno. Por lo que se recalca la interacción entre la complejidad sanitaria y el entorno social de la persona y como está influye en la evolución de las enfermedades crónicas.

17

Según el Plan de Salud 2011-2015 *“Las personas tienen necesidades a las que no pueden responder por ellas mismas, y es por eso que buscan apoyo o respuesta en la red de servicios pública. La complejidad social influye en la morbilidad sanitaria mediante la presencia de necesidades en tres ámbitos de la persona:*

- **Necesidades instrumentales y materiales:** económicas (necesidades económicas básicas), residenciales y de vivienda (disposición, adecuación, accesibilidad) o laborales.
- **Necesidades relacionales y familiares:** familiares (protección, atención y cuidado, apoyo, relación), sociales (roles, integración, vínculo comunitario), jurídicas o legales.
- **Necesidades en el ámbito de la autonomía:** habilidades sociales, de información, dependencia psíquica o física, discapacidad o adicciones.”¹⁸

En estudios realizados por el Ayuntamiento de Barcelona, queda reflejado que un 47% de las personas afectadas de pobreza energética afirman que su estado salud es regular o malo.

En la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del año 2013, se considera como factores causantes de la aparición de las enfermedades crónicas: el aumento de la esperanza de vida y hábitos de vida poco saludables.¹⁹

Como consecuencia de esto, se cree necesario conocer el papel que desempeña el hecho carecer de una vivienda adecuada en esta tipología de paciente y a partir de ahí poder definir líneas de actuación por parte del trabajador social sanitario.

1.2.3 Trabajador Social Sanitario

El trabajo social sanitario es definido por Amaya Ituarte (1995) como:

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud/enfermedad, así como el tratamiento de los problemas que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad.”²⁰

El trabajo social en salud tiene sus orígenes a principios del siglo XX. El año 1905, Richard Cabot e Ida M.Cannon crearon el primer servicio de trabajo social en salud en el Hospital General de Massachussets (Hervás, 2013).²¹

La intervención desde el trabajo social sanitario, según Dolors Colom (2010):²²

“Toma como punto de partida la enfermedad que sufre la persona, el diagnóstico médico que motiva su consulta sanitaria o, incluso, el ingreso hospitalario, su vivencia. Contextualiza este hecho y elabora el diagnóstico social sanitario, centro entorno al cual se articularán los diferentes procesos de atención y apoyo. Siempre con la mirada puesta en la transformación de realidades, la modificación de percepciones y la gestión del entorno, el plan de trabajo estará condicionado por el pronóstico médico, las necesidades de asistencia y las probabilidades de la persona para recuperar su itinerario vital. Así, se combina la atención de lo sanitario con lo social, y resulta un tercer elemento que integra y permite ver a la persona como un todo, y no como la suma de partes.”

Según Agustina Hervás de la Torre (2013), el trabajador social tiene diferentes niveles de intervención en función de la atención a casos de usuarios y familias, a grupos y a comunidades. En cada tipología el trabajador social deberá de aplicar diferentes estrategias de intervención y hacer frente a los diversos procesos.

Del trabajo social en salud hay que destacar, según Inocencia Romero Rodríguez (2003):

1. La importancia que los factores psicosociales tienen tanto en la salud como en la enfermedad, así como la posibilidad de perder o recuperar la salud.
2. La necesidad de tratar los problemas psicosociales que aparecen en situaciones de enfermedad.
3. La función que el trabajador social tiene en el sistema de salud y de cara a los profesionales, para ayudar a tomar conciencia de la atención de los factores psicosociales y habilidades propias del trabajador social para conseguir los objetivos en salud.
4. Las formas de intervención del trabajo social en el campo sanitario pueden ser directas o indirectas y las dos significan la aplicación práctica de la teoría, los conocimientos y habilidades propias del trabajador social para conseguir los objetivos en salud.²³

1.2.4 Recursos existentes

La Ley 24/2015, de 29 de julio establece una serie de medidas destinadas a garantizar el derecho de acceso al suministro de agua, luz y gas a personas y unidades familiares en situación de riesgo de exclusión residencial. Estas medidas establecidas por la Ley van encaminadas a evitar los cortes de los suministros de estas personas y unidades familiares, para poder establecer ayudas o descuentos para poder gestionar la deuda pendiente.²⁴

La Generalitat de Catalunya entiende por riesgo de exclusión social todas aquellas personas o unidad familiares que tiene ingresos inferiores a:

- 2 veces el IRSC (Indicador de Renta de Suficiencia de Cataluña), personas que vivan solas
- 2,5 veces el IRSC, domicilio en los cuales viven más de una persona.
- 3 veces el IRSC, en el caso de personas con discapacidad y con gran dependencia.

Hay que tener en cuenta que en el año 2017 el Indicador de Renta Suficiencia de Cataluña tiene fijado su valor en 569,12€ mensuales y 7.967,73€ anuales.

En primer lugar antes de hacer un corte de suministros las empresas deben solicitar un informe a los servicios sociales para determinar si la persona o unidad familiar se encuentra en situación de riesgo de exclusión social. Esta es la principal medida, que se llama principio de precaución²⁵. En el caso de que se trate de personas que ya están en seguimiento por servicios sociales, son estos los que deberán ponerse en contacto con la empresa suministradora mientras perdure esta situación.

1.3 HIPÓTESIS

Las hipótesis planteadas para realizar esta investigación son:

- 1- La situación de pobreza energética en que se puede encontrar una persona tiene un impacto perjudicial en el estado de salud, concretamente de las personas inidentificadas como PCC.
- 2- Los recursos sociales existentes no ayudan a solventar la situación de pobreza energética en la actualidad.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer que efectos provoca en la salud estar en situación de pobreza energética en la población identificada como Paciente Crónico Complejo (PCC).

2.2 Objetivos específicos

- Conocer la vivencia de los PCC que están en situación de pobreza energética.
- Identificar las carencias actuales del sistema en relación a la pobreza energética en los pacientes crónicos complejos.
- Averiguar las actuaciones y recursos que se llevan a cabo desde trabajo social sanitario.
- Conocer como la pobreza energética repercute en el estado de salud de los PCC.
- Elaborar una propuesta de intervención para trabajar con PCC que se encuentren en situación de pobreza energética desde el trabajo social sanitario.

3. METODOLOGÍA

En el siguiente apartado se deja constancia de por qué se ha optado por la realización de una investigación de carácter cualitativo y cuáles han sido las técnicas utilizadas para llevarla a cabo.

También se hace referencia al por qué de la elección de las personas entrevistadas para hacer la investigación.

3.1 Tipo de metodología

Para la realización de este TFM se ha optado por realizar una investigación, puesto que es la técnica más idónea para poder cumplir la finalidad de este trabajo. Según Sierra (2001), se define investigación como:

“Una actividad humana, orientada a descubrir algo desconocido. Tiene su origen en la curiosidad innata de los hombres, es decir, en su deseo de conocer cómo y por qué son las cosas y cuáles son sus razones y motivos. Responde también a la indigencia natural del hombre, al que la naturaleza no le ha dado todo resultado como a los animales, lo que le obliga a investigar y buscar solución a sus problemas, dificultades y necesidades.”²⁶

Se utiliza una metodología cualitativa, puesto que se centra en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, es decir, desde una perspectiva interna (subjetiva) (Pérez, 2001).²⁷

La naturaleza de esta investigación es empírica, ya que para la realización de esta investigación se trabaja con hechos de experiencia directa, que no han sido manipulados.

A continuación, en el siguiente cuadro se presentan las diferentes categorías que se han utilizado para facilitar el análisis de la información obtenida en el trabajo de campo para desarrollar esta investigación, dichas categorías están relacionadas con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados en un inicio del estudio.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	OBJETIVO ESPECÍFICO
1. Percepción sobre las causas por las cuales se encuentran en situación de pobreza energética.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer la vivencia de los PCC que están en situación de pobreza energética.
2. Repercusión de la situación de pobreza energética en la salud de los PCC.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer como la pobreza energética repercute en el estado de salud de los PCC. - Identificar las carencias actuales del sistema en relación a la pobreza energética en los pacientes crónicos complejos.
3. Cambios en el estado de salud sino se encontrasen en situación de pobreza energética.	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar las actuaciones y recursos que se llevan a cabo desde trabajo social sanitario. - Elaborar una propuesta de intervención para trabajar con PCC que se encuentren en situación de pobreza energética desde el trabajo social sanitario.
4. Recursos del sistema en la actualidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguar las actuaciones y recursos que se llevan a cabo desde trabajo social sanitario. - Identificar las carencias actuales del sistema en relación a la pobreza energética en los pacientes crónicos complejos.
5. Percepción sobre las mejoras a implementar en la pobreza energética y los Pacientes Crónicos Complejos.	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar una propuesta de intervención para trabajar con PCC que se encuentren en situación de pobreza energética

El procedimiento de recogida de información que se utiliza es a través de las diferentes herramientas metodológicas: búsqueda bibliografía y la técnica de la entrevista.

a) Búsqueda bibliográfica

A través de diferentes documentos que han proporcionado la información necesaria para la elaboración de esta investigación. Consulta de fuentes secundarias y terciarias, a través de la lectura de libros sobre técnicas cualitativas de investigación social, proyectos de investigación acerca de la pobreza energética y como esta afecta en la salud y artículos electrónicos de portales como Dialnet y artículos disponibles en el portal de la Generalitat de Catalunya.

b) Entrevista

Para definir lo que es la entrevista, nos hemos basado en la definición que plantean Benney y Hughes (1970), en la que indican que:

*“La entrevista es un intercambio verbal, cara a cara, entre dos o más personas, una de las cuales intenta obtener información o manifestaciones de opiniones o creencias de la otra o de las otras. Permite recoger información sobre hechos y aspectos subjetivos de las personas; creencias y actitudes, opiniones, valores o conocimiento, que de otra forma no estarían al alcance del investigador.”*²⁸

El tipo de entrevista que se realiza es una entrevista semiestructurada. Se ha elaborado un guión general, que es idéntico para todas las personas entrevistadas, a pesar de que las preguntas eran abiertas y el entrevistado podía realizar matices en sus respuestas. Además durante el transcurso de las mismas se relacionaron temas y se ha

construido un conocimiento generalista de la realidad, a través de lo que narra la persona entrevistada.

3.2 Perfil de las personas entrevistadas

Para la elección de las personas entrevistadas en esta investigación, debían reunir una serie de características muy concretas:

- Ser personas identificadas como PCC. Es decir aquellos que presenta estas cuatro características: padecer al menos dos enfermedades crónicas, precisar de polifarmacia (consumo de 5 o más fármacos), realizar una elevada frecuentación de los servicios sanitarios y presentar una limitación funcional y/o falta de soporte social.
- Estar o haber estado en situación de pobreza energética. Recordamos que el concepto hace referencia a las *personas no pueden mantener su vivienda a una temperatura adecuada por un precio justo y no pueden hacer frente a las facturas de los suministros de luz, agua o gas*
- Residir en Barcelona.

Para localizarlas utilizó la técnica de la bola de nieve, *“se basa en la idea de red social y consiste en ampliar progresivamente los sujetos de nuestro campo partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos”* (Martín y Salamanca, 2007).²⁹

Para realizar las entrevistas se contactó con diez personas residentes en la comarca del Baix Llobregat. Algunas de ellas estaban ingresadas en el centro sociosanitario de Viladecans y el resto habían tenido alguna vez contacto con el centro o bien eran conocidos de otros entrevistados.

Las entrevistas han sido realizadas a cinco mujeres y cinco hombres entre edades comprendidas entre los 50 y los 80 años. Todos pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, casualmente. Residen en la comarca del Baix Llobregat, concretamente

perteneciente a los municipios de Sant Boi de Llobregat, Viladecans y Olesa de Montserrat.

De los diez entrevistados, dos estaban ingresados actualmente en un centro sociosanitario, uno en una residencia, otro de ellos se había trasladado a vivir con la familia de su hija y otro había podido mejorar las condiciones del domicilio donde residía, por lo que la mitad de los entrevistados, había podido dejar atrás la situación de pobreza energética.

De los cinco restantes que todavía siguen residiendo en situación de pobreza energética, dos de ellos son personas mayores que residen con uno de sus hijos, en situación de inactividad laboral y los tres restantes conviven con sus respectivas parejas, únicamente una de ellas está en situación activa a nivel laboral.

3.3 Cronograma y fases del proyecto

A continuación se presenta un cronograma con la información gráfica sobre el calendario implantado para la realización del proyecto y cuando se ha realizado cada una de las fases.

CONCEPTO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Inicio de la investigación					
Operacionalización del problema de investigación					
Trabajo de campo					
Análisis de datos					
Redacción del informe					
Entrega del proyecto					

3.4 Limitaciones y ventajas

Las limitaciones con las que se ha encontrado a la hora de realizar esta investigación han sido:

En primer lugar, se ha encontrado la dificultad para encontrar a personas que se encuentren en situación de pobreza energética e identificados como PCC que quieran participar en la investigación.

En segundo lugar, la burocracia, la accesibilidad que disponen los centros para proporcionar la información de contacto con esta tipología de personas.

Las ventajas de una investigación cualitativa es que permite realizar una comprensión y motivación de las entrevistas realizadas, puesto que son entrevistas abiertas y van estrechamente relacionadas con la palabra y no con números y datos, como sería el caso de una investigación cuantitativa.

Por tanto permite empatizar más con la persona y conocer su verdad, aunque sea siempre de una forma subjetiva, puesto que son experiencias directas.

3.5 Consideraciones éticas y legales

En este punto es importante destacar, la conciencia ética, uno de los Principios éticos del trabajador social, como punto fuerte en las intervenciones que realizan estos profesionales:

“La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quienes hacen uso de los servicios del trabajo social.”³⁰

Para la realización del trabajo de campo la participación ha sido voluntaria y la confidencialidad obligatoria, utilizando la información obtenida únicamente para la realización de dicha investigación.

La ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre la protección de datos de carácter personal, tiene como objetivo garantizar y proteger lo que hace referencia al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente su honor y su intimidad personal y familiar.

Por la cual cosa antes de empezar las entrevistas se les ha proporcionado un documento donde se explica el fin de la utilización de dicha información, garantizando así la protección de datos.

Según el Comité de ética de los servicios sociales de Cataluña (2014):

“La conciencia de la intimidad es fundamental para el proceso de madurez del ser humano y hace referencia a aquello más interno o más privado de la persona; comprende tanto la dimensión física o corporal como la dimensión psíquica o interior. En este sentido hay emociones, sentimientos, impulsos, reflexiones y experiencias que queremos guardar dentro del espacio necesariamente secreto, en la medida que tiene que contener una posibilidad de relación interior con uno mismo.”³¹

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados obtenidos a través de las diez entrevistas realizadas a personas identificadas como PCC y que se encuentren o se hayan encontrado en situación de pobreza energética. Para la realización del análisis se desglosan las entrevistas en cinco categorías diferentes: a) percepción sobre las causas por las cuales se encuentran en situación de pobreza energética, b) repercusión de la situación de pobreza energética en la salud de los PCC, c) cambios en el estado de salud, sino se encontrasen en situación de pobreza energética, d) recursos del sistema en la actualidad y e) percepción sobre las mejoras a implementar en la pobreza energética y los Pacientes Crónicos Complejos.

Antes de iniciar el análisis de los resultados recordar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación:

- 1- La situación de pobreza energética en que se puede encontrar una persona tiene un impacto perjudicial en el estado de salud, concretamente de las personas inidentificadas como PCC.
- 2- Los recursos sociales existentes no ayudan a solventar la situación de pobreza energética en la actualidad.

a) Percepción sobre las causas por las cuales se encuentran en situación de pobreza energética

Para situar a las personas entrevistadas, se realiza una pequeña introducción sobre el tema de la investigación, así como se hace una explicación sobre el concepto de pobreza energética y Paciente Crónico Complejo. Cabe destacar que de los diez entrevistados, seis no tenían constancia de lo que significa estar en situación de pobreza energética, a pesar de que se encuentran o se han encontrado en ella. Pero hay que tener en cuenta que es un concepto relativamente novedoso y poco conocido por la población.

