



ORIGINAL

Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA



Daniel Roca Lahiguera^{a,b,*}, Beatriu Bilbeny de Fortuny^a, Thaïs Clusa Gironella^a, Teresa Fuertes Rodríguez^a, Pau Silva Ruiz^a, Josep Franch-Nadal^{a,c} y Grupo de Estudio del Sinhogarismo (GES) del CAP Raval Sud[◇]

^a Centro de Atención Primaria (CAP) Raval Sud, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Centro de Atención y Seguimiento de las Drogadicciones Baluard (CAS Baluard), Barcelona, Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), Barcelona, España

^c Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona, Fundació IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España

Recibido el 30 de marzo de 2022; aceptado el 3 de agosto de 2022

PALABRAS CLAVE

Estado de Salud;
Sinhogarismo;
Atención Primaria;
Epidemiología;
Población vulnerable

Resumen

Objetivo: Conocer el estado de salud de la población sin hogar.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centro de Salud de Atención Primaria de Raval Sud (Barcelona).

Participantes: Personas mayores de edad en situación de sinhogarismo que han pernoctado en la calle en algún momento.

Mediciones principales: Datos sociodemográficos y tiempo en situación de sinhogarismo. Patologías crónicas, enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias adictivas. Cuestionario HAD sobre ansiedad y depresión. Cuestionario CVRS EQ-5D-3L. Estadística descriptiva.

Resultados: Se analizó la información de 146 pacientes con una media de edad de 51,6 años (DE = 12,8), 87% de sexo masculino y una media de 12 años (DE = 11,9) en situación de sinhogarismo. Se comparó la carga de enfermedad entre el perfil CAS Drogodependencias (Baluard) y el perfil sociosanitario (Arrels Fundació). Los usuarios del CAS presentaron mayores porcentajes de trastornos por uso de sustancias, enfermedades mentales y enfermedades infecciosas transmisibles. Las personas de perfil sociosanitario presentaron en mayor porcentaje enfermedades crónicas (respiratorias, cardiovasculares y oncológicas) y más de la mitad presentaron un trastorno por uso de alcohol y un mayor porcentaje de enfermedad asociada a su consumo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: droca.bcn.ics@gencat.cat (D. Roca Lahiguera).

◇ Los nombres de los componentes del grupo Grupo de Estudio del Sinhogarismo están relacionados en el [anexo 1](#).

Conclusiones: La población sin hogar presenta una elevada carga de enfermedad especialmente para enfermedad mental, adicciones y enfermedades infecciosas transmisibles. Creemos que son necesarios estudios para evaluar el exceso de enfermedad respecto a la población general con sus costes derivados y el diseño de nuevas estrategias para atender dicha carga de enfermedad y su especificidad.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Health status;
Homelessness;
Primary care;
Epidemiology;
Vulnerable population

Analysis of the homeless population health in a disadvantaged district of Barcelona: ESSELLA study

Abstract

Objective: To assess the health status of the homeless population.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Setting: Raval Sud Primary Care Health Center (Barcelona).

Participants: Homeless legal age people who have slept rough at some point in their lives.

Main measurements: Sociodemographic data and time in a situation of homelessness. Chronic pathologies, transmissible infectious diseases, mental illnesses and substance use disorders. HAD questionnaire on anxiety and depression. CVRS EQ-5D-3L questionnaire. Descriptive statistics.

Results: The information of 146 patients with a mean age of 51.6 years (SD = 12.8), 87% male and a mean of 12 years (SD = 11.9) in a situation of homelessness was analyzed. The burden of disease was compared between the CAS profile (Drug addiction center – Baluard) and the socio-sanitary profile (Arrels Foundation). CAS users presented higher percentages of substance use disorders, mental illnesses and transmissible infectious diseases. People with a socio-health profile presented a higher percentage of chronic diseases (respiratory, cardiovascular and oncological) and more than half presented an alcohol use disorder and a higher percentage of disease associated with its consumption.

Conclusions: The homeless population presents a high burden of disease, especially for mental illness, addictions and transmissible infectious diseases. We believe that studies are necessary to evaluate the disease excess compared to the general population with its derived costs and to design new strategies to address this burden of disease and its specificity.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El *sinhogarismo*¹ es un fenómeno creciente en las grandes ciudades de la mayoría de los países desarrollados que viene despertando la inquietud de algunos medios de gran relevancia científica¹. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reconoce en un reciente informe que existen alrededor de 1.9 millones de personas sin hogar en sus 35 países miembros y que se trata de un problema infrarregistrado². En la Unión Europea se estima que 3 millones de personas no tienen un lugar donde vivir y que una noche cualquiera duermen en la calle al menos 700.000 personas³. En España se calcula una cifra de hasta

35.000 personas a pesar de la dificultad para disponer de datos fiables^{4,5}. En la ciudad de Barcelona el número de personas que duermen en la calle ha aumentado en los últimos años^{6,7}, y en el recuento realizado la noche del 10 de junio del 2021 se contabilizaron 1.064⁸. El barrio del Raval del distrito de Ciutat Vella, con unos 48.000 habitantes y con unos indicadores sociales por debajo de la media de Barcelona, tuvo el recuento más elevado^{9,10}.

La desestructuración familiar, unos antecedentes de trauma infantil, la falta de formación académica o profesional, la falta de red de apoyo, la exclusión laboral y las dificultades financieras son factores precipitantes del *sinhogarismo*¹¹. Estas personas tienen dificultades para acceder a la atención social y sanitaria, dificultades de tipo personal, de tipo estructural y sistémico para satisfacer sus necesidades básicas¹². Es conocida la correlación entre determinantes sociales desfavorables y el estado de salud de la población¹³.

La condición de *sinhogar* supone una menor esperanza de vida y una elevada morbilidad en comparación con la población general^{14,15}. El deterioro de la salud es multidimensional e incluye diferentes aspectos como

¹ Los términos *sinhogarismo*, *sinhogar* o *sintecho* (con grafía unitaria) son neologismos recientemente aceptados y referenciados en el Observatorio de palabras de la Real Academia Española con propuesta de incorporación al Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Observatorio de palabras. <https://www.rae.es/observatorio-de-palabras/sinhogarismo>; 2022 [consultado el 23 de Ene 2022].

las enfermedades crónicas (cardiovasculares¹⁶, respiratorias, diabetes), enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis víricas, tuberculosis, ETS)¹⁷, enfermedades mentales y adicciones¹⁸ y lesiones no intencionales producto de enfermedad traumática^{19,20}.

Al inicio, para conocer la realidad del sinhogarismo contactamos con 2 entidades referentes en la atención a personas sin hogar, Arrels Fundació y CAS Baluard, con diferencias en el tipo de usuarios atendidos. En Arrels Fundació atienden desde hace más de 35 años a personas con largos recorridos en situación de sinhogarismo y exclusión grave, acompañándolas en su proceso de reconstrucción personal y hacia su reincorporación social, y en CAS Baluard personas con consumo de sustancias adictivas desde un planteamiento de reducción de daños, con usuarios más jóvenes y con menos trayectoria de pernoctación en la calle.

El objetivo de este estudio es describir el estado de salud, comparando las características basales, las enfermedades orgánicas, la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para esos 2 perfiles de personas sin hogar (Estudio ESSELLA, del catalán *Estat de Salut de les persones SEnse LLAr*).

Material y métodos

Estudio descriptivo transversal con un análisis retrospectivo de los datos en 2 subgrupos poblacionales: usuarios con historial de sinhogarismo atendidos en Arrels Fundació (perfil sociosanitario) y usuarios atendidos en el Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (perfil CAS). Se ha incluido a individuos mayores de edad con tarjeta sanitaria y que en el presente o en el pasado han pernoctado en la calle en algún momento de su vida. Se ha excluido a aquellos individuos que no aceptaron participar o que no firmaron el consentimiento informado. El estudio recibió la evaluación favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la *Fundació Institut per a la recerca a l'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJ Gol)* con el código P18/173.

El diseño se definió en 2 fases: una primera fase de recogida de información con una entrevista presencial y la medición de constantes, y una segunda fase de consulta en la base de datos sanitaria de Atención Primaria a través del sistema informático eCAP²¹ sobre diagnósticos y resultados analíticos (fig. 1).

La recogida de datos se hizo entre enero y junio del 2019, y colaboraron 25 personas voluntarias, todas sanitarias del CAP Raval Sud, que se desplazaron a las diferentes localizaciones para realizar las encuestas y la medición de constantes. También colaboraron los profesionales de Arrels Fundació²² y del Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias de Baluard (CAS Baluard). Las encuestas se realizaron presencialmente en 3 localizaciones: en el CAS Baluard, en el Centro Abierto y en la Llar Pere Barnés de Arrels Fundació (donde residen personas sin hogar en situación de dependencia con importante deterioro orgánico y cognitivo).

Mediante el programa Granmo²³ se procedió a estimar la precisión y potencia estadística del estudio a partir de la factibilidad del tamaño de la muestra estudiada. Estimando un porcentaje poblacional de sinhogarismo del 0,5%, con un intervalo de confianza del 95% y para una muestra de 146

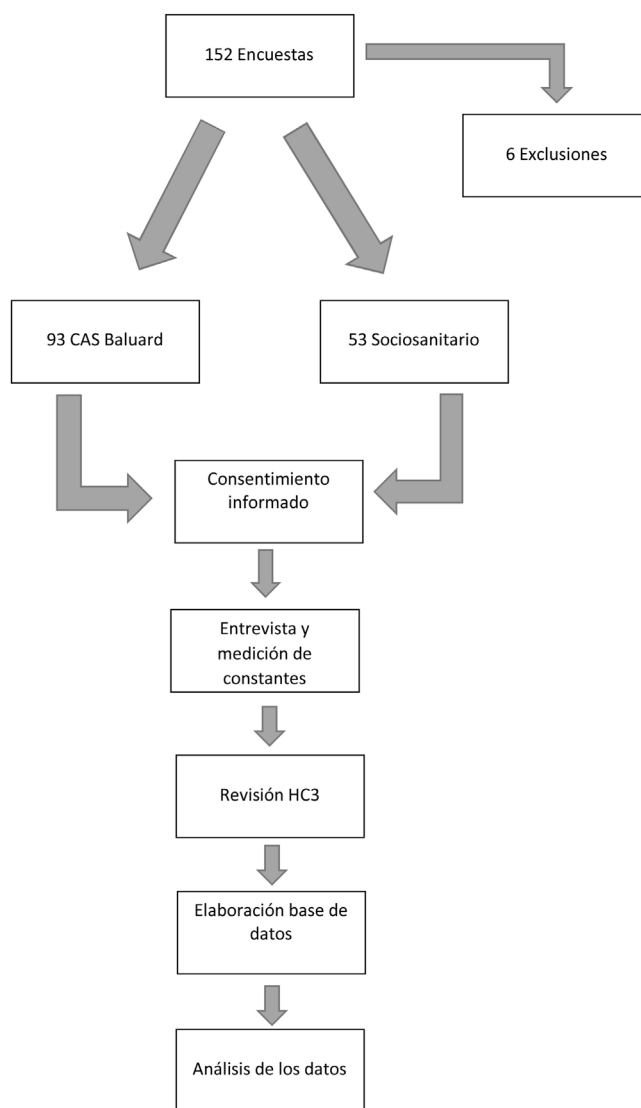


Figura 1 Esquema del estudio.

sujetos, se obtuvo una precisión de $\pm 1,2$ unidades porcentuales. El porcentaje previsto de reposiciones por fallos en la inclusión fue del 10%. Las asunciones sobre la prevalencia del sinhogarismo y del porcentaje de estos pacientes que pueden negarse a participar en el estudio se han basado tanto en datos bibliográficos como en la experiencia clínica del equipo investigador.

Cada día de estudio se seleccionaron los 3 primeros individuos consecutivos que acudían a los puntos de atención y que cumplían los criterios de inclusión.

Previamente a la recogida de datos, se elaboró un manual de procedimientos y se realizaron 2 sesiones formativas de una hora a los sanitarios voluntarios para sistematizar el modo de realizar las encuestas. Se realizaron sendas reuniones informativas con los responsables de los equipos educativos de los centros participantes. Las encuestas fueron anonimizadas con la asignación de un código numérico ordinal. Todos los participantes firmaron su consentimiento para contestar a las preguntas y para permitir la consulta en la base de datos sanitaria de la información referente a su salud.

Se recogieron:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, país de origen, nivel educativo, profesión según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11)²⁴, situación laboral y percepción de ayuda económica.
- Situación de sinhogarismo: tiempo en situación de sinhogarismo (años), tiempo de pernoctación en la calle en los últimos 12 meses y problemas con la justicia (detenciones, cumplimiento de condena, causas pendientes).
- Estado de salud: enfermedades crónicas (por aparatos), enfermedades infecciosas transmisibles, salud mental y trastornos por uso de sustancias adictivas (TUS). Se utilizaron los códigos diagnósticos del CIE-10²⁵, y se agregaron diagnósticos en variables nuevas: enfermedad broncopulmonar (EPOC, asma, enfisema y bronquitis crónica), enfermedad de riesgo cardiovascular (eventos cardiovasculares, isquemia extremidades inferiores, HTA y dislipidemia), enfermedad mental (para cualquier diagnóstico de salud mental excluyendo TUS), enfermedad asociada al consumo de alcohol (hepatitis alcohólica, pancreatitis, polineuropatía, epilepsia por privación y demencia alcohólica) y trastorno por uso de cualquier sustancia (incluyendo el tabaco) y policonsumo (trastorno por uso de 2 o más fármacos excluyendo el tabaco).
- Lesiones accidentales: haber sufrido alguna vez accidentes/traumatismos o agresiones (especificando agresiones sexuales) y accidentes/agresiones en los últimos 12 meses.
- Cuestionario HAD²⁶ sobre ansiedad y depresión de 14 preguntas con 2 subescalas: 7 preguntas para ansiedad y 7 para depresión, con puntuaciones de 0 a 3 para cada respuesta (mayor puntuación para peor estado emocional). En cada subescala oscila entre 0 y 21 puntos. Se consideran casos posibles puntuaciones iguales o superiores a 8, y casos probables puntuaciones iguales o superiores a 11.
- Cuestionario CVRS EQ-5D-3L (3 niveles) sobre la calidad de vida relacionada con la salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con una segunda parte para medir con una escala visual analógica (EQ-EVA) el estado global de salud^{27,28}. Para el cálculo del valor sintético del CVRS EQ-5D-3L se ha utilizado la ecuación con los coeficientes de la tarifa social validados en España. El valor 1 equivale a ausencia de problemas en ninguna dimensión y 0 para el peor estado de salud posible²⁹.
- Variables clínicas: peso, talla, tensión arterial y salud bucodental.

Para la segunda fase se elaboró un documento tutorial para sistematizar la consulta de la información en la base de datos sanitaria y una sesión formativa de una hora con los sanitarios voluntarios. La información consultada fue:

- Diagnósticos en formato CIE-10 recogidos en el sistema informático eCAP y en los informes de alta hospitalaria o de atención en los servicios de urgencias en la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3)³⁰.
- Resultados de analíticas referentes a serologías de enfermedades infecciosas sin límite cronológico y sobre hemograma y bioquímica básica en los 365 días previos a la encuesta.

En 10 casos con sospecha de enfermedad relevante no tratada se redactó un informe para el médico de Atención Primaria y se contactó con el personal educativo del recurso. En 2 casos se les derivó a urgencias por enfermedad aguda potencialmente grave.

Se cotejaron los datos de la información de la encuesta y de la recopilada en la HC3 para cada uno de los participantes, respecto a diagnósticos de enfermedad, trastornos por uso de sustancias, lesiones traumáticas y serologías, y se elaboró una base de datos única para el análisis estadístico. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva que analizaron la tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar). En las variables cualitativas se calculó el porcentaje y el intervalo de confianza del 95%. La interacción entre variables se midió mediante la estadística inferencial con las pruebas de la chi al cuadrado y t test. Se consideró significativo las situaciones con una $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS en su versión 27.

Resultados

Se entrevistaron 152 individuos de los cuales finalmente se analizaron 146, de los que 93 eran del CAS Baluard y 53 de Arrels Fundació. Se excluyó a 6 individuos: 5 por error de identificación y 1 por no cumplir los criterios de inclusión.

Características basales:

La media de edad fue de 51,6 años (DE=12,8), un 87% de sexo masculino, cerca de la mitad de origen español y llevaban una media de 12 años (DE=11,9) en situación de sinhogarismo. Un 71% de las personas afirmaron haber sido víctimas de agresión, un 15% de agresión sexual. Un 47% de las mujeres habían sufrido agresiones sexuales. Las personas atendidas en el CAS eran más jóvenes (44,4 años [DE=8,20], $p < 0,001$), llevaban menos tiempo sin hogar (6,8 años [DE=7,35], $p < 0,001$), y la mitad de ellas durmieron en la calle ininterrumpidamente en el último año ($p < 0,001$). La mitad de ellas tuvieron problemas con la justicia. Las personas atendidas por Arrels Fundació han vivido más años en situación de sinhogarismo (21 años [DE=13], $p < 0,001$) pero solo una de cada 10 durmió en la calle ininterrumpidamente durante el último año ($p < 0,001$) y una de cada 5 tuvo problemas con la justicia ($p = 0,001$). La mayoría de ellas están vinculadas al sistema de ayudas sociales recibiendo diferentes grados de atención sociosanitaria y disponen de un alojamiento o están institucionalizadas (tabla 1) (fig. 2).

Principales enfermedades detectadas (tablas 2 y 3) (fig. 2)

Los usuarios del CAS presentaron más diagnósticos de enfermedades transmisibles (VIH y VHC, con $p = 0,04$ y $p < 0,001$, respectivamente) y más diagnósticos de salud mental ($p = 0,023$), específicamente ansiedad ($p < 0,001$), depresión ($p = 0,262$) y trastornos de personalidad ($p = 0,103$). Presentaron en su totalidad algún tipo de trastorno por uso de sustancias y más del 80% policonsumo. En este grupo también fueron más frecuentes las infecciones cutáneas (45,2% vs. 18,9%, $p = 0,001$).

Las personas de perfil sociosanitario presentaron más enfermedades de carácter crónico o degenerativo (EPOC

Tabla 1 Características basales de la población

	Total muestra	Perfil CAS	Perfil Socio-sanitario	Dif. signif.
<i>Tamaño muestra</i>	146	93	53	
<i>Edad (media (DE))</i>	51,6 (12,8)	44,4 (8,2)	64,3 (9,05)	< 0,001
<i>Sexo masculino (%)</i>	127 (87,0%)	79 (84,9%)	48 (90,6%)	0,332
<i>País de origen</i>				
España	71 (48,6%)	33 (35,5%)	38 (71,7%)	
UE	39 (26,7%)	30 (32,3%)	9 (17%)	0,196
Otros	36 (24,7%)	30 (32,3%)	6 (11,3%)	
<i>Nivel de estudios</i>				
Analfabetismo	12 (8,2%)	3 (3,2%)	9 (17%)	
Primarios	69 (47,3%)	47 (50,5%)	22 (41,5%)	0,034
Secundarios	52 (35,6%)	35 (37,6%)	17 (32,1%)	
Universitarios	13 (8,9%)	8 (8,6%)	5 (9,4%)	
<i>Trabajo actual</i>				
Activo	6 (4,1%)	2 (2,2%)	4 (7,5%)	
Desempleo	125 (85,6%)	90 (96,8%)	35 (66,0%)	< 0,001
Jubilación	14 (9,6%)	0 (0,0%)	14 (26,4%)	
NS/NC	1 (0,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	
<i>Profesión^a</i>				
Cuello blanco	13 (8,9%)	9 (9,7%)	4 (7,5%)	
Cuello azul	120 (82,2%)	76 (81,7%)	44 (83,0%)	0,175
Sin profesión (NS/NC)	13 (8,9%)	8 (8,6%)	5 (9,4%)	
<i>¿Percibe ayudas económicas?</i>				
Sí	62 (42,5%)	21 (22,6%)	41 (77,4%)	
No	83 (56,8%)	72 (77,4%)	11 (20,8%)	< 0,001
NS/NC	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	
<i>Años de SH (media [DE])</i>	12,0 (11,9)	6,81 (7,35)	21,0 (13,0)	< 0,001
<i>Tiempo de SH</i>				
< 2 años	13 (8,9%)	13 (14%)	0	
2-5 años	52 (35,6%)	49 (52,7%)	3 (5,7%)	< 0,001
6-10 años	25 (17,1%)	14 (15,1%)	11 (20,8%)	
11-15 años	19 (13%)	10 (10,8%)	9 (17%)	
> 15 años	37 (25,3%)	7 (7,5%)	30 (56%)	
<i>En los 12 últimos meses, cuantos ha pernoctado en la calle (media [DE])</i>	5,83 (5,30)	8,31 (4,35)	1,47 (3,80)	< 0,001
<i>En los 12 últimos meses, pernocta en la calle</i>				
No	46 (31,5%)	1 (1,1%)	45 (84,9%)	< 0,001
De forma intermitente (1-11 meses)	49 (33,6%)	46 (49,5%)	3 (5,7%)	
Siempre (12 meses ininterrumpidos)	51 (34,9%)	46 (49,5%)	5 (9,4%)	
<i>Problemas con la justicia^b</i>				
Sí	57 (39,0%)	47 (50,5%)	10 (18,9%)	0,001
No	88 (60,3%)	45 (48,4%)	43 (81,1%)	
NS/NC	1 (0,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	
<i>¿Ha sufrido algún accidente?</i>				
Sí	108 (74,0%)	66 (71,0%)	42 (79,2%)	0,273
No	38 (26,0%)	27 (29,0%)	11 (20,8%)	
<i>¿Ha estado implicado en alguna pelea física?</i>				
Sí	88 (60,3%)	67 (72,0%)	21 (39,6%)	< 0,001
No	56 (38,4%)	25 (26,9%)	31 (58,5%)	
NS/NC	2 (1,4%)	1 (1,1%)	1 (1,9%)	
<i>Víctima de una agresión</i>				
Sí	104 (71,2%)	78 (83,9%)	26 (49,1%)	
No	41 (28,1%)	14 (15,1%)	27 (50,9%)	< 0,001
NS/NC	1 (0,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	
<i>Víctima de una agresión sexual</i>				
Sí	22 (15,1%)	19 (20,4%)	3 (5,7%)	

Tabla 1 (continuación)

	Total muestra	Perfil CAS	Perfil Socio-sanitario	Dif. signif.
No	123 (84,2%)	73 (78,5%)	50 (94,3%)	0,016
NS/NC	1 (0,7%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	
Mujeres víctimas de agresión sexual ^c	9/19 (47,4%)	7/14 (50%)	2/5 (40%)	0,701
En los últimos 12 meses, ha sufrido alguna agresión				
Sí	50 (34,2%)	45 (48,4%)	5 (9,4%)	0,010
No	96 (65,8%)	48 (51,6%)	48 (90,6%)	

^a Según la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11). Cuello blanco: grupos 1 a 4. Cuello azul: grupos 5 a 9.

^b Problemas con la justicia: detenciones o cumplimiento de condena o causas pendientes con la Justicia.

^c Número de mujeres que han sido víctimas de agresión sexual sobre el total de mujeres.

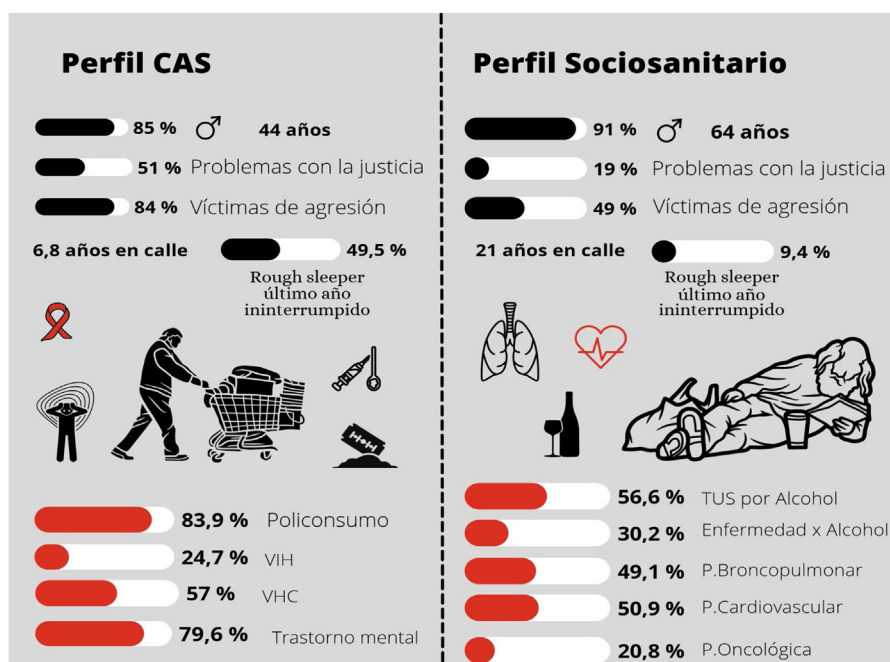


Figura 2 Infografía de las características principales de los pacientes del estudio según perfil.

39,6%, $p > 0,001$; cardiovasculares 50,9%, $p < 0,001$; enfermedad oncológica, 20,8%; $p = 0,002$, artrosis 26,4%, $p = 0,002$; demencia, 11,3%, $p = 0,001$) y el alcohol fue su principal sustancia para trastorno de dependencia (56,6% vs. 25,8%, $p < 0,001$) y más enfermedades derivadas de su abuso (hepatitis alcohólica, pancreatitis, polineuropatía, demencia, epilepsia por privación) (30,2% vs. 10,8%, $p = 0,003$). Presentaron sobrepeso más del 50% ($p < 0,001$), cifras sensiblemente más elevadas de PA ($p < 0,001$), niveles de colesterol total más elevados ($p < 0,001$) y una peor salud bucodental ($p < 0,001$).

Cuestionarios HAD y CVRS EQ-5D-3L (tabla 4)

Los cuestionarios para ansiedad y depresión detectaron globalmente algo más de una cuarta parte como casos probables de ansiedad y depresión (27,4% y 26,7%, respectivamente), con más casos de ansiedad (34,8% vs. 14,8%, $p = 0,004$) y de depresión (31,5% vs. 18,5%, $p < 0,001$) en el grupo de usuarios del CAS respecto al grupo de perfil sociosanitario.

Los resultados fueron peores en el grupo de usuarios del CAS en el CVRS EQ-5D-3L tanto para el cálculo sintético (0,691 [DE = 0,198] vs. 0,789 [DE = 0,196], $p = 0,003$) como para el EQ-EVA (57,3 [DE = 24,3] vs. 67,7 [DE = 26,2], $p = 0,019$). Desglosando los resultados del CVRS EQ-5D-3L para las 5 dimensiones solo existió peor resultado en el grupo sociosanitario en lo que se refiere a movilidad ($p = 0,227$).

Discusión

Los determinantes sociales desempeñan un papel fundamental en el estado de salud de la población³¹. La exclusión social, cuyos exponentes máximos son el sinhogarismo y la pernoctación en la calle, se asocia a un peor estado de salud¹⁵ y a una mortalidad prematura^{32,33}. Los resultados de este estudio son coherentes con esta premisa y los participantes presentan un estado de salud deficiente respecto a infecciones transmisibles¹⁷, salud mental incluyendo el trastorno por uso de sustancias adictivas^{15,18}, accidentabilidad³⁴

Tabla 2 Principales enfermedades detectadas

	Total muestra	Perfil CAS	Perfil Sociosanitario	Dif. signif.
<i>Ap. Respiratorio</i>				
Pat. cr. broncopulmonar ^a	43 (29,5%)	17 (18,3%)	26 (49,1%)	< 0,001
Asma	17 (11,6%)	12 (12,9%)	5 (9,4%)	0,530
EPOC	28 (19,2%)	7 (7,5%)	21 (39,6%)	< 0,001
Tuberculosis	16 (11,0%)	13 (14,0%)	3 (5,7%)	0,122
<i>Ap. cardiovascular</i>				
Patología RCV ^b	36 (24,7%)	9 (9,7%)	27 (50,9%)	< 0,001
HTA	17 (11,6%)	6 (6,5%)	11 (20,8%)	0,010
Cardiopatía isquémica	5 (3,4%)	1 (1,1%)	4 (7,5%)	0,039
AVC	3 (2,1%)	1 (1,1%)	2 (3,8%)	0,269
Arteriopatía periférica	7 (4,8%)	0 (0,0%)	7 (13,2%)	< 0,001
Arritmias	10 (6,8%)	2 (2,2%)	8 (15,1%)	0,003
<i>Metabolismo</i>				
Diabetes	8 (5,5%)	4 (4,3%)	4 (7,5%)	0,407
Obesidad	6 (4,1%)	2 (2,2%)	4 (7,5%)	0,114
Dislipidemia	13 (8,9%)	3 (3,2%)	10 (18,9%)	0,001
Malnutrición	8 (5,5%)	3 (3,2%)	5 (9,4%)	0,113
<i>Ap. locomotor</i>				
Artrosis	21 (14,4%)	7 (7,5%)	14 (26,4%)	0,002
Fracturas	25 (17,1%)	16 (17,2%)	9 (17,0%)	0,973
TCE	7 (4,8%)	6 (6,5%)	1 (1,9%)	0,214
Patología traumática ^c	62 (42,5%)	40 (43,0%)	22 (41,5%)	0,860
<i>Gastroenterología</i>				
Enfermedad ulcerosa	6 (4,1%)	3 (3,2%)	3 (5,7%)	0,476
HH/ERGE	11 (7,5%)	6 (6,5%)	5 (9,4%)	0,511
Hepatopatía crónica	30 (20,5%)	19 (20,4%)	11 (20,8%)	0,963
Hepatitis alcohólica	10 (6,8%)	1 (1,1%)	9 (17,0%)	< 0,001
Pancreatitis	6 (4,1%)	3 (3,2%)	3 (5,7%)	0,476
Patología odontológica	38 (26,0%)	25 (26,9%)	13 (24,5%)	0,755
<i>Neurología</i>				
Epilepsia	11 (7,5%)	6 (6,5%)	5 (9,4%)	0,511
Demencia	6 (4,1%)	0 (0,0%)	6 (11,3%)	0,001
Polineuropatía periférica	6 (4,1%)	2 (2,2%)	4 (7,5%)	0,114
Encefalopatía	2 (1,4%)	0 (0,0%)	2 (3,8%)	0,059
<i>Salud mental</i>				
Enfermedad mental ^d	107 (73,3%)	74 (79,6%)	33 (62,3%)	0,023
Ansiedad	81 (55,5%)	64 (68,8%)	17 (32,1%)	< 0,001
Depresión	64 (43,8%)	44 (47,3%)	20 (37,7%)	0,262
Insomnio	12 (8,2%)	7 (7,5%)	5 (9,4%)	0,687
Tr. psicótico	20 (13,7%)	15 (16,1%)	5 (9,4%)	0,258
Tr. de personalidad	20 (13,7%)	16 (17,2%)	4 (7,5%)	0,103
Tr. estrés postraumático	5 (3,4%)	2 (2,2%)	3 (5,7%)	0,262
Otras enfermedades	11 (7,5%)	4 (4,3%)	7 (13,2%)	0,050
<i>Dermatología</i>				
Dermatitis	16 (11,0%)	8 (8,6%)	8 (15,1%)	0,227
Infecciones cutáneas	52 (35,6%)	42 (45,2%)	10 (18,9%)	0,001
<i>Nefrología-Urología</i>				
Insuficiencia renal	6 (4,1%)	0 (0,0%)	6 (11,3%)	0,001
Litiasis renal	4 (2,7%)	1 (1,1%)	3 (5,7%)	0,103
Incontinencia urinaria	8 (5,5%)	0 (0,0%)	8 (15,1%)	< 0,001
Patología prostática ^e	6 (4,7%)	0 (0,0%)	6 (12,5%)	0,001
<i>Enfermedades infecciosas</i>				
VIH	26 (17,8%)	23 (24,7%)	3 (5,7%)	0,004
VHB	18 (12,3%)	14 (15,1%)	4 (7,5%)	0,185
VHC	63 (43,2%)	53 (57,0%)	10 (18,9%)	< 0,001
ETS	17 (11,6%)	10 (10,8%)	7 (13,2%)	0,657
Escabies	8 (5,5%)	3 (3,2%)	5 (9,4%)	0,133
Tuberculosis	16 (11,0%)	13 (14,0%)	3 (5,7%)	0,122

Tabla 2 (continuación)

	Total muestra	Perfil CAS	Perfil Sociosanitario	Dif. signif.
<i>Adicciones</i>				
TUS por cualquier sustancia ^f	133 (91,1%)	93 (100%)	40 (75,5%)	< 0,001
TUS por policonsumo ^g	89 (61,0%)	78 (83,9%)	11 (20,8%)	< 0,001
Tabaco	71 (48,6%)	40 (43,0%)	31 (58,5%)	0,072
Alcohol	54 (37,0%)	24 (25,8%)	30 (56,6%)	< 0,001
Enfermedad por alcohol ^h	26 (17,8%)	10 (10,8%)	16 (30,2%)	0,003
Opiáceos	85 (58,2%)	84 (90,3%)	1 (1,9%)	< 0,001
Cocaína	76 (52,1%)	71 (76,3%)	5 (9,4%)	< 0,001
Anfetaminas	6 (4,1%)	5 (5,4%)	1 (1,9%)	0,307
Cannabis	37 (25,3%)	27 (29,0%)	10 (18,9%)	0,175
Fármacos sedantes	12 (8,2%)	12 (12,9%)	0 (0,0%)	0,006
<i>Patología oncológica</i>	15 (10,3%)	4 (4,3%)	11 (20,8%)	0,002
<i>Hematología</i>				
Anemia	11 (7,5%)	5 (5,4%)	6 (11,3%)	0,191

^a Patología crónica broncopulmonar (incluye EPOC, asma, enfisema, bronquitis crónica).

^b Patología de riesgo cardiovascular (incluye eventos cardiovasculares, isquemia crónica y dislipidemia).

^c Incluye toda la enfermedad de aparato locomotor de origen traumático.

^d Incluye cualquier diagnóstico de salud mental (excluye trastorno por uso de sustancias).

^e Porcentajes corregidos para el denominador de la población masculina.

^f Trastorno por uso de cualquier sustancia (incluye tabaco).

^g Trastorno por policonsumo de sustancias (2 o más sustancias sin considerar tabaco).

^h Enfermedad por afectación de órgano diana por consumo de alcohol (hepatitis y pancreatitis alcohólica, polineuropatía tóxica, epilepsia por privación, demencia alcohólica).

Tabla 3 Datos Sanitarios

		Total muestra	Perfil CAS	Perfil sociosanitario	Dif. signif.
Peso/obesidad	IMC (media [DE])	23,5 (4,8)	22,5 (3,3)	25,5 (6,3)	< 0,001
	IMC < 20	26 (18,2%)	19 (20,9%)	7 (13,5%)	< 0,001
	IMC 20-24,9	74 (51,7%)	55 (60,4%)	19 (36,5%)	< 0,001
	IMC 25-29,9	31 (21,7%)	14 (15,4%)	17 (32,7%)	< 0,001
	IMC 30-40	11 (7,7%)	3 (3,3%)	8 (15,4%)	< 0,001
	IMC > 40	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	< 0,001
Presión arterial	PAS (media (DE))	121,8 (16,8)	117,9 (12,6)	128,6 (20,8)	< 0,001
	PAD (media (DE))	80,4 (26,3)	74,3 (33,0)	81,0 (11,3)	< 0,001
Frecuencia cardíaca	Media (DE)	77,0 (13,2)	75,0 (12,8)	80,7 (13,4)	0,028
Salud bucodental	Media piezas existentes	13,9 (10,9)	17,3 (10,8)	7,8 (8,0)	< 0,001
	Media piezas intactas	9,82 (11,0)	12,8 (11,4)	4,7 (8,0)	< 0,001
Analítica (serologías)	Ac. VIH positivo	24 (16,4%)	20 (21,7%)	4 (7,4%)	< 0,001
	Carga viral indetectable	7 (35%)	5 (29,4%)	2 (66,6%)	< 0,001
	CD4 ^a	20 (13,7%)	18 (19,3%)	2 (3,8%)	< 0,001
	Ac. VHC positivo	53 (36,3%)	44 (47,8%)	9 (16,7%)	< 0,001
	RNA-VHC positivo	23 (15,8%)	21 (22,8%)	2 (3,7%)	< 0,001
Analítica (lípidos)	Colesterol total (mg/dl) (media [DE])	184 (47)	170 (45)	205 (44)	< 0,001
	Colesterol LDL (mg/dl) (media [DE])	112 (38)	99 (32)	127 (39)	0,001
	Colesterol HDL (mg/dl) (media [DE])	55 (22)	58 (27)	52 (12)	0,283
	Triglicéridos (media [DE])	124 (83)	116 (75)	136 (92)	0,245

IMC: índice de masa corporal; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

^a Número de individuos con CD4 disponibles (entre paréntesis la media de los casos disponibles).

Tabla 4 Cuestionarios HAD y CVRS EQ-5D-3L

	Total muestra	Perfil CAS	Perfil sociosanitario	Dif. signif.
<i>Escala HAD^a</i>				
<i>Escala HAD ansiedad puntuación (media [DE])</i>	8,0 (4,4)	8,8 (4,3)	6,6 (4,1)	0,004
Casos posibles (≥ 8)	52,7%	60,9%	38,9%	
Casos probables (≥ 11)	27,4%	34,8%	14,8%	
<i>Escala HAD depresión puntuación (media [DE])</i>	7,4 (4,3)	8,3 (4,0)	5,8 (4,5)	< 0,001
Casos posibles (≥ 8)	50,7%	62%	31,5%	
Casos probables (≥ 11)	26,7%	31,5%	18,5%	
<i>Índice sintético CVRS EQ-5D-3L^b (media [DE])</i>	0,734 (0,198)	0,691 (0,198)	0,789 (0,196)	0,003
<i>Áreas afectadas CVRS EQ-5D-3L^c</i>				
Movilidad	21,9%	17,4%	29,6%	0,227
Cuidados personales	11,6%	13%	9,3%	0,370
Actividades cotidianas	13%	13%	13%	0,863
Dolor/malestar	54,8%	60,9%	44,4%	0,129
Ansiedad/depresión	58,2%	75%	29,6%	< 0,001
<i>CVRS EQ-5D-3L excelente^d (1.1.1.1.1)</i>	20,5%	14,0%	32,1%	0,009
<i>Termómetro CVRS EQ-EVA^e puntuación 0-100 (media [DE])</i>	61,1 (25,4)	57,3 (24,3)	67,7 (26,2)	0,019
<i>Termómetro CVRS EQ-EVA</i>				
< 20 puntos	11 (7,5%)	8 (8,7%)	3 (5,6%)	
20-49,9 puntos	26 (17,8%)	18 (19,6%)	8 (14,8%)	0,007
50-80 puntos	82 (56,2%)	57 (61,9%)	25 (46,3%)	
> 80 puntos	27 (18,5%)	9 (9,8%)	18 (33,3%)	

^a Cuestionario HAD de 14 preguntas con una subescala de 7 preguntas para ansiedad y otra de 7 preguntas para depresión.

^b Cálculo del valor sintético CVRS EQ-5D-3L.

^c Porcentaje de pacientes que respondieron tener algún problema (respuestas 2 o 3) para cada una de las dimensiones de CVRS EQ-5D-3L.

^d Porcentaje de pacientes que respondieron no tener ningún problema de salud en ninguna de las 5 dimensiones (respuesta 1.1.1.1.1).

^e CVRS EQ-EVA. Escala visual analógica. Escala de 0 a 100, donde 100 representa el mejor estado de salud.

y exposición a agresiones³⁵, y en general unos indicadores desfavorables de calidad de vida relacionados con la salud³⁶.

Los censos y recuentos realizados en ciudades como Barcelona⁹ recogen datos cuantitativos sobre los individuos que pernoctan una noche cualquiera en la calle, pero escasos y controvertidos sobre la situación sanitaria del colectivo y son realizados por voluntarios reclutados de la población general⁸. En nuestro estudio, la información ha sido obtenida por personal sanitario formado en habilidades para la anamnesis clínica, para mejorar la validez de los datos.

La selección de los candidatos para conseguir una representatividad de la muestra es una limitación del estudio. Al analizar las características de la población atendida en el CAS en 2019 la edad media de los usuarios era de 45 años con un 15% de mujeres, datos superponibles a los de nuestra muestra (44,4 años [DE = 8,2], 15,1% de mujeres). Los datos de los usuarios de los centros de Arrels Fundació (Hogar Pere Barnés y Centro abierto) en 2019 indican una edad media de 61 años y 11% de mujeres, cercanos a los de nuestra muestra (64,3 años [DE = 9,05], 9,4% de mujeres). Podría haber otro tipo de sesgos, pero la muestra se asemeja en edad y sexo a la de la población motivo de estudio. La inclusión de individuos que estuviesen recibiendo algún tipo de atención podría ser otro sesgo, ya que son personas que ya están en contacto con el sistema de ayudas sociales y que están regularizando administrativamente su situación. Existe un número desconocido de individuos (probablemente recién

llegados o fuera del sistema) que no están representados en este estudio.

Los datos poblacionales referentes a las enfermedades crónicas, al aparato locomotor y a la salud mental se obtuvieron de la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) del 2019 para el área sanitaria de Barcelona Ciudad³⁷. Los datos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) son de una fuente de datos comparables en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/2012 para la comunidad autónoma de Cataluña³⁸. Los datos de seroprevalencias poblacionales de Catalunya para las infecciones por VIH y VHC proceden de búsqueda bibliográfica^{39,40}, y finalmente el Informe EDADES de 2019-2020 del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad proporcionó datos de los consumos de drogas a nivel de la población española (tabla 5) (fig. 3).

La comparación de los datos de la muestra de población sin hogar con los de la población general, indica en todos los apartados una mayor carga de enfermedad en la muestra de estudio, en enfermedades crónicas con factores de riesgo por el consumo de tabaco y alcohol (MPOC, Cardiopatía Isquémica, AVC, hepatopatía crónica, cáncer), salud mental en todos sus diagnósticos (incluidas las adicciones) y los consumos de sustancias. Existe una diferencia llamativa para las infecciones por VIH y por VHC, donde los porcentajes en la muestra sin hogar multiplican por 40 los poblacionales. Solo existe una mayor carga porcentual de enfermedad a nivel poblacional para hipertensión arterial y diabetes.

Tabla 5 Carga de enfermedad. Referencia poblacional

	Total ESSELLA	Poblacional
<i>Enfermedades crónicas^a</i>		
Asma	11,6% (6,4-16,8)	6,7%
EPOC	19,2% (12,7-25,4)	4,5%
HTA	11,6% (6,9-17,6)	23,6%
Cardiopatía isquémica	3,4% (0,5-6,3)	1,9%
AVC	2,1% (0-4,3)	1,3%
Dislipidemia	8,9% (4,2-13,4)	22%
Diabetes	5,5% (1,8-9,1)	7,2%
Insuficiencia renal crónica	4,1% (0-4,3)	3,1%
Hepatopatía crónica	20,5% (13,9-26,9)	1,2%
Patología oncológica	10,3% (5,3-15,1)	5,4%
Obesidad ^d	8,4% (0,1-17,3)	13,6%
Sobrepeso ^d	21,7% (5,8-42,7)	42%
<i>Aparato Locomotor^a</i>		
Artrosis	14,4% (8,6-20,0)	
Fracturas	17,1% (10,9-23,1)	22,1% ^e
Patología traumática	42,5% (34,8-50,9)	
<i>Salud mental^a</i>		
Enfermedad mental	73,3% (65,6-80)	
Ansiedad	55,5% (47-63,2)	14,6%
Depresión	43,8% (35,3-51,8)	12,7%
Tr. psicótico	13,7% (8,0-19,2)	6,2% ^f
Tr. de personalidad	13,7% (8,0-19,2)	
Tr. estrés postraumático	3,4% (0,5-6,3)	
Otras enfermedades	7,5% (3,2-11,8)	
<i>Enfermedades infecciosas</i>		
Infección VIH	17,8% (11,1-23,2)	0,43%
Infección VHC	43,2% (34,9-51)	1,02%
<i>Adicciones^b</i>		
Tabaco	48,6% (40,2-56,4)	32,3%
Alcohol	37,0% (29,6-45,3)	8,8%
Sedantes	8,2% (3,7-12,6)	6,4%
Cannabis	25,3% (18,1-32,2)	2,9%
Cocaína	52,1% (43,6-59,8)	1,2% ^g
Metanfetamina/anfetamina	4,1% (0,9-7,3)	0,4%
Opiáceos no prescritos (heroína)	58,2% (49,8-65,8)	< 0,1%
<i>Calidad de vida/limitación funcional^c CVRS EQ-EVA (media [DE])</i>		
Índice sintético CVRS EQ-5D (media [DE])	61,1 (25,4)	76,97 (18,6)
CVRS EQ-5D problemático para:	0,734 (0,198)	0,914 (0,15)
Movilidad	21,9% (13,8-27,9)	13,68%
Cuidados personales	11,6% (6,5-16,9)	6,22%
Actividades cotidianas	13% (7,9-19,3)	11,83%
Dolor/malestar	54,8% (47,1-62,9)	28,23%
Ansiedad/depresión	58,2% (49,6-65,9)	17,73%

Entre paréntesis el intervalo de confianza del 95%.

^a Datos poblacionales según la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2019 para el área sanitaria de Barcelona Ciudad.

^b Datos poblacionales según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe EDADES 2019-2020. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Los datos hacen referencia a % de usuarios con un consumo diario durante el último mes.

^c Datos poblacionales según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/2012 para la Comunidad Autónoma de Cataluña.

^d Cálculo de obesidad/sobrepeso de nuestra muestra a partir de los datos sanitarios (antropométricos).

^e Dato agregado que hace referencia a enfermedades del aparato locomotor incluyendo las reumáticas.

^f Dato que agrupa enfermedad mental grave (esquizofrenia, Tr. bipolar, depresión mayor, anorexia/bulimia e incluye el trastorno por adicción a sustancias)

^g Incluye el consumo de cocaína en polvo (1,1%) de consumo intranasal y cocaína base (0,1%) de consumo inhalado.

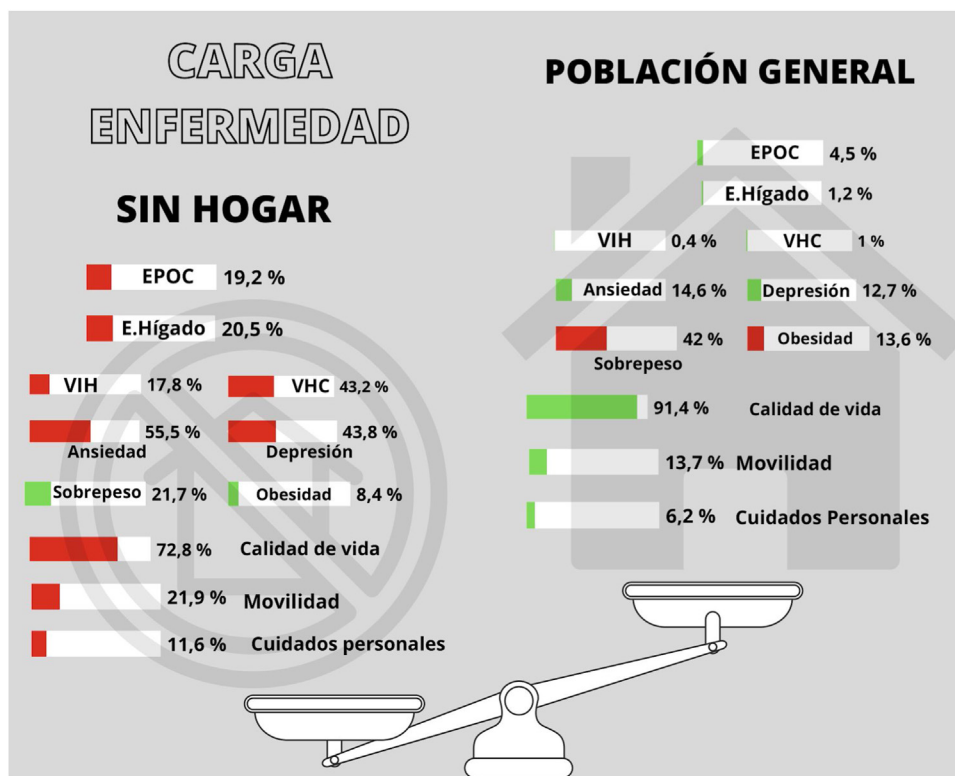


Figura 3 Comparación de la carga de enfermedad de la muestra de estudio con la población general de referencia.

Quizás esa diferencia podría explicarse por un infradiagnóstico, por la falta de cobertura de las necesidades sanitarias básicas⁴¹ y por la limitada accesibilidad a la atención sanitaria (especialmente a la Atención Primaria, que asume la prevención y el diagnóstico precoz). Todos los indicadores en CVRS arrojan peores resultados en la muestra de estudio respecto a la población general.

El porcentaje de diagnóstico de enfermedades mentales, infecciosas, respiratorias y trastorno por uso de sustancias, especialmente alcohol, es superior a los encontrados en estudios realizados en España en población sin hogar hospitalizada (Tornero et al.⁴²), aunque los datos no son del todo comparables porque la variable de estudio fue el motivo principal de ingreso y se obviaron el resto de diagnósticos.

El cuestionario HAD detectó casos probables de ansiedad o depresión en uno de cada 4 usuarios, con peores indicadores en el grupo atendido en el CAS, quizás ligado a dormir en la calle de forma continuada y presentar más trastorno por uso de sustancias. Respecto al CVRS EQ-5D-3L para el total de la muestra, los resultados son muy parecidos a los encontrados en la bibliografía para la población sin hogar (índice sintético 0,734 [DE=0,198] vs. 0,730 [DE=0,156])³⁶ y peores con respecto al valor medio del índice de salud de referencia para la población general (0,914 [DE=0,15]) según la Encuesta Nacional de Salud en España 2011/2012 para Cataluña³⁸. En nuestro estudio se detectaron peores resultados para los usuarios del CAS respecto a los del perfil sociosanitario (0,691 [DE=0,198] vs. 0,789 [DE=0,196], p=0,003).

La edad puede ser un sesgo, ya que es muy superior en el grupo de perfil sociosanitario respecto al CAS (64,3 años

[DE=9,05] vs. 44,4 años [DE=8,2]) aunque existen especificidades como el trastorno por dependencia alcohólica (p < 0,001) y las enfermedades asociadas a esa adicción (p=0,003). Los resultados para el consumo de alcohol y sus consecuencias en población sin hogar son coherentes con los descritos en estudios del entorno cercano (Panadero et al.⁴³).

Conclusiones

En los usuarios atendidos en el CAS, más jóvenes, predomina el trastorno por consumo de sustancias, las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis víricas), los trastornos de salud mental y una peor calidad de vida relacionada con la salud. Los usuarios vinculados a la Fundació Arrels, muchos con largos historiales de sinhogarismo, están en la actualidad institucionalizados o alojados o en dispositivos de la red de atención social (albergues públicos o instituciones privadas), y presentan más enfermedades crónicas y degenerativas.

La carga de enfermedad es elevada en la población sin hogar estudiada y las enfermedades crónicas asociadas al consumo de tabaco o alcohol, enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades mentales y adicciones. Las diferencias detectadas en ambos perfiles deben tenerse en cuenta a la hora de ofrecer una atención sanitaria eficaz.

Los determinantes sociales, con el sinhogarismo como máximo exponente de la exclusión social, están muy presentes en nuestras consultas y condicionan ineludiblemente nuestras actuaciones. Son necesarios nuevos estudios que planteen nuevas preguntas y nuevos retos, y que permitan

a los profesionales sanitarios abordar la atención de dicho colectivo en nuestro país.

Lo conocido sobre el tema

- La exclusión social y el sinhogarismo se asocian a una reducción de la expectativa de vida y a una mayor morbilidad.
- Las personas sin hogar presentan más enfermedad mental y adicciones, una mayor accidentabilidad y más enfermedades infecciosas transmisibles.
- En general, no presentan más enfermedades crónicas (excepto las asociadas al consumo de tabaco: EPOC y cardiovasculares), aunque llevan un peor control de las mismas.
- Existen muy pocos estudios publicados que aborden la salud de la población sin hogar en España.
- Los metaanálisis publicados en revistas internacionales sugieren la variabilidad tanto geográfica como cronológica e invitan a las organizaciones sanitarias a realizar estudios de campo para conocer las especificidades del colectivo sin hogar en cada área de salud.

Qué aporta este estudio

- Conocer el estado de salud de la población sin hogar en nuestro medio en un área desfavorecida de Barcelona.
- Establece 2 perfiles diferenciados de personas sin hogar con sus diferencias, particularidades y especificidades en términos de enfermedad.

Consideraciones éticas

Se solicitó el consentimiento informado de todos los individuos para la obtención y tratamiento de la información siguiendo los principios de confidencialidad y con la evaluación favorable del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Fundació Institut per a la recerca a l'Atenció Primària Jordi Gol i Gurina (IDIAPJ Gol) con el código P18/173.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Institut Català de la Salut (ICS) por medio de una Beca XB de ayuda a la investigación en Atención Primaria y por Arrels Fundació.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con relación a este artículo.

Agradecimientos

A todos aquellos que sobreviven noche tras noche en nuestras calles y que han sido motivo de inspiración del presente estudio.

Al Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat de l'Institut Català de la Salut.

A Francesc Orfila, técnico de Salud de la Unitat de Suport a la Recerca de l'Institut Català de la Salut.

Al personal de la Fundació Arrels, por su trabajo encomiable y por su ejemplo, especialmente a Bob Walker por sus aportaciones.

Al personal del CAS Baluard, en especial al equipo educativo y al coordinador Diego Aránega por sus aportaciones.

Personal del CAP Drassanes (equipo sanitario, equipo de trabajo social, personal administrativo).

Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB).

Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

Al Dr. Juan Wulff Alonso, por sus comentarios, aportaciones y sus siempre acertados consejos.

Anexo 1. Grupo de Estudio del Sinhogarismo (GES) del CAP Raval Sud

Susana Alonso Ortiz, Beatriu Bilbeny de Fortuny, Noemí Camí Bernabé, Thaïs Clusa Gironella, Marta Cuní Munné, Montserrat Escribano Ibáñez, Carmen Fillola Centellas, Marta Florensa Puig, Erik Forsberg Conde, M^a Teresa Fuertes Rodríguez, Inés García Huertas, Carolina Gonzalez Delgado, Manuela Hidalgo Ortiz, Carmen Jiménez Jerónimo, Elisenda Liso Viñals, Anna Lorente Bernaldo, Jasmine Elsie McGhie, Gisela Oñate Ferriz, Francesc Orfila Pernas, José Carlos Portillo Ortiz, Daniel Roca Lahiguera, Montserrat Roderó Nuño, Mireia Sanchez Zaragoza, Cristina Serrano Morales, Blanca Shoshan Verger, Pau Silva Ruiz, Inocencia Valverde Caballero, Jordi Velazquez Recasens, Maria Vernet Garcia.

Bibliografía

1. Fransham M, Dorling D. Homelessness and public health. *BMJ*. 2018;360:k214, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k214>.
2. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos: «Better data and policies to fight homelessness in the OECD», Policy Brief on Affordable Housing, OECD, Paris, 2020; [consultado 11 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/family/homelessness-policy-brief-2020.pdf>.
3. FEANTSA. ECDC Webinar, June 23th, 2021; [consultado 11 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/7.%20Presentation%20by%20European%20Federation%20of%20National%20Organisations%20Working%20with%20the%20Homeless%20%28FEANTSA%29.pdf>.
4. European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA). Country Profiles. November 2019; [consultado 23 Ene 2022]. Disponible en: https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country_profiles/ES_-_Country_Profile_2019.pdf.
5. Sales A. How many homeless people live in Spain? Incomplete sources and impossible predictions. *European Journal of Homelessness*. 2015; Volume, 9, No. 2; [consultado 23 Ene 2022]. Disponible en: <https://www.feantsaresearch.org/download/salesejh2-2015article96043744236334400007.pdf>.

6. De Inés A, Guzman G, Verdagner M, Contreras MF. Diagnosi 2019. En: *El sensellarisme a Barcelona. Evolució i joves en situació de sensellarisme. Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2019.
7. Sales A. Qui dorm al carrer a Barcelona? Característiques de la població sense sostre de la ciutat segons les dades dels equips municipals d'intervenció social a l'espai públic. Àrea de Drets Socials. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.; 2019.
8. Arrels Fundació. Nota de premsa, 17 de julio del 2021; [consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.arrellsfundacio.org/es/encuesta2021/>.
9. Arrels Fundació. Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. Barcelona: Arrels Fundació, 2022. (Informe #ningudormintalcarrer, núm. 3).
10. Departament d'Estadística i Difusió de Dades. Ajuntament de Barcelona. Oficina Municipal de Dades; [consultado 23 Ene 2022]. Disponible en: https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/castella/Estadistiques_per_territori/Barris/Poblacio.i.demografia/Poblacio/Xifres_oficials_poblacio/a2020/ine17.htm.
11. Mc Conalogue D, Maunder N, Areington A, Martin K, Clarke V, Scott S. Homeless people and health: a qualitative enquiry into their practices and perceptions. *J Public Health*. 2021;43:287–94, <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdz104>.
12. Omerov P, Craftman ÁG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28:1–11, <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12857>.
13. Uribe J, Alonso S. Les persones en situació de sense llar de Barcelona: Perfil, estat de salut i atenció sanitària. *Informes Breus* n.º 20. 1.ª ed. Barcelona: Fundació Jaume Bofill; 2009; [consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: <https://fundaciobofill.cat/uploads/docs/h/0/f/v/k/y/h/c/0/507.pdf>.
14. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241–50, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X). Epub 2017 Nov 12. PMID: 29137869; PMCID: PMC5803132.
15. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014;384:1529–40, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6). PMID: 25390578; PMCID: PMC4520328.
16. Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, et al. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation*. 2005;111:2629–35, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.510826>. Epub 2005 May 16. PMID: 15897342.
17. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:859–70, [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70177-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70177-9). Epub 2012 Aug 20. PMID: 22914343; PMCID: PMC3494003.
18. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2021;18:e1003750, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>.
19. Kushel MB, Evans JL, Perry S, Robertson MJ, Moss AR. No door to lock: Victimization among homeless and marginally housed persons. *Arch Intern Med*. 2003;163:2492–9, <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.163.20.2492>. PMID: 14609786.
20. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*. 2012;12:1059.
21. Generalitat de Catalunya, ICS Institut Català de la Salut. ECAP BLOG. (Internet) [consultado 20 Feb 2022]. Disponible en: <https://ecapics.wordpress.com/about/>.
22. Arrels Fundació. Entitat (Internet) [consultado 20 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.arrellsfundacio.org/es/quienes-somos/>.
23. Calculadora de Tamaño Muestral GRANMO. Versión 7.12. abril 2012. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM). Disponible en: <https://www.imim.es/ofertadeserveis/software-public/granmo/>.
24. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones (Internet). 2011 [consultado 20 Feb 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177033&menu=ultiDatos&idp=1254735976614.
25. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Clasificación Internacional de Enfermedades 10.ª Revisión, Modificación Clínica. Edición Española. 2.ª ed. Enero del 2018; [consultado 18 Sep 2021]. Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index.10_mc.html.
26. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anal Psicol*. 2015;31:494–503, <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>.
27. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria [EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care]. *Aten Primaria*. 2001;28:425–30, [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(01\)70406-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(01)70406-4).
28. Badia Llach X, Herdman M, Schiaffino A. Determining correspondence between scores on the EQ-5D thermometer and a 5-point categorical rating scale. *Med Care*. 1999;37:671–7, <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199907000-00007>. PMID: 10424638.
29. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. *European Quality of Life scale*]. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl 1:79–85 [Spanish]. PMID: 10618804.
30. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Història Clínica Compartida de Catalunya (HC3); [consultado 15 Feb 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_actuacio/linies_dactuacio/tic/sistemes_informacio/gestio-assistencial/hc3/index.html.
31. Whitehead M, Dahlgren G. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO –Strategy paper for Europe. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier*; 2007 [consultado 1 Mar 2022]. N.º 14. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/5095964>.
32. Geddes JR, Fazel S. Extreme health inequalities: Mortality in homeless people. *Lancet*. 2011;377:2156–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60885-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60885-4). Epub 2011 Jun 14. PMID: 21676455.
33. Hwang SW, Wilkins R, Tjepkema M, O'Campo PJ, Dunn JR. Mortality among residents of shelters, rooming houses, and hotels in Canada: 11 year follow-up study. *BMJ*. 2009;339:b4036, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b4036>. PMID: 19858533; PMCID: PMC2767481.
34. Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: A Danish nationwide register-based

- cohort study. *Eur J Public Health*. 2014;24:50–6, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt025>. Epub 2013 Mar 12. PMID: 23482619.
35. Stephen Gaetz, Bill O’Grady, Sean Kidd & Kaitlin Schwan. *Without a home: The National Youth Homelessness Survey*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press; 2016.
 36. Burström B, Irestig R, Burström K. EQ-5D-3L Health Status Among Homeless People in Stockholm, Sweden, 2006 and 2018. *Front Public Health*. 2021;9:780753, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.780753>. PMID: 34988055; PMCID: PMC8720753.
 37. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació en Salut. *Enquesta de salut de Catalunya 2019. L’estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l’ús de serveis sanitaris a Catalunya*. Barcelona, maig de 2020; [consultado 21 Jul 2022]. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/ca/el.departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/.
 38. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12 Serie Informes monográficos n.º 3. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ5D-5L*. Madrid 2014; [consultado 21 Jul 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS.adultos_EQ_5D_5L.pdf.
 39. Agustí Benito C, Reyes-Urueña J, Sentís Fuster A, Folch Toda C, Fernández-López L, Bruguera Riera A, et al. *Monitorización y evaluación del VIH en Cataluña, cada vez más cerca de los objetivos 90-90-90 [Monitoring and evaluation of hiv in catalonia, getting closer to the 90-90-90 objectives]*. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201912118. Spanish. PMID: 31823963.
 40. Rodríguez-Tajes S, Domínguez Á, Carrión JA, Buti M, Quer JC, Morillas RM, et al. Significant decrease in the prevalence of hepatitis C infection after the introduction of direct acting antivirals. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35:1570–8, <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.14984>. Epub 2020 Feb 4. PMID: 31957902.
 41. Baggett TP, O’Connell JJ, Singer DE, Rigotti NA. The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *Am J Public Health*. 2010;100:1326–33, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.180109>. Epub 2010 May 13. PMID: 20466953; PMCID: PMC2882397.
 42. Tornero Patricio S, Fernández Ajuria A, Charris Castro L. *Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar en Sevilla [Characteristics of hospitalizations of homeless persons in Seville, Spain]*. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:E12. Spanish. PMID: 26861913.
 43. Panadero S, Vázquez JJ, Martín RM. Alcohol, poverty and social exclusion: Alcohol consumption among the homeless and those at risk of social exclusion in Madrid. *Adicciones*. 2016;29:33–6. English, Spanish. doi: 10.20882/adicciones.830. PMID: 27391851.