

## MÁSTER DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

---

# BARRERAS EN EL ACCESO A LA SALUD PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO EN BARCELONA:

---

## UN ANÁLISIS DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Trabajo de fin de Máster

Curso Académico 2023/2024

AUTOR: JORDI QUESADA VELASCO

TUTORA: SILVINA INÉS SÁNCHEZ

Junio de 2024

## Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han brindado su apoyo y colaboración durante la realización de este trabajo de fin de máster.

En primer lugar, quiero agradecer a mi compañera, cuyo apoyo ha sido fundamental. Gracias por hacerte cargo de nuestro hijo, permitiéndome dedicar el tiempo necesario para completar este proyecto. Tu comprensión y sacrificio han sido invaluable.

A mi familia, quiero expresar mi profunda gratitud por su constante apoyo y aliento. Su ayuda y comprensión en momentos cruciales me han permitido avanzar en este trabajo con mayor tranquilidad y confianza.

Finalmente, quiero agradecer a mis compañeros del hospital donde trabajo. Su disposición para ofrecerme consejo y compartir sus conocimientos ha sido de gran ayuda para el desarrollo de este trabajo. Sus aportes han sido muy importantes para lograr los objetivos planteados.

A todos, muchas gracias.

## Índice

Resumen.....	7
1. Introducción .....	9
1.1 Aproximación al concepto de sinhogarismo .....	11
1.2 El sinhogarismo en cifras .....	12
1.3 Definición de «salud» .....	15
1.3.1 Determinantes de salud de las personas en situación de sinhogarismo .....	16
1.4 Problemas de salud en la población en situación de sinhogarismo .....	16
1.5 Marco general de políticas sociales y estrategias contra el sinhogarismo .....	17
1.6 La perspectiva de género en el sinhogarismo .....	18
2. Objetivos.....	20
2.1 Objetivo general .....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
2.3 Preguntas investigables.....	20
3. Metodología de investigación.....	22
3.1 Bases de datos utilizadas .....	22
3.1.1 Biblioteca de la UOC .....	23
3.1.3 GuíaSalud.....	26
3.1.4 National Health Service.....	28
3.1.5 CMA Infobase .....	29
3.1.6 Cochrane Collaboration .....	30
3.1.7 Medline Plus .....	32
3.1.8 TRIP Database.....	33
3.2 Otras fuentes de información .....	34
3.3 Estrategia de búsqueda y palabras clave .....	35
3.4 Criterios de inclusión de exclusión .....	36
3.4.1 Criterios de inclusión .....	36
3.4.2 Criterios de exclusión.....	37

3.5 Estrategias de búsqueda de la información .....	37
3.6 Gestión de la información obtenida .....	38
3.7 Análisis, selección y uso de la información .....	39
3.8 Consideraciones éticas y legales .....	40
3.9 Fases de la elaboración del trabajo de revisión bibliográfica .....	40
4. Resultados.....	43
4.1 Barreras específicas .....	43
4.1.1 Dificultades debido a la falta de documentación o de un domicilio estable ..	43
4.1.2 Escasa disponibilidad de servicios sanitarios adaptados .....	44
4.1.3 Prevalencia elevada de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental .....	45
4.1.4 Incidencia de las adicciones y las enfermedades infecciosas .....	45
4.1.5 Estigmatización y discriminación .....	46
4.1.6 Falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud .....	47
4.1.7 La perspectiva de género en las barreras específicas.....	47
4.2 Estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona .....	48
4.2.1. Integración de los servicios.....	48
4.2.2 Atención personalizada .....	49
4.2.3 Equipos multidisciplinares .....	49
4.2.4 Capacitación y sensibilización del personal los servicios sanitarios y sociales .....	50
4.2.5 Evaluación continua y adaptación de servicios.....	50
4.2.6 La perspectiva de género en las estrategias implementadas .....	51
4.3 Impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) .....	51
4.3.1 Nacionalidad.....	52
4.3.2 Ingresos económicos .....	52
4.3.3 La perspectiva de género en la situación administrativa .....	53
4.4 Análisis de la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig .....	53

4.4.1 Distribución por edad y género .....	54
4.4.2 Nacionalidad .....	54
4.4.3 Categorías ETHOS .....	55
4.4.4 Vinculación a recursos sanitarios .....	56
5. Discusión .....	57
5.1 Barreras específicas .....	57
5.1.1 Dificultades debido a la falta de documentación o de un domicilio estable ..	57
5.1.2 Prevalencia elevada de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental .....	58
5.1.3 Incidencia de las adicciones y las enfermedades infecciosas .....	58
5.1.4 Estigmatización y discriminación .....	58
5.1.5 Falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud .....	59
5.1.6 La perspectiva de género en las barreras específicas.....	59
5.2 Estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona .....	60
5.2.1. Integración de los servicios.....	60
5.2.2 Atención personalizada .....	61
5.2.3 Capacitación y sensibilización del personal de los servicios sanitarios y sociales.....	61
5.2.4 Evaluación continua y adaptación de servicios.....	62
5.2.5 La perspectiva de género en las estrategias implementadas .....	62
5.3 Impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) .....	63
5.4 Análisis de la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig .....	64
5.4.1 Distribución por edad y género .....	64
5.4.2 Nacionalidad .....	64
5.4.3 Categorías ETHOS .....	64
5.4.4 Vinculación a recursos sanitarios .....	65
6. Aplicabilidad y nuevas líneas de investigación .....	66

6.1 Propuesta de proyecto de investigación: «Estrategias para mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona: un estudio integral» .....	67
6.1.1 Objetivos.....	67
6.1.2 Metodología .....	67
6.1.2.1 Población y muestra.....	68
6.1.2.2 Sistema de recogida de ratos .....	68
6.1.2.3 Análisis de datos .....	69
6.1.2.4 Resultados.....	69
6.1.2.5 Discusión.....	69
6.1.2.6 Conclusiones .....	70
6.1.2.7 Consideraciones éticas .....	70
6.2 Nuevos horizontes en la atención de las personas sin hogar .....	70
7. Conclusiones .....	72
8. Bibliografía .....	75
9. Índice de Tablas .....	83
10. Anexos .....	84



## Resumen

El fenómeno del sinhogarismo en Barcelona presenta barreras para acceder a los servicios de salud. Esta revisión bibliográfica, realizada entre febrero y abril de 2024, tiene como objetivo identificar y analizar estas barreras y evaluar la efectividad de las estrategias implementadas para superarlas. La investigación se fundamenta en bases de datos académicas, artículos de noticias locales y datos recopilados durante la práctica profesional.

El estudio destaca barreras estructurales, como la falta de documentación y un domicilio estable, que impiden el acceso regular a la atención médica, puesto que los servicios de salud no están adaptados a estas situaciones. Así, los problemas de salud prevalentes se ven agravados por el acceso inconsistente a tratamientos continuos y medicamentos.

Los problemas de integración social, incluida la estigmatización y la discriminación dentro del sistema de salud, reducen la probabilidad de que las personas sin hogar busquen y reciban atención médica. Además, la falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud dificulta una atención integral que aborde tanto las necesidades de salud como las sociales.

El estudio concluye que, aunque las estrategias actuales han mejorado el acceso a la atención médica para las personas sin hogar, se necesitan esfuerzos continuos para abordar los problemas sistémicos y garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria. Estos hallazgos se alinean con los esfuerzos globales para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades).

## Abstract

The phenomenon of homelessness in Barcelona presents barriers to accessing healthcare services. This bibliographic review, conducted between February and April 2024, aims to identify and analyze these barriers and evaluate the effectiveness of strategies implemented to overcome them. The research is based on academic databases, local news articles, and data collected during professional practice.

The study highlights structural barriers, such as lack of documentation and a stable address, hinder regular access to medical care because health services are not adapted



to these situations. For all of this, the prevalent health problems are exacerbated by inconsistent access to continuous treatments and medications.

Social integration issues, including stigmatization and discrimination within the healthcare system, reduce the likelihood that homeless individuals will seek and receive medical care. Furthermore, the lack of coordination between social and health services hinders comprehensive care that addresses both health and social needs.

The study concludes that although current strategies have improved access to medical care for homeless individuals, ongoing efforts are needed to address systemic issues and ensure equitable access to healthcare. These findings align with global efforts to meet the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly SDG 3 (Health and Well-being) and SDG 10 (Reduced Inequalities).

**Palabras clave:** Sinhogarismo, acceso a la salud, Barcelona, trabajo social sanitario, desigualdades en salud, homelessness, healthcare access, healthcare social work, health disparities.

# 1. Introducción

Este estudio está respaldado por la experiencia personal, tanto en la práctica profesional en la planta de agudos del Hospital Dos de Maig de Barcelona, como en la atención de manera esporádica a personas que se encuentran en situación de sinhogarismo.

Sumadas a las problemáticas provocadas por las diferentes patologías que puedan padecer, los pacientes en situación de sinhogarismo presentan una situación social compleja. La principal de ellas es, valga la redundancia, la falta un alojamiento o vivienda. Este factor condiciona la salud de las personas, ya que sin un “refugio” estas padecen las inclemencias del clima. Esta condición se agrava especialmente en los meses de invierno, cuando las temperaturas suelen ser más bajas. El hecho de no tener un hogar donde poder pasar el periodo de convalecencia suele provocar reingresos, lo que provoca la repetición de la situación.

Otra condición que suele estar asociada al paciente que padece una situación de sinhogarismo suele ser la inexistencia de un ocupación regular. Este hecho condiciona poder acceder a bienes tan básicos como son los alimentos o la medicación (y de nuevo, una vivienda). A menudo, el motivo del ingreso en los recursos de salud está relacionado con este punto, provocando que se ingresen pacientes con el único objetivo de satisfacer estas necesidades.

## Estudio de casos

Durante el año 2023 en diversos hospitales de Barcelona, se recogieron datos acerca de los y las pacientes atendidas que se encontraban en situación de sinhogarismo. El análisis de la muestra extraída del Hospital Dos de Maig de Barcelona revela aspectos notables sobre las características y circunstancias de este colectivo vulnerable.

Este análisis se ha centrado en variables clave como la edad, el género, la nacionalidad y la situación administrativa de los individuos, así como su vinculación con recursos sociales y sanitarios.

La edad media de los individuos atendidos apunta a una población mayoritariamente adulta, con una presencia significativa de personas en la mediana edad, lo que sugiere que el sinhogarismo afecta a individuos en etapas vitales donde la estabilidad económica y social debería estar más consolidada (media de edad de 54,4 años).

La predominancia del género masculino entre las personas sin hogar atendidas subraya una tendencia observada a nivel global, donde los hombres se encuentran altamente representados en esta población. Esta realidad plantea interrogantes sobre las dinámicas de género y las redes de seguridad social.

En cuanto a la nacionalidad, los datos reflejan una diversidad que incluye tanto a personas de origen nacional como a individuos procedentes de diversos países, lo que destaca la dimensión multicultural del sinhogarismo en Barcelona. Si bien, el estudio refleja una mayoría de pacientes atendidos de nacionalidad española (el 44%, seguido por la búlgara con un 8%). El factor multicultural añade complejidad a la provisión de servicios, ya que se deben tener en cuenta las barreras culturales, lingüísticas y legales que pueden enfrentar los individuos migrantes en situación de sinhogarismo.

La situación administrativa de las personas atendidas, en su mayoría regulada y documentada (un 80%), plantea reflexiones sobre el acceso a los derechos y servicios sociales. Sin embargo, la existencia de individuos en situaciones administrativas irregulares (clasificados como «irregulares e indocumentados», representando un 12% de la muestra) evidencia brechas en el sistema de protección que deben ser abordadas para garantizar el acceso universal a la asistencia social y sanitaria.

Finalmente, según este estudio, más de la mitad de las personas atendidas (un 60%) están vinculados algún recurso social: un 16% a algún centro de servicios sociales básicos, otro 16% al SASSEP y un 6% al SIS. El 20% restante de las personas atendidas refirió estar vinculada a otros recursos sociales. Pero lo que llama la atención es el gran porcentaje de personas no vinculadas a ningún servicio (40%).

El 96% de la muestra refiere no estar vinculado a ningún recurso de salud. Cabe destacar que muchos de los pacientes atendidos no tenían o habían perdido su tarjeta sanitaria por lo que corroborar la falta de seguimiento con los recursos de salud era difícil.

Las personas sin hogar de la ciudad de Barcelona presentan una complejidad que la población de edad parecida con hogar no muestra. El interés de este estudio es comprender mejor a esta población y comprender las dificultades que aparecen en los circuitos ordinarios de salud y que dificultan la atención de este colectivo.

El presente estudio se enmarca dentro de los esfuerzos globales por mejorar el acceso a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. En particular, este trabajo se relaciona con los ODS 1 (Fin de la Pobreza), ODS 3 (Salud

y Bienestar), ODS 5 (Igualdad de Género), ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles), ODS 16 (Paz, Justicia e Instituciones Sólidas) y ODS 17 (Alianzas para Lograr los Objetivos)<sup>1</sup>.

A continuación se definirán algunos conceptos relacionados con la condición de sinhogarismo que se consideran necesarios para la comprensión del problema. Como parte de la introducción, también se facilitarán algunos datos que ayuden a contextualizar este fenómeno.

## 1.1 Aproximación al concepto de sinhogarismo

El concepto de sinhogarismo ha evolucionado significativamente desde los años setenta, reflejando los cambios en la percepción social y en el enfoque académico hacia este fenómeno. Inicialmente, el término se asociaba con imágenes de transeúntes y vagabundos, lo que enfatizaba una visión estigmatizada y unidimensional de las personas sin hogar. Con el tiempo, el concepto ha pasado a ser comprendido dentro de un marco más amplio de exclusión social, donde la falta de un hogar es vista tanto como una consecuencia como una causa de múltiples factores de marginación<sup>1</sup>.

La terminología utilizada para describir a las personas sin hogar es variada y refleja diferentes interpretaciones del problema. Términos como «indigente», «sin techo» y «persona en situación de sinhogarismo» son comúnmente utilizados, cada uno cargado de connotaciones específicas que influyen en la percepción pública y las políticas diseñadas para abordar el fenómeno. Estos términos han evolucionado desde meras descripciones que enfatizan la pobreza o la visibilidad en espacios públicos, hasta un entendimiento más comprensivo que considera las complejas realidades y las diversas necesidades de estas personas<sup>2</sup>.

El concepto del hogar es central en la discusión sobre el sinhogarismo. No se trata simplemente de la ausencia de una estructura física, sino de la falta de un espacio seguro y estable que soporte la realización personal y social. Un hogar proporciona no sólo refugio, sino también un sentido de pertenencia y seguridad, elementos cruciales para el bienestar individual. La falta de un hogar implica mucho más que la carencia de un techo; afecta, junto a otros factores, a la capacidad de las personas para integrarse y participar plenamente en la sociedad<sup>1</sup>.

A nivel internacional, el sinhogarismo se conceptualiza de diversas maneras, reflejando diferencias culturales, económicas y políticas en materia de cómo se abordan los

problemas sociales. En Europa, por ejemplo, existe la ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), una clasificación que ayuda a homogeneizar la comprensión del sinhogarismo y fomenta una política coherente y coordinada en toda la Unión Europea. En comparación con otras regiones, como en América del Norte, donde el enfoque puede estar más centrado en la visibilidad y las respuestas inmediatas al sinhogarismo visible<sup>2</sup>.

Según la tipología ETHOS<sup>3</sup>, los sinhogarismo comprenden una variedad de colectivos que se encuentran en riesgo de exclusión social y que no tienen asegurado un lugar donde vivir con dignidad. Por lo tanto, el sinhogarismo integra, entre otros, a las personas:

- que duermen en las vías públicas o en establecimientos de atención nocturna,
- sin vivienda,
- que viven en centros residenciales para gente sin hogar o albergues,
- con vivienda y que reciben el apoyo de la administración.

Esta tipología también contempla la vivienda insegura y la vivienda inadecuada.

## 1.2 El sinhogarismo en cifras

El sinhogarismo es una crisis global que afecta a millones de personas en todo el mundo. Los datos y cifras sobre esta problemática son esenciales para entender su alcance y para diseñar políticas efectivas que aborden tanto sus causas como sus consecuencias.

A nivel mundial, basándonos en datos del 2023, se estima que más de 100 millones de personas carecen de un hogar, mientras que aproximadamente 1.800 millones viven en condiciones de vivienda inadecuadas, como asentamientos informales y viviendas sin las condiciones mínimas de habitabilidad<sup>4</sup>. Estas cifras subrayan la magnitud de una crisis de vivienda exacerbada por factores como la urbanización rápida, la desigualdad económica y, más recientemente, por la pandemia de COVID-19, que ha puesto en evidencia la importancia crítica de la vivienda como un determinante clave de la salud pública.

### Situación en Europa

En Europa, el panorama es igualmente grave pero ofrece un detalle más preciso gracias a mejoras en la recopilación de datos. Según el informe de FEANTSA y la Fundación

Abbé Pierre, aproximadamente 895.000 personas se encuentran en situación de sinhogarismo en Europa, con cifras que siguen en aumento en la mayoría de los Estados miembros<sup>5</sup>. La crisis de vivienda en Europa se ve influenciada significativamente por el aumento de los precios de la energía y los alimentos, factores que se han intensificado con la guerra en Ucrania y las consecuentes sanciones económicas.

La guerra también ha llevado a un flujo significativo de refugiados hacia Europa, con alrededor de 4,5 millones de refugiados ucranianos recibidos bajo las regulaciones de protección subsidiaria. Este fenómeno ha añadido presión sobre los recursos de vivienda, ya limitados, y ha planteado desafíos adicionales en la búsqueda de soluciones de vivienda a largo plazo para los refugiados<sup>5</sup>.

### Situación en España

El análisis de la situación de las personas sin hogar en España ofrece una perspectiva detallada de las dimensiones y desafíos asociados con la falta de vivienda en el país. Basándonos en la Encuesta a las Personas Sin Hogar del año 2022 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), así como en datos recientes de noticias, se puede observar una compleja interacción de factores socioeconómicos que contribuyen a esta problemática.

Según la encuesta del INE de 2022, en España un total de 28.552 personas sin hogar fueron atendidas en centros asistenciales de alojamiento, lo que representa un aumento del 24,5% con relación al año 2012<sup>6</sup>. Esta cifra pone de manifiesto no sólo la magnitud del problema, sino también la creciente demanda de servicios y apoyo para este colectivo vulnerable. A finales de 2023, la fundación Hogar Sí presenta una noticia donde eleva la cifras de personas sin hogar en España hasta las 37.000<sup>7</sup>.

La encuesta también revela que el 76,7% de las personas sin hogar son hombres y el 23,3% son mujeres, observándose un ligero aumento en la proporción de mujeres desde 2012. Además, un 50,1% de las personas sin hogar tiene nacionalidad española, mientras que un 49,9% son de nacionalidad extranjera, siendo predominantes las nacionalidades africanas y americanas.

En números totales, y según la Encuesta a las Personas Sin Hogar del año 2022<sup>6</sup>, las comunidades autónomas con más casos de personas en situación de sinhogarismo son Madrid, Cataluña y Andalucía.

## Situación en Cataluña

La situación del sinhogarismo en Cataluña es compleja y diversa y afecta a miles de personas en varias situaciones de exclusión residencial. Según la información proporcionada por Arrels Fundació y el Marco de Acción para el Abordaje del Sinhogarismo en Cataluña 2022-2025, redactado por la Generalitat de Cataluña, las cifras actuales revelan una problemática profunda.

Actualmente, se estima que 2.009 personas duermen en la calle sólo en los 12 municipios clave de Cataluña, que abarcan el 44% de la población total<sup>8</sup>. Además, según el Marco de Acción 2022-2025, en un contexto más amplio que abarca 786 de los 947 municipios de Cataluña, la cifra de personas que se encuentra en esta situación se eleva hasta 2.531<sup>8</sup>, según datos recopilados hasta 2016 y ajustes posteriores.

El estudio detalla que 5.423 personas se encuentran en alojamientos temporales, como refugios para mujeres y centros para personas sin hogar, enfrentando la posibilidad de no tener un hogar a donde regresar tras salir de instituciones. A esta cifra se añaden las 25.108 personas que viven en viviendas inseguras, poniendo de manifiesto dificultades como la incapacidad de pagar el alquiler o estar bajo órdenes de desahucio.

Un segmento considerable de la población, específicamente 22.622 personas, vive en condiciones de vivienda inadecuadas, tales como asentamientos irregulares, barracas sin servicios básicos o viviendas donde se encuentran hacinados. Estas condiciones precarias reflejan la extrema vulnerabilidad de un amplio sector de la población catalana frente al sinhogarismo.

Las entidades sociales y académicas estiman que podría haber hasta 18.000 personas en Cataluña viviendo al raso o en centros residenciales para gente sin hogar y albergues. Sin embargo, la falta de datos actualizados y completos sobre el número exacto de personas sin hogar en Cataluña dificulta la planificación y ejecución de políticas efectivas.

## Situación en Barcelona

La ciudad de Barcelona destaca respecto al sinhogarismo en Cataluña, con una población muy diversa afectada por esta problemática. Basándonos en el último recuento realizado en 2022, se registró que 3.618 personas están en situación de sinhogarismo en la capital catalana<sup>8</sup>. Esta cifra incluye tanto a individuos que duermen

en las calles como aquellos que se alojan en centros de noche y otros tipos de alojamientos temporales.

La mayoría de las personas sin hogar en Barcelona son hombres, constituyendo aproximadamente el 90% del total. Las mujeres representan alrededor del 8% del total, y las personas trans y no binarias, aunque minoritarias, también tienen una presencia reconocida en los censos<sup>8</sup>.

Aproximadamente el 44% de las personas sin hogar en Barcelona son de nacionalidad española, lo que refleja una cantidad considerable de residentes locales enfrentando esta crisis. El 56% restante son de nacionalidad extranjera, incluyendo una notable presencia de personas de otros países, tanto de dentro como de fuera de la Unión Europea. Esto subraya la diversidad cultural de la población sin hogar y las complejidades asociadas con la migración y el sinhogarismo<sup>8</sup>.

La distribución de personas sin hogar en Barcelona muestra una concentración particular en los distritos de Ciutat Vella, Eixample, Sants-Montjuïc y Sant Martí.

### 1.3 Definición de «salud»

La definición de «salud» ha sido ampliamente debatida y conceptualizada a lo largo de las décadas, destacando particularmente la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que establece que la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Esta definición ha sido influyente por su naturaleza holística, enfatizando que la salud implica más que simplemente no estar enfermo, y reconociendo la interdependencia de los aspectos físicos, mentales y sociales del bienestar<sup>10</sup>.

Este enfoque resalta como la condición de la salud puede verse influenciada por la interacción entre múltiples factores sociales, políticos, económicos y culturales. La salud se concibe no sólo en términos de indicadores biomédicos sino también como el producto de las condiciones sociales y ambientales en las que viven las personas. Tal perspectiva es muy importante para entender la salud en un marco interdisciplinario, superando las limitaciones del paradigma positivista tradicional que tiende a fragmentar el conocimiento y a considerar la salud de manera aislada de su contexto social y ambiental<sup>10</sup>.



### 1.3.1 Determinantes de salud de las personas en situación de sinhogarismo

El estado de salud de las personas sin hogar se ve significativamente influenciado por los diversos determinantes sociales y de salud que hemos comentado en el párrafo anterior y que contribuyen a una vulnerabilidad elevada frente a diferentes afecciones y enfermedades. Estos determinantes incluyen las condiciones económicas y sociales, el acceso y calidad de los servicios de salud, las condiciones de vivienda, los factores psicosociales y los comportamientos de riesgo.

Por ejemplo, las dificultades económicas de este sector de la población limitan tanto el acceso a una vivienda como la provisión de alimentos nutritivos, una higiene adecuada y servicios básicos, lo que aumenta el riesgo de enfermedades.

El hecho de que muchos de ellos estén indocumentados o en una situación irregular hace que acudan más los servicios de urgencia y no tanto a los de atención preventiva, lo que no es eficiente ni efectivo para manejar condiciones crónicas o preventivas.

El sinhogarismo a menudo conlleva aislamiento social, estrés crónico y exposición a la violencia, situaciones con un profundo impacto en la salud tanto mental como física. Además, la falta de redes de apoyo social agrava estas condiciones y dificulta la recuperación o el manejo efectivo de la salud mental<sup>11,12</sup>.

Finalmente, las altas tasas de comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias y prácticas sexuales no seguras también aumentan el riesgo de enfermedades, complicando aún más el panorama de la salud para este grupo<sup>11,12</sup>.

### 1.4 Problemas de salud en la población en situación de sinhogarismo

Tal y como se ha sugerido en el punto anterior, las personas en situación de sinhogarismo enfrentan una serie de problemas de salud que son más severos y prevalentes en comparación con la población general, destacando la alta incidencia de enfermedades mentales, adicciones, y enfermedades infecciosas, así como una generalizada peor condición de salud y calidad de vida<sup>13</sup>.

Las tasas de trastornos mentales, incluyendo depresión, ansiedad y trastornos psicóticos, son significativamente más altas entre las personas sin hogar. Estos

trastornos se agravan debido a la falta de acceso regular a servicios de salud mental y a apoyo continuado<sup>13</sup>.

El abuso de sustancias es comúnmente más prevalente entre las personas sin hogar que en la población general, con un alto consumo de alcohol y drogas, lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad dentro de esta población. Además, las adicciones a menudo complican el tratamiento de otras condiciones médicas y psiquiátricas<sup>13</sup>.

Las personas sin hogar sufren de tasas más altas de enfermedades infecciosas como las causadas por el VIH, la hepatitis B y C y la tuberculosis. Estas situaciones son agravadas por barreras de acceso a la atención médica, falta de diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

De nuevo, existe una prevalencia elevada de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, así como condiciones agudas derivadas de la vida en la calle, como hipotermia, problemas dermatológicos y lesiones traumáticas. Además, los problemas dentales graves y de malnutrición son significativamente más comunes debido a dietas inadecuadas, falta de higiene y cuidados preventivos.

Las personas sin hogar a menudo experimentan una calidad de vida significativamente reducida y tienen una esperanza de vida más corta en comparación con la población general, debido a la combinación de los factores psicosociales adversos, con el acceso limitado a servicios de salud y las condiciones de vida inestables<sup>13</sup>.

## 1.5 Marco general de políticas sociales y estrategias contra el sinhogarismo

Las estrategias implementadas en estos contextos abarcan desde la prevención hasta la intervención. En Europa, las iniciativas se centran en la cooperación transnacional y en la implementación de políticas que aseguren derechos fundamentales y accesibilidad universal a servicios esenciales. En España, la estrategia busca integrar las diversas necesidades de las personas sin hogar en un plan nacional que coordine recursos y políticas a todos los niveles de gobierno. En Cataluña, las acciones están dirigidas a crear una red de seguridad efectiva que incluya alojamiento de emergencia, apoyo a largo plazo y programas de reintegración social<sup>13</sup>.

### Enfoque en Europa

La Plataforma Europea para Combatir el Sinhogarismo representa un compromiso significativo a nivel europeo para abordar la condición de manera integral. Esta plataforma promueve la colaboración entre los Estados miembros, intercambiando buenas prácticas y coordinando esfuerzos para implementar políticas efectivas que apunten a la erradicación del sinhogarismo en Europa. Este enfoque pone énfasis en la necesidad de asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios de calidad y vivienda adecuada<sup>14</sup>.

### Enfoque en España

En el ámbito nacional, la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2023-2030 de España (aprobada por el Consejo de Ministros<sup>16</sup>) establece un marco detallado para abordar el sinhogarismo a través de un enfoque holístico que abarca la salud, el empleo y la educación, además de la vivienda. Esta estrategia subraya la importancia de la coordinación entre los diferentes niveles de la Administración pública y los servicios sociales, enfocándose en la personalización de la atención para facilitar la integración social y económica de las personas sin hogar<sup>15</sup>.

### Enfoque en Cataluña

Cataluña ha desarrollado su propio plan, el Marco de Acción para el Abordaje del Sinhogarismo 2022-2025, que refleja un compromiso regional para combatir el sinhogarismo con una serie de políticas específicas. Este plan resalta la prevención y la mejora de la red de servicios de emergencia y apoyo a largo plazo. Se enfoca en medidas que incluyen la salud mental y la integración laboral, mostrando un enfoque proactivo para prevenir y reducir el sinhogarismo mediante el aumento en la disponibilidad de viviendas asequibles y el fortalecimiento del soporte comunitario<sup>9,17</sup>.

## 1.6 La perspectiva de género en el sinhogarismo

### Vulnerabilidades específicas de las mujeres sin hogar

Las mujeres sin hogar enfrentan vulnerabilidades específicas que las diferencian significativamente de sus homólogos masculinos. Una de las principales

preocupaciones es la violencia machista, que muchas mujeres experimentan tanto antes como durante su periodo de sinhogarismo. Los estudios muestran que las experiencias de abuso físico, sexual y emocional son desproporcionadamente altas entre las mujeres sin hogar, lo que a menudo complica su capacidad para acceder a servicios de apoyo y salir de la situación de calle<sup>18</sup>.

Además, las mujeres sin hogar con frecuencia enfrentan lo que se conoce como "sinhogarismo encubierto", que se refiere a situaciones donde las mujeres se ven obligadas a elegir entre permanecer en ambientes abusivos o enfrentarse a la falta de vivienda. Este fenómeno está particularmente extendido entre las mujeres migrantes, que además experimentan barreras lingüísticas y culturales que limitan su acceso a recursos y servicios<sup>19</sup>.

### Datos y estadísticas sobre las mujeres sin hogar

Las estadísticas revelan que, aunque las mujeres constituyen una proporción menor del total de la población sin hogar, sus experiencias tienden a ser más graves en términos de salud mental y física. Un estudio muestra que las mujeres sin hogar son más propensas a sufrir trastornos mentales severos, como depresión y ansiedad, en comparación con los hombres sin hogar. Además, las condiciones de vida precarias y la falta de acceso a cuidados de salud adecuados agravan estos problemas de salud<sup>20</sup>.

El sinhogarismo invisible también es una preocupación clave, refiriéndose a aquellas mujeres que, aunque no duermen en la calle, carecen de una vivienda estable y segura. Este tipo de sinhogarismo a menudo pasa desapercibido en las estadísticas y políticas públicas, dejando a muchas mujeres sin el soporte necesario<sup>21</sup>.

## 2. Objetivos

Los objetivos de este estudio no sólo buscan abordar las barreras específicas que enfrentan las personas sin hogar en Barcelona para acceder a los servicios de salud, sino que también se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. En particular, estos objetivos contribuyen a los ODS 3 (Salud y Bienestar), ODS 5 (Igualdad de Género) y ODS 10 (Reducción de las Desigualdades)<sup>1</sup>.

### 2.1 Objetivo general

- Analizar las barreras y estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud para las personas en situación de sinhogarismo en Barcelona.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir las barreras específicas que enfrentan las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona para acceder a los servicios de salud, en línea con el ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades).
- Explorar las estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona para superar las barreras de acceso a la atención médica para las personas sin hogar, contribuyendo al ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles) y el ODS 17 (Alianzas para Lograr los Objetivos).
- Investigar el impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona.
- Analizar si la muestra recogida de pacientes en situación de sinhogarismo atendidos en el Hospital Dos de Maig refleja el perfil de la población sin hogar en la ciudad de Barcelona.

### 2.3 Preguntas investigables

Las siguientes preguntas investigables se alinean con los objetivos planteados y buscan dar respuesta a las principales inquietudes del estudio:

- ¿Qué estrategias específicas pueden implementar los servicios de salud para superar las barreras que enfrentan las personas sin hogar para acceder a la

atención médica, especialmente aquellas con condiciones crónicas o problemas de salud mental?

- ¿La muestra recogida en el Hospital Dos de Maig de Barcelona describe al perfil de persona que se encuentra en situación de sin hogar en la ciudad de Barcelona?
- ¿Cuál es el impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona?

### 3. Metodología de investigación

La metodología de investigación constituye la columna vertebral de cualquier estudio académico, especialmente en una revisión bibliográfica. Como en cualquier trabajo de fin de máster que se precie, la elección de una metodología rigurosa cobra mucha importancia para asegurar la calidad, confiabilidad y reproducibilidad de los resultados. Una metodología bien definida y sistemáticamente aplicada permite que el proceso de investigación sea transparente y verificable por otros investigadores, lo cual es esencial para la acumulación de conocimiento y para que la investigación pueda ser replicada y validada en futuros estudios<sup>22</sup>.

La revisión bibliográfica juega un papel fundamental en muchas disciplinas, especialmente en el campo del trabajo social y la salud pública, al sintetizar y analizar la literatura existente sobre temas específicos. Este tipo de revisión permite identificar, evaluar y resumir los hallazgos de múltiples estudios, facilitando una comprensión más amplia de áreas temáticas complejas y a menudo interdisciplinarias<sup>23</sup>. En el contexto de este trabajo, la revisión se enfoca en el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación de sinhogarismo en Barcelona, un tema de vital importancia que afecta las políticas públicas y las intervenciones en el área social y de salud.

La relevancia de una revisión bibliográfica en este campo se debe a su capacidad para revelar patrones, tendencias y lagunas en la investigación existente, lo cual es muy importante para formular recomendaciones prácticas y políticas basadas en las evidencias. Al compilar y analizar de manera crítica los estudios relevantes, se pueden identificar las mejores prácticas y los desafíos persistentes que enfrentan las personas sin hogar en su acceso a los servicios de salud. Esto no sólo ayuda a los profesionales y responsables políticos a entender mejor los problemas existentes, sino que también guía la implementación de estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable.

#### 3.1 Bases de datos utilizadas

Las bases de datos son sistemas utilizados para almacenar y gestionar grandes cantidades de datos de manera eficiente, organizada y persistente. Son fundamentales en diversas actividades cotidianas donde la interacción con grandes volúmenes de información es necesaria, como en la gestión bancaria, reservas en línea, bibliotecas, y comercio electrónico.

Estos sistemas permiten a las empresas e instituciones organizar, almacenar y recuperar datos de manera rápida y eficaz, usando tecnologías que garantizan la seguridad, la integridad y la disponibilidad de la información. Al permitir una gestión centralizada de los datos, las bases de datos reducen la redundancia (datos duplicados innecesariamente) y evitan la inconsistencia (diferencias en copias de datos que deberían ser iguales), mejorando así la calidad de los datos y la eficiencia de las operaciones<sup>24</sup>.

A continuación se listan las principales bases de datos empleadas para elaborar este trabajo de fin de máster. Dentro de cada apartado se contextualizará cada base de datos, se hablará de la relevancia que tuvo para el estudio y se expondrán los puntos fuertes y débiles que se considera que tiene.

### 3.1.1 Biblioteca de la UOC

La biblioteca de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) se presenta como un elemento integral y vital del modelo pedagógico de la UOC, diseñada específicamente para apoyar el aprendizaje, la docencia, la investigación y la gestión. Desde su fundación, la biblioteca se ha desarrollado completamente en línea, lo que refleja y potencia la naturaleza virtual de la UOC, una universidad que se caracteriza por su enfoque innovador en educación a distancia y digital<sup>25</sup>.

#### Origen y desarrollo

La Biblioteca de la UOC nació con la universidad misma y desde el principio fue concebida como una herramienta virtual. Este enfoque inicial la ha posicionado perfectamente para satisfacer las necesidades dinámicas de una comunidad académica que opera predominantemente en línea. Su diseño y servicios están pensados para facilitar el acceso remoto y flexible, cualidades esenciales para los usuarios que dependen de recursos digitales para su formación e investigación.

#### Cobertura temática

Con más de 40.000 recursos de aprendizaje disponibles en las aulas virtuales y más de 17.000 documentos en el repositorio de la UOC, la biblioteca ofrece una extensa y diversa colección de materiales académicos. Estos incluyen descargas de libros, artículos académicos y otros contenidos relevantes, generando hasta 7 millones de descargas anuales.



La biblioteca cubre una amplia gama de disciplinas académicas, asegurando que los estudiantes y el personal docente tengan acceso a una profunda reserva de conocimientos y datos de investigación.

### Relevancia para el estudio

Para un estudio centrado en el acceso a los servicios de salud para personas en situación de sinhogarismo en Barcelona, la Biblioteca de la UOC se presentó como una fuente crucial de información. Su amplia colección de recursos en salud pública, políticas sociales y temas relacionados proporciona una base sólida para la investigación bibliográfica.

### Ventajas y limitaciones como fuente de información

#### **Ventajas:**

- **Acceso continuo y remoto:** Ideal para estudiantes e investigadores que trabajan a distancia, facilitando el estudio y la investigación en horarios flexibles.
- **Riqueza de recursos:** Con decenas de miles de documentos y recursos de aprendizaje, la biblioteca es una mina de oro de información académica y profesional.
- **Alta valoración de los usuarios:** Con una puntuación de 9/10, el servicio de la biblioteca es altamente valorado por su eficacia y la calidad del soporte ofrecido.

#### **Limitaciones:**

- **Barrera idiomática:** Dado que muchos recursos pueden estar predominantemente en español o catalán, los usuarios que no dominan estos idiomas podrían encontrarse con dificultades para disfrutar del potencial de la biblioteca.
- **Especialización en temas específicos:** Aunque la biblioteca tiene una amplia cobertura temática, las áreas de especialización muy específicas o nichos muy nuevos podrían no estar tan profundamente cubiertos.

La Biblioteca de la UOC, con su modelo avanzado de garantía de calidad y su enfoque en la mejora continua, brindó un soporte excepcional y se consolidó como una herramienta indispensable para este estudio de revisión bibliográfica. Su infraestructura

digital permite un acceso inmediato a una vasta cantidad de recursos, haciendo de ella una herramienta insustituible en el contexto académico y de investigación de la UOC.

### 3.1.2 Biblioteca Virtual en Salud

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) cuenta con un modelo estratégico propio y es la plataforma operacional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Creada en 1998, fue diseñada para facilitar la gestión de información y conocimiento en salud en América Latina y el Caribe. BVS opera como una red de redes, coordinada por BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en ciencias de la Salud), y desarrollada de manera descentralizada a través de instancias nacionales en varios países, incluyendo España, Argentina y Brasil, entre otros, además de redes temáticas específicas<sup>26</sup>.

#### Origen y desarrollo

La BVS fue establecida con el propósito de mejorar la cooperación técnica en el manejo de información y conocimiento en salud a nivel regional. En España, la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud (BNCS) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) asumió el rol de centro coordinador de la BVS en 1999, destacando la importancia de la difusión de la producción científica nacional. La BVS España fue oficialmente presentada en 2001 durante las IX Jornadas de Información y Documentación Científica en Ciencias de la Salud en Cáceres.

#### Cobertura temática

BVS España ofrece acceso libre y gratuito a una amplia variedad de recursos de información científica en ciencias de la salud. Esto incluye bases de datos, catálogos colectivos, publicaciones electrónicas, noticias y herramientas de búsqueda especializadas. Su enfoque está principalmente en la divulgación de conocimiento científico relacionado con la salud, lo que la hace una fuente de gran valor para investigadores, educadores y profesionales del sector.

#### Relevancia para el estudio

Para el estudio centrado en el acceso a servicios de salud para personas en situación de sinhogarismo, BVS España no destacó demasiado pese a su rica colección de recursos relacionados con la salud pública y políticas de salud.

## Ventajas y limitaciones como fuente de información

### **Ventajas:**

- **Acceso abierto:** BVS proporciona acceso gratuito a recursos, lo que facilita la investigación sin restricciones económicas.
- **Especialización en salud:** Su enfoque en ciencias de la salud asegura una colección de alta relevancia y calidad en temas específicos de salud.
- **Apoyo institucional robusto:** Al estar coordinada por BIREME y vinculada a la OPS/OMS, BVS mantiene altos estándares de calidad y actualización constante.

### **Limitaciones:**

- **Barrera idiomática:** Dado que muchos recursos pueden estar en español puede ser una limitación para investigadores no hispanohablantes.
- **Enfoque regional limitado:** Aunque BVS tiene una perspectiva amplia de América Latina y el Caribe, los estudios específicamente enfocados en otras regiones pueden no estar tan representados.

## 3.1.3 GuíaSalud

GuíaSalud es una plataforma integral establecida en 2002 bajo la égida del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España y cuenta con la colaboración de las 17 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad. Fue adoptada en 2003 por el Consejo Interterritorial como un instrumento clave para la mejora de la calidad de la atención sanitaria en el SNS. GuíaSalud se destaca por su enfoque en la promoción de decisiones clínicas basadas en la evidencia científica<sup>27</sup>.

### Origen y desarrollo

Desde su creación, GuíaSalud ha sido fundamental en la toma de decisiones basadas en la evidencia dentro del Sistema Nacional de Salud. La iniciativa nació como respuesta a la necesidad de difundir prácticas clínicas basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de diferentes alternativas terapéuticas. Su desarrollo y gestión han sido coordinados por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III, asegurando que las guías de práctica clínica y otros recursos basados en la evidencia sean accesibles para profesionales y pacientes por igual.

## Cobertura temática

GuíaSalud ofrece acceso a una extensa gama de productos y servicios diseñados para mejorar la práctica clínica, incluyendo guías de práctica clínica (GPC), manuales metodológicos y recomendaciones de 'No Hacer'. Estos recursos cubren una amplia variedad de condiciones de salud y procedimientos clínicos con el objetivo de optimizar la atención sanitaria y promover la eficiencia en el uso de recursos en el Sistema Nacional de Salud.

## Relevancia para el estudio

Aunque GuíaSalud es una herramienta útil dentro del contexto del Sistema Nacional de Salud español, su enfoque específico en guías de práctica clínica no fue directamente aplicable para el desarrollo de este estudio sobre el acceso a servicios de salud para personas sin hogar en Barcelona, ya que requiere un enfoque más amplio y diversificado en la recopilación de datos y análisis.

## Ventajas y limitaciones como fuente de información

### **Ventajas:**

- **Acceso a guías basadas en la evidencia:** GuíaSalud proporciona acceso directo a guías de práctica clínica que han sido cuidadosamente elaboradas y revisadas para garantizar que se basan en la mejor evidencia disponible.
- **Apoyo continuo a la actualización y capacitación:** La plataforma no sólo se enfoca en la creación de guías, sino también en su actualización continua y en la formación de los profesionales de salud, lo cual es crucial para la adaptación a los cambios rápidos en el conocimiento médico.

### **Limitaciones:**

- **Relevancia limitada para el estudio actual:** A pesar de su extensa cobertura y calidad, GuíaSalud se enfoca principalmente en la producción de guías y recomendaciones clínicas, lo que resultó ser de limitada utilidad para este trabajo, que requiere información específica sobre el acceso a los servicios de salud para personas en situación de sinhogarismo.
- **Barrera idiomática:** Como la mayoría de los documentos están en español, esto puede representar una limitación para los investigadores que no dominan el idioma.

### 3.1.4 National Health Service

El National Health Service (NHS) England es la organización encargada de liderar y gestionar el sistema de salud público en Inglaterra. Fundado en 1948, el NHS ha evolucionado hasta convertirse en uno de los sistemas de salud más grandes y respetados del mundo, proporcionando una amplia gama de servicios de salud gratuitos para la población de Inglaterra<sup>28</sup>.

#### Origen y desarrollo

El NHS fue establecido con el propósito de garantizar que todos los ciudadanos tuvieran acceso a servicios de salud, independientemente de su situación económica. Con el tiempo ha crecido para incluir una gran variedad de servicios, desde atención primaria y hospitalaria hasta atención a largo plazo y salud pública. NHS England, específicamente, se centra en dirigir y mejorar estos servicios a través de la implementación de políticas de salud y la gestión de recursos.

#### Cobertura temática

NHS England cubre todos los aspectos de la salud pública y la atención médica en Inglaterra. Esto incluye la gestión de hospitales, clínicas y otros servicios de salud, así como la implementación de programas de salud pública y campañas de educación. La organización también está a la vanguardia de la investigación médica y la innovación en el Reino Unido.

#### Relevancia para el estudio

Aunque NHS England es una fuente primaria de información sobre salud en Inglaterra, su relevancia para un estudio enfocado en Barcelona fue limitada debido a diferencias en los sistemas de salud y políticas entre países. Sin embargo, en su repertorio se pudieron encontrar algunos artículos relevantes para el estudio.

#### Ventajas y limitaciones como fuente de información

##### **Ventajas:**

- **Riqueza de información:** NHS England proporciona acceso a una vasta cantidad de datos e informes sobre la salud y la atención sanitaria, lo que puede ser útil para comparaciones internacionales o para entender las mejores prácticas en la gestión de la salud.

- **Innovación y liderazgo en salud:** Como líder en muchos aspectos de la salud pública y la atención médica, la información del NHS puede ofrecer ejemplos de enfoques innovadores y efectivos en la administración de la salud.

#### **Limitaciones:**

- **Barrera idiomática:** La mayoría de los documentos están en inglés, lo cual puede ser una limitación si no se maneja el idioma con fluidez. Aunque algunos documentos se encuentran en español, estos son menos frecuentes y podrían no cubrir todos los temas de interés.
- **Contexto geográfico:** Las políticas y sistemas de salud del NHS están diseñados específicamente para Inglaterra, por lo que su aplicabilidad directa a España o Barcelona puede ser limitada sin una adaptación cuidadosa de las recomendaciones y prácticas.

### 3.1.5 CMA Infobase

La Canadian Medical Association (CMA) es una organización líder que representa a los médicos de Canadá y aboga por un futuro mejor y más saludable. Fundada con el compromiso de mejorar el sistema de salud, la CMA trabaja para hacer que este sea más sostenible y accesible, destacando la importancia de la equidad, la diversidad y la inclusión en la medicina<sup>29</sup>.

#### Origen y desarrollo

La CMA fue establecida como un movimiento nacional que une a miles de médicos, residentes y estudiantes de medicina de todo Canadá. Estos profesionales provienen de diversos orígenes y prácticas médicas, lo que permite a la CMA tener una perspectiva amplia y representativa sobre las necesidades y desafíos del sistema de salud canadiense.

#### Cobertura temática

La CMA no sólo se enfoca en mejorar el acceso y la sostenibilidad del sistema de salud, sino que también promueve una nueva cultura de medicina que aboga por la equidad, diversidad e inclusión. A través de la colaboración con organizaciones profesionales y redes de pacientes y cuidadores, la CMA trabaja en múltiples frentes para abordar los retos del sistema de salud, desde la influencia en políticas de salud hasta el apoyo directo a través de actividades caritativas y programas de investigación.

### Relevancia para el estudio

Aunque la CMA está basada en Canadá y se centra en el sistema de salud canadiense, su enfoque en temas como la equidad en salud y el acceso universal ofreció algunos documentos relevantes para estudios comparativos o internacionales.

### Ventajas y limitaciones como fuente de información

#### **Ventajas:**

- **Liderazgo e influencia:** Como líder en el campo médico en Canadá, la CMA ofrece puntos de vista valiosos sobre la gestión y mejora del sistema de salud basados en evidencias y prácticas innovadoras.
- **Colaboración extensa:** La colaboración de la CMA con una amplia gama de profesionales y organizaciones de salud amplía su cobertura de temas y enriquece sus recursos con una variedad de perspectivas y experiencias.

#### **Limitaciones:**

- **Enfoque geográfico:** Dado que su principal enfoque es Canadá, algunas de las prácticas y políticas de la CMA pueden no ser completamente transferibles sin modificaciones al contexto español o catalán.
- **Barrera idiomática:** La mayor parte de la información de la CMA está en inglés, lo que puede representar una barrera para quienes no dominan el idioma, aunque se han encontrado algunos documentos en español.

### 3.1.6 Cochrane Collaboration

Cochrane es una red internacional con sede en el Reino Unido y reconocida por su contribución significativa a la medicina basada en la evidencia. Registrada como una organización sin ánimo de lucro y miembro del National Council for Voluntary Organizations del Reino Unido, Cochrane se dedica a mejorar las decisiones en temas de salud mediante la producción de revisiones sistemáticas de alta calidad que sintetizan los resultados de investigaciones médicas<sup>30</sup>.

#### Origen y desarrollo

Creada hace más de 30 años, Cochrane ha crecido para incluir a miembros de más de 190 países. La organización fue fundada con el objetivo de proporcionar un recurso

accesible que pudiera ser utilizado por profesionales, pacientes, cuidadores e investigadores para tomar decisiones informadas en materia de salud.

### Cobertura temática

Cochrane produce una extensa gama de revisiones sistemáticas que abordan las preguntas más importantes en salud y atención sanitaria. Actualmente, cuenta con más de 7.500 revisiones publicadas en la Biblioteca Cochrane. Estas revisiones son reconocidas por su metodología rigurosa y por proporcionar evidencia fiable, de vital importancia para la práctica clínica y la formulación de políticas de salud.

### Relevancia para el estudio

Para un estudio que aborda el acceso a los servicios de salud para personas en situación de sinhogarismo en Barcelona, las revisiones sistemáticas de Cochrane ofrecieron documentos interesantes sobre diversas intervenciones sanitarias.

### Ventajas y limitaciones como fuente de información

#### **Ventajas:**

- **Calidad y confiabilidad de la evidencia:** Cochrane es reconocida por su compromiso con la evidencia de alta calidad. Sus revisiones sistemáticas son una referencia en la comunidad médica y sanitaria global.
- **Acceso abierto a la información:** Cochrane se ha comprometido a proporcionar acceso abierto a sus revisiones sistemáticas para el año 2025, lo que facilitará aún más el acceso a su valiosa investigación.

#### **Limitaciones:**

- **Barrera idiomática:** La mayor parte de la información de Cochrane está en inglés, lo que puede representar una barrera para quienes no dominan el idioma, aunque se han encontrado algunos documentos en español.
- **Enfoque específico en revisiones sistemáticas:** Mientras que las revisiones sistemáticas son extremadamente útiles para compilar evidencia sobre efectividad, pueden no abordar todos los aspectos sociales y económicos relacionados con el acceso a la salud, que son igualmente importantes en el estudio del sinhogarismo.



### 3.1.7 Medline Plus

MedlinePlus es un recurso informativo en línea dedicado a proporcionar información de salud comprensible y accesible a pacientes, familiares y amigos. Este servicio es producido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM), una de las bibliotecas médicas más grande del mundo y que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH)<sup>31</sup>.

#### Origen y desarrollo

MedlinePlus fue creado para cumplir con la misión de presentar información de salud confiable y de alta calidad de manera que fuera fácil de entender para el público general. Este servicio está diseñado para ayudar a los usuarios a tomar decisiones informadas relacionadas con su salud, independientemente de su ubicación o las barreras idiomáticas, ya que ofrece contenido tanto en inglés como en español.

#### Cobertura temática

MedlinePlus aborda una amplia gama de temas relacionados con la salud y el bienestar, incluyendo:

- Temas de salud - información sobre más de 1.000 enfermedades, afecciones y trastornos de salud.
- Pruebas médicas - detalles sobre cerca de 300 pruebas médicas utilizadas en el diagnóstico y tratamiento de diversas condiciones.
- Genética - datos sobre más de 1.300 enfermedades genéticas y 1.400 genes.
- Medicinas y suplementos - información sobre medicamentos recetados y de venta libre, así como sobre suplementos dietéticos.
- Recetas saludables - recetas que promueven una dieta saludable complementada con información nutricional detallada.

#### Relevancia para el estudio

Aunque su principal enfoque es el público estadounidense, la información que ofrece es ampliamente aplicable y puede ser utilizada para comparar prácticas y políticas de salud, además de como una fuente de datos fiable y bien fundamentada. Lamentablemente, su orientación, dirigida principalmente a pacientes y familiares, resultó poco útil para el estudio.

#### Ventajas y Limitaciones como fuente de información

### **Ventajas:**

- **Accesibilidad y fiabilidad:** La información es gratuita, lo que garantiza que los usuarios accedan a contenido fácilmente.
- **Amplia cobertura temática:** La diversidad de temas cubiertos hace que MedlinePlus sea una herramienta útil para obtener una comprensión integral de muchas cuestiones de salud.
- **Apoyo multilingüe:** Aunque predominantemente en inglés, la disponibilidad de contenido en español es una ventaja significativa para los hispanohablantes.

### **Limitaciones:**

- **Orientación geográfica:** La mayoría de los contenidos están orientados hacia un público estadounidense, lo que limita su relevancia directa en otros contextos nacionales o locales.
- **Barreras idiomáticas:** Aunque ofrece contenidos en español, la mayoría de los recursos avanzados y las actualizaciones pueden estar disponibles sólo en inglés.
- **Información demasiado básica:** Pese a tener una amplia variedad de documentos, la gran mayoría se encontraron poco exhaustivos.

## **3.1.8 TRIP Database**

### Origen y desarrollo

TRIP Database fue lanzada en 1997 con el objetivo de ayudar a sus fundadores a responder rápidamente a preguntas clínicas. Diseñada para reunir en un solo lugar todo el contenido basado en evidencias, TRIP ha evolucionado para convertirse en una herramienta fundamental en la búsqueda y análisis de información médica. Desde su lanzamiento, la plataforma ha sido utilizada en más de 175 millones de búsquedas.

Fundada por Jon Brassey y el doctor Chris Price, quienes siguen siendo los únicos accionistas, TRIP se incorporó como empresa limitada en 2001. La plataforma comenzó con la intención de facilitar el acceso rápido a contenido médico de alta calidad y sigue fiel a ese propósito, ampliando constantemente su índice y mejorando su tecnología de búsqueda<sup>32</sup>.

### Cobertura temática

TRIP se especializa en contenido clínico y guías basadas en la evidencia, ostentando la mayor colección de guías clínicas y un impresionante acervo de documentos basados en evidencia. Con alrededor de 5 millones de documentos en su índice, cubre una amplia gama de temas médicos y de salud, lo que la convierte en una herramienta muy importante para profesionales de la salud en la toma de decisiones informadas.

### Relevancia para el estudio

Para un estudio que aborda temas de salud pública o clínica, TRIP ofrece una base de datos extensa y diversa de recursos de alta calidad que pueden ser fundamentales para obtener una perspectiva amplia y fundamentada en evidencias. Su enfoque en mantener contenido actualizado y de alta calidad la hizo particularmente útil para investigaciones que requieren acceso a las mejores prácticas y directrices médicas.

### Ventajas y limitaciones como fuente de información

#### **Ventajas:**

- **Algoritmo de búsqueda avanzado:** Utiliza un algoritmo de gran calidad que genera resultados relevantes y de calidad.
- **Acceso global:** Con suscriptores de casi 100 países, TRIP demuestra su utilidad y relevancia a nivel mundial.
- **Enfoque en contenido basado en la evidencia:** TRIP es conocida por su enfoque riguroso en la calidad y relevancia del contenido indexado.

#### **Limitaciones:**

- **Idioma predominante:** Aunque TRIP es usada globalmente, el idioma de la mayoría de los documentos es el inglés, lo que genera una barrera para usuarios no angloparlantes.

## 3.2 Otras fuentes de información

Dentro del proceso de recopilación de información para este estudio, además de las exhaustivas búsquedas en bases de datos especializadas, se ha considerado crucial complementar los datos bibliográficos con fuentes de información alternativas que reflejen la realidad regional y actual. Por esta razón, se ha recurrido a la consulta de noticias de índole local, las cuales cubren de manera directa y práctica los desafíos y

novedades relacionadas con el sinhogarismo en Barcelona. Estas fuentes han proporcionado una perspectiva actualizada y han ayudado a entender mejor las dinámicas sociales y políticas en juego.

Adicionalmente, se ha participado activamente en jornadas enfocadas en el sinhogarismo, las cuales han servido no sólo para adquirir conocimientos de primera mano sobre las últimas investigaciones y prácticas en el campo, sino también para interactuar con profesionales y expertos en la materia. Estas actividades han enriquecido significativamente el marco del estudio, permitiendo una comprensión más profunda de los aspectos multidimensionales que abarca el sinhogarismo y su relación con el acceso a los servicios sanitarios.

### 3.3 Estrategia de búsqueda y palabras clave

La estrategia de búsqueda y la selección de palabras clave constituyen pilares fundamentales en la metodología de cualquier investigación que implique el análisis documental, especialmente en campos tan dinámicos y críticos como el trabajo social y la salud pública. La formulación clara y precisa de preguntas de investigación y la búsqueda eficiente de evidencias son habilidades centrales en la medicina basada en la evidencia (MBE), y por extensión, en cualquier disciplina que pretenda aplicar un enfoque riguroso y sistemático en la revisión de literatura<sup>22,33</sup>.

Para iniciar el proceso de búsqueda, se utilizó un enfoque cualitativo con la técnica de análisis documental que aplicaba los principios de la MBE, los cuales enfatizan la integración de la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica y las necesidades del paciente<sup>33</sup>. Se emplearon los operadores booleanos AND y OR para combinar términos relevantes como «trabajo social sanitario», «sinhogarismo» y «salud», ajustando la búsqueda a la región de Cataluña y, particularmente, a la ciudad de Barcelona, garantizando así la pertinencia y aplicabilidad de los resultados en el ámbito local.

Los términos de búsqueda se seleccionaron meticulosamente para alinearlos con los objetivos del estudio, asegurando que cada palabra clave reflejara los aspectos cruciales del tema investigado y ofreciera una cobertura temática coherente con la investigación<sup>33</sup>. Esta selección se basó en la literatura existente y en la contribución de expertos en el campo del trabajo social sanitario, lo cual es determinante para la eficacia y la eficiencia del proceso de búsqueda y para maximizar la relevancia de los resultados obtenidos<sup>33</sup>.

En el marco de este estudio, se estableció un protocolo de búsqueda que incluyó la revisión de bases de datos académicas y repositorios institucionales, seleccionados por su rigor y cobertura temática, tal y como se describió en el punto 3.1. Esta metodología asegura un enfoque sistemático y reproducible que no sólo refuerza la integridad del proceso de investigación, sino que también facilita la identificación de estudios relevantes que podrían haber sido omitidos en búsquedas menos estructuradas.

La integración de estos elementos metodológicos refleja un compromiso con la precisión científica y la relevancia práctica, pilares de la metodología propuesta en este trabajo y esenciales para alcanzar conclusiones válidas y aplicables en el contexto del trabajo social y la salud pública.

### 3.4 Criterios de inclusión de exclusión

Para garantizar la relevancia y la calidad de la información utilizada en esta investigación sobre el sinhogarismo y el acceso a sistemas sanitarios, se establecieron criterios de inclusión y exclusión meticulosamente definidos.

#### 3.4.1 Criterios de inclusión

- **Idioma:** Se seleccionaron documentos escritos en español, catalán e inglés para abarcar una amplia variedad de bases de datos regionales e internacionales.
- **Acceso al texto completo:** Se incluyeron sólo aquellos documentos disponibles en texto completo para permitir un análisis detallado del contenido.
- **Accesibilidad:** Se priorizaron artículos gratuitos o aquellos accesibles mediante la biblioteca de la UOC y otras bases de datos académicas reconocidas, facilitando así el acceso a recursos sin restricciones económicas.
- **Relevancia temática:** Los documentos debían cruzar información específica sobre personas en situación de sinhogarismo con aspectos relacionados con sus dificultades de acceso a los sistemas sanitarios, o bien documentos que trataran alguno de estos dos aspectos, asegurando que el material fuese pertinente para los objetivos del estudio.
- **Carácter científico:** Se incluyeron estudios, artículos e informes de naturaleza científica para sustentar las conclusiones con evidencia sólida y metodologías

rigurosas (excepcionalmente, se incluyeron noticias actuales que trataran los temas investigados).

- **Actualidad del material:** Se consideraron de interés los documentos publicados en los últimos 20 años (2004-2024) para asegurar que la información estuviese actualizada y reflejase las condiciones y políticas más recientes.

### 3.4.2 Criterios de exclusión

- **Idioma:** Se excluyeron documentos en idiomas distintos al español, catalán e inglés ya que documentos en otros idiomas se centrarían en situaciones o políticas fuera del territorio español.
- **Textos incompletos:** No se incluyeron textos incompletos puesto que no proporcionan una base suficiente para una evaluación crítica completa.
- **Restricciones de acceso:** Se excluyeron artículos con acceso restringido y aquellos que no eran gratuitos o no estaban disponibles a través de las plataformas de acceso institucional mencionadas, para evitar limitaciones en la disponibilidad de recursos.
- **Irrelevancia temática:** Se descartaron estudios que, tras una revisión preliminar del título y, si era necesario, del resumen, objetivos y resultados, no se alineaban con los objetivos del trabajo. Esto incluye material literario de opinión y artículos de opinión que no aportan evidencia empírica.
- **Antigüedad del material:** Se omitieron documentos anteriores al año 2004 para poder centrarse en la evolución más reciente y relevante de los temas de estudio.

### 3.5 Estrategias de búsqueda de la información

La búsqueda de información comenzó en febrero de 2024 y se extendió hasta abril del mismo año. Durante este periodo, la estrategia de búsqueda enfrentó varios desafíos que requirieron adaptaciones significativas para asegurar la recolección de datos pertinentes y exhaustivos.

Inicialmente, la búsqueda se centró en fuentes en lengua castellana y catalana. Esta acotación inicial en el idioma resultó en una cantidad de documentación relevante. Pero a pesar de utilizar diversas bases de datos y herramientas de búsqueda especializadas, el material disponible en español no cubría de manera suficiente el tema desde una perspectiva más global o conceptual.

Para poder cubrir las deficiencias de los resultados en español, se tomó la decisión de incluir documentos en inglés. Este cambio significativo en la estrategia de búsqueda se realizó aproximadamente a mediados de marzo de 2024. Al expandir el espectro lingüístico a fuentes en inglés, se observó un incremento notable en la cantidad de información disponible. Esto permitió acceder a una variedad más amplia de estudios científicos, reportes de organizaciones internacionales y literatura académica que abordaba con mayor profundidad y desde diferentes perspectivas el acceso de las personas sin hogar a los sistemas sanitarios.

La inclusión de literatura en inglés no sólo enriqueció la base de datos del estudio, sino que también permitió realizar comparativas más ricas y obtener una visión más global del fenómeno del *sinhogarismo*.

Además de las bases de datos consultadas, también se revisaron documentos que explicaban o desarrollaban las políticas sociales en relación a las personas en situación de *sinhogarismo*. Para esto se consultaron los sitios web oficiales de la Unión Europea, del Gobierno de España, de la Generalitat de Cataluña y de la ciudad de Barcelona.

Parte del estudio se basó en datos recogidos durante el año 2023 en el Hospital Dos de Maig de Barcelona, donde se compilaron datos extraídos de la intervención con pacientes que se encontraban en situación de *sinhogarismo*. Este conjunto de datos no fue recogido de forma expresa en el momento de la intervención *in situ*, sino más bien compilado tras las la síntesis de las valoraciones sociales realizadas durante la intervención del caso.

De igual manera, se hizo una búsqueda de documentos que trataran la teoría de la elaboración de textos y documentos académicos. En este sentido, los recursos de aprendizaje de la UOC demostraron tener una gran importancia.

### 3.6 Gestión de la información obtenida

Una vez recopilada la información pertinente sobre las personas en situación de *sinhogarismo* y su acceso a los sistemas sanitarios, se procedió a organizar

meticulosamente los datos para facilitar el análisis y la síntesis posteriores. La organización efectiva de la información es crucial para gestionar eficientemente el volumen significativo de documentos y facilitar el acceso rápido a los datos relevantes durante las fases de escritura y revisión del estudio<sup>22</sup>.

Para estructurar la información de manera coherente y lógica, se decidió clasificar los documentos y fuentes encontrados en carpetas separadas según el ámbito geográfico que abarcaban. Esta división se realizó en tres categorías principales: Europa, España y Cataluña. Esta organización por carpetas permitió un manejo más sistemático y ágil de la información y ayudó a distinguir claramente las diferentes políticas, estudios y enfoques que caracterizan a cada uno de estos niveles.

- **Carpeta «Europa»:** Aquí se guardaron los documentos que proporcionaban información sobre políticas e investigaciones a nivel continental. Esta carpeta resultó ser especialmente útil para entender las directrices más amplias y las iniciativas europeas que afectan o podrían influir en las políticas nacionales y locales.
- **Carpeta «España»:** En esta carpeta se almacenaron los documentos centrados en el contexto nacional español. Se incluyeron estudios sobre políticas públicas, informes de organizaciones no gubernamentales e investigaciones académicas que abordan el sinhogarismo y el acceso a la salud desde una perspectiva española.
- **Carpeta «Cataluña»:** Finalmente, se dedicó una carpeta específicamente a Cataluña, donde se recopilaron documentos que tratan de manera específica las políticas, los programas y las investigaciones realizadas en esta comunidad autónoma. Esto fue muy importante para el estudio, dado el enfoque en Barcelona y su entorno inmediato.

### 3.7 Análisis, selección y uso de la información

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, se realizó un cribado de los textos para así escoger aquellos que se ajustasen a los objetivos del trabajo. Dicha información fue posteriormente analizada para determinar su relevancia para el trabajo sobre el sinhogarismo y las dificultades en el acceso a la sanidad. También se concretó el papel del técnico superior sanitario (TSS) en dicho ámbito.



### 3.8 Consideraciones éticas y legales

En el contexto de este estudio sobre sinhogarismo y acceso a los sistemas sanitarios es imprescindible incorporar consideraciones éticas específicas al ámbito sanitario, dado que con frecuencia emergen dilemas éticos en la práctica profesional.

Siguiendo el marco de los principios de la bioética definidos originalmente por el Informe Belmont en 1978 (respeto por la persona, beneficencia y justicia) y su posterior reformulación por Beauchamp y Childress para adaptarlos a la ética asistencial, se establecen cuatro principios fundamentales:

- respeto de la autonomía
- no maleficencia
- beneficencia
- justicia<sup>34,35</sup>

Cabe destacar la importancia entender la relación entre «autonomía» y los conceptos de «competencia» y «capacidad»<sup>36,37</sup>. La «capacidad» es la habilidad del paciente para tomar sus propias decisiones en el ámbito de la salud (lo que le proporciona autonomía). Por su parte, la «competencia» es un término legal que valida esas capacidades de decisión. Estos principios son pilares que guían la práctica profesional contemporánea y su aplicación en los trabajos revisados bibliográficas es obligatoria.

Finalmente, pese a que en este estudio no se haya tenido que considerar, el respeto por la privacidad de los individuos es otro componente esencial. Esto implica el manejo adecuado de datos personales, solicitando autorización para compartir información con otros profesionales o entidades, en conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>38</sup> y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea<sup>39</sup>, vigente desde el 25 de mayo de 2018.

Estos valores no sólo promueven la integridad de la investigación sino que también protegen los derechos y el bienestar de los participantes, asegurando que el estudio cumple con las más altas normas éticas y legales.

### 3.9 Fases de la elaboración del trabajo de revisión bibliográfica

La elaboración de este trabajo abarcó un periodo de varios meses del primer y segundo trimestre del 2024 (febrero-junio) durante el que se desarrollaron las siguientes fases:

### Fase 1: Observación del problema y selección de fuentes de información

Esta fase inicial implicó la identificación y definición clara del problema de investigación, que en este caso se centra en las barreras que enfrentan las personas en situación de sinhogarismo para acceder a los servicios de salud en Barcelona. La selección de fuentes de información se orientó hacia bases de datos y repositorios que ofrecen acceso a estudios, artículos y reportes relevantes para el tema.

### Fase 2: Revisión bibliográfica

Durante esta fase, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura existente para recopilar información relevante para respaldar y proporcionar contexto al estudio. Esto incluyó la identificación de estudios previos, teorías relacionadas y otros trabajos académicos que abordan el sinhogarismo y la salud pública.

### Fase 3: Desarrollo de la introducción

La introducción del trabajo se desarrolló para establecer el contexto y justificar la importancia del estudio. Se expuso el problema de investigación y se definieron algunos conceptos que ayudarían a comprender el ámbito del estudio. También sirvió para discutir algunas implicaciones sociales y sanitarias del sinhogarismo.

### Fase 4: Elaboración de los objetivos y las preguntas de investigación

Se definió el objetivo general y los objetivos específicos del estudio. Las preguntas de investigación se formularon para guiar la revisión bibliográfica y la recopilación de datos, asegurando que el estudio fuera dirigido y coherente.

### Fase 5: Diseño de la metodología

Durante esta fase se definió la planificación detallada de los métodos de recopilación y análisis de datos. Se establecieron también los criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos y se concretó el enfoque metodológico para el análisis documental.

#### Fase 6: Elaboración de los resultados

Los datos recogidos acabaron siendo analizados para así extraer hallazgos relevantes. Esta fase se concentró en la presentación estructurada de los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, centrándose en cómo estos respondían a las preguntas de investigación planteadas.

#### Fase 7: Elaboración de la discusión

En esta fase se interpretaron los resultados en el contexto del conocimiento existente. Se discutió la relevancia de los hallazgos en relación con las teorías, estudios previos y el contexto práctico actual del problema de estudio.

#### Fase 8: Elaboración de las conclusiones

Finalmente, en este apartado se sintetizaron los principales hallazgos del estudio, destacando las contribuciones teóricas y prácticas. También se ofrecieron recomendaciones basadas en los resultados y dirigidas a mejorar las políticas y prácticas relacionadas con el acceso a los servicios de salud para personas en situación de sinhogarismo.

## 4. Resultados

Con tal de presentar de forma clara y organizada los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica, se ha decidido estructurar este apartado en función de los objetivos específicos del estudio. Este enfoque permite una exposición directa, estructurada y enfocada de los hallazgos, facilitando así su interpretación y la evaluación de su impacto en relación con las preguntas de investigación planteadas.

Esta organización temática ayuda a ilustrar cómo cada resultado específico contribuye a la comprensión general del acceso a los servicios de salud para la población sin hogar en Barcelona.

### 4.1 Barreras específicas

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en relación con el primer objetivo específico del estudio, centrado en describir las barreras específicas que enfrentan las personas sin hogar en Barcelona para acceder a los servicios de salud. A través del análisis detallado de la literatura disponible y otras fuentes relevantes, se examinan diversas dimensiones que afectan el acceso de esta población vulnerable a la atención médica. Estos resultados proporcionan una visión multidimensional de los desafíos estructurales, sociales y de salud que enfrenta este colectivo en la búsqueda de servicios de salud adecuados.

#### 4.1.1 Dificultades debido a la falta de documentación o de un domicilio estable

Una de las barreras estructurales más significativas que enfrentan las personas sin hogar en Barcelona a la hora de acceder a los servicios de salud de forma regular se debe a la falta de documentación o de un domicilio estable. Este problema afecta directamente la inscripción y la continuidad en el sistema sanitario, ya que muchos procedimientos administrativos requieren de una dirección fija para el registro para la comunicación de citas y seguimientos.

Las fuentes documentales consultadas detallan cómo la falta de una dirección permanente excluye a estas personas de la posibilidad de inscribirse adecuadamente en el sistema de salud, limitando su acceso a servicios preventivos y tratamientos

continuos<sup>40</sup>. Sin una dirección, las personas sin hogar a menudo enfrentan obstáculos burocráticos que impiden su derecho a recibir atención médica, una situación que no sólo perpetúa su condición de salud precaria sino que también agrava las dificultades para integrarse social y económicamente.

Patricia Gómez, en su artículo "Exclusió i sensellarisme. Un fenomen global", complementa esta perspectiva, subrayando cómo la inestabilidad en la vivienda conduce a una menor priorización de la salud, dado que las necesidades inmediatas de seguridad y alimento predominan sobre las visitas médicas programadas o incluso las emergencias sanitarias<sup>41</sup>.

Además, la falta de documentación personal, como una identificación o una tarjeta sanitaria, es otro obstáculo considerable. En muchos casos, las pertenencias personales pueden perderse o ser robadas debido a las condiciones de vida inestables, lo que dificulta aún más la gestión de citas médicas o el acceso a tratamientos farmacológicos esenciales. Este aspecto es muy importante porque, de nuevo, afecta la posibilidad del seguimiento médico necesario para condiciones crónicas o agudas, prevalentes en esta población.

#### 4.1.2 Escasa disponibilidad de servicios sanitarios adaptados

La disponibilidad de servicios sanitarios adaptados a las necesidades específicas de las personas sin hogar en Barcelona es notablemente escasa, particularmente en términos de horarios de atención y ubicación de los servicios. Este aspecto representa una barrera significativa que limita el acceso efectivo a la atención médica para este colectivo vulnerable.

Según se discute en el artículo "Exclusió i sensellarisme. Un fenomen global", muchos centros de salud no operan fuera del horario laboral habitual, lo cual es problemático para las personas sin hogar que podrían necesitar servicios en horas no convencionales debido a sus circunstancias particulares<sup>41</sup>. La falta de flexibilidad en los horarios de atención significa que muchas personas en situación de sinhogarismo no pueden acceder a servicios médicos cuando más los necesitan, especialmente en situaciones de emergencia o para tratamientos que requieren un seguimiento regular.

Además, la ubicación de los centros de salud no suele tener en consideración la accesibilidad para las personas sin hogar, quienes pueden no disponer de medios de transporte. Muchos centros están ubicados en áreas que requieren transporte (ya sea público o privado), lo que añade una capa de dificultad para acceder a la atención

médica necesaria. Esta problemática se ve demostrada en la revisión documental, que señala cómo la distribución geográfica de los servicios sanitarios no siempre coincide con las áreas donde se concentra mayormente esta población<sup>42</sup>, limitando su acceso práctico a la atención.

### 4.1.3 Prevalencia elevada de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental

La prevalencia de enfermedades crónicas entre las personas sin hogar en Barcelona es significativamente alta y se ve agravada por el acceso limitado a tratamientos continuos y a medicamentos esenciales. Según algunos documentos consultados, este grupo demográfico enfrenta numerosas complejidades sanitarias que complican la gestión efectiva de sus condiciones de salud<sup>43</sup>.

Las enfermedades crónicas más frecuentes en esta población incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y diversas condiciones de salud mental. Estas afecciones requieren un seguimiento médico regular y un tratamiento constante para controlar los síntomas y evitar complicaciones potencialmente mortales. Sin embargo, el ya comentado acceso inadecuado a la atención sanitaria y la falta de medicamentos apropiados son problemas persistentes que impiden un tratamiento efectivo.

Además, la falta de recursos económicos retroalimenta aún más la incapacidad de estas personas para adquirir medicamentos. Incluso cuando los servicios de salud están disponibles, la falta de cobertura completa para ciertos fármacos esenciales hace que sea casi imposible para las personas sin hogar seguir tratamientos recomendados por profesionales de la salud.

### 4.1.4 Incidencia de las adicciones y las enfermedades infecciosas

La incidencia de las adicciones y las enfermedades infecciosas entre las personas sin hogar en Barcelona es particularmente alta, lo que refleja la necesidad de un enfoque especializado y continuado en la atención sanitaria. El documento “Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida” destaca que estas condiciones no sólo son prevalentes, sino que también complican significativamente la gestión de la salud en esta población vulnerable<sup>44</sup>.

Las adicciones, especialmente al alcohol y a sustancias ilícitas, son comunes entre las personas sin hogar y contribuyen a su marginalización y a dificultar el acceso a los servicios sanitarios en general. Estas adicciones suelen interaccionar y condicionar otras condiciones de salud física y mental, creando un ciclo de deterioro de la salud que es difícil de romper sin intervenciones específicas y adaptadas.

Paralelamente, las enfermedades infecciosas como la hepatitis, las causadas por el VIH y diversas infecciones de transmisión sexual también tienen un índice de prevalencia más alto en personas sin hogar comparado con la población general. De nuevo, estas enfermedades requieren un seguimiento continuo y acceso a tratamientos que a menudo sólo están disponibles en centros especializados, todavía más inaccesibles para las personas sin hogar.

#### 4.1.5 Estigmatización y discriminación

La estigmatización se refiere a los estereotipos negativos que se asignan a las personas sin hogar, percibiéndolas a menudo como menos merecedoras de atención sanitaria o como responsables de su situación<sup>45</sup>. Esta percepción puede llevar a una atención de menor calidad o a un trato deshumanizado por parte de los profesionales sanitarios, que puede manifestarse en una menor disposición a ofrecer tratamientos o en una comunicación inadecuada.

La discriminación, por otro lado, puede ser más directa, donde las personas sin hogar se enfrentan a obstáculos explícitos para acceder a los servicios de salud. Esto incluye la negativa de atención a causa de su condición de sin hogar o a la imposición de barreras administrativas que otros colectivos no enfrentan.

Estas condiciones que enfrentan las personas sin hogar dentro del sistema de salud constituyen murallas importantes que disminuyen la probabilidad de que estos individuos busquen y reciban la atención médica necesaria. Estos prejuicios no sólo están arraigados en las interacciones cotidianas sino que también están institucionalizados dentro de las estructuras de los recursos sociosanitarios<sup>40</sup>, afectando negativamente la calidad de la atención que reciben las personas sin hogar.

Este fenómeno de estigmatización y discriminación es respaldado por varios estudios. Un ejemplo es "Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida"<sup>44</sup>, donde se ilustra cómo, el tratamiento desigual impacta negativamente en el acceso a los servicios sanitarios, lo que a su vez perpetúa ciclos de pobreza y enfermedad.

Los efectos de estas barreras pueden tener implicaciones más amplias, ya que la falta de atención adecuada y oportuna puede llevar al empeoramiento de las condiciones de salud, lo que se resuelve en una elevación de los costes a largo plazo para el propio sistema de salud. Además, la exclusión social y sanitaria de las personas sin hogar contribuye a su ya evidente marginación, limitando sus oportunidades de reintegración en la sociedad<sup>41</sup>.

#### 4.1.6 Falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud

La falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud también es un obstáculo significativo para proporcionar una atención integral a las personas sin hogar, especialmente en lo que respecta a abordar simultáneamente sus necesidades de salud y sociales. Esta desconexión entre los servicios contribuye a una fragmentación del cuidado que impide que las intervenciones sean efectivas y eficientes<sup>46</sup>.

La carencia de un enfoque integrado significa que, aunque los individuos puedan recibir atención para problemas de salud específicos, sus necesidades sociales subyacentes, que a menudo son la raíz o contribuyen a sus problemas de salud, no se manejan adecuadamente. Esto incluye aspectos como la vivienda, el empleo, el acceso a la alimentación y el apoyo psicosocial, que son cruciales para su bienestar general y su capacidad para recuperarse o manejar condiciones de salud.

La falta de servicios sociales integrados con los servicios de salud puede llevar a ciclos repetitivos de crisis y hospitalización<sup>43</sup>, lo que no sólo afecta la salud de los individuos sino que también resulta en un uso ineficiente de los recursos sanitarios.

#### 4.1.7 La perspectiva de género en las barreras específicas

Las mujeres en situación de sinhogarismo a menudo enfrentan mayores riesgos de salud mental y física debido a la violencia y el abuso, lo que requiere servicios de salud especializados que raramente están diseñados para atender sus necesidades específicas. La falta de programas de salud que consideran las necesidades particulares de las mujeres en situación de sinhogarismo impide una atención efectiva y empática. La documentación consultada destaca cómo las intervenciones sanitarias a menudo no están adaptadas para abordar las complejidades enfrentadas por las mujeres, como por ejemplo, la necesidad de servicios de cuidado prenatal y postnatal en un contexto de sinhogarismo<sup>44</sup>.



## 4.2 Estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona

La ciudad de Barcelona, reconocida por sus esfuerzos continuos en políticas sociales y de salud, ha desarrollado e implementado diversas estrategias destinadas a integrar y facilitar el acceso de las personas sin hogar a la atención sanitaria necesaria. Estas iniciativas no sólo buscan proporcionar atención médica directa, sino también mejorar la coordinación entre los servicios de salud y sociales, aumentar la capacitación y sensibilización del personal médico y reducir las barreras administrativas que impiden a las personas sin hogar recibir dicha atención.

### 4.2.1. Integración de los servicios

En Barcelona, la integración de los servicios para la atención a personas sin hogar se ha consolidado como un enfoque efectivo para abordar de manera holística las diversas necesidades de esta población. El Marc d'acció per a l'abordatge del sensellarisme a Catalunya 2022-2025<sup>47</sup> destaca que este modelo combina servicios de salud, vivienda y apoyo social en un marco coordinado, lo cual ha permitido una atención más completa y centrada en la persona.

Los resultados indican que la implementación de un sistema integrado facilita el acceso a los recursos necesarios para las personas sin hogar, abordando simultáneamente los aspectos esenciales de su bienestar. Esta integración se refleja en la coordinación entre los diferentes servicios y entidades que trabajan juntas para asegurar que las intervenciones sean coherentes y continuas, lo que ha resultado en una mejora notable en la eficacia de la atención proporcionada.

A través de este enfoque integrado, se ha observado que las personas sin hogar en Barcelona tienen una mejor accesibilidad a tratamientos médicos, oportunidades de vivienda estable y apoyo en su reintegración social, lo que subraya la importancia de un sistema bien coordinado para mejorar las condiciones de vida de esta población vulnerable<sup>47</sup>.

## 4.2.2 Atención personalizada

La atención personalizada a personas sin hogar en Barcelona se ha destacado como un componente crucial en el manejo integral de esta población, tal y como se refleja en el Marc d'acció per a l'abordatge del sensellarisme a Catalunya 2022-2025<sup>47</sup>. Esta orientación promueve que cada individuo reciba un plan de tratamiento y apoyo que esté específicamente adaptado a sus necesidades personales y circunstancias únicas.

La premisa de esta estrategia es que la personalización de los servicios mejora la eficacia de las intervenciones, además de aumentar la participación del individuo en su propio proceso de recuperación. Los planes personalizados abordan una variedad de necesidades, como la salud física y mental, la rehabilitación de adicciones, el empleo y las habilidades sociales, lo que contribuye significativamente a la estabilidad y reintegración social de las personas atendidas.

Además, este enfoque intenta que los profesionales de los diferentes servicios coordinen mejor sus esfuerzos, respondiendo de manera más efectiva y rápida a las necesidades cambiantes de las personas sin hogar. De esta manera, la atención personalizada reconoce la dignidad de cada persona y fortalece su capacidad para tomar decisiones y participar activamente en su camino hacia la independencia<sup>47</sup>.

## 4.2.3 Equipos multidisciplinarios

Los equipos multidisciplinarios desempeñan un papel esencial en la implementación del enfoque integral hacia el sinhogarismo en Barcelona, tendencia que queda reflejada en varios de los documentos consultados. Este enfoque no sólo se centra en la atención médica, sino que también abarca aspectos sociales y de vivienda, ofreciendo una respuesta comprensiva a las necesidades de las personas sin hogar<sup>47</sup>. Además, estos documentos subrayan la importancia de los equipos multidisciplinarios en la realización de diagnósticos completos y la planificación de intervenciones que consideren todos los aspectos de la vida de una persona, desde la salud mental y física hasta su integración social y económica<sup>48</sup>.

Estos equipos están diseñados para trabajar de manera coordinada, donde cada profesional aporta su experiencia y conocimientos para diseñar estrategias de intervención que aborden las condiciones inmediatas de salud y faciliten el acceso a recursos como vivienda segura y oportunidades de empleo, esenciales para la rehabilitación y reintegración social efectiva de las personas sin hogar.

#### 4.2.4 Capacitación y sensibilización del personal los servicios sanitarios y sociales

La capacitación y sensibilización del personal que trabaja con personas sin hogar en Barcelona es un componente esencial para mejorar la efectividad de las intervenciones dirigidas a esta población vulnerable. Esta línea de intervención enfatiza la importancia de desarrollar competencias específicas entre los profesionales involucrados en la atención a las personas sin hogar<sup>47</sup>.

De esta manera, estas políticas reiteran la necesidad de formar a los trabajadores en prácticas basadas en la evidencia de las complejidades del sinhogarismo, incluyendo factores como la salud mental, la exclusión social y los desafíos específicos que enfrentan las poblaciones marginadas. La capacitación también abarca técnicas para manejar situaciones de crisis y proporcionar apoyo emocional efectivo, garantizando que el personal pueda responder adecuadamente a las diversas necesidades de las personas sin hogar.

Avanzando un paso más, la bibliografía consultada resalta la relevancia de sensibilizar al personal sobre los prejuicios y estigmas que a menudo enfrentan las personas sin hogar, subrayando cómo estos factores pueden influir negativamente en la calidad de la atención proporcionada<sup>49</sup>. La sensibilización busca fomentar una mayor empatía y comprensión hacia las experiencias de estas personas, promoviendo un trato más humano y respetuoso.

Estos programas de capacitación y sensibilización son vitales no sólo para mejorar la calidad del servicio ofrecido, sino también para promover un cambio cultural dentro de las organizaciones que trabajan con personas sin hogar. Esto incluye el desarrollo de políticas internas que respalden prácticas inclusivas y equitativas, asegurando que todos los individuos reciban la ayuda necesaria sin discriminación.

#### 4.2.5 Evaluación continua y adaptación de servicios

La evaluación continua y la adaptación de servicios son fundamentales para la efectividad de los programas dirigidos a personas sin hogar en Barcelona, tal como se subraya en los documentos revisados. La evaluación sistemática de los servicios permite ajustar las intervenciones a las necesidades cambiantes de esta población y mejorar constantemente la calidad y eficacia de las respuestas proporcionadas<sup>47</sup>.

Este proceso de evaluación mide la eficiencia de los servicios en términos de resultados para los usuarios y también identifica áreas de mejora en la coordinación intersectorial y la implementación de prácticas basadas en evidencia. La adaptación de los servicios se realiza en función de esta retroalimentación continua, lo que permite a los equipos multidisciplinares ajustar sus estrategias y enfoques para responder mejor a las complejidades del sinhogarismo.

Además, la evaluación continua incluye también la recolección y análisis de datos sobre el acceso a los servicios, la satisfacción del usuario y los resultados a largo plazo<sup>49</sup>. Estos datos son cruciales para entender el impacto real de las políticas y programas, y para asegurar que los recursos se utilizan de manera eficiente.

#### 4.2.6 La perspectiva de género en las estrategias implementadas

En Barcelona se ha reconocido que las mujeres sin hogar son particularmente susceptibles a la vulnerabilidad y exclusión social<sup>49</sup>. Los problemas enfrentados por estas mujeres incluyen una mayor incidencia de violencia, dificultades específicas en el mercado laboral y roles culturales que las atan a responsabilidades de cuidado no remunerado, afectando su acceso a recursos económicos. Adicionalmente, las mujeres sin hogar suelen experimentar tasas más altas de enfermedades mentales y trastornos crónicos en comparación con sus homólogos masculinos, lo cual se relaciona con una historia de eventos vitales estresantes y de abuso<sup>49</sup>.

Los servicios de salud en Barcelona, en respuesta a estas necesidades diferenciadas, han empezado a implementar estrategias que incluyen la creación de recursos residenciales específicos para mujeres. Centros como la casa de convalecencia Llar de Pau y los programas gestionados por asociaciones como Lola, no estàs sola ofrecen espacios seguros y apoyo adaptado a las necesidades de las mujeres, considerando los desafíos únicos que enfrentan en el ámbito del sinhogarismo.

### 4.3 Impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados)

En el análisis del impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de

la población sin hogar en Barcelona, basado en datos del año 2022, intenta describir las diferencias que influyen en cómo estos grupos acceden a la atención médica necesaria.

### 4.3.1 Nacionalidad

El informe "Vivir en la calle en Barcelona" de Arrels Fundació, explica que la distribución demográfica de las personas sin hogar en Barcelona muestra una composición variada en términos de nacionalidad<sup>50</sup>. El análisis destaca que una mayoría significativa de las personas que viven en la calle en Barcelona son migrantes. Específicamente, el 43% de las personas sin hogar han nacido en países extracomunitarios, mientras que un 27% provienen de otros países dentro de la Unión Europea. Sólo un 15% de las personas sin hogar han nacido en la ciudad de Barcelona, y un 4% en otras partes de Cataluña. El 10% restante proviene de otras regiones de España.

Este perfil muestra una alta representación de migrantes entre las personas sin hogar, destacando cómo la migración puede estar asociada con un riesgo elevado de sinhogarismo.

### 4.3.2 Ingresos económicos

Los documentos consultados destacan que la mayoría de las personas sin hogar enfrentan graves dificultades económicas, con un impacto significativo en su acceso a servicios básicos y prestaciones sociales<sup>49</sup>. El 69% de las personas que viven en la calle no tienen ingresos, lo que resalta la extrema vulnerabilidad económica de esta población.

Además, el informe señala que sólo el 26% de las personas sin hogar en Barcelona tiene algún tipo de ingreso regular, ya sea un trabajo remunerado o una prestación social.

El acceso a prestaciones sociales es particularmente importante, dado que puede proporcionar una red de seguridad esencial para las personas en situación de sinhogarismo. Sin embargo, la encuesta revela que sólo una minoría tiene acceso a este tipo de apoyo. De nuevo, las barreras administrativas, tales como la falta de documentación adecuada o de un domicilio registrado, pueden impedir que muchas personas sin hogar accedan a las prestaciones sociales disponibles, agravando así su situación de vulnerabilidad.

### 4.3.3 La perspectiva de género en la situación administrativa

En relación a la perspectiva de género, el informe de Arrels Fundació "Vivir en la calle en Barcelona"<sup>8,50</sup> proporciona datos específicos sobre la situación de las mujeres que viven en la calle, tanto en términos de nacionalidad como de ingresos y de acceso a prestaciones sociales.

Las mujeres constituyen una minoría en la población sin hogar, representando sólo el 8% del total. En cuanto a su origen, más de la mitad de estas mujeres proviene de fuera de España. El otro 48% de las mujeres en situación de sinhogarismo han nacido en Cataluña o en el resto de España.

En términos de ingresos, las mujeres sin hogar enfrentan desafíos particulares. El informe señala que una proporción considerable de mujeres sin hogar carece de ingresos regulares. Además, el acceso a prestaciones sociales también es muy limitado entre las mujeres sin hogar, lo que las pone en una posición de mayor riesgo y desventaja comparada con sus equivalentes masculinos. Sólo el 31% de las mujeres que se encuentran en situación de sinhogarismo mantienen una fuente de ingresos estables.

## 4.4 Análisis de la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig

El objetivo número 4 de este estudio se centra en analizar la distribución demográfica y la vinculación a recursos de salud y sociales de los pacientes en situación de sinhogarismo atendidos en Barcelona. Para ello, se han utilizado datos comparativos de dos periodos:

- el más reciente, de 2023, extraído de la actividad con pacientes en situación de sinhogarismo que se atendieron en el Hospital Dos de Maig durante dicho año,
- y el del año 2022, derivado del informe "Vivir en la calle en Barcelona" publicado por Arrels Fundació.

Anualmente, Arrels Fundació presenta datos actualizados. Lamentablemente, en el momento en el que desarrolló este trabajo, los datos de 2023 aún no habían sido publicados.

Esta comparativa permite examinar cómo se reflejan las características demográficas de la población sin hogar en la muestra de pacientes y evaluar hasta qué punto el colectivo de la muestra puede estar vinculado a los recursos sociales y sanitarios.

#### 4.4.1 Distribución por edad y género

Según los datos obtenidos durante el 2023 en el Hospital Dos de Maig y registrados en un documento de elaboración propia (extraído del *software* SAP), la edad media de los pacientes atendidos es de 52,8 años, con un rango de edad que va desde los 17 hasta los 74 años. En comparación, el informe "Vivir en la calle en Barcelona" señala una edad media de la población sin hogar de 44 años, concentrando la mayoría en el grupo de 36 a 55 años.

En relación con el género, los datos obtenidos durante el 2023 en el Hospital Dos de Maig revelan que el 92% de los pacientes atendidos son hombres y el 8% son mujeres. El informe "Vivir en la calle en Barcelona" presenta una distribución similar, donde aproximadamente el 90% de las personas sin hogar son hombres y el 10% son mujeres.

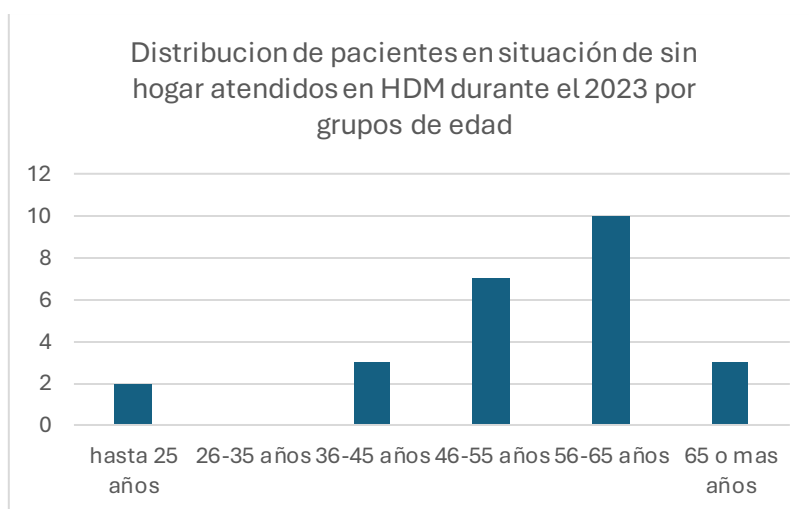


Tabla 1. Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en el HDM durante el 2023 por grupos de edad. Fuente: elaboración propia

#### 4.4.2 Nacionalidad

La muestra tomada en el Hospital Dos de Maig muestra una predominancia de pacientes de nacionalidad española (52%), seguida por representaciones menores de otras nacionalidades, principalmente búlgaras, rumanas y marroquíes.

En contraste, el informe "Vivir en la calle en Barcelona" sugiere que la diversidad de nacionalidades entre la población sin hogar es más amplia, destacando un considerable número de migrantes.

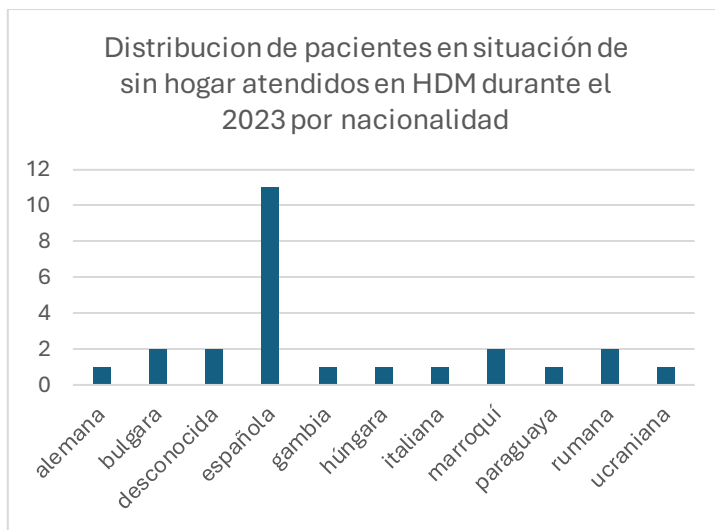


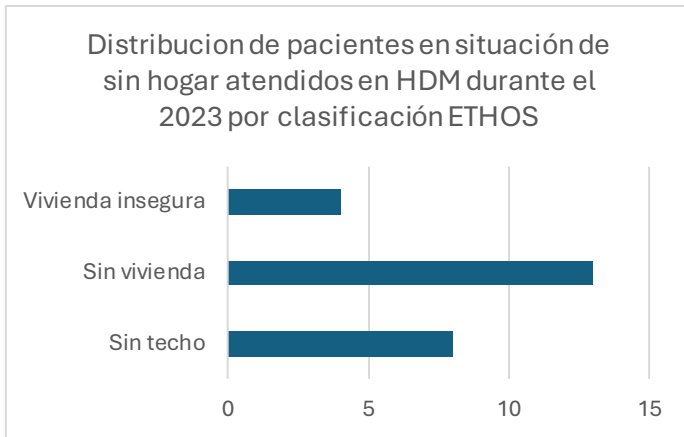
Tabla 2. Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en HDM durante el 2023 por nacionalidad. Fuente: elaboración propia

#### 4.4.3 Categorías ETHOS

La muestra los datos obtenidos durante el 2023 en el Hospital Dos de Maig refleja una composición diversa de categorías ETHOS, con una mayoría significativa (52%) clasificada como «Sin hogar». Esto es consistente con lo que se describe en el informe de Arrels Fundació, donde se señala que una gran parte de la población sin hogar experimenta condiciones de falta de vivienda continua o carencia de un techo permanente.

La proporción de individuos en las categorías «Sin vivienda» y «Sin techo» atendidos en el Hospital Dos de Maig de Barcelona, que suman el 84% de los casos totales, apunta a una representación considerable de personas en situaciones de alta vulnerabilidad y exposición.





*Tabla 3. Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en el HDM durante el 2023 por clasificación ETHOS. Fuente: elaboración propia*

#### 4.4.4 Vinculación a recursos sanitarios

La muestra recogida en el Hospital Dos de maig presenta una clara falta de vinculación a los servicios de salud, con un 96% de los pacientes no vinculados a estos servicios.

El estudio "Vivir en la calle en Barcelona" no proporciona datos específicos sobre la vinculación a servicios de salud.

## 5. Discusión

Mientras que la introducción y la metodología se centraron en el por qué y el cómo de nuestra investigación, el presente apartado quiere dar un significado a los hallazgos del estudio. Se analizarán los resultados obtenidos en este trabajo de fin de máster, articulándolos a través de los diferentes objetivos planteados. Se interpretarán los resultados vistos en el punto 4, examinando si coinciden con los estudios previos y evaluando su relevancia. Este apartado busca proporcionar una comprensión profunda de los datos recogidos, destacando tanto los éxitos como las limitaciones del estudio y sugiriendo futuras direcciones de investigación.

### 5.1 Barreras específicas

#### 5.1.1 Dificultades debido a la falta de documentación o de un domicilio estable

Los resultados del presente estudio sobre las barreras estructurales y de acceso al sistema de salud para las personas sin hogar en Barcelona coinciden significativamente con las conclusiones del estudio de Sánchez Hidalgo *et al* de 2024 "Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo"<sup>59</sup>. Ambas investigaciones identifican la falta de documentación y la necesidad de un domicilio fijo como barreras principales que dificultan el acceso a la atención primaria para las personas sin hogar. Estas barreras administrativas afectan gravemente la accesibilidad y la continuidad del cuidado sanitario para esta población vulnerable.

Además, tanto el presente estudio como el de Sánchez Hidalgo *et al* apuntan a la necesidad de flexibilizar los requisitos administrativos y de proporcionar atención personalizada. El documento consultado propone la asignación de un profesional de referencia para las personas sin hogar, lo que puede facilitar una atención más continua y efectiva. Sin embargo, el trabajo de campo también resalta la perspectiva de género, subrayando que las mujeres sin hogar enfrentan barreras adicionales debido a la violencia y la falta de servicios adaptados a sus necesidades específicas.

### 5.1.2 Prevalencia elevada de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental

Las personas sin hogar en Barcelona muestran una alta prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental, frecuentemente agravadas por el difícil acceso a tratamientos continuos y medicamentos esenciales. Las enfermedades crónicas más comunes incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, y enfermedades respiratorias crónicas, que requieren un seguimiento médico regular. De nuevo, el acceso inadecuado a la atención sanitaria y la falta de recursos económicos para adquirir medicamentos necesarios empeoran estas condiciones<sup>52</sup>.

### 5.1.3 Incidencia de las adicciones y las enfermedades infecciosas

La incidencia de adicciones y enfermedades infecciosas, como la hepatitis y el VIH, es particularmente alta entre las personas sin hogar. Estas condiciones también requieren un manejo continuo y especializado, que a menudo no está disponible debido a las barreras estructurales y de acceso. Además, las adicciones contribuyen a la marginalización y a las dificultades adicionales en el acceso a servicios en general<sup>52</sup>.

### 5.1.4 Estigmatización y discriminación

Los resultados de este estudio muestran que la estigmatización y discriminación son barreras significativas que afectan el acceso de las personas sin hogar a los servicios de salud en Barcelona. Los prejuicios y estigmas dentro del sistema de atención sanitaria limitan la calidad de la atención y perpetúan ciclos de pobreza y enfermedad. Estos hallazgos coinciden con el estudio "Vivir en la calle. Aporofobia y cartografía de supervivencia en Barcelona", que describe cómo la aporofobia y el sistema capitalista excluyen a las personas pobres de la ciudadanía plena, resultando en discriminación social y legal.

El estudio "Vivir en la calle" destaca que las personas sin hogar son frecuentemente víctimas de delitos de odio y agresiones y que la sociedad a menudo las culpa por su situación, perpetuando una percepción negativa y deshumanizante<sup>53</sup>. Esto es coherente con los resultados del trabajo de campo, que indican que la estigmatización en el sistema de salud puede llevar a una atención de menor calidad y trato deshumanizado por parte de los profesionales sanitarios. Ambos estudios coinciden en que la aporofobia

y la discriminación estructural afectan gravemente la salud física y mental de las personas sin hogar, limitando sus oportunidades de reintegración social y económica, y subrayan la necesidad de abordar estos prejuicios para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria<sup>53</sup>.

### 5.1.5 Falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud

Los resultados del trabajo que aquí se presenta indican que la falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud es una barrera significativa para proporcionar una atención integral a las personas sin hogar en Barcelona. La desconexión entre estos servicios contribuye a una fragmentación del cuidado, impidiendo que las intervenciones sean efectivas y eficientes. Esto resulta en ciclos repetitivos de crisis y hospitalización, afectando negativamente tanto la salud de los individuos como el uso eficiente de los recursos sanitarios.

Estos hallazgos coinciden con el estudio "Actuaciones clave en la intervención con mujeres en situación de exclusión residencial y sinhogarismo" de Sara Peña Valderrama, que enfatiza la necesidad de una intervención coordinada y multiagente para abordar las múltiples y complejas necesidades de las mujeres en situación de exclusión residencial<sup>54</sup>. El documento destaca que la colaboración entre distintos servicios es esencial para responder adecuadamente a las necesidades específicas de esta población vulnerable y mejorar su acceso a servicios de salud y sociales. Por lo tanto, estos resultados coinciden en subrayar la importancia de una mayor coordinación entre los servicios sociales y de salud para proporcionar un cuidado continuo y de calidad a las personas sin hogar.

### 5.1.6 La perspectiva de género en las barreras específicas

Las mujeres en situación de sinhogarismo enfrentan riesgos adicionales de salud mental y física debido a la violencia y el abuso, lo que requiere servicios de salud especializados que raramente están diseñados para atender sus necesidades específicas. La falta de programas de salud adaptados a las necesidades particulares de las mujeres impide una atención efectiva y empática<sup>52</sup>.

Los resultados de esta investigación coinciden con los hallazgos del estudio "Desafiando el silencio: mujeres sin hogar, violencia de género y las barreras institucionales a debate". Los dos estudios destacan que las mujeres sin hogar enfrentan múltiples

barreras institucionales y administrativas que complican significativamente su acceso a la atención sanitaria. Estas barreras son especialmente pronunciadas en el contexto de la violencia de género, donde las mujeres experimentan formas de violencia institucional que incrementan sus riesgos y dificultan su inclusión social<sup>55</sup>.

Ambos estudios subrayan la necesidad de integrar una perspectiva de género y un enfoque interseccional en los servicios ofrecidos a esta población, promoviendo apoyos integrales que puedan romper los ciclos de violencia y facilitar la recuperación de las mujeres sin hogar. Ambos estudios abogan por la necesidad de reformas en las políticas y prácticas actuales para garantizar una atención más justa y efectiva para este grupo vulnerable<sup>55</sup>.

## 5.2 Estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona

### 5.2.1. Integración de los servicios

La integración de los servicios en Barcelona ha demostrado ser una estrategia efectiva para superar las barreras de acceso a la atención médica para las personas sin hogar. Este enfoque coordina servicios de salud, vivienda y apoyo social, proporcionando una atención integral y centrada en la persona. Los resultados del análisis aquí presentado siguen la estela del modelo descrito en el trabajo "El primer hogar: un modelo de gestión social en Barcelona" de Lesly Nadir Shica Seguil y Joaquim Brugué Torruella, que destaca la efectividad del modelo Housing First en la mejora de la calidad de vida, la seguridad y la salud mental de las personas sin hogar, facilitando su reintegración social<sup>56,57</sup>.

El modelo Housing First, que aboga por la asignación de una vivienda estable antes de abordar otros problemas, ha demostrado ser altamente efectivo<sup>56</sup>. La bibliografía consultada apunta que los participantes en programas de integración de servicios experimentan una mayor retención de vivienda, mejor acceso a servicios de salud y mayor participación en actividades de rehabilitación. Estos hallazgos refuerzan los resultados del trabajo de campo realizado en el Hospital Dos de Maig, que también subrayan la importancia de un enfoque integrado para abordar las necesidades múltiples y complejas de las personas sin hogar en Barcelona.

## 5.2.2 Atención personalizada

La atención personalizada en Barcelona se revela como esencial para mejorar la efectividad de las intervenciones dirigidas a las personas sin hogar. Esta estrategia, que adapta planes de tratamiento y apoyo a las necesidades individuales, mejora la participación y el bienestar de los beneficiarios. Estos resultados encajan con el estudio realizado en Tenerife por Daniel Buraschi *et al* "Sinhogarismo: el punto ciego del estado de bienestar durante la crisis del Covid-19", que también destaca la importancia de la atención personalizada durante la pandemia para abordar eficazmente las necesidades de las personas sin hogar<sup>57</sup>.

Los dos estudios enfatizan que la falta de atención personalizada puede aumentar las dificultades enfrentadas por las personas sin hogar. Durante la pandemia, por ejemplo, la implementación de soluciones estándar y no adaptadas resultó en una atención ineficaz, perpetuando la vulnerabilidad de esta población<sup>57</sup>. Por lo tanto, tanto el presente trabajo como el de Buraschi concurren en que los enfoques individualizados son cruciales para mejorar la calidad de vida y la efectividad de las intervenciones dirigidas a las personas sin hogar.

## 5.2.3 Capacitación y sensibilización del personal de los servicios sanitarios y sociales

La capacitación y sensibilización del personal sanitario en Barcelona son estrategias esenciales para mejorar la efectividad de las intervenciones dirigidas a las personas sin hogar. Esta perspectiva se ajusta con el trabajo de fin de grado "Formación del personal sanitario en el trato a las personas sin hogar. Una perspectiva desde la discriminación y la estigmatización" de Laura Perestelo y Alexi González, que refiere la importancia de la formación de estos profesionales para reducir la estigmatización y discriminación hacia las personas sin hogar<sup>51</sup>.

El estudio destaca que, aunque existen programas de formación, aún es necesario desarrollar estrategias más amplias y generalizadas. Esto sigue la línea de lo que se menciona en esta investigación, donde se enfatiza la necesidad de capacitar al personal en prácticas basadas en la evidencia y en la sensibilización sobre los prejuicios. La empatía y la comprensión de las experiencias de las personas sin hogar son cruciales para mejorar la calidad del servicio y promover un cambio cultural dentro de las organizaciones sanitarias.

## 5.2.4 Evaluación continua y adaptación de servicios

La evaluación continua y la adaptación de servicios son esenciales para la efectividad de las intervenciones dirigidas a personas sin hogar en Barcelona. El estudio aquí presentado destaca la importancia de evaluar sistemáticamente los servicios, midiendo tanto los resultados inmediatos como a largo plazo, e identificando áreas de mejora en la coordinación y en la implementación de prácticas basadas en la evidencia. La recolección y análisis de datos sobre el acceso, la satisfacción del usuario y los resultados a largo plazo son muy importantes para entender el impacto real de las políticas y programas implementados<sup>57</sup>.

Comparando estos hallazgos con los del estudio "Salud e integración de las mujeres inmigrantes" de Aitana Torró, ambos abogan por la necesidad de una evaluación continua y adaptativa<sup>58</sup>. Torró destaca que las políticas de integración deben ser evaluadas regularmente para identificar y corregir deficiencias, subrayando la importancia de considerar múltiples dimensiones de desigualdad en la evaluación. La integración de un enfoque de derechos humanos y la perspectiva interseccional es vital para abordar las barreras estructurales. Así, tanto este documento como el consultado demuestran que la evaluación continua y la adaptación de servicios son vitales para mejorar la efectividad de las intervenciones y lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios sanitarios<sup>58</sup>.

## 5.2.5 La perspectiva de género en las estrategias implementadas

Los resultados del estudio sobre las estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona para superar las barreras de acceso a la atención médica para las personas sin hogar muestran la necesidad de enfoques integrados y sensibles a las particularidades de género. Estos hallazgos corresponden con el ya mencionado estudio "Desafiando el silencio: mujeres sin hogar, violencia de género y las barreras institucionales a debate", que subraya la importancia de capacitar y sensibilizar a los profesionales de salud y sociales para abordar de forma efectiva las necesidades específicas de las mujeres sin hogar que enfrentan violencia de género<sup>54</sup>.

De esta manera, los dos documentos concluyen que la falta de una perspectiva de género en los servicios de atención incrementa los riesgos y perpetúa la exclusión social y sanitaria de estas mujeres. Se enfatiza la necesidad de un enfoque interseccional y de

apoyo integral que considere no sólo las necesidades de salud, sino también las de protección y recuperación social para las mujeres que han sufrido violencia de género.

### 5.3 Impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados)

En relación a este punto, no se encontraron datos ni documentos dedicados específicamente a la situación administrativa de las personas sin hogar en Barcelona o en Cataluña o sobre cómo esta situación podría afectar directamente el acceso a los recursos de salud.

Si bien a nivel nacional sí existen informes que abordan el impacto de la situación administrativa en el acceso a los servicios sanitarios para las personas sin hogar, la falta de documentación específica para la región de interés impide una evaluación precisa del impacto de la situación administrativa en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios y sugiere la necesidad de investigaciones adicionales para identificar estrategias adecuadas que aborden estas barreras.

Sin documentación específica sobre la situación administrativa en Barcelona, es difícil evaluar si la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig representa adecuadamente a la población sin hogar de la ciudad en dicha dimensión.

Aun así, en estudios previos consultados sobre sinhogarismo en Barcelona y Cataluña, se menciona la situación administrativa de las personas sin hogar, lo que ha permitido comparar estos hallazgos con el objetivo de investigación. Así, se puede observar que existen coincidencias y discrepancias en la literatura revisada. Por ejemplo, el estudio de Laura Navarro Capilla en su trabajo "L'accés de les persones sense llar al sistema sanitari català"<sup>60</sup> menciona que la falta de documentación y de un padrón activo son barreras significativas para el acceso a la salud. Esto corrobora nuestros hallazgos sobre las dificultades que enfrentan las personas sin hogar, particularmente los migrantes, para acceder a servicios de salud debido a su estatus administrativo.

En otro estudio, Jessica Sánchez Martín en su trabajo de final de grado en Trabajo Social resalta problemas similares, especialmente en el acceso a servicios especializados, que son particularmente restrictivos para personas sin la documentación adecuada<sup>61</sup>. Estas barreras administrativas crean un ciclo de exclusión y vulnerabilidad que impacta negativamente en la salud de estas personas.



## 5.4 Análisis de la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig

### 5.4.1 Distribución por edad y género

La comparación de los datos de la muestra recogida en el Hospital Dos de Maig durante 2023 con el informe "Vivir en la calle en Barcelona" revela que ambos conjuntos de datos son consistentes en términos de distribución de género, con una proporción similar de hombres y mujeres. Sin embargo, hay una diferencia en la edad media, con los pacientes del hospital siendo mayores en promedio. Esta disparidad podría indicar que las personas mayores sin hogar pueden tener una mayor necesidad de atención médica o enfrentan más barreras para mantenerse saludables, lo que los lleva a buscar atención en el hospital más frecuentemente.

### 5.4.2 Nacionalidad

El informe "L'accés de les persones sense llar i el sistema sanitari català" también indica una diversidad en la nacionalidad de las personas sin hogar, destacando una presencia considerable de personas extranjeras<sup>59</sup>.

Esto se alinea parcialmente con los resultados del Hospital Dos de Maig, que muestra una predominancia de pacientes de nacionalidad española, pero también incluye representaciones de otras nacionalidades como búlgaras, rumanas y marroquíes. Esta diferencia puede indicar que los pacientes extranjeros enfrentan barreras adicionales para acceder a la atención médica, como se sugiere en estudios previos.

### 5.4.3 Categorías ETHOS

La mayoría de los pacientes del Hospital Dos de Maig se encuentran en las categorías «Sin hogar» y «Sin techo», lo que refleja una alta vulnerabilidad. El estudio de Navarro Capilla subraya la importancia de la clasificación ETHOS para entender la situación de vulnerabilidad de las personas sin hogar<sup>59</sup>. Este hallazgo es consistente con el perfil descrito en estudios previos, indicando que las personas en las condiciones más precarias son las que más frecuentemente acceden a los servicios de emergencia hospitalaria.

#### 5.4.4 Vinculación a recursos sanitarios

La falta de vinculación a los recursos sanitarios es un tema recurrente en la literatura consultada. Navarro Capilla destaca que las barreras administrativas y la falta de coordinación entre servicios dificultan el acceso continuo a la atención médica para las personas sin hogar<sup>60</sup>. La muestra del Hospital Dos de Maig, presenta un 96% de pacientes no vinculados a servicios de salud , lo que subraya esta problemática y evidencia la necesidad de mejorar la integración y seguimiento de estos pacientes en el sistema sanitario.

Estos hallazgos corroboran y amplían los resultados de estudios previos, indicando que, aunque se han realizado esfuerzos para mejorar el acceso a la atención médica para las personas sin hogar, persisten significativas barreras estructurales y administrativas<sup>60,61</sup>. La coherencia entre los datos del Hospital Dos de Maig y los estudios anteriores refuerza la necesidad de continuar desarrollando e implementando estrategias específicas que aborden estas barreras de manera efectiva.

## 6. Aplicabilidad y nuevas líneas de investigación

A raíz de los resultados del estudio, se han planteado nuevos retos y dudas que requieren una investigación más profunda para mejorar la atención sanitaria a las personas sin hogar en Barcelona. Estos desafíos destacan la necesidad de explorar la variabilidad en la efectividad de los programas de atención personalizada entre diferentes subgrupos dentro de la población sin hogar, considerando factores como la edad, el género y la nacionalidad. Además, es crucial investigar el impacto potencial de la eliminación de ciertos requisitos administrativos (como la necesidad de una dirección fija) en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud.

La mejora de la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales se presenta como otra área esencial de estudio, con el objetivo de ofrecer una atención más integrada y eficiente. Asimismo, es necesario identificar y evaluar las estrategias de vinculación y seguimiento que han demostrado ser más efectivas para asegurar la continuidad de la atención médica en personas sin hogar.

Las siguientes preguntas abren nuevas vías para futuras investigaciones, orientadas a superar las barreras existentes y a desarrollar intervenciones más inclusivas y efectivas:

- ¿Cómo varía la efectividad de los programas de atención personalizada entre diferentes subgrupos dentro de la población sin hogar (por ejemplo, según edad, género, nacionalidad)?
- ¿Qué impacto tendría la eliminación de ciertos requisitos administrativos (como la necesidad de una dirección fija) en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud por parte de la población sin hogar?
- ¿Cómo puede mejorarse la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales para ofrecer una atención más integrada y eficiente a las personas sin hogar?
- ¿Qué estrategias de vinculación y seguimiento han demostrado ser más efectivas para asegurar la continuidad de la atención médica en personas sin hogar?

## 6.1 Propuesta de proyecto de investigación: «Estrategias para mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona: un estudio integral»

La población sin hogar en Barcelona enfrenta múltiples barreras para acceder a servicios sanitarios adecuados, lo que exacerba sus condiciones de salud y perpetúa ciclos de vulnerabilidad. Estudios previos han identificado desafíos significativos, incluyendo la falta de documentación, la falta de una dirección fija, y la necesidad de una mayor coordinación entre servicios sociales y de salud. Este proyecto de investigación busca evaluar estas barreras.

### 6.1.1 Objetivos

#### Objetivo Principal

- Evaluar la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona.

#### Objetivos Secundarios

- Analizar la variabilidad en la efectividad de los programas de atención personalizada entre diferentes subgrupos dentro de la población sin hogar (según edad, género y nacionalidad).
- Evaluar el impacto de la eliminación de ciertos requisitos administrativos, como la necesidad de una dirección fija, en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud por parte de la población sin hogar.
- Evaluar la coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales identificando factores que dificulten una atención más integrada y eficiente a las personas sin hogar, incluyendo estrategias de vinculación y seguimiento efectivas.

### 6.1.2 Metodología

El proyecto de investigación seguirá un diseño mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos y se consultarán tanto fuentes primarias como secundarias. Como fuentes primarias, se llevarán a cabo entrevistas con diferentes profesionales de recursos públicos social y sanitarios (centros de atención primaria, hospitales de agudos, centros

de servicios sociales, SIS, CUESB, SAIER) y profesionales de organizaciones del tercer sector (Cáritas, Arrels Fundació). También se realizarán entrevistas y encuestas a personas que se encuentren en situación de sinhogarismo. En cuanto a las fuentes secundarias, se consultarán datos estadísticos relacionados con la atención de personas en situación de sinhogarismo en los principales hospitales de Barcelona.

### 6.1.2.1 Población y muestra

La población de interés se divide en dos grupos. El primero incluye personas sin hogar que vivan en Barcelona, tanto documentadas como indocumentadas. La muestra se seleccionará mediante un muestreo estratificado para asegurar la representación adecuada de estos subgrupos. Se espera incluir aproximadamente 50 participantes.

El segundo grupo de participantes se centrará en profesionales de diferentes instituciones como centros de atención primaria, hospitales, refugios y organizaciones sin fines de lucro que trabajan con personas sin hogar. Se espera contar con unos 20 participantes.

### 6.1.2.2 Sistema de recogida de datos

Se recogerán datos en tres áreas diferentes:

- Entrevistas a personas sin hogar: Las preguntas se centrarán en la autopercepción de las dificultades para acceder a los recursos de salud, incluyendo aspectos como la documentación, barreras idiomáticas y otras barreras percibidas.
- Entrevistas a profesionales de los servicios públicos y del tercer sector: Se les preguntará sobre la autopercepción de las dificultades que presentan las personas sin hogar en el acceso a los recursos de salud, la valoración de la eliminación de ciertos requisitos administrativos y algunas propuestas de mejora. Los profesionales entrevistados pertenecerán a servicios públicos de salud, servicios sociales y organizaciones del tercer sector como Cáritas y Arrels Fundació.
- Datos estadísticos: Se analizarán datos estadísticos extraídos de los principales hospitales de agudos de Barcelona, incluyendo una versión

ampliada del documento "Dades sense llar HDM 2023" y encuestas realizadas a las personas sin hogar que vivan en Barcelona.

### 6.1.2.3 Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizarán utilizando técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales con el *software* SPSS. Las variables dependientes incluirán la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios, la continuidad de la atención médica y la satisfacción del usuario. Las variables independientes incluirán la situación administrativa, edad, género, nacionalidad, tipo de intervención recibida, y las barreras percibidas.

Los datos cualitativos de las entrevistas en profundidad se analizarán mediante análisis temático utilizando el *software* NVivo. Este análisis permitirá identificar patrones y temas recurrentes en las experiencias y percepciones de las personas sin hogar.

### 6.1.2.4 Resultados

Se espera que los resultados arrojen luz sobre las dificultades específicas que enfrentan las personas sin hogar en Barcelona para acceder a los servicios de salud. Estos resultados proporcionarán datos cuantitativos y cualitativos sobre las barreras estructurales, sociales y de salud, así como la efectividad de las estrategias implementadas para superarlas.

### 6.1.2.5 Discusión

Gracias a los resultados, se discutirá la mejor manera de abordar las barreras identificadas, evaluando la eficacia de las estrategias actuales y proponiendo mejoras basadas en la evidencia. La discusión se centrará en interpretar los datos recopilados, compararlos con estudios previos y analizar las implicaciones teóricas y prácticas de los hallazgos. Se examinarán las limitaciones del estudio y se sugerirán áreas para futuras investigaciones.

### 6.1.2.6 Conclusiones

Finalmente, en las conclusiones se resumirán los principales hallazgos del estudio y se destacarán las contribuciones más significativas a la comprensión de las barreras en el acceso a los servicios de salud para las personas sin hogar en Barcelona. Se presentarán recomendaciones específicas para políticas y prácticas que puedan mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria para esta población vulnerable, alineándose con los objetivos de equidad en salud y bienestar.

### 6.1.2.7 Consideraciones éticas

Se respetarán los principios éticos en la investigación con seres humanos, incluyendo la obtención de consentimientos informados y la protección de la privacidad de los participantes. El estudio seguirá las directrices establecidas por el Comité de Ética en Investigación de la Universitat Oberta de Catalunya. Se adherirán los principios de bioética del Informe Belmont, incluyendo el respeto por la persona, la beneficencia y la justicia, así como la normativa nacional de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal y el Reglamento de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea.

## 6.2 Nuevos horizontes en la atención de las personas sin hogar

Durante la revisión bibliográfica, se identificaron dos aspectos adicionales relevantes para la discusión del trabajo sobre las barreras de acceso a los servicios de salud para las personas sin hogar en Barcelona.

Primero, cabe mencionar la publicación de un grupo de trabajo promovido por el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB). Este documento, resultado de unas jornadas celebradas hace un par de años, ofrece una serie de propuestas concretas para mejorar la atención sanitaria de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. El grupo de trabajo #SalutSenseLlar del COMB resalta la necesidad de crear el «Codi SENSELLAR» para priorizar la atención sanitaria y el «CAP ZERO» para evitar la sectorización de las personas sin domicilio fijo, asegurando así una atención continua y coordinada<sup>62</sup>.

En segundo lugar, la creación de la Agencia Integrada de Atención Social y Sanitaria en Cataluña (AISS) representa un avance significativo en la atención integrada a las personas más vulnerables, incluyendo a aquellas en situación de sinhogarismo. La AISS

tiene como objetivo facilitar una coordinación efectiva entre los servicios sociales y sanitarios, promoviendo una atención centrada en la persona y adaptada a las necesidades específicas de cada individuo<sup>63</sup>.

Estas propuestas son prometedoras y podrían tener un impacto positivo significativo en la reducción de las barreras de acceso a los servicios de salud para las personas sin hogar en Barcelona, alineándose con los esfuerzos globales para garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad.



## 7. Conclusiones

Este apartado se estructura a través de los objetivos planteados en el punto 2, proporcionando una reflexión final sobre los hallazgos y su relevancia. Se abordan los objetivos específicos, destacando las principales conclusiones obtenidas de la revisión bibliográfica y el análisis de datos, así como las implicaciones prácticas y teóricas de los resultados.

### **Objetivo 1: Barreras específicas que enfrentan las personas sin hogar en Barcelona para acceder a los servicios de salud**

La investigación ha identificado varias barreras significativas que impiden el acceso de las personas sin hogar a los servicios de salud en Barcelona. Entre las barreras estructurales se destacan la falta de documentación y de un domicilio estable, lo cual dificulta la inscripción y el acceso regular a los servicios sanitarios.

La escasa disponibilidad de servicios sanitarios adaptados a las necesidades de esta población, sobre todo en términos de horarios, también representa un obstáculo considerable.

Además, se han identificado problemas de salud específicos, como una alta prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones de salud mental, complicadas por el difícil acceso a tratamientos continuos y medicamentos. La incidencia de adicciones y enfermedades infecciosas requiere un enfoque especializado y continuado que no siempre está disponible.

Aspectos sociales, como la estigmatización y discriminación, así como la falta de coordinación entre los servicios sociales y de salud, agravan la situación. En cuanto a la perspectiva de género, las mujeres sin hogar enfrentan riesgos adicionales de violencia y abuso, con acceso limitado a programas de salud adaptados a sus necesidades.

Estos hallazgos se alinean con el ODS 3 (Salud y Bienestar), que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), al evidenciar la necesidad de abordar las desigualdades en el acceso a servicios de salud.

## **Objetivo 2: Estrategias implementadas por los servicios de salud en Barcelona para superar las barreras de acceso a la atención médica para las personas sin hogar**

Se han implementado diversas estrategias en Barcelona para mejorar el acceso a los servicios de salud para las personas sin hogar. Entre estas, destacan la integración de servicios, la atención personalizada y la formación de equipos multidisciplinares.

La integración de servicios combina atención médica, vivienda y apoyo social en un marco coordinado, lo que facilita el acceso a los recursos necesarios. La atención personalizada asegura que cada individuo reciba un plan de tratamiento adaptado a sus necesidades específicas, mejorando la participación en el proceso de recuperación. La formación de equipos multidisciplinares permite un diagnóstico completo y la planificación de intervenciones que abordan todos los aspectos de la vida de una persona. Además, la capacitación y sensibilización del personal sanitario han sido cruciales para mejorar la calidad del servicio y promover un trato más humano y respetuoso.

Estas estrategias están en consonancia con el ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles), ya que promueven una atención más inclusiva y efectiva dentro de las comunidades urbanas.

## **Objetivo 3: Impacto de la situación administrativa (documentados frente a indocumentados) en la accesibilidad y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población sin hogar en Barcelona**

El estudio ha revelado que la situación administrativa de las personas sin hogar tiene un impacto significativo en su acceso a los servicios sanitarios. Las personas indocumentadas enfrentan mayores barreras debido a la falta de documentación, lo que limita su acceso a los servicios de salud y otros recursos sociales. Aunque no se encontraron datos específicos en algunos documentos locales, la literatura nacional sugiere que las barreras administrativas son un problema generalizado que afecta gravemente a esta población. Es fundamental simplificar los procedimientos administrativos y garantizar que todos los ciudadanos, independientemente de la situación administrativa, tengan acceso a la atención sanitaria.

Este objetivo se alinea con el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), ya que se enfoca en reducir las desigualdades en el acceso a los servicios básicos.

#### **Objetivo 4: Analizar si la muestra recogida de pacientes en situación de sinhogarismo atendidos en el Hospital Dos de Maig refleja el perfil de la población sin hogar en la ciudad de Barcelona**

La muestra recogida en el Hospital Dos de Maig refleja adecuadamente el perfil de la población sin hogar en términos de género y condiciones de vulnerabilidad. La mayoría de los pacientes atendidos son hombres, y una alta proporción se encuentra en situaciones de alta vulnerabilidad como «Sin hogar» y «Sin techo». Sin embargo, se observó que la edad media de los pacientes del hospital es mayor en comparación con la edad media de la población sin hogar en general, y hay una menor diversidad de nacionalidades. Estos resultados sugieren que algunos subgrupos de la población sin hogar pueden estar poco representados en la muestra del hospital.

Estos hallazgos están alineados con el ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), al evidenciar la necesidad de asegurar que todos los subgrupos dentro de la población sin hogar reciban atención sanitaria adecuada y equitativa.

## 8. Bibliografía

1. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [consultado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
2. De la Fuente-Roldán, I. N. La realidad conceptual del sinhogarismo. Reflexiones para un abordaje comprensivo. Cuadernos de Trabajo Social [internet]. 2023 [consultado 14 de febrero de 2024]; 36(1), 61-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8785659>
3. Tipología Ethos [Internet]. Www.uv.es. [citado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.uv.es/laboratorio-sociales-sociallab/es/observatorios-sociedad-valenciana/personas-hogar/metodologia/tipologia-ethos.html>
4. ONU. Vivienda para todos: Un mejor futuro urbano. [Internet]. 2020;. Disponible en: [https://urbanoctober.unhabitat.org/sites/default/files/2020-08/WHd%20Concept%20Note\\_Spanish.pdf](https://urbanoctober.unhabitat.org/sites/default/files/2020-08/WHd%20Concept%20Note_Spanish.pdf)
5. FEANTSA 8th overview of housing exclusion in Europe. Belgica: FEANTSA; 5 de septiembre de 2023 135 pag. Disponible en: [https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport\\_EN.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport_EN.pdf)
6. INE. Encuesta a las personas sin hogar Año 2022 . [Internet]. 2022;. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/epsh\\_2022.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf)
7. Petroff AP. 2023: Un año de grandes avances en políticas públicas sobre sinhogarismo - HOGAR SÍ [Internet]. HOGAR SÍ. 2023 [consultado el 14 de abril de 2024]. Disponible en: <https://hogarsi.org/2023-un-ano-de-grandes-avances-en-politicas-publicas-sobre-sinhogarismo/>
8. ARRELS FUNDACIÓ (2023). Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. Barcelona: Arrels Fundació; 6 de marzo de 2023. 40 páginas. Informe nº 4. Disponible en: [https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2023/03/informe\\_viure-al-carrer\\_BCN\\_num4\\_web.pdf](https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2023/03/informe_viure-al-carrer_BCN_num4_web.pdf)
9. Generalitat de Catalunya – Departament de Drets Socials. Marc d'acció per a l'abordatge del sensellarisme a catalunya 2022-2025. Barcelona: Gencat; 31 de marzo de 2022. 138 páginas- Disponible en: <https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/05plansactuacio/inclusio-cohesio-social/Annex-Marc-accio-abordatge-sensellarisme-v.-15-3-22.pdf>

10. Alcántara Moreno G, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* [Internet]. 2008;9(1):93-107. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
11. Hopkins, Jonathan, and Manjulaa Narasimhan. Access to self-care interventions can improve health outcomes for people experiencing homelessness. *BMJ (Clinical research ed.)* [internet]. 2022 marzo [consultado el 09 de marzo de 2024] vol. 376: 1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8943590/>
12. García Padilla, F., Sánchez Alcón, M., Ortega Galán, A.M., Rosa Díaz, J., Gómez Beltrán, P.A., Ramos Pichardo, J.D.: Condiciones de vida y salud de la población inmigrante de los asentamientos de Huelva. *Revista Española de Salud Pública* [internet]. 2021 julio [consultado el 09 de abril de 2024]; Vol. 95, 1-17. Disponible en: [https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/20470/RS95C\\_202107113.pdf?sequence=2](https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/20470/RS95C_202107113.pdf?sequence=2)
13. Roca Lahiguera D; Bilbeny de Fortuny B; Clusa Gironella T; et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona Estudio ESSELLA Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria [internet]. 2022 septiembre [consultado el 09 de abril de 2024]., Vol. 54, Nº. 10, pág. 6 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9493295/>
14. Comisión Europea. Puesta en marcha de la Plataforma Europea para Combatir el Sinhogarismo. [Internet]. 2021;. Disponible en: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/es/ip\\_21\\_3044/IP\\_21\\_3044\\_ES.pdf](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/api/files/document/print/es/ip_21_3044/IP_21_3044_ES.pdf) Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar en España
15. Ministerios de derechos sociales y agenda 2030. Estrategia de desarrollo sostenible 2030 un proyecto de país para hacer realidad la agenda 2030: Madrid: Ministerio de derechos sociales y agenda 2030 centro de publicaciones; 7 de mayo de 2020. 260 páginas. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>
16. Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda. Boletín Oficial del Estado, nº 124 (25-05-2023).

17. Gencat. Estratègia Integral per a l'abordatge del Sensellarisme a Catalunya [Internet]. Gencat.cat. [consultado el 21 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://participa.gencat.cat/assemblees/c4WVc0RmZF\\_SINHOGARISMO\\_ENCUBIERTO\\_en\\_mujeres.pdf](https://participa.gencat.cat/assemblees/c4WVc0RmZF_SINHOGARISMO_ENCUBIERTO_en_mujeres.pdf)
18. Villa-Rodríguez KG, de la Fuente-Roldán IN, Sánchez-Moreno E. Una aproximación a la exclusión residencial que afecta a las mujeres migrantes: el sinhogarismo oculto. Revista OBETS [Internet]. 25 de julio de 2023 [consultado el 29 de marzo de 2024];18(2):397-418. Disponible en: <https://revistaobets.ua.es/article/view/22951>
19. Barrera Tobares, Sofía. Sinhogarismo invisible. El caso de las mujeres sin hogar [TFG en internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2018 [consultado el 6 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/126695/1/TFG-SOC-Barrera-Sofia-JUN18.pdf>
20. Santamaria Verdú, Pere. Les dones en situació de sensellarisme, i com la perspectiva de gènere ha de fer-els visibles. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 2019 [consultado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/102627/6/psantamariavTFG0619\\_memòria.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/102627/6/psantamariavTFG0619_memòria.pdf)
21. Rodríguez Gómez, D.; Valldeoriola Roquet, J. . Metodología de la investigación [recurso de aprendizaje]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC); 2020 [consultado 17 de enero de 2024]. Disponible en: [https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/77607/2/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n\\_M%C3%B3dul%201.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/77607/2/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n_M%C3%B3dul%201.pdf)
22. Fàbregues Feijó, S.; Serra Sutton, V. La evaluación de la calidad de los estudios incluidos en revisiones sistemáticas. [recurso de aprendizaje]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC); 2020 [consultado 19 de enero de 2024]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/148520/3/LaEvaluacionDeLaCalidadDeLosEstudiosIncluidosEnRevisionesSistematicas.pdf>
23. Reventós M;oret, J. Sistemas de base de datos [recurso de aprendizaje]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya (UOC); 2020 [consultado 20 de enero de 2024]. Disponible en: [https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/69205/1/Bases%20de%20datos\\_M%C3%B3dul%201\\_Sistemas%20de%20base%20de%20datos.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/69205/1/Bases%20de%20datos_M%C3%B3dul%201_Sistemas%20de%20base%20de%20datos.pdf)
24. UOC. Biblioteca [Internet]. Barcelona: Uoc.edu. [actualizado 2023, consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.uoc.edu/es/>

25. BVS. Biblioteca Virtual de Salud España [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1998 [actualizado 2024, consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://bvsalud.isciii.es>
26. IACS, Guíasalud [internet]. Aragón: Instituto Aragonés de Ciencias de Salud; 2005 [actualizado 2024, consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/quienes-somos/servicios-y-productos/>
27. NHS. National Health Service [internet]. England: NHS; 2013 [actualizado 2024, consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/about/>
28. Canadian Medical Association [Internet]. Canada: Canadian Medical Association; 1996 [actualizado 2024, consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cma.ca/about-us>
29. Cochrane [Internet]. New York: Cochran; 1997 [actualizado 2024 consultado el 9 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/about-us/our-global-community>
30. National Library of Medicine. MedlinePlus: información de salud para usted [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1998 [actualizado 2024, consultado 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish>
31. TripDatabase [Internet]. Oregon: TRIP; 2000 [actualizado 2023, consultado 12 de febrero de 2024]. <https://www.tripdatabase.com/About>
32. Biosca Gómez de Tejadam Mercè. Medicina basada en la evidencia. [recurso de aprendizaje]. Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya (FUOC); 2020 [consultado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://cvapp.uoc.edu/autors/MostraPDFMaterialAction.do?id=186897>
33. Batthyány, K., Cabrera, M., Alesina, L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., ... & Rojo, V.. Metodología de la investigación para las ciencias sociales: apuntes para un curso inicial. Montevideo: Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República; 2011. 98 páginas.
34. Ferro María, Molina Rodríguez Luzcarín, Rodríguez G William A. La bioética y sus principios. Acta odontol. venez [Internet]. 2009 Jun [citado 2024 Mayo 27]; 47( 2 ): 481-487. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es).
35. Mejía MJ, Moreno JJ. Salud Mental y Bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana

- [internet]- 2013 [consultado el 30 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.uv.es/SaludMental\\_Bioetica.pdf](https://www.uv.es/SaludMental_Bioetica.pdf)
36. Mingote Adán JC, del Pino Cuadrado P, Gálvez Herrer M, Gutiérrez García MD, Sánchez Alaejos R. Utilidad preventiva del constructo “trastorno mental grave” en el ámbito sociosanitario. Med. Secur. Trab. [internet] 2010 Dic [consultado el 2 de febrero de 2024]: 56(221): 306-322. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2010000400006&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2010000400006&lng=es)
  37. Desviat M; Moreno A. Aspectos éticos de la competencia del paciente con trastorno mental grave. Formación Médica Continuada en Atención Primaria [internet]. 2006 mayo [consultado el 6 de febrero de 2024]; Vol. 13 (5): 263-267 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1134207206713202/first-page-pdf>
  38. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, nº 294 (06-12-2018).
  39. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (4-5-2016)
  40. Col·legi de Metges de Barcelona. El Col·legi de Metges de Barcelona celebra la jornada #SalutSenseLlar [internet]. Barcelona: CMB; 2022 [actualizado 2024, consultado el 06 de marzo de 2024] Disponible en <https://www.comb.cat/ca/comunicacio/noticies/el-collegi-de-metges-de-barcelona-celebra-la-jornada-salutsensellar>
  41. Gómez Gómez, Patricia. Exclusió i Sensellarisme. Un fenomen global: Alimara: revista de treball social [internet] 2019 enero [consultado el 2 de febrero de 2024], Nº. 60, 1-18. Disponible en: [https://www.revistaalimara.net/revista/wp-content/uploads/2019/02/Revista-Alimara-60\\_Article-03.pdf](https://www.revistaalimara.net/revista/wp-content/uploads/2019/02/Revista-Alimara-60_Article-03.pdf)
  42. Taula d'entitats del tercer sector social de Catalunya. Crisis, empobrecimiento y personas sin hogar. Barcelona: Taula d'entitats del tercer sector social de Catalunya; abril de 2014. 32 páginas. Informe nº 34. Disponible en: [https://www.tercersector.cat/sites/default/files/dossier\\_crisis\\_empobrecimiento\\_y\\_personas\\_sin\\_hogar\\_2.pdf](https://www.tercersector.cat/sites/default/files/dossier_crisis_empobrecimiento_y_personas_sin_hogar_2.pdf)
  43. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española



- de Familia y Comunitaria [internet]. 2022 septiembre [consultado el 6 de marzo de 2024] 54(10) 1-14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656722001780>
44. Botija, Mercedes & Vázquez-Cañete, Ana & Esteban-Romaní, Laura.. Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida. Gaceta Sanitaria [internet]. 2024 enero. 38 (1) 1-6. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911124000359>
45. Rubio Arribas, Francisco Javier. Ciudadanos Y Ciudadanas Altamente Estigmatizados Y/o Excluidos: Las "Personas Sin Hogar". Nómadas. Revista Crítica de ciencias Sociales y Jurídicas [internet]. 2007 enero. [consultado el 19 de febrero de 2024] 7 1-15. Disponible en: <https://theoria.eu/nomadas/15/fjrubiobarribas.pdf>
46. Bertran i Brancós, Mònica. "Si no hi ha malaltia, n'hi haurà": propostes per a l'atenció sanitària a persones sense llar. 3CAT [internet]. 4 de abril de 2024 [consultado el 23 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ccma.cat/324/si-no-hi-ha-malaltia-nhi-haura-propostes-per-a-latencio-sanitaria-a-persones-sense-llar/noticia/3285015/>
47. Caritas. Presentación del Informe sobre el sinhogarismo en Barcelona . 31 de diciembre de 2015. [consultado el 20 de marzo de 2024] En: Blog de Cáritas Barcelona [internet]. Barcelona: Caritas. 2015. Disponible en: <https://blog.caritas.barcelona/es/sin-hogar-y-vivienda/presentacion-del-informe-sobre-el-sinhogarismo-en-barcelona/>
48. Botija M, Panadero S, Matulic MV. Las personas en situación de sinhogarismo en la Agenda 2030. Prisma Social [Internet]. 31 de enero de 2024 [consultado el 27 de febrero de 2024];(44):1-3. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/5400>
49. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Les persones en situació de sense llar a la ciutat de Barcelona. L'acompanyament des del treball social. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Revisat per l'Assessoria de publicacions no periòdiques del Col·legi; 186 pàgines. Monogràfic. Disponible en: [https://www.tscat.cat/download/Monografic%2016\\_Sensellarisme.pdf](https://www.tscat.cat/download/Monografic%2016_Sensellarisme.pdf)
50. ARRELS FUNDACIÓ (2023). Memòria 2022. Barcelona: Arrels Fundació; 20 de junio de 2023. 5 pàgines. Disponible en: [https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2023/06/Memoria2022\\_ArrelsFundacio.pdf](https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2023/06/Memoria2022_ArrelsFundacio.pdf)
51. Perestelo Plasencia, Lara. Formación del personal sanitario en el trato a las personas sin hogar. Una perspectiva desde la discriminación y la

- estigmatización. [TFG en internet] Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna ; 2023 [consultado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/33017/Formacion%20del%20personal%20sanitario%20en%20el%20trato%20a%20las%20personas%20sin%20hogar.%20Una%20perspectiva%20desde%20la%20discriminacion%20y%20la%20estigmatizacion..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Aten Primaria. [consultado el 7 de abril de 2024] 2022 octubre;54(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9493295/pdf/main.pdf>
53. Viana Suberviola, Enrique; Szevedo, Francisco Fransualdo de. Vivir en la calle. Aporofobia y cartografía de supervivencia en Barcelona. Ar@cne. Revista Electrónica de Recursos de Internet sobre Geografía y Ciencias Sociales. [internet] 2024 febrero. 28 (287) 1-26; Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/aracne/article/view/43742/41306>
54. Peña Valderrama, Sara. Actuaciones clave en la intervención con mujeres en situación de exclusión residencial y sinhogarismo. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales [internet]. 2023 diciembre [consultado 15 de abril de 2024]; nº 81; 29-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9317084>
55. Matulic Domandzic MV, Fustier-García N, Díaz González JM, González Gómez E. Desafiando el silencio: mujeres sin hogar, violencia de género y las barreras institucionales a debate. Prisma Social [Internet]. 31 de enero de 2024 [consultado el 11 de marzo de 2024];(44):4-30. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/5302>
56. Shica Seguil LN, Torruella JB. El primer hogar: un modelo de gestión social en barcelona. Rdspp [Internet]. 28 de marzo de 2024 [consultado el 8 de abril de 2024];12(1):449-7. Disponible en: <https://portal.unifafibe.com.br:443/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1485>
57. Diez, José Antonio; Buraschi, Daniel; Peñate, Úrsula. "Sinhogarismo: el punto ciego del estado de bienestar durante la crisis del Covid-19". Arxius de Ciències Socials [internet]. 2023 noviembre; [Consultado el 8 de marzo de 2024]. 48, 38-52. Disponible en: <https://eari.uv.es/index.php/arxius/article/view/27472>

58. Torró i Calabuig A. Salud e integración de las mujeres inmigrantes: Una cuestión de derechos desde la interseccionalidad y multigobernanza . *universitas* [Internet]. 8 de enero de 2024 [citado 22 de mayo de 2024];(43):70-100. Disponible en: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/UNIV/article/view/8274>
59. Sánchez Hidalgo, María; Sol Andrés, Maria; Canadell Rusiñol, Josepa; Paloma Fürstenheim Milerud, Laura; Gómez Palomar, Estela; Moya Tena, Marta. Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo. *Atención Primaria* [internet]. 2024 febrero [consultado el 16 de abril de 2024]; 56 (9) 1-11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672400091X#bibl0005>
60. Navarro Capilla, Laura. L'accés de les persones sense llar al sistema sanitari català. [TFM en internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2022. [consultado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/133751/6/Inavarrocapilla22TFM0621memòria.pdf>
61. Sanchez Martín, Jessica. Intervenció en salut amb persones sense llar. [TFG en internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014. [consultado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: [https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61272/1/TFG\\_TS\\_2014\\_Sanchez%20Martin%20Jessica.pdf](https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/61272/1/TFG_TS_2014_Sanchez%20Martin%20Jessica.pdf)
62. Col·legi oficial de metges de Barcelona (ComB). Propostes per oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar. Barcelona: ComB; 2024. Disponible en: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>
63. Generalitat de Catalunya. Atenció integradasocial i sanitària Conceptualització. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2022. 78 pàgines. Disponible en: <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/aiss/docs/aiss-conceptualitzacio.pdf>

## 9. Índice de Tablas

Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en HDM durante el 2023 por grupos de edad

Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en HDM durante el 2023 por nacionalidad

Distribución de pacientes en situación de sin hogar atendidos en HDM durante el 2023 por clasificación ETHOS

## 10. Annexos

### Dades sense llar HDM 2023

ETHOS	GÈNERE	EDAT	NACIONALITAT	SITUACIÓ ADMINISTRATIVA	PADRÓ/TERRITORI	TÉ CIP?	SUPORT FAMILIAR	CÀRREGUES FAMILIARS	S. XARXA SOCIAL	S. XARXA SANITÀRIA	H. CONSUM	MALALTIA CRÒNICA	SIT. ECONÒMICA	DESTÍ ALTA
Habitatge insegur	home	60	espanyola	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	no vinculat	no vinculat	no	Si. Organica	sense ingressos	carrer
Sense habitatge	home	57	espanyola	regulat i documentat	padró fora del territori	si	si	no	SSB	no vinculat	si	no	sense ingressos	carrer
Sense habitatge	home	60	bulgara	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	altres	no vinculat	si	Si. Organica	inferior SMI	hai
Sense habitatge	home	53	romania	regulat i documentat	padró al territori	no	si	si	altres	no vinculat		no	sense ingressos	carrer
Sense habitatge	home	73	espanyola	regulat i documentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	no	Si. Organica	inferior SMI	carrer
Habitatge insegur	dona	60	espanyola		padró al territori	si	no	no	SSB	no vinculat	si	Si. Organica	inferior SMI	altres
Sense habitatge	home	18	desconeguda	irregular i indocumentat		no	no	no	SSB	no vinculat	no	Si. Salut mental	sense ingressos	carrer
Habitatge insegur	home	64	espanyola	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	SSB	no vinculat	no	Si. Salut mental	inferior SMI	hai
Sense sostre	home	61	bulgara	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	altres	no vinculat	si	Si. Organica	sense ingressos	hai
Sense habitatge	home	52	espanyola	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	sis	no vinculat	no	Si. Salut mental	sense ingressos	carrer
Sense habitatge	home	74	espanyola	regulat i documentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	no	Si. Organica	inferior SMI	carrer
Sense sostre	home	65	espanyola	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	sassep	no vinculat	no	Si. Organica	inferior SMI	carrer

Sense habitatge	home	65	espanyola	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	sis	no vinculat	no	Si. Organica	Superior al SMI	carrer
Sense sostre	home	17	gambia	irregular i documentat	padró fora del territori	si	no	no	altres	no vinculat	no	no	sense ingressos	carrer
Sense habitatge	home	74	espanyola	regulat i indocumentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	no	Si. Organica	inferior SMI	carrer
Sense sostre	home	63	espanyola	regulat i documentat	padró fora del territori	si	no	no	sassep	cas	no	Si. Organica	inferior SMI	carrer
Sense habitatge	home	52	paraguai	regulat i documentat	padró al territori	no	si	no	no vinculat	no vinculat	si	Si. Salut mental	inferior SMI	carrer
Habitatge insegur	donada	45	desconeguda	regulat i documentat	padró al territori	si	si	no	altres	no vinculat	no	no	sense ingressos	cel
Sense sostre	home	56	ucrania	irregular i indocumentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	si	Si. Organica	sense ingressos	cel
Sense sostre	home	42	romania	regulat i documentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	si	Si. Salut mental	sense ingressos	altres
Sense habitatge	home	54	marroc	regulat i documentat	padró fora del territori	si	no	no	sassep	no vinculat	no	no	inferior SMI	hai
Sense habitatge	home	48	hongria	regulat i documentat	padró fora del territori	si	no	no	no vinculat	no vinculat	si	Si. Organica	inferior SMI	carrer
Sense sostre	home	54	alemanya	regulat i documentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	no	Si. Organica	sense ingressos	carrer
Sense sostre	home	42	italia	regulat i documentat	padró fora del territori	no	no	no	no vinculat	no vinculat	si	Si. Organica	inferior SMI	altres
Sense habitatge	home	54	marroc	regulat i documentat	padró al territori	si	no	no	sassep	no vinculat	no	Si. Organica	inferior SMI	hai