Cuando se les pregunta porque piensan que han llegado a esta situación, las respuestas han sido de tres tipos, mientras que algunos hacen referencia a que ha sido debido al diagnóstico de la enfermedad que les impidió poder seguir llevando una vida normal y como tal, no pudieron seguir el mundo laboral (E6, E8 y E9). Otras de las personas hacen referencia a que siempre han vivido de la misma forma, sus recursos han sido muy escasos y se ha convertido en su forma de vida, puesto que desde pequeños se recuerdan viviendo en pisos con falta de suministros, pasando frío en invierno o calor en verano. (E3, E4 y E7).

La respuesta que más se ha repetido entre los entrevistados, ha sido la subida de precios en los suministros (eléctricos, agua, gas) y la nula subida de las pensiones y/o salarios, que han hecho que poco a poco se vayan empobreciendo más, a pesar de que su situación ha sido la misma.

“Yo llevo trabajando toda la vida hasta que me jubilé y después pase a cobrar la pensión de jubilación, más o menos de la misma cantidad, pero el problema es que la vida ha subido mucho y el sueldo no, y ahora no llegamos a todo” (E1)

“... a los 55 años me diagnosticaron un cáncer de ovarios y aunque me recuperé de eso, mi salud ha ido empeorando y me han ido sacado más cosas, tuve que dejar de trabajar. Me reconocieron una incapacidad total, pero de 500€, por lo que mis ingresos disminuyeron mucho” (E9)

b) Repercusión de la situación de pobreza energética en la salud de los PCC

En esta segunda categoría se analiza la repercusión de la situación de pobreza energética en la salud de las personas identificadas como Pacientes Crónicos Complejos.

La gran mayoría de las personas entrevistadas, cuando hablan de las carencias que tienen sus viviendas habituales hacen referencia a los mismos conceptos, que casualmente son idénticos a los que recoge la definición de pobreza energética. Coinciden en que son viviendas con *“presencia de humedades”* (E2), temperaturas

inadecuadas durante el invierno y el verano, por falta de climatización (tanto frío como calor), *“los inviernos y los veranos han sido duros”* (E3). Incluso se ha encontrado a una persona de las entrevistadas que no disponía de corriente eléctrica, *“he vivido en la montaña en una casa sin luz”* (E4). También recalcan tanto la *“falta de ventilación”* (E8), como de luz natural, *“poco iluminado”* (E9) como factores influyentes en su estado de salud.

Otro factor que llama la atención y que los entrevistados identifican como un hándicap en su estado de salud y que les limita en su día a día es el hecho de no disponer un ascensor en la finca que residen (seis de los diez entrevistados hacían referencia a ello). A pesar que no es un factor incluyente en el concepto de pobreza energética, se ha considerado como lo suficientemente importante en la muestra entrevistada, como para hacerle mención en esta investigación.

“Mi vivienda es un ático y muy abierta al exterior, no tiene puertas y además no está rodeada por más edificios. Por lo que en invierno hace mucho frío y humedad. Hemos llegado a estar en casa a 9 grados. No tenemos calefacción y al ser un piso tan abierto, es muy difícil calentarlo con una estufa.” (E2)

“Vivo en una planta baja, es un piso bastante antiguo, poco iluminado y con muchos problemas de humedad” (E9)

En relación a como estas situaciones han influido en el estado de salud de las personas entrevistadas la gran mayoría hace referencia a que han repercutido de una forma negativa sobre su estado de salud, tiene efectos perjudiciales en la evolución de su enfermedad. Las consecuencias que enumeran los participantes, en orden de mayor a menor, son: *“dificultad para respirar”* (E2), sobre todo en los pacientes afectados de insuficiencia respiratoria, *“agravamiento de los ataques de asma”* (E5), *“aumento del número de ingresos en el hospital”* (E6), *“dolor de huesos por el cambio de temperaturas”* (E7) y *“ataques de ansiedad”* (E8).

Algunas de las respuestas más destacadas, en las entrevistas son:

“Mis problemas respiratorios empeoraron y necesité muchos más inhaladores para poder respirar, sobre todo por las noches. Tengo muchos más pitos y mis visitas al médico han aumentado, ya que me cuesta seguir con mi vida normal.”
(E2)

“No tengo ni agua caliente, ni calefacción... Voy con la máquina de oxígeno durante 16 horas al día y durante el invierno estuve ingresado 3 veces por insuficiencia respiratoria. Me ponían el oxígeno las 24 horas del día y a la semana me iba para casa otra vez” (E6)

De las diez entrevistas realizadas, únicamente una de las personas hace mención a que había residido en condiciones de pobreza energética (actualmente lleva dos años residiendo con su hija) y afirma que su estado de salud era mejor cuando estaba en su vivienda en la montaña:

“La verdad que yo siempre he vivido en la montaña, en una casa sin luz, sin agua caliente y yo estaba muy a gusto. A pesar de que nos faltaban muchas cosas para vivir bien mi salud siempre ha sido buena, no me he puesto nunca malo en 40 años” (E4)

c) Cambios en el estado de salud si no se encontrasen en situación de pobreza energética

En esta tercera categoría de análisis, se pretende conocer si el estado de salud de las personas entrevistadas sería diferente si no se encontrarán en situación de pobreza energética. Cabe destacar que en algunos de los entrevistados su situación ha cambiado, puesto que algunas de estas personas, actualmente, están ingresadas en centros sociosanitarios (E6 y E8), residencias (E3), se han trasladado a vivir con alguno de sus hijos (E4) o han mejorado las condiciones de su domicilio habitual (E5) y se puede establecer una comparativa del antes y el ahora del estado de salud.

En los casos anteriormente mencionados, que han podido dejar atrás la situación de pobreza energética en la cual, ellos mismos eran capaces de reconocer los cambios

que habían experimentado en su salud y siempre para mejor, por ejemplo el E1 hacía referencia a algo tan simple como seguir la pauta de la medicación:

“Llevo ingresado un mes y ya me encuentro mejor. Además de llevar la pauta de medicación correctamente, ya que cuando estoy en casa, hay días que no puedo salir y no puedo ir a la farmacia” (E6)

También hacen referencia a que han ganado una mayor autonomía y no dependen tanto de terceras personas, puesto que al encontrarse mejor de salud, se sienten más seguros a la hora de realizar las ABVD por ellos mismos. Manifiestan haber ganado seguridad y esto ha provocado un aumento su autoestima y un aumento de su estado de ánimo y minimiza el sentido de impotencia que podían tener anteriormente, a pesar de seguir afectado de enfermedades crónicas. Pero les hace ver la vida de una forma más positiva y no tan pesimista.

Los cinco entrevistados restantes continúan residiendo en condiciones de pobreza energética y sin posibilidad de cambio, al menos a corto plazo de tiempo, según manifiestan.

Un número elevado de las personas entrevistadas coincide en que su estado de salud, a pesar de que padecen enfermedades crónicas, sería más óptimo y podrían tener una mayor autonomía puesto que los efectos secundarios de sus enfermedades se podrían minimizar al estar en una vivienda que recoja las condiciones de habitabilidad adecuadas.

“Actualmente estoy ingresada en un centro sociosanitario, por un ictus. A pesar de las secuelas del ictus, mis ataques de ansiedad y la sensación de ahogo han desaparecido” (E8)

“Estoy viviendo en la residencia (...) mi salud ha mejorado, me alimento mucho mejor y me tomo toda la medicación. Antes cuando me encontraba mal y no me podía mover, no podía bajar a la calle y estaba todo el día en casa” (E3)

“Desde que tenemos calefacción, como reseca más el ambiente, tenemos menos humedades en casa y noto que puedo respirar mejor. Además este invierno nos hemos resfriado mucho menos.” (E5)

Cabe destacar también la resignación de algunas de las personas entrevistadas, como por ejemplo el E1, puesto que no considera que su situación vaya a cambiar, ya que se encuentra limitado económicamente y por tanto no cree que las condiciones de su vivienda puedan ser mejorables.

“Imagino que sí, pero el problema es que no hay dinero, para poderme permitir una vivienda mejor y ya no solo eso, poder pagar mensualmente todo los suministros. Aquí pago un alquiler de renta antigua de 80 euros, y así puedo ir sobreviviendo.” (E1)

Y por último también cabe recalcar la opinión del único entrevistado que hace mención que su estado de salud ha empeorado a raíz de trasladarse a vivir con su hija, la cual reside en un domicilio de unas condiciones óptimas.

“...ahora llevo dos años en el domicilio de mi hija (...) Y ahora ha sido cuando me han salido todas las enfermedades. Sí que es verdad que tengo 80 años, pero nunca antes había ido al médico.” (E4)

d) Recursos del sistema en la actualidad

En este cuarto apartado, se ha analizado los recursos que dispone el sistema en la actualidad a través de las experiencias de las personas entrevistadas y las ayudas que han podido recibir o no, puesto que algunas de las personas afirman no haber solicitado nunca ningún tipo de ayuda como es el caso de E1 que afirma *“Nunca he recibido ninguna ayuda. Estaba conforme con lo que tenía”* o como el entrevistado E3 que hace referencia que con su pensión y la ayuda que le pueden proporcionar sus hijos, no ha visto la necesidad de tener que acudir a servicios sociales.

Los recursos de los que más se han favorecido las personas entrevistadas, con tal de paliar la situación de pobreza energética en la cual se encuentran son: bonos sociales,

que consisten en hacer un descuento de la factura de la luz (E1, E5 y E6), desde servicios sociales se les ha pagado alguna de las facturas del agua (E5 y E6) y otras ayudas más minoritarias como el reconocimiento de una incapacidad laboral (E9), ayudas económicas para alquileres sociales (E8) y alimentos en Cruz Roja (E8) .

Algunas de las respuestas más destacadas, puesto que eran los casos en los que las personas entrevistadas se encuentran en una situación más dramática. Como es el caso del entrevistado E6, que actualmente está de forma temporal ingresado en el centro sociosanitario. Explica como su salud ha mejorado, pero a nivel social, se encuentra pendiente de que ejecuten una orden de desahucio, por no poder hacer frente desde hace meses al pago del alquiler:

“Pues cobro 450 euros al mes y ¿cómo voy a pagar un alquiler de 700€? Desde servicios sociales me han pagado dos recibos del agua y ya está. La luz como la necesito para el oxígeno, tengo el bono social y como me sale muy barato, me lo puedo pagar yo.” (E6)

En el caso del E8, es un señor que vive en un piso de renta antigua, por lo que paga únicamente 80 euros al mes, pero es una vivienda antigua, que no tiene agua caliente, puesto que se le había estropeado el calentador y afirma no tener recursos económicos para poderlo solventar, actualmente se realiza la ducha con cubos. Afirma que su pensión actual no le permite poder acceder a otra vivienda que se encuentre en mejor condiciones, afirma:

“Desde servicios sociales, me están ayudando en la tramitación del bono social, pero hay demasiados papeleos y estamos todavía en ello.” (E1)

Otras de las ayudas a nivel social y sanitario que también han manifestado en la realización de las entrevistas, han sido los ingresos en centros sociosanitarios como el caso de E6 y E8, que no son soluciones permanentes pero si a corto plazo con tal de paliar las consecuencias de las enfermedades crónicas.

Otras de las tramitaciones que se han realizado sobre todo en el caso de las personas mayores son: la priorización para ingreso residencial, donde tienen todas las necesidades cubiertas, como es el caso de E3 o bien el ingreso en centro de día (E7), que tiene parcialmente cubiertas las necesidades, para que este el menor tiempo posible en su domicilio:

“Pues una señora viene a casa para ayudarme con la ducha, con el dolor de las piernas no puedo acceder a la bañera y necesito una persona, sobre todo para agacharme para limpiar las piernas. Mis hijos trabajan y no pueden cuidar de mí. Desde hace unos meses voy al centro de día, donde me alimento bien, puedo descansar más y me encuentro un poco mejor.” (E7)

e) Percepción sobre las mejoras a implementar en la pobreza energética y los Pacientes Crónicos Complejos.

En esta última categoría de análisis, se pretende dejar constancia de las sugerencias y/o propuestas de las diez personas entrevistadas con tal de poder paliar la situación actual en nuestra sociedad, en relación a como la pobreza energética afecta a nuestra salud, especialmente de los Pacientes Crónicos Complejos.

La mayoría de los entrevistados manifiestan su descontento con las ayudas sociales actuales y destacan que deberían poder ampliar estas ayudas económicas con tal de poder hacer frente a todas las necesidades detectadas. Tal y como afirma E9:

“Mi propuesta son más ayudas para reformar las viviendas y poder adaptarlas a lo que cada persona necesita. Que nuestros pisos es donde pasamos más horas a lo largo del día, y no puede ser que el estar allí nos empeore nuestra salud.” (E9)

El entrevistado 1 manifiesta que se deberían ampliar estas ayudas pero con una cierta supervisión, para que puedan acceder únicamente las personas que más lo necesitan y explica que debe haber un mayor control a la hora de adjudicar estas ayudas, ya que

está convencido de que muchas veces estas ayudas las perciben personas que no hacen buen uso de ellas y las que si lo harían no pueden acceder:

“Debería haber más vigilancia, para que pudieran llegar a todas las personas que lo necesitan. Debería haber más ayudas económicas para los que no podemos vivir dignamente, pero siempre con control, porque siempre hay gente muy aprovechada” (E1)

Los entrevistados (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9 y E10) todos coinciden en que salario medio del pensiones, no es equiparable a la subida de precios actual, puesto que no permite satisfacer las necesidades más básicas, incluyendo los alimentos, medicamentos, suministros, vivienda... que les resulta muy complicado poder llegar a pagar todo a final de mes y todo eso acaba repercutiendo en su estado de salud.

El entrevistado E4 es el único que hace mención, a que no propondría ningún cambio, puesto manifiesta que nunca ha precisado de ayudas externas para poder sobrevivir.

5. DISCUSIÓN

En esta parte del trabajo se muestra el apartado de discusión, donde se intenta analizar los resultados obtenidos en el trabajo de campo con las referencias bibliográficas utilizadas en el marco teórico, expuestos anteriormente.

Para realizar la discusión, se hace referencia a los objetivos que se han definido a la hora de la elaboración de dicha investigación y a las dimensiones incluidas en el análisis, a partir de las entrevistas realizadas.

Una vez se han realizado las entrevistas y se ha procedido al análisis de los datos se puede concluir que las personas que se encuentran en situación de pobreza tienen un mayor riesgo de tener un peor estado de salud. En esto coinciden también los siguientes autores:

“Las personas con menos recursos económicos, los pobres, los desprotegidos, o los excluidos de la sociedad, los que padecen más y mueren antes. Ser Pobre, es estar “destinado” a padecer no solo necesidades básicas de alimentación, limitaciones de acceso a bienes y servicios, inserción laboral bajo condiciones precarias, sino adicionalmente, enfermar más.” (Pernalet, 2015) ³²

“La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres.”³³

Acotando los conceptos de pobreza y salud, a pobreza energética y Pacientes Crónicos Complejos, que es de lo que trata este trabajo, se ha comprobado que cuando se habla de la atención que reciben los Pacientes Crónicos Complejos tanto desde el ámbito social como sanitario, se hace referencia al Modelo de Atención para Pacientes Crónicos Complejos de la Generalitat de Cataluña³⁴, en el que indica que el abordaje de

este programa se tiene que hacer entre los diversos niveles y profesionales a nivel asistencial, con unos dispositivos capaces de dar una respuesta rápida al domicilio y con la intensidad que se requiera en cada momento, ofreciendo los recursos necesarios en cada caso.

Según este programa, se entiende que uno de los objetivos creados para atender a los PCC es que ante una descompensación clínica, este pueda ser atendido en su domicilio particular, por un equipo capacitado para ello y no sea preciso un ingreso hospitalario. Así se podría evitar que el paciente no tenga la necesidad constante de ser desplazado a un hospital de agudos, a un sociosanitario....

Para cumplir este objetivo es preciso que el paciente disponga de además de una red de soporte social, un domicilio que esté acondicionado y que reúna de los requisitos básicos para que el paciente pueda permanecer en él y que no agraven más sus problemas de salud. Es decir, que su vivienda no carezca de suministros eléctricos, que se pueda mantener a una temperatura acorde con la estación del año en la que nos encontremos o no tener humedades que no hacen más que empeorar los problemas respiratorios, por citar un ejemplo.

Como se ha comentado en el apartado anterior, la gran mayoría de las personas entrevistadas para esta investigación, explican como su estado de salud empeora cuando se encuentran en domicilios que no reúnen unas condiciones básicas, incluso se ha podido hablar con personas que han manifestado como han percibido las mejorías en su estado de salud, un antes y un después, de residir en un domicilio en situación de pobreza energética a cambiar a una residencia y/o centro sociosanitario.

Con la realización de esta investigación, se ha demostrado la importancia que tiene el disponer de una vivienda que presente unas buenas condiciones de habitabilidad y como esto repercute en nuestra salud. Puesto que cuando un entorno no es el adecuado, esto tiene una repercusión negativa en nuestro estado de salud, especialmente en aquellas personas que presentan un estado de salud más vulnerable, como los PCC.

A pesar de que existen recursos a nivel social y sanitario para intentar dar respuesta a estas necesidades que se presentan, como nos han enumerado las personas entrevistadas, bonos sociales (descuentos en las facturas de la luz), ayudas económicas... no están resultando eficaces para resolver el problema, puesto que el número de personas afectadas de esta situación no para de aumentar. De las personas entrevistadas, únicamente tres de diez, habían podido dejar atrás esta situación, dos estaban ingresados en un centro sociosanitario por lo que la solución únicamente es temporal, después deberán volver a sus domicilios. Por lo que se puede plantear que hay algo que no funciona bien en nuestro sistema.

Según un artículo, publicado el 30 de Abril del 2018 en el Diario:

“Aumenta la pobreza energética en nuestro país, independientemente del indicador o la definición que se escoja. Hay más familias que no pueden climatizar su hogar a una temperatura adecuada, más familias que tienen que elegir entre comprar comida o pagar un recibo de la luz, y más familias que viven con la angustia de la amenaza del corte. Y tras él, las velas, el frío y el aislamiento social. La pobreza energética no está resuelta ni de lejos.

“Tenemos un problema social de primer orden, y el Gobierno hace como si esto no fuera con él, a pesar de tener principal competencia en materia de energía. Ha pasado de la negación de su existencia en la legislatura pasada, a la regulación fallida. Y mientras, los ayuntamientos, que parecen máquinas expendedoras de pagar recibos, son los que dialogan y buscan soluciones.”³⁵

Cabe recalcar que la muestra que se ha utilizado para esta investigación, ha sido un muestra de 10 personas, para acabar de corroborar con mucha más fuerza, las hipótesis planteadas en el inicio del trabajo habría sido necesario poder tener una muestra que abarcará un mayor número de población que se encuentre en esta situación, con tal de poder obtener unos resultados más potentes y fiables.

De cara a futuras líneas de investigación, se podría realizar una investigación de estas mismas características pero que pudiera abarcar una mayor población. Ya que al tener

un mayor conocimiento de la realidad de las personas que se encuentran en situación en pobreza energética, nos permitiría definir nuevas líneas de estrategia de intervención para paliar los efectos de la pobreza energética en personas identificadas como PCC, así como trabajar en una atención proactiva, resolutive, adecuada, eficiente y satisfactoria, para mejorar la calidad de vida y los resultados en salud.

Según la información recopilada y obtenida para este trabajo, si se pudiera realizar un buen trabajo de prevención, beneficiaría tanto a las personas identificadas como PCC, puesto que mejoraría su estado de salud y evitaría las recaídas producidas por su entorno, como provocaría una reducción del gasto sanitario invertido en los PCC.

Según indica Arrivillaga (2003) las enfermedades crónicas son prevenibles y padecerlas va relacionado de una manera muy directa con los hábitos de vida que llevamos en nuestro día a día. Por lo que realizando un trabajo previo de prevención quizá se podría disminuir el impacto que generan en las personas que lo padecen.

Hay que destacar la actuación del trabajador social sanitario como unos de los principales agentes de cambio que pueden intervenir, junto con el resto de profesionales, con tal de poder realizar un trabajo de detección y prevención y evitar seguir con el aumento de PCC y reducir los empeoramientos en el estado de salud.

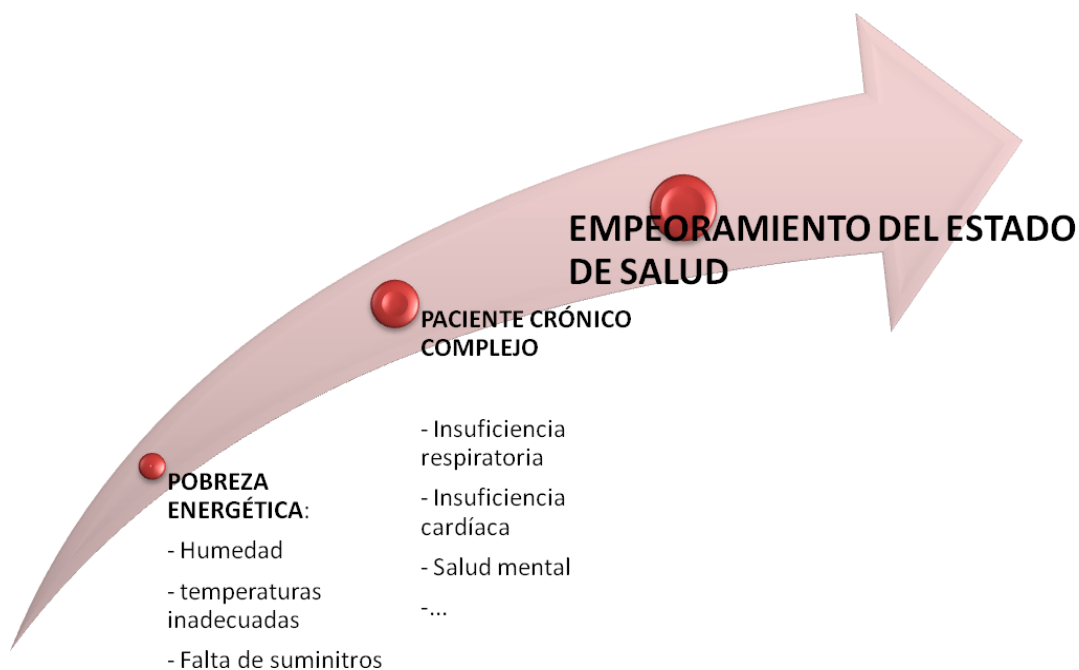
Puesto que, según los datos en la edición del año 2015 del Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico en España, el 80 por ciento de las consultas de Atención Primaria y el 60 por ciento de los ingresos hospitalarios se deben a estas patologías, lo que supone un 75 por ciento del total del gasto sanitario.³⁶

La prevención también iría indicada en los casos de pobreza energética, no únicamente con los PCC, ya que como indica la Asociación de Ciencias Ambientales, la tasa de rehabilitación de edificios está siendo muy escasa a pesar de que hay medidas puestas en marcha para llevarlo a cabo por lo que ahora se pretende acelerar el ritmo de las actuaciones. La UE asume que la raíz de la vulnerabilidad energética es el estado de los hogares europeos y que la solución de la pobreza energética y la prevención de más

casos en el futuro es actuar en la eficiencia energética de los hogares que garantice su habitabilidad ³⁷.

A continuación podemos apreciar un gráfico que según los datos consultados para esta investigación muestra lo siguiente:

Gráfico 1: Repercusión de la pobreza energética en la salud



*Fuente: Elaboración propia.

En este primer gráfico se pretende mostrar esquemáticamente un resumen de lo que se ha investigado para este TFM. En un principio se encuentra el concepto de pobreza energética y las secuelas que esto conlleva en el domicilio habitual de la persona que lo padece. En segundo lugar, se encuentra el Paciente Crónico Complejo y la repercusión que tiene en su estado de salud, el hecho de encontrarse en situación de pobreza energética. Puesto que no hace más que agravar su estado de salud.

Como se ha enumerado a lo largo del trabajo, el hecho de residir en viviendas con presencia de humedades, en que la temperatura del piso no es acorde a la época del

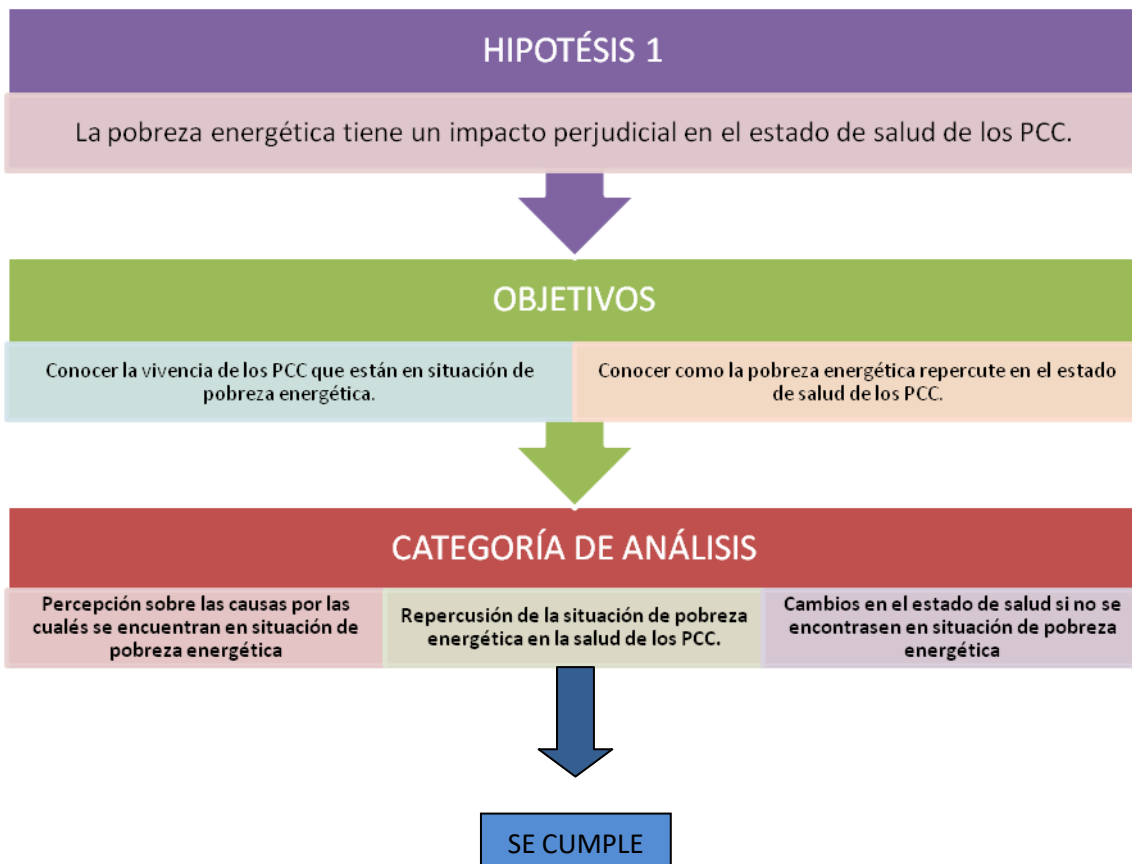
año a la que corresponda o haya una falta de suministros, tiene efectos negativos en el estado de salud. Puesto que las personas afectadas de una insuficiencia respiratoria, estar en un ambiente en el que predominan las humedades, puede resultar muy perjudicial. A parte de las consecuencias biológicas, hay que tener en cuenta la repercusión que tiene a nivel emocional y psicológico, y como esto puede llevar a la aparición de patologías de salud mental, como consecuencia de los factores estresores presentes.

Por último señalar, a través de este gráfico y como se ha comentado de este trabajo, la tendencia al aumento de los dos ejes principales de esta línea de investigación, como es la pobreza energética y los PCC en estos últimos años.

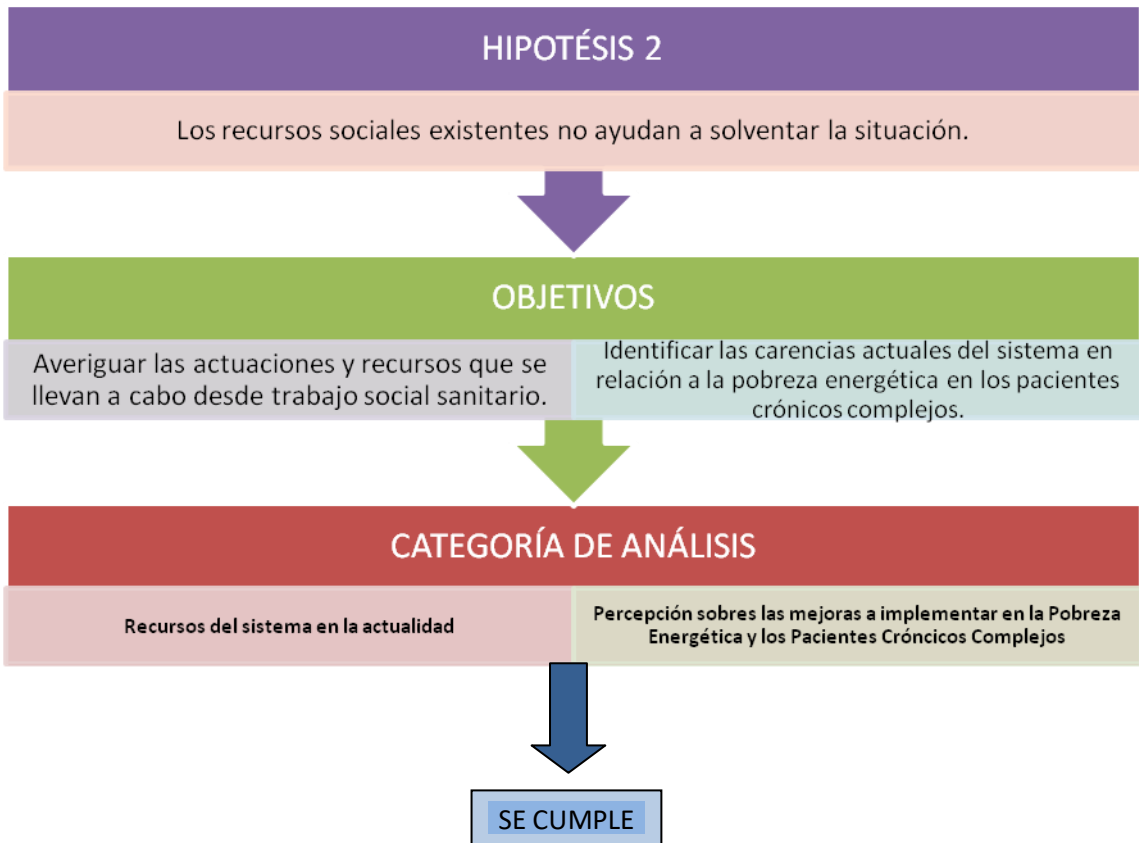
Por tanto, este gráfico representa la necesidad de una pronta intervención y que algo está ocurriendo en el sistema, cuando tanto la pobreza energética y los PCC están en aumento.

En el segundo gráfico, se puede observar, el desglose de las dos hipótesis durante el proceso de la investigación hasta poder llegar a los resultados obtenidos y así poder corroborar si las hipótesis planteadas al inicio de la investigación se cumplen o no.

Gráfico 2: Corroborar las hipótesis



“Mis problemas respiratorios empeoraron y necesité muchos más inhaladores para poder respirar, sobre todo por las noches. Tengo muchos más pitos y mis visitas al médico han aumentado, ya que me cuesta seguir con mi vida normal.”
(E2)



“Mi propuesta son más ayudas para reformar las viviendas y poder adaptarlas a lo que cada persona necesita. Que nuestros pisos es donde pasamos más horas a lo largo del día, y no puede ser que el estar allí nos empeore nuestra salud.” (E9)

*Fuente: Elaboración propia

6. CONCLUSIONES

A continuación, se exponen las principales conclusiones a las cuáles se ha llegado a través de la consecución de los objetivos planteados en el inicio de esta investigación. Para llegar hasta este punto se ha elaborado una comparación del marco teórico con las diez entrevistas realizadas a las personas identificadas como PCC y en situación de pobreza energética. De esta forma se ha podido conseguir la finalidad de esta investigación: Conocer que efectos provoca en la salud estar en situación de pobreza energética en la población identificada como Paciente Crónico Complejo (PCC).

Mediante la realización de las diferentes entrevistas en el trabajo de campo, se ha podido corroborar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, en las cuáles se plantea que la situación de pobreza energética influye de manera perjudicial en el estado de salud de los PCC y así como que los recursos sociales existentes no son suficientes para solventar esta situación.

Como recogen otros autores, comentados en apartados anteriores, y como verbalizan las personas entrevistadas, el hecho de residir en un domicilio afectado de humedades, temperaturas inadecuadas a la estación del año en la que nos encontremos, repercute de una forma perjudicial en la salud de las personas que residen ahí, especialmente de las personas identificadas como PCC, que presentan un estado de salud mucho más frágil y con un mayor riesgo de vulnerabilidad social.

Esta situación provoca un agravamiento del estado de salud, incluso las personas entrevistadas han manifestado, que cuando se encontraban en situación de pobreza energética (algunas de ellas han podido salir de esta situación), requerían más ingresos hospitalarios, sobre todo en invierno, por complicaciones respiratorias y que esto actualmente ha cambiado, al tener las necesidades cubiertas.

Uno de los objetivos principales de los PCC, incluido en el protocolo específico de atención al Paciente Crónico Complejo elaborado por la Generalitat de Cataluña e incluido en el Plan de Salud 2011-2015, es reducir el número de ingresos que se

realizan en los centros hospitalarios y que puedan permanecer el mayor tiempo posible en el domicilio.

Por otro lado, para reafirmar esta hipótesis, se ha podido hablar con personas que actualmente se encuentran residiendo en residencias, están ingresados de forma temporal de centros sociosanitarios, han cambiado las condiciones de su domicilio... y coincidían en como su salud ha mejorado notablemente, siempre teniendo en cuenta que padecen enfermedades crónicas, por lo que no van poder tener un estado de salud óptimo, pero si conseguir una estabilidad en su enfermedad y que esta no empeore por causas ajenas a la propia enfermedad.

También se ha podido conocer que los recursos existentes actuales no son suficientes para poder paliar el número de casos de personas en situación de pobreza energética y las consecuencias que esto acarrea. La subida de las tarifas de suministros, como luz, agua, gas, alquileres y la inmovilidad de pensiones, salarios... provoca que muchas personas no puedan llegar a final de mes, no pueden hacer frente a los pagos de las facturas y a pesar de que existen bonos sociales, ayudas económicas... no son suficientes para luchar contra la situación de pobreza energética existente.

El tema de prevención en salud, es primordial, en concreto con los PCC. Ya no únicamente por el tema económico, porque como se ha ido observando a lo largo de la investigación las enfermedades crónicas suponen más de un 75% del total del gasto sanitario, por lo que si hace un trabajo de prevención estos costes disminuirán ³⁸. Y si disminuyen se podrá realizar una mayor inversión en los recursos sociales, rehabilitación de edificios, ayudas económicas que permitirá disminuir el número de personas afectadas de pobreza energética.

Un agravamiento en la salud de las personas, concretamente en los PCC, presenta limitaciones, ya no únicamente a nivel físico como se ha podido conocer durante toda la entrevista, sino a nivel emocional. Una persona que no se encuentra bien, difícilmente va a poder ser autónoma en su día a día para las actividades básicas de la vida diaria, por lo que va a precisar ayuda de una tercera persona. Esta situación

puede provocar sentimientos frustración, de baja autoestima, de inutilidad debido a la percepción de las limitaciones que presenta. Además de tener problemas económicos, por ejemplo, por las dificultades de poder continuar con su vida laboral debido a la incapacidad que presenta como consecuencia de la enfermedad.

Por lo que el trabajo se debe de hacer con esta tipología de pacientes, ya no es únicamente una cuestión de reducir gastos sanitarios, reducir ingresos y tener un buen estado de salud, a nivel físico, sino que hay que ir más allá y ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ayudarles a recuperar la autoestima, el optimismo y la percepción de inutilidad que pueden llegar a sentir y evitar que pueden llegar situaciones de aislamiento social.

Por último y no menos importante, tal y como se ha empezado esta investigación, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge que:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesario”³⁹

Los trabajadores sociales y trabajadores sociales sanitarios, han de trabajar y luchar por conseguir que lo que recoge este artículo se pueda llevar a la práctica y evitar que este derecho se convierta en una utopía.

Hacen falta nuevas políticas sociales con tal de poder reducir la situación de pobreza energética y todas las consecuencias que este fenómeno acarrea. En esta investigación se ha podido corroborar que la pobreza energética está asociada la pobreza general, y que actualmente debido al aumento de precios en las facturas, crece mucho más rápido. A pesar de existir una única medida para paliar esta problemática, como es la existencia del bono social, no consigue disminuir el número de personas en situación de pobreza energética, por lo tanto demuestra que algo no está funcionando en nuestra sociedad.

6.2 Propuestas de mejora

A partir de la problemática estudiada en esta investigación y dando respuesta al último objetivo específico planteado en un inicio: elaborar una propuesta de intervención para trabajar con PCC que se encuentren en situación de pobreza energética desde el trabajo social sanitario. Se han podido realizar una serie de propuestas que podrían mejorar la intervención del trabajador social sanitario con los PCC en situación de pobreza energética.

En primer lugar, mediante los centros de atención primaria de salud, que son los lugares es donde se realiza una mayor detección de los PCC, puesto que ahí es donde se identifican como tales. Una vez identificados, sería necesario que tuvieran una primera entrevista de valoración con la trabajadora social sanitaria con tal de conocer su situación sociofamiliar, averiguar el soporte social del cuál dispone, así como del estado de su vivienda habitual, con tal de detectar posibles carencias, que puedan perjudicar en su estado de salud. Para una vez detectados todos estos factores poder diseñar un plan de intervención, siempre y cuando fuera necesario.

En segundo lugar, las coordinaciones con servicios sociales desde trabajo social sanitario, son fundamentales para poder definir un mejor plan de intervención. Cuando se habla de la influencia de la pobreza energética en los PCC, se unen dos grandes bloques como es la parte social y la sanitaria. Por lo que es preciso tener una visión multidisciplinar con tal idear y diseñar protocolos de actuación con de paliar las consecuencias de las personas afectadas. Una herramienta clave para realizar esta detección de situación de pobreza energética, es la realización de visitas domiciliarias, ya sean conjuntas o separadas, pero estableciendo un listado de ítems a valorar conjuntamente, con tal de poder identificar si una vivienda se encuentra en situación de pobreza energética.

En tercer lugar, como consecuencia del desbordamiento de usuarios que tienen actualmente los trabajadores sociales sanitarios, se podría crear la figura de un trabajador social sanitario especializado en PCC, puesto que con la aparición de este

perfil, se potenciaría la realización de unas intervenciones de mayor calidad, y poder realizar un seguimiento del paciente mucho más exhaustivo. Además, refiriéndose concretamente a los centros de atención primaria, con el añadido de una figura de trabajo social sanitario especializado en PCC, se podría realizar una mayor detección e identificación de estos pacientes, y así no tener que esperar a que debute la enfermedad para poder empezar a trabajar con él.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas; 1948. Internet. [actualizado en 2015; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf
2. Síndic, el defensor de les persones. Informe sobre la pobreza energética en Cataluña. Síndic de Greuges de Catalunya. Octubre 2013. Internet. [actualizado en 2013; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3530/Informe%20pobresa%20energetica%20definitiu.pdf>
3. Síndic, el defensor de les persones. Informe sobre la pobreza energética en Cataluña. Síndic de Greuges de Catalunya. Octubre 2013. Internet. [actualizado en 2013; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3530/Informe%20pobresa%20energetica%20definitiu.pdf>
4. Diputació de Barcelona. Jornada habitatge i salut: La pobresa energética. Asociación de Ciencias ambientales.(2006-2012) [consultado 4 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.diba.cat/documents/540797/0/Diputacion+DCalatayud_links.pdf/1e8406fa-c3dc-4e25-9522-c79592a6ed56
5. Albuquerque J, Ambás J, Ansa X, Ariño S, Benet C, Berbel C et al. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Contextualización e introducción a los elementos operativos. Generalitat de Catalunya. Julio 2016 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/bases_modelo_personas_complejidad.pdf
6. ECODES (Zaragoza).2013. [consultado el 10 de mayo 2018]. Disponible en: <https://ecodes.org/pobresa-energetica/que-es-la-pobresa-energetica#.WzEnnKf7TIX>

7. Asociación de Ciencias Ambientales (ACA). [Consultado el 14 de Mayo de 2018].
Disponible en: <https://www.cienciasambientales.org.es/index.php/iniciope>
8. Publico. La pobreza energética causa 7.000 muertes en invierno en España. [actualizado el 27 de Marzo de 2014, consultado 14 de Mayo de 2018]
Disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/pobreza-energetica-causa-000-muertes.html>
9. Contel, J.C., Muntané, B., Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención primaria*, 44(02). [consultado 15 de Mayo de 2018]
Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-90097203>
10. Román, P. (2012). La atención al paciente crónico complejo. *Galicia Clin*, 73 (Supl.1), 5-6. [consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/17/305.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud (2008). ¿Qué es la diabetes? [consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
12. Organización Mundial de la Salud (2007). ¿Qué es la salud mental? [consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
13. Organización Mundial de la Salud (2011). [consultado 20 de mayo de 2018]
Disponible en : http://www.who.int/topics/chronic_obstructive_pulmonary_disease/es/
14. Del Río, M. Cuidados enfermeros en la unidad de cuidados intensivos (UCI)(2017). [consultado el 20 de mayo de 2018] Disponible en: <https://books.google.es/books?id=GOxCDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
15. Generalitat de Catalunya. Canal Salud. (2016). *Enfermedad renal*. Sociedad Española de Nefrología. [consultado el 20 de mayo de 2018] Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/salut_az/i/insuficiencia_renal

16. Organización Mundial de la Salud (2016). *Demencia*. [consultado 20 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
17. Generalitat de Catalunya. Canal Salud. (2012). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) [Consultado 23 de mayo de 2018] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/
18. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2012). *Pla de salut 2011-2015*. [Consultado 24 de mayo de 2018] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015
19. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en SNS. (2013). [Consultado el 26 de mayo de 2018] Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
20. Ituarte, A. Procedimiento y proceso en el Trabajo social clínico. Siglo XXI. (1992). [Consultado el 1 de junio de 2018]. Disponible en: <https://jribace.es/2017/10/30/trabajo-social-sanitario-y-servicios-sociales/>
21. Hervas, A., (2013). *Trabajo social en salud*. Recuperado de <https://evoluntas.wordpress.com/2013/04/10/trabajo-social-en-salud/>
22. Colom, D. El Trabajador social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario (Institut de serveis sanitaris i socials) 2010. [Consultado el 2 de junio de 2018] Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Trabajo%20social%20sanitario%20del%20sistema%20sanitario.pdf>
23. Romero, I., (2003). Trabajo Social y medicina en Extremadura. *Centro de estudios extremeños*. 59 (1), 343-367. [Consultado el 2 de junio de 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=665109>
24. Generalitat de Catalunya. Guia per a persones i famílies que tenen problemes econòmics per mantenir els subministraments d'aigua, llum i gas. (2015) [Consultado el 2 de junio de 2018] Disponible en:

- https://web.gencat.cat/web/shared/GENCAT/que_cal_fer_si/serveis_centrales/que_fer_quan_especials/queferquan/pobresa-energetica/GUIA-POBRESA-ENERGETICA-doc_10638282_1.pdf
25. Generalitat de Catalunya. Guia per a persones i famílies que tenen problemes econòmics per mantenir els subministraments d'aigua, llum i gas. (2015) [Consultado el 2 de junio de 2018] Disponible en: https://web.gencat.cat/web/shared/GENCAT/que_cal_fer_si/serveis_centrales/que_fer_quan_especials/queferquan/pobresa-energetica/GUIA-POBRESA-ENERGETICA-doc_10638282_1.pdf
26. Sierra Bravo, R. Técnicas de investigación social. Thomson 2003. [Consultado el 2 de junio de 2018] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/137671439/Sierra-Bravo-Restituto-Tecnicas-de-Investigacion-Social>
27. Quintana, A. y Montgomery, W. (Eds.) (2006). Psicología: Tópicos de actualidad. Lima: UNMSM. [Consultado el 4 de junio de 2018] Disponible en: https://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf
28. Martínez, M. Metodología de la investigación cualitativa. Universidad de Deusto (2003) Pag 165-189. [Consultado el 4 de Junio de 2018] Disponible en: <http://s2104bc28fe9b87f8.jimcontent.com/download/version/1260472915/module/3338970957/name/Capitulo%205%20La%20entrevista.docx>
29. Martín, M^oC., y Salamanca, A.B., (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27. [Consultado el 4 de Junio de 2018] Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwllumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>
30. Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. Ética en el Trabajo Social, Declaración de Principios (2004). [Consultado el 10 de Junio de 2018] Disponible en: <https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2016/04/principios-eticos-del-trabajo-social.pdf>

31. Generalitat de Catalunya. Comité d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya (2016). [Consultado el 10 de Junio de 2018] Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/el_departament/organs_de_participacio/comite_etica_serveis_socials_catalunya/
32. Pernalet, M. Una reflexió acerca de la pobreza y la salud. Reflections on poverty and health. Salud trab. (Maracay) 2015, Ene. - Jun., 23(1), 59-61. [consultado 18 de Junio de 2018]. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3758/375841582008.pdf
33. Wagstaff A. Poverty and health. Bull World Health Organ 2002; 80:97-105). [consultado el 19 de Junio de 2018]. Disponible en: http://www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf
34. Generalitat de Catalunya. Canal Salud. (2012). Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC). [Consultado el 19 de Junio de 2018]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/
35. Del Campo A. Cinco soluciones para erradicar la pobreza energética que están en manos del oligopolio. El diario. 30 de abril de 2018 [Consultado el 20 de Junio de 2018]. Disponible en: https://www.eldiario.es/tribunaabierta/soluciones-erradicar-pobreza-energetica-oligopolio_6_765433469.html
36. Redacción. Las enfermedades crónicas suponen el 75% del gasto sanitario. El médico Interactivo. (2016). [Consultado el 20 de Junio de 2018]. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/enfermedades-cronicas-suponen-75-gasto-sanitario-20160330160030083857/>
37. Asociación de Ciencias Ambientales (ACA). [Consultado el 24 de Junio de 2018]. Disponible en: <https://www.cienciasambientales.org.es/index.php/iniciope>
38. Redacción. Las enfermedades crónicas suponen el 75% del gasto sanitario. El médico Interactivo. (2016). [Consultado el 20 de Junio de 2018]. Disponible en: <http://elmedicointeractivo.com/enfermedades-cronicas-suponen-75-gasto-sanitario-20160330160030083857/>

39. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas; 1948.
Internet. [actualizado en 2015; citado 4 mayo 2018]. Disponible en:
http://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

8. ANEXOS

8.1 Modelo de entrevista

ENTREVISTA

1. ¿Cómo afecta el estado de tu vivienda a tu salud?
2. ¿Crees que podría mejorar tu estado de salud si residieras en una vivienda con las condiciones adecuadas?
3. ¿Qué limitaciones presentas como consecuencia de tu estado de salud?
4. ¿Qué ayudas recibes?
5. Sugerencia/ propuesta

8.2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

_____,
mayor de edad, con número de DNI
_____, autorizo a Jennifer Arias
Carrascosa estudiante del Máster de Trabajo Social Sanitario de la
Universidad Oberta de Catalunya a realizar una grabación de voz de la
entrevista y a utilizar y/o publicar total o parcialmente esta
encuesta/entrevista, siempre y cuando lo haga con fines científicos,
educativos o culturales. Y para que así conste y surta los efectos
oportunos, firmo la presente en

A fecha de _____ del 2018.

FIRMA: