

Atención sanitaria a las personas sin hogar

Carme Roca Saumell^{a,b,c,*}, Sergio Moreno Ferrer^b, María-Paz Loscertales de la Puebla^{c,d}, Beatriu Bilbeny de Fortuny^e y Jordi Delàs Amat^{b,c,f}

^aCentro de Atención Primaria el Clot. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^bFacultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

^cAsociación Salut Sense Sostre. Barcelona. España.

^dCentro de Atención Primaria Raval Nord. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^eCentro de Atención Primaria Raval Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

^fHospital Universitari Sagrat Cor. Barcelona. España.

*Correo electrónico: croca.bcn.ics@gencat.cat

Puntos para una lectura rápida

- La falta de vivienda es un determinante social de salud.
- Las personas que se encuentran en situación de sin hogar (PSSH) presentan un estado de salud peor, una esperanza de vida inferior y una mortalidad precoz superior, a la de la población general.
- Debe garantizarse la atención sanitaria a todas las PSSH.
- El marco adecuado de atención sanitaria a las PSSH es la atención primaria de salud (APS)
- La creación de programas en APS adaptados a las PSSH, han de incluir la perspectiva de género, basarse en equipos multidisciplinares y coordinarse con los servicios sociales.

Palabras clave: Sinhogarismo • Pobreza extrema • Población vulnerable.

“Presentamos el caso de José de 51 años. Camina siempre acompañado de un carro de la compra donde guarda sus pertenencias. Vive y pernocta en la calle desde hace más de una década...”

Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas, la *pobreza extrema* es aquella situación en que la persona no puede satisfacer las necesidades más básicas, como son, alimentarse, beber agua, dormir en una casa o tener acceso a la educación y a la sanidad¹.

Para clasificar y unificar las tipologías de PSSH y de exclusión residencial, en Europa existe un amplio consenso en usar las categorías *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS)² particularmente útiles para abordar los desafíos de comparabilidad³ (tabla 1).

Vivir en la calle o en refugios temporales puede ser extremadamente difícil y peligroso. Las situaciones de violencia

a las que están expuestas las PSSH, pueden condicionarles graves consecuencias para su salud física y mental⁴.

El término aporofobia (formado a partir de la voz griega *á-poros*, “sin recursos o pobre” y *fobos* “miedo”) significa fobia a las personas pobres o desfavorecidas⁵.

Según el observatorio Hatento, el 47% de las PSSH han sufrido delitos de odio⁶. La mayoría de las agresiones son realizadas por hombres de 18 a 35 años en el contexto de ocio nocturno y el 60% de los casos se producen en el lugar donde las PSSH duermen. En Barcelona, durante el 2021 se registraron 65 situaciones discriminatorias por aporofobia y el 58% fueron en el espacio público⁷.

“Alguna tarde se pasa por el Centro abierto para PSSH de una entidad social de la ciudad. Allí puede ducharse, ir al lavabo, asearse e incluso descansar un rato en un entorno seguro. Algunas veces, si le apetece, juega al dominó con algún voluntario u otra persona en su misma situación...”

Los datos epidemiológicos⁸⁻¹¹ se detallan en la tabla 2.

TABLA 1. Tipología europea de personas sin hogar y exclusión residencial (categorías ETHOS)

A. Sin techo (roofless)	1. Vivir en un espacio público (sin domicilio)
	2. Pernoctar en un albergue y/o forzado a pasar el resto del día en un espacio público
B. Sin vivienda (houseless)	3. Estancia en centros de servicios o refugios (hostales para sin techo que permiten diferentes modelos de estancia)
	4. Vivir en refugios para mujeres
	5. Vivir en alojamientos temporales reservados a los inmigrantes y a los demandantes de asilo
	6. Vivir en instituciones: prisiones, centros de atención sanitaria, hospitales sin tener donde ir, etc.)
C. Vivienda insegura (insecure housing)	7. Vivir en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento)
	8. Vivir en una vivienda sin título legal (vivir temporalmente con familiares o amigos de forma involuntaria, vivir en una vivienda sin contrato de arrendamiento –se excluyen los ocupas–, etc.)
	9. Notificación legal de abandono de la vivienda
D. Vivienda inadecuada	10. Vivir bajo la amenaza de violencia por parte de la familia o de la pareja
	11. Vivir en una estructura temporal o chabola
	12. Vivir en una vivienda no apropiada según la legislación estatal
	13. Vivir en una vivienda masificada

Modificada de: Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA)² y de: https://www.feantsa.org/download/ethos_spain-24518105836657575492.pdf

Factores que pueden conducir a la exclusión social a largo plazo (sinhogarismo)

Quedarse sin hogar es el resultado de un proceso de deterioro progresivo donde suelen coexistir causas individuales, relacionadas con la propia persona y estructurales, atribuibles a la sociedad en la que vivimos^{12,13}.

Se identificaron como predictores de exclusión social y de sinhogarismo, a nivel individual: factores sociodemográficos (pobreza¹⁴ experiencias adversas en la primera infancia¹⁵, antecedentes personales de violencia¹⁶) psiquiátricos¹⁷ y/o uso abusivo de sustancias¹⁸.

Algunos de los factores precipitantes para quedarse sin hogar se detallan en la tabla 3.

“Aunque habla poco, algunas veces José ha contado que la vida le ha ido mal y que la aparición del alcohol, que ya no ha dejado nunca de acompañarlo, acabó de determinar su situación...”

TABLA 2. Datos epidemiológicos

A nivel mundial	Según el Fórum Económico Mundial (2021) se estima que, en todo el mundo, al menos 150 millones de personas (alrededor del 2% de la población mundial) no tienen un hogar, aunque probablemente el número real sea mayor ⁴⁶
Unión Europea	En la Unión Europea se estima que en una noche cualquiera (2019) duermen en la intemperie o en alojamientos de emergencia/temporales al menos 700.000 personas ⁴⁶ , que supone un aumento del 70% en la década 2009-2019
España	En España, según el Instituto Nacional de Estadística, un total de 28.552 personas (de las cuales 7.277 habían dormido a la intemperie) fueron atendidas en servicios para PSSH durante 2022, un incremento de 24,5% con respecto a 2012 ⁴⁶

Fuente: Henry⁸, Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA)⁹, Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA)¹⁰ e Instituto Nacional de Estadística. Encuesta a las personas sin hogar 2022¹¹.

TABLA 3. Factores precipitantes de sinhogarismo

Causas estructurales	Vinculadas a: - la situación económica (como la pérdida de empleo) - el mercado inmobiliario (el precio de los alquileres, desahucios), - los movimientos migratorios
Causas institucionales	Relacionadas con la rigidez de los servicios sociales, los mecanismos de asistencia y los procedimientos institucionales
Discriminación o ausencia de un estatuto legal	- Relacionadas con las situaciones particulares que pueden vivir las personas inmigradas y algunas minorías, como la comunidad gitana - Exclusión laboral
Causas relacionales	- Desestructuración familiar - Antecedentes de trauma infantil - Separación de pareja - Muerte de un familiar - Escasa red social de apoyo
Causas personales	- Falta de formación académica o profesional - Dificultades financieras - Problemas de relación - Antecedentes de patología psiquiátrica - Uso abusivo de sustancias

Fuente: Fundació Arrels¹², Nilsson et al.¹⁸ y Mc Conalogue et al.¹³.

Datos sanitarios

La falta de vivienda es un determinante social de salud.

Las PSSH presentan un exceso de mortalidad prematura^{19,20}.

Cuando en una misma persona coincide una enfermedad mental, el uso abusivo de sustancias y una enfermedad crónica, existe un alto riesgo de muerte prematura, incrementado por otros factores como la exclusión social, las tasas más altas de muerte accidental o violenta y un déficit de atención sanitaria²¹.

Las PSSH utilizan más los servicios de urgencias en detrimento de los servicios sanitarios convencionales²².

Según Paudyal et al.²³, la tasa observada de muerte de las PSSH en el servicio de urgencias es 12 veces mayor que la de la población general.

En una revisión sistemática sobre el uso de las urgencias por las PSSH²⁴ se concluyó que los motivos de consulta más frecuentes fueron: lesiones y traumatismos físicos, patologías de salud mental y problemas debidos al uso abusivo de sustancias.

Las PSSH sufren una carga desproporcionada de lesiones en comparación a las personas con hogar²⁵.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan una importante causa del exceso de mortalidad y morbilidad en las PSSH^{26,27} debido a la confluencia de diversos factores como la alta prevalencia de tabaquismo, el control subóptimo de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales y una importante carga de factores de riesgo no tradicionales psicosociales, como el estrés crónico, la depresión y el consumo abusivo de sustancias. Además, el diagnóstico de las ECV puede ser más tardío y su manejo más complicado, por la baja adherencia al tratamiento, el coste de los medicamentos y las dificultades en el seguimiento clínico²⁸.

En la revisión de Ly et al.²⁹ se identificaron la hepatitis A, la hepatitis B, la enfermedad pneumocócica invasiva y la difteria, como las infecciones prevenibles por vacunas, más detectadas en las PSSH durante los años 1980-2020. No se hallaron estudios en PSSH sobre otras infecciones prevenibles por vacunación.

En el estudio de Roca Lahiguera et al.³⁰ se objetivó que en la muestra de PSSH, los porcentajes de infección por VIH y por VHC multiplicaron por 40 los poblacionales.

Los diagnósticos psiquiátricos fueron particularmente frecuentes en las personas que llevan largo tiempo sin hogar.

Se ha descrito una fuerte asociación entre la falta de vivienda y el uso abusivo de sustancias, con una relación bidireccional: el consumo abusivo de alcohol y/o drogas puede ser un precipitador para quedarse sin hogar o puede utilizarse como estrategia de afrontamiento ante dicha situación.

También se detectaron altas prevalencias de enfermedades mentales tratables como la depresión mayor o los trastornos del espectro de la esquizofrenia³¹.

Aunque no estudiado y posiblemente infradiagnosticado, el deterioro cognitivo/demencia puede tener un papel relevante en los trastornos de conducta y el aislamiento que presentan muchas de las PSSH.

La mayor prevalencia de malignidad/premalignidad cutánea en PSSH en comparación a la población general se ha relacionado con la exposición crónica al sol, los escasos conocimientos y recursos para la prevención del cáncer cutáneo y la baja atención médica³².

Las PSSH presentan, en comparación con la población general, una mayor prevalencia y/o severidad de caries y en-

fermedad periodontal³³ relacionadas con un mayor riesgo de presentar cuadros sistémicos³⁴ como ECV³⁵, síndrome dismetabólico³⁶ e infección del tracto respiratorio³⁷. Además, el impacto psicológico de una mala condición dental, en la autoestima, podría empeorar la situación de exclusión social.

En la tabla 4 se presenta el estado de salud de las PSSH según revisiones de la literatura.

“Desde hace un tiempo, se nota más débil, ha perdido el apetito, nota picazón en la piel y le salen morados con más frecuencia, las piernas no le responden como antes y su mente va más lenta. Ha perdido sus rutinas de acudir al comedor social, al centro para ducharse y se pasa muchas horas acurrucado sobre sus cartones, durmiendo...”

Atención sanitaria a las personas sin hogar

La OMS hace hincapié en el binomio pobreza-enfermedad. La mortalidad prematura, la disminución de la esperanza de vida y/o la precariedad de la salud, pueden ser causa o consecuencia de la pobreza extrema y/o sinhogarismo³⁸.

- *La pobreza como causante de enfermedad.* Como se ha detallado anteriormente, las personas en situación de pobreza extrema y/o de sin hogar presentan peor estado de salud.

- *La pobreza como consecuencia de enfermedad.* La salud precaria junto con otros condicionantes adversos pueden abocar a situaciones de vulnerabilidad social, por lo que mejorar la salud es un componente importante en reducir la pobreza extrema.

Así pues, los profesionales sanitarios adquirimos un reto y un protagonismo importante en la lucha contra la pobreza y la vulnerabilidad social.

Las PSSH presentan un estado de salud peor, una esperanza de vida inferior y una mortalidad precoz superior, que la población general²².

El mal estado de salud se ve agravado por un acceso deficiente a la atención sanitaria.

Es presumible que las circunstancias que han llevado a la persona a la situación de exclusión social y/o sinhogarismo también influyan en la menor predisposición a acudir a visitas sanitarias, donde pueden encontrarse con:

- Barreras administrativas y de accesibilidad²⁴. Horarios fijos, citas previas inflexibles, problemática de donde dejar los animales de compañía y/o las pertinencias, desplazamientos muy largos para hacerlos andando, etc.

- Barreras de actitud de los profesionales. Estigmatización y prejuicios³⁹.

- Dificultad de los sanitarios para manejar las múltiples y complejas necesidades presentadas por estas personas⁴⁰.

- Escasos recursos sociales y sanitarios.

TABLA 4. Estado de salud de las PSSH según revisiones de la literatura

		Publicación
Esperanza de vida Mortalidad prematura	- Reino Unido: edad media de mortalidad de la PSSH, 45 años entre los hombres y 43 entre las mujeres (comparada con 76 y 81 años, respectivamente en la población general) - Irlanda: edad media de mortalidad entre las PSSH, 44 años entre los hombres y 36 entre las mujeres	Kiernan S, Mockler D, Cheallaigh CN, Broderick J. Physical functioning limitations and physical activity of people experiencing homelessness: A scoping review [version 2; peer review: 2 approved]. HRB Open Res 2021;3(14)
Uso de los servicios de urgencias por las PSSH	Los motivos de consulta más frecuentes: - lesiones y traumatismos físicos - patologías de salud mental - problemas relacionados con el uso abusivo de sustancias	Vohra N, Paudyal V, Price MJ. Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. Int J Emerg Med 2022;15(1):32
Estado nutricional	Las PSSH presentaban, en comparación con la población general: - IMC no saludable (tanto sobrepeso/obesidad como bajo peso) - Déficit de vitamina C - Alto consumo de grasas, sal y azúcar - Bajo consumo de frutas, verduras y frutos secos - Altos niveles de tabaquismo y consumo problemático de alcohol Todos los estudios incluidos procedían de países de ingresos altos	Huang C, Foster H, Paudyal V, Ward M, Lowrie R. A systematic review of the nutritional status of adults experiencing homelessness. Public Health 2022; 208:59-67
Enfermedad cardiovascular (ECV)	Las personas sin hogar tienen un riesgo aproximadamente tres veces mayor de ECV y una mayor mortalidad por ECV que las personas con hogar	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; 106(19):1483-8
Hepatitis C	En la revisión de 13 estudios sobre hepatitis C en PSSH la prevalencia fue del 20% (95% CI 12-30%)	Hashim A, Macken L, Jones A, McGeer M, Aithal G, Verma S. Community-Based Assessment and Treatment of Hepatitis C Virus-Related Liver Disease, Injecting Drug and Alcohol Use Amongst People Who Are Homeless: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Drug Policy 2021; 96:103342
Salud mental	Trastornos de salud mental en las PSSH de países con ingresos altos: - Trastornos relacionados con el alcohol, prevalencia 37% (10 veces superior que la estimada en la población general de la Unión Europea) - Trastornos relacionados con las drogas, prevalencia 22% (10 veces superior a la estimada en la población general de Estados Unidos) - Depresión mayor (12,6%) - Trastornos del espectro de la esquizofrenia (12,4%)	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(8):e1003750
Patología dermatológica	Las PSSH presentaron una mayor prevalencia de: - Infecciones por ectoparásitos como: <i>Pediculus capitis</i>, <i>Pediculus pubicus</i>, <i>Pediculus corporis</i> y <i>Sarcoptes scabiei</i> - Infecciones bacterianas cutáneas causantes de abscesos, foliculitis, celulitis e impétigos - Cáncer de piel no-melanoma	Adly M, Woo TE, Traboulsi D, Klassen D, Hardin J. Understanding Dermatologic Concerns Among Persons Experiencing Homelessness: A Scoping Review and Discussion for Improved Delivery of Care. J Cutan Med Surg. 2021;25(6):616-26
Odontología	Las PSSH presentan una mayor prevalencia y/o severidad de caries y enfermedad periodontal (y la pérdida de dientes relacionada) en comparación con la población general	Cianetti S, Valenti C, Orso M, Lomurno G, Nardone M, Palma Lomurno A, et al. Systematic Review of the Literature on Dental Caries and Periodontal Disease in Socio-Economically Disadvantaged Individuals. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12360

PSSH: personas sin hogar.

Varios estudios mostraron que la integración de la atención primaria de salud (APS) en el manejo de las PSSH mejoró el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades crónicas y redujo las visitas a servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios⁴¹⁻⁴³.

La APS ha de ser inclusiva para las PSSH⁴⁴ ofreciendo centros de salud más amigables, con acceso de baja exigencia y atención in situ, si se requiere.

La creación de programas de APS adaptados a las PSSH han de incluir la perspectiva de género y basarse en equipos multidisciplinares⁴⁵.

Pero mejorar la salud global de las PSSH no dependerá únicamente de los programas sanitarios. Debe asociar otras intervenciones, fundamentalmente actuando sobre el acceso a la vivienda (modelo “*Housing first*”)⁴⁶ el apoyo social o necesidades específicas de salud⁴⁵.

TABLA 5 Propuesta de mejoras en la atención sanitaria a las personas sin hogar

Propuestas de mejoras	Acciones concretas
Garantizar la atención sanitaria a todas las PSSH	Obtención de la tarjeta sanitaria individual
Atención integrada social y sanitaria	Flujo de información compartida. Coordinación ágil y fluida
El marco sanitario adecuado de atención a las PSSH es la atención primaria de salud (APS)	Creación de programas de APS adaptados a las PSSH Equipos sanitarios “de calle” para la atención in situ (en la vía pública, en comedores sociales, en centros abiertos para PSSH), si se requiere Dotar de recursos a la APS (de formación, económicos, de personal, de tiempo) para garantizar una atención adecuada en el manejo de las múltiples y complejas necesidades presentadas por estas personas
Trabajo multidisciplinar	Equipos de profesionales de APS, salud mental, servicios de urgencias y hospitalarios, farmacias comunitarias, servicios sociales y personas de la sociedad civil (asociaciones vecinales, organizaciones no gubernamentales)
Circuitos de coordinación entre los diversos niveles sanitarios	De APS, urgencias y hospitalización, para un seguimiento clínico correcto y evitar la discontinuidad de la atención sanitaria
Revisar las exigencias estructurales de los centros sanitarios	Centros sanitarios más amigables Considerar alternativas a los horarios rígidos, la cita previa, los contactos telefónicos o informáticos Considerar la posibilidad de organizar una consigna donde poder guardar las pertinencias Evitar la sectorización de los centros sanitarios (CAP y hospitales) por domicilio
Protocolos diagnósticos y de seguimiento adaptados a las PSSH	Evitar, facilitar o costear los desplazamientos entre centros sanitarios Dietas factibles a la situación social Coordinar la recuperación en un entorno seguro y amigable tras ciertas pruebas diagnósticas (como endoscopias) o ciertos tratamientos (como la quimioterapia)
Garantizar el acceso a la medicación	Cubriendo o minimizando el coste
Pautas terapéuticas facilitadoras de cumplimiento	Minimizar la necesidad de refrigeración o las vías no orales. En caso de no ser posible, garantizar una correcta refrigeración o un espacio de intimidad correcto, si se requiere Coordinar y garantizar el almacenaje de la medicación en condiciones seguras de temperatura o humedad
Acceso a aspectos de la salud no incluidos completamente en la sanidad pública	Salud visual Salud odontológica Salud podológica, en todos sus ámbitos
Promover los recursos de comunicación entre personas de diferentes idiomas	Desterrar el concepto de “barrera idiomática” como argumento que justifique una peor asistencia
Altas hospitalarias	Informes clínicos con información sanitaria y social Garantizar estancias de convalecencia y recuperación tras las altas hospitalarias
Acompañar	Ofrecer acompañamiento ante ciertas visitas sanitarias, realización de pruebas complementarias, o cuando la persona lo solicite
Atención a las PSSH desde una perspectiva de género	Programas individualizados

Las propuestas de mejoras en la atención sanitaria a las PSSH se detallan en la tabla 5.

“Los equipos sociales de calle, acompañan a José al Centro de Atención Primaria (CAP) más cercano, donde es visitado. En su historia clínica de los últimos 4 años, consta 1 visita al CAP, por heridas superficiales debidas a agresión en la vía pública y 7 visitas a urgencias, en las que, tras el estudio, se dio el alta recomendando seguimiento en el CAP (donde nunca acudió)”

Tras la visita actual, se orienta como posible enfermedad hepática agudizada. Se traslada a urgencias e ingresa en el hospital donde se diagnostