



Sinhogarismo. Abordaje desde la Atención Primaria

Daniel Roca Lahiguera

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
CAP Raval Sud / CAS Baluard.Barcelona.

Caso clínico

Se recibe el aviso de una compañera administrativa. Hay una persona en el callejón trasero del edificio que parece que precisa ayuda. Se trata de Karl. Con frecuencia pernocta en un espacio que hay en una de las salidas de emergencia del ambulatorio. Han avisado porque Karl no se ha levantado de su lugar de pernocta como hace habitualmente. Acompañados por María, nuestra compañera administrativa, le visitamos a pie de calle: está sudoroso y no se entiende bien su discurso. En la exploración está febril (38,3 °C), taquicárdico (108 lpm), taquipneico (24 respiraciones/minuto), y en la auscultación pulmonar presenta crepitantes en base izquierda. Su saturación de oxígeno (SatO₂) es del 93%. Con la orientación diagnóstica de neumonía, se le deriva con ambulancia al servicio de urgencias hospitalario para realizar un estudio diagnóstico.

Puntos clave

- En los últimos años la población sin hogar ha experimentado un aumento ininterrumpido en la mayoría de las grandes ciudades de los países desarrollados.
- Vivir en la calle incrementa las tasas de mortalidad, reduce la expectativa de vida y aumenta la prevalencia de enfermedades.
- La población que vive en la calle presenta un aumento respecto a la población general de la prevalencia de enfermedades infecciosas transmisibles, de enfermedad mental y adicciones, y un peor control de las enfermedades crónicas y una mayor vulnerabilidad a sufrir accidentes y agresiones.

➤ Las personas sin hogar tienen peor accesibilidad a la atención sanitaria, acceden al sistema a través de los servicios de urgencias y presentan una mayor tasa de hospitalización.

➤ El papel de la Atención Primaria (AP) es fundamental para prestar atención sanitaria, detectar vulnerabilidades y coordinar acciones con los servicios sanitarios, sociales y comunitarios de zona.

Introducción. Conceptos generales

Los términos sinhogarismo o sintecho (con grafía unitaria) son neologismos recientemente aceptados por la Real Academia Española. El concepto de sintecho se limita a la persona que no dispone de un lugar

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. 10 de diciembre de 1948.

Artículo 25

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

donde vivir y pernocta al raso. El concepto de sinhogarismo amplía la definición teniendo en cuenta aspectos de privacidad, sociales y jurídicos. Se podría resumir de la siguiente forma: se puede tener un techo sin tener vivienda y se puede tener vivienda sin tener un hogar. Es cierto que con frecuencia se utilizan los términos sintecho y sinhogarismo indistintamente para hablar de pobreza y de exclusión social.

El sinhogarismo es un fenómeno creciente en la mayoría de los países desarrollados del mundo. La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) estima que alrededor de 1,9 millones de personas están actualmente sin hogar en los 35 países miembros¹. En la Unión Europea se calcula que alrededor de 3 millones de personas no tienen un lugar donde vivir y alrededor de 400.000 duermen en la calle una noche cualquiera².

A pesar de que no existen datos fiables, se cree que en España duermen cada noche en la calle entre 30.000 y 40.000 personas^{3,4}. Aunque, si se amplía el concepto a la falta de un hogar, es decir, una vivienda digna, esta cifra es mucho mayor. Pernoctar en la calle (sintecho) es la forma más extrema de exclusión social.

A pesar de que no existen datos fiables, se cree que en España duermen cada noche en la calle entre 30.000 y 40.000 personas

La Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA), organización auspiciada por la Comisión Europea, con estatus consultivo en el Consejo de Europa y en las Naciones Unidas, centra su actividad en la lucha contra el sinhogarismo a nivel europeo, financiando actividades de investigación, congresos, campañas de sensibilización, etc. En 2005, fruto de una comisión de trabajo, salió a la luz una definición marco del sinhogarismo: la clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) (tabla 1)⁵. En función de las condiciones de habitabilidad, los aspectos sociales y de privacidad y el régimen legal de utilización del alojamiento, se definen cuatro categorías:

- **Sin techo:** la persona no dispone de un espacio físico donde vivir, pernocta al raso o en un refugio nocturno.
- **Sin vivienda:** la persona dispone de un espacio físico, aunque este no reúne las condiciones necesarias de privacidad para

Tabla 1. Clasificación ETHOS (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion)	
Tipología europea de personas sin hogar y exclusión residencial (CATEGORÍA ETHOS)	
A. Sin alojamiento (Roofless: sin techo)	1. Personas que viven a la intemperie (en las calles o en un espacio público o exterior, sin albergue que pueda ser definido como vivienda)
	2. Personas en alojamientos de emergencia (sin lugar habitual de residencia que hacen uso nocturno de albergues)
B. Sin vivienda (Houseless)	3. Personas en alojamientos para personas sin hogar (en intervalos cortos, en alojamientos temporales o transitorios con apoyo)
	4. Mujeres alojadas en refugios por intervalos cortos debido a experiencias de violencia doméstica/de género
	5. Personas en alojamientos para inmigrantes (en alojamientos temporales por su condición de inmigrantes o trabajadores temporeros)
	6. Personas dependientes de instituciones penitenciarias, sanitarias o tuteladas que carecen de vivienda donde ir
	7. Personas beneficiarias de residencia a largo plazo por su condición de carencia de vivienda
C. Vivienda insegura	8. Personas que viven en alojamientos inseguros (temporalmente, sin derechos legales o en condiciones de ocupación sin derecho)
	9. Personas con requerimiento de abandono de la vivienda, realizado en los términos previstos en las leyes
	10. Personas que viven bajo amenaza de violencia por parte de personas con las que conviven
D. Vivienda inadecuada	11. Personas que viven en alojamientos móviles (que no son vivienda habitual), construcciones que no constituyen viviendas convencionales o estructuras semitemporales (chabolas o cabañas)
	12. Personas que viven en alojamientos sin posible permiso de habitabilidad (según la regulación nacional)
	13. Personas que viven en viviendas hacinadas o sobreocupadas (que superan el estándar nacional de ocupación de personas)

Modificado del documento FEANTSA 2005⁵.

considerarlo un espacio propio y carece de la titularidad legal.

- **Vivienda insegura:** la persona dispone de un espacio físico donde puede desarrollar su vida privada, pero no tiene permiso legal de utilización del alojamiento.
- **Vivienda inadecuada:** se dispone legalmente de un espacio propio de privacidad, pero este no reúne las condiciones adecuadas para la habitabilidad.

Causas del sinhogarismo

Las causas del sinhogarismo son múltiples y complejas como resultado de una serie de factores estructu-

rales, institucionales, sistémicos y relacionados con el individuo y su entorno cercano⁶:

- Estructurales:
 - Económicas: pobreza, desempleo.
 - Acceso al mercado de la vivienda.
 - Protección social.
 - Inmigración y acceso a la ciudadanía.
- Institucionales:
 - Falta de servicios o de coordinación entre los servicios existentes para cubrir las necesidades de atención.
 - Alojamiento en institucio-

nes, prisión o larga estancia hospitalaria.

- Procedimientos institucionales de asignación, admisión y alta.
- Falta de estatus legal (inmigrantes, minorías étnicas).

➤ Relacionales:

- Situación familiar.
- Relaciones conflictivas (parejas o progenitores maltratadores).
- Historia de violencia, experiencias adversas en edades tempranas.
- Ruptura de relación (muerte, divorcio, separación).
- Pérdida de la red social de soporte.

➤ Personales:

- Incapacidad, larga enfermedad, problemas de salud mental, crisis personales.
- Bajo rendimiento escolar.
- Adicciones (alcohol, drogas ilegales, juego).

Aproximarse a la realidad sanitaria de la población sin hogar supone afrontar una serie de limitaciones:

- **Perfiles heterogéneos.** No es posible establecer un perfil común a todas las personas sin techo. Cada situación personal es diferente: la edad, el tiempo que lleva viviendo en la calle, la situación personal y sus antecedentes definen el estado de salud de cada individuo.
- **Variabilidad cronológica y geográfica.** El estado de salud de la población sin hogar difiere con relación a las condiciones (climáticas, sociales, económicas, sanitarias) de cada lugar del mundo. Asimismo, ese estado de salud variará con el tiempo en relación con los cambios que esas condiciones puedan experimentar. La situación de un excombatiente de Vietnam que pernocta en los suburbios de una gran ciudad estadounidense

se difiere del joven escandinavo que viaja al sur de Europa en busca de una experiencia iniciática.

- **Población itinerante.** Se trata con frecuencia de una población nómada. Los individuos sin hogar se desplazan de un lugar a otro en busca de mejores condiciones de vida.

- **Situación ilegal.** Muchos de ellos no disponen de documentación, son emigrantes sin papeles o pertenecen a minorías étnicas (población gitana o romaní).

A tenor de estas condiciones, se trata de personas que no suelen disponer de datos sanitarios y no forman parte de las poblaciones de estudio en ensayos clínicos. Existen escasos estudios dispersos que correlacionan el estado de salud y la mortalidad con la exclusión social y el sinhogarismo.

Mortalidad y problemas de salud

Existen pruebas sobre el impacto de las desigualdades sociales en la morbilidad y mortalidad. Se ha establecido una sólida asociación entre el nivel de vulnerabilidad social (estatus socioeconómico, nivel ocupacional) y una mayor mortalidad y prevalencia de enfermedad.

Se ha establecido una sólida asociación entre el nivel de vulnerabilidad social y una mayor mortalidad y prevalencia de enfermedad

La condición de sinhogarismo supone una reducción de la expectativa de vida respecto a la población general (de hasta 35 años)⁸ y un factor de riesgo independiente de muerte por cualquier causa, especialmente por causa accidental. Este riesgo se ve aumentado principalmente en mujeres y en población joven.⁹

Es posible, con finalidades prácticas, clasificar los problemas de salud que afectan a la población sin hogar en cuatro grandes grupos:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades mentales y adicciones.
- Accidentes. Lesiones no intencionales.

Enfermedades infecciosas

Existe una gran variabilidad de prevalencias en función de las diferentes áreas geográficas, subpoblaciones y perfiles. En comparación con la población general, todas las prevalencias de las enfermedades infecciosas están aumentadas (tabla 2)¹⁰.

- **VIH:** existen prevalencias que alcanzan hasta un 20%, probablemente en aquellas poblaciones con un elevado número de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).
- **Hepatitis B y C:** las prevalencias de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) alcanzan en algunas poblaciones de personas sin hogar prevalencias de hasta el 30% y el 36%, respectivamente, con una clara influencia de los grupos de riesgo de UDVP. El impacto global en términos de salud es más relevante para la hepatitis C dada su tendencia a la cronicidad.
- **Tuberculosis:** las prevalencias reportadas de tuberculosis alcanzan hasta el 8%. La condición de estar sin hogar supone

un factor de riesgo para contraer la enfermedad. Las tasas de infección tuberculosa en la población sin hogar son entre 20 y 40 veces superiores. El eno-lismo crónico, la desnutrición, la infección por el VIH y pernocar en condiciones de hacinamiento son los factores de riesgo principales en las personas sin hogar.

- Enfermedades de transmisión sexual (ETS): la población sin hogar es considerada grupo de riesgo para las ETS con mayor prevalencia global y de coinfección. El uso de drogas, los antecedentes de violencia y de prisión, el trabajo sexual y la magnitud del sinhogarismo son factores de riesgo asociados a la presencia de ETS en este grupo de población¹¹.
- Escabiosis y parasitosis: se han descrito prevalencias elevadas para escabiosis de hasta el 56% según la población. De infestación de piojos (*pediculus humanus corporis*) de hasta el 22% con la infección asociada por *Bartonella quintana*, germen responsable de la «fiebre de las trincheras» descrita en los textos clásicos¹². Se trata de un cuadro clínico caracterizado por un síndrome caracterizado por un síndrome febril, con cefalea y mialgias de predominio pretibial, tras un periodo de incuba-

ción de unas 2 semanas después de la picadura del piojo. Cursa con picos febriles recidivantes con tendencia a la resolución. Su pronóstico es generalmente bueno.

- Infecciones cutáneas: los déficits de higiene y las conductas de riesgo son factores que predisponen a todo tipo de infecciones de la piel: foliculitis, abscesos en zonas de venopunción, dermatofitosis diversas (p. ej., *tinea pedis*). Hay que hacer especial mención a las infecciones de los pies¹³ que toman especial relevancia en la población sin hogar, con la posibilidad de sufrir el «pie de trinchera», cuadro clínico que fue descrito en los soldados de la Primera Guerra Mundial por la exposición prolongada al frío y a la humedad¹⁴. Consiste en una afectación de los tejidos cutáneos en la que el riego sanguíneo se ve comprometido por las condiciones ambientales extremas, con aparición de eritema, cianosis y flictenas. Una vez deteriorada la integridad cutánea, aparecen complicaciones infecciosas como la celulitis y en estados avanzados, la necrosis y la gangrena. El mejor tratamiento es la prevención, manteniendo los pies secos, limpios y calientes. Una vez establecido el cuadro, se recomiendan curas con

recalentamiento lento pasivo y limpieza quirúrgica del tejido necrótico. El uso de antibióticos es preceptivo.

Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas directamente relacionadas con la edad (trastorno cognitivo y deterioro funcional) están aumentadas en la población sin hogar y se presentan en edades más tempranas, sugiriéndose un punto de corte a los 50 años en vez de a los 65 años como corresponde en la población general¹⁶.

En cuanto a las enfermedades crónicas más comunes:

- Enfermedades cardiovasculares: las tasas de morbimortalidad de causa cardiovascular son más elevadas entre la población sin hogar respecto a la población general. Existen tasas superiores de tabaquismo, tasas menores de obesidad e hiperlipemia, y tasas similares de diabetes e hipertensión. El riesgo cardiovascular se estima que es tres veces superior al de la población general, probablemente en asociación con conductas de riesgo (tabaquismo, consumo de drogas) y por un peor control de la hipertensión, la hiperlipemia y la diabetes¹⁷. Es más frecuente un inicio precoz de la cardiopatía isquémica en comparación con la población general¹⁸.

- Enfermedades metabólicas: la prevalencia de diabetes es similar a la de la población general, pero con un peor control metabólico y mayor prevalencia de complicaciones a edades más tempranas.

- Enfermedades respiratorias: las personas sin hogar presentan tasas elevadas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, entre ellas las respiratorias como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el enfisema y los tipos de cáncer relacionados con el

Tabla 2. Prevalencia de infecciones en personas sin hogar¹⁵

Rango de prevalencias en personas sin hogar vs. población general		
	Sinhogar (%)	Población general (%)
Tuberculosis	0-8	0,005-0,032
Hepatitis C	4-36	0,5-2
VIH	0-21	0,1-0,6
Hepatitis B	17-30	< 1
Escabiosis	4-56	< 1
Pediculosis	7-22	< 1
Bartonelosis	2-30	< 1

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.
Modificado de: Fazal S¹⁵.

tabaco (p. ej., neoplasia pulmonar).

Enfermedad mental y adicciones

La población sin hogar en los países occidentales presenta una tendencia aumentada de sufrir dependencia al alcohol u otras drogas como principal enfermedad psiquiátrica en comparación con la población general de la misma edad y sexo. Las prevalencias de enfermedad mental (el trastorno psicótico, la depresión mayor o los trastornos de personalidad) son más elevadas¹⁹. Es común la comorbilidad entre trastorno mental y adicciones (patología dual) (tabla 3). Es motivo de debate la consideración sobre el papel que desempeña el consumo de drogas en el sinhogarismo: ¿causa o consecuencia? Es indudable el efecto negativo que ejercen las adicciones sobre la conducta y el deterioro de la situación personal de los individuos, pero no es menos cierto que en un número importante de casos la adicción aparece como mecanismo «adaptativo» perverso que contribuye a la cronificación de la condición de sinhogar.

Accidentes, lesiones no intencionales

Los accidentes y las lesiones no intencionales son una de las causas principales de morbilidad y aten-

ción en los servicios de urgencias en la población sin hogar. El consumo de drogas suele estar presente como factor que contribuye a la accidentabilidad. El riesgo de caídas en los mayores sin hogar está aumentado respecto a la población general de la misma edad. Estudios realizados en los servicios de ur-

Los accidentes y las lesiones no intencionales son una de las causas principales de morbilidad y atención en los servicios de urgencias en la población sin hogar

gencias muestran que la población sin hogar es frecuentemente atendida por caídas, quemaduras, envenenamiento (sobredosis de medicación o sustancias ilícitas), hipotermia y agresiones. Vivir en la calle aumenta la vulnerabilidad y las probabilidades de ser víctima de violencia en sus diferentes vertientes. Hasta un

50% de los individuos refieren haber sufrido algún tipo de agresión en el último año y alrededor de un 10% de las mujeres (y personas transgénero) sinhogar reportan haber sufrido alguna agresión sexual durante el último año²⁰.

➤ Traumatismo craneoencefálico (TCE): las incidencias acumuladas de TCE entre la población sin hogar oscilan entre el 8 y el 56%, según los diversos estudios.²¹ Algún estudio sugiere el efecto de las secuelas cognitivas y conductuales del TCE como factor predisponente al sinhogarismo.

Uso de los servicios sanitarios

El acceso a la atención sanitaria no es una tarea fácil para la población sin hogar. Estas personas deben vencer una serie de barreras estructurales y administrativas, con frecuencia acumulan experiencias de discriminación previas y un sentimiento de desconfianza hacia el sector sanitario.

Hay que añadir que la promoción de la salud no se encuentra entre sus prioridades. Se trata de personas que ocupan la mayor parte de su tiempo en procurarse comida, alojamiento y en los usuarios de drogas en conseguir la sustancia necesaria para gestionar su síndrome de abstinencia.

A pesar de todo ello, en países con sistemas de sanidad universal, la población sin hogar presenta unas tasas más altas de hospitalización (convencional y psiquiátrica), visitas en servicios de urgencias y en AP. Menos de un 10% de los individuos sin hogar más enfermos concentran más del 50% de las visitas de urgencias en este subgrupo de población²².

Un porcentaje elevado de personas sin hogar no está registrado en las bases de datos sanitarias de la administración y no tiene asignado un médico de familia. A falta de una AP accesible, la atención sanitaria recae en los servicios de urgencias.

Por otro lado, existen pruebas

Tabla 3. Prevalencia de enfermedades neuropsiquiátricas en población sin hogar en comparación con la población general.

	Sin hogar (%)	Población general (%)
Traumatismo craneoencefálico	8-53	1
Psicosis	3-42	1
Depresión	0-49	2-7
Trastorno de personalidad	2-71	5-10
Dependencia alcohólica	8-58	4-16
Dependencia drogas ilícitas	5-54	2-6
Patología dual	58-65	< 1
Trastorno por estrés postraumático	38-53	2-3

Modificado de: Fazel S¹⁵.



de que la atención prestada a los pacientes sin hogar es menos apropiada en comparación con la de la población general²³ y la subóptima planificación de las altas hospitalarias contribuye a una elevada tasa de reingresos²⁴.

En varios países desarrollados se ha demostrado que implementar iniciativas de atención basadas en alojamiento supervisado (p. ej., *housing first*, *permanent supportive housing*), dispositivos de reducción de daños y atención diseñada en la gestión de casos suponen una estrategia coste-efectiva con unos excelentes resultados en términos de salud y con un importante ahorro económico en servicios sanitarios y servicios sociales^{25,26}.

Atención Primaria

Por las características propias de este grupo de población, no es fácil poner en práctica las estrategias de atención propias de la AP: longitudinalidad, integralidad, coordinación y accesibilidad. A pesar de ello, el médico de familia es el mejor posicionado para identificar las situaciones de vulnerabilidad social que condicionan la enfermedad (bajos ingresos, déficits nutricionales) y para solicitar los servicios comunitarios disponibles (servicios sociales, [SS]). Es fundamental establecer una estrecha coordinación y disponer de la ayuda de los SS y de los agentes de salud comunitarios de

ámbito local (que habitualmente dependen de las organizaciones no gubernamentales [ONG] que trabajan con la población sin hogar [RAIS-Hogar Sí, Cáritas, Arrels Fundación, etc.]).

Desde la práctica de la consulta de AP, creemos que la atención a la población sin hogar no difiere de la que se presta a la población general, sin embargo, me permito hacer algunos comentarios basados en nuestra experiencia:

Anamnesis

La atención a una persona sin hogar debe basarse en la construcción inicial de una relación de confianza. Son personas que han sufrido discriminación institucional y suelen tener una relación de desconfianza con el sistema en general. Probablemente, será difícil preguntar sobre temas sensibles y no podrán abordarse todos los problemas ni proponer todas las pruebas diagnósticas necesarias en una primera visita. Con frecuencia estas personas cuentan con unas biografías personales (y sanitarias) profundas y abigarradas... Debemos centrar la entrevista para optimizar nuestro tiempo.

La primera visita consistirá en generar un vínculo que dé pie a posteriores visitas y atenciones. Es posible que deban superarse algunas barreras (idiomáticas o relacionadas con problemas psiquiátri-

cos) para establecer una adecuada comunicación. Facilitará la tarea disponer de la ayuda de algún agente comunitario de salud (mediador, voluntario, educador, integrador social, etc.).

Preguntar cuánto tiempo ha estado viviendo/pernoctando en la calle puede dar una idea previa del nivel de deterioro físico/psíquico de la persona en cuestión.

La anamnesis se basará, como en la población general, en preguntar por antecedentes, explorar sobre todo los hábitos tóxicos (historia toxicológica), antecedentes psiquiátricos y de accidentabilidad. Preguntar por ingresos hospitalarios previos ayudará también a recopilar información relevante.

Exploración

- Aspecto general, estado de higiene.
- Inspección: coloración de la piel y mucosas.
- Auscultación cardiorrespiratoria: elevadas prevalencias de enfermedades respiratorias crónicas.
- Palpación abdominal: ¿hepatomegalia? ¿Signos físicos de alcoholismo?
- Aparato locomotor: identificar deformidades. ¿Secuelas de traumatismos/fracturas?
- Exploración cutánea con especial atención a los pies.
- Exploración psiquiátrica básica para identificar los problemas más prevalentes. En el curso de la entrevista el médico de familia se va haciendo una idea del estado de salud mental. En posteriores visitas, explorar aspectos psiquiátricos y plantear el uso de herramientas diagnósticas²⁷.

Pruebas complementarias

- Analítica de sangre: hemograma, bioquímica básica con per-

fil hepático completo, parámetros nutricionales (albúmina, proteínas), vitamina B₁₂ y ácido fólico. Serologías de las hepatitis A (VHA), B (VHB) y C (VHC), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y treponema. Valorar la realización de serologías vacunales.

- Radiografía de tórax: se ha demostrado coste-efectiva en el cribado de la tuberculosis (TBC) en población sin hogar como grupo de riesgo¹⁰. Otros hallazgos: cambios crónicos de EPOC, fracturas costales antiguas fruto de caídas o accidentes.
- Ecografía abdominal: valorar su idoneidad para identificar patología estructural hepática (hepatopatía enólica/cirrosis hepática).
- Será importante valorar la necesidad de realizar pruebas complementarias específicas en la población inmigrante, según el lugar de procedencia.

Conclusiones

El sinhogarismo es un problema con múltiples facetas que requiere de la aplicación de un modelo multidisciplinar para su abordaje: proporcionar alojamiento (políticas de *housing first*), atención sanitaria y estrategias comunitarias de integración (figura 1).

Para ofrecer una atención sanitaria a la población sin hogar es necesario asegurar el acceso a una regularización administrativa y la existencia de una voluntad política para establecer estrategias multidisciplinarias. Existen experiencias en varios países desarrollados que han demostrado ser efectivas²⁵:

- Intervenciones para asegurar un alojamiento digno en las poblaciones vulnerables y en exclusión social.
- Soporte/supervisión del alojamiento. La presencia de un coordinador/gestor de casos que acompaña en el proceso de inte-

gración/rehabilitación y sirve de enlace con el resto de servicios comunitarios.

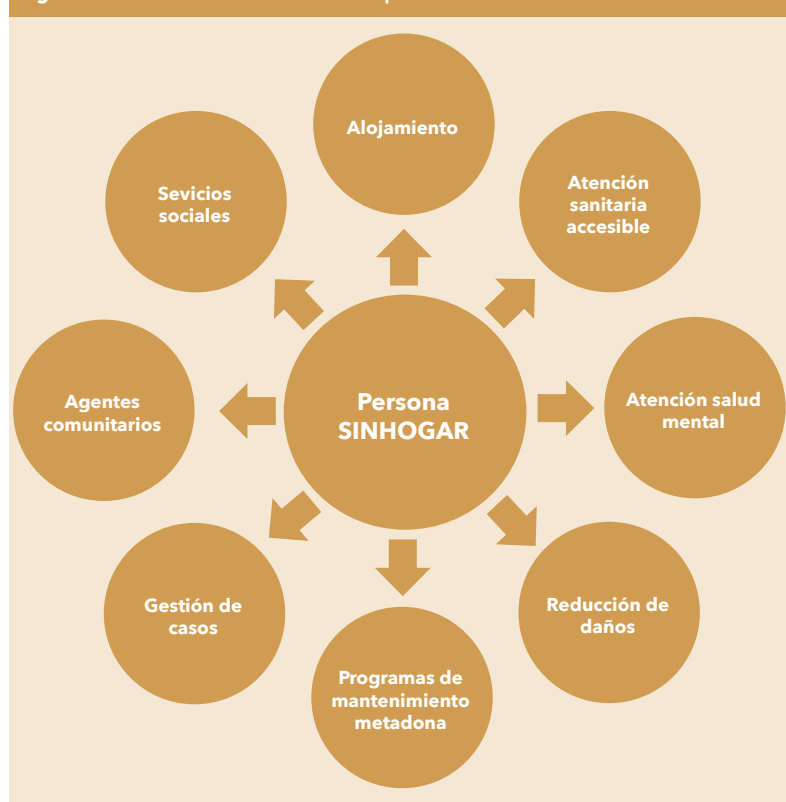
- Gestión de casos en coordinación con AP, especialmente en las personas con enfermedades mentales para asegurar la conexión con los servicios sanitarios.
- Creación de unidades específicas de intervención para la atención a la población sin hogar que permitan:
 - Disponer de espacios de atención accesibles con unidades de reducción de daños que sirvan como primera atención y antesala a una vinculación con el médico de familia.
 - Atención a pie de calle para aquellos casos que no acceden normalmente al sistema sanitario convencional.
 - Establecer una coordinación

y un enlace con el nivel hospitalario para ofrecer soporte y elaborar un programa de atención al alta.

Bibliografía

1. OECD. Better data and policies to fight homelessness in the OECD, Policy Brief on Affordable Housing, [Internet.] Paris: OECD, 2020). Disponible en: <http://oe.cd/homelessness-2020>.
2. Fazer H, Marlier E, Nicaise I. A social inclusion roadmap for Europe 2020. Antwerpen-Apeldoorn (Belgium): Editorial Garant; 2010.
3. FEANTSA country fiche. Disponible en: Spain. Last update: November 2019. https://www.feantsa.org/public/user/Resources/country_profiles/ES_-_Country_Profile_2019.pdf
4. Sales A. How many homeless people live in Spain? Incomplete sources and impossible predictions. European Journal of Homeless-

Figura 1. Modelo de atención multidisciplinar



- ness. [Internet.] 2015;9(2):215-231. Disponible en: <https://www.feant saresearch.org/download/salesejh2-2015article96043744236334400007.pdf>
5. ETHOS. European typology of homelessness and housing exclusion. <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>
 6. **Confronting Homelessness in the European Union.** European Commission. Commission staff working document. Towards Social Investment for Growth and Cohesion - including implementing the European Social Fund 2014-2020. Brussels 20.2.2013
 7. 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 Jan 20;391(10117):241-50. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X.
 8. Cha O. La santé des sans-abri. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. [Internet.] 2013;197(2):277-291. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)31584-5](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)31584-5).
 9. Feodor Nilsson S, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Homelessness as a predictor of mortality: an 11-year register-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Jan;53(1):63-75. doi: 10.1007/s00127-017-1456-z.
 10. 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 Nov;12(11):859-70. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70177-9.
 11. Williams SP, Bryant KL. Sexually Transmitted Infection Prevalence among Homeless Adults in the United States: A Systematic Literature Review. *Sex Transm Dis*. 2018;45(7):494-504. doi:10.1097/OLQ.0000000000000780
 12. Badiaga S, Raoult D, Brouqui P. Preventing and controlling emerging and reemerging transmissible diseases in the homeless. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(9):1353-59. doi:10.3201/eid1409.080204
 13. To MJ, Brothers TD, Van Zoost C. Foot Conditions among Homeless Persons: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167463. doi: 10.1371/journal.pone.0167463
 14. Bush JS, Lofgran T, Watson S. Trench Foot. 2020 Aug 10. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.
 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 Oct 25;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6. PMID: 25390578; PMCID: PMC4520328.
 16. Brown RT, Kiely DK, Bharel M, Mitchell SL. Geriatric syndromes in older homeless adults. *J Gen Intern Med*. 2012 Jan;27(1):16-22. doi: 10.1007/s11606-011-1848-9.
 17. Al-Shakarchi NJ, Evans H, Luchenski SA, Story A, Banerjee A. Cardiovascular disease in homeless versus housed individuals: a systematic review of observational and interventional studies. *Heart*. 2020 Oct;106(19):1483-88. doi: 10.1136/heartjnl-2020-316706.
 18. Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, Hwang SW. Risk factors for cardiovascular disease in homeless adults. *Circulation*. 2005 May 24;111(20):2629-35. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.104.510826.
 19. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008 Dec 2;5(12):e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
 20. 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 Nov 10;163(20):2492-9. doi: 10.1001/archinte.163.20.2492.
 21. 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 Dec 8;12:1059. doi: 10.1186/1471-2458-12-1059.
 22. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, Levinson W. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health*. 2013 Dec;103 Suppl 2(Suppl 2):S294-301. doi: 10.2105/AJPH.2013.301369.
 23. Wadhwa RK, Khatana SAM, Choi E, Jiang G, Shen C, Yeh RW, Joynt Maddox KE. Disparities in Care and Mortality Among Homeless Adults Hospitalized for Cardiovascular Conditions. *JAMA Intern Med*. 2020 Mar 1;180(3):357-66. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.6010.
 24. Miyawaki A, Hasegawa K, Figueroa JF, Tsugawa Y. Hospital Readmission and Emergency Department Revisits of Homeless Patients Treated at Homeless-Serving Hospitals in the USA: Observational Study. *J Gen Intern Med*. 2020 Sep;35(9):2560-8. doi: 10.1007/s11606-020-06029-0.
 25. Pottie K, Kendall CE, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvaggio G, et al. Clinical guideline for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ*. 2020 Mar 9;192(10):E240-E254. doi: 10.1503/cmaj.190777.
 26. Ponka D, Agbata E, Kendall C, Stergiopoulos V, Mendonca O, Magwood O, et al. The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS One*. 2020 Apr 9;15(4):e0230896. doi: 10.1371/journal.pone.0230896.
 27. Gordon SJ, Grimmer K, Bradley A, Direen T, Baker N, Marin T, et al. Health assessments and screening tools for adults experiencing homelessness: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019 Jul 24;19(1):994. doi: 10.1186/s12889-019-7234-y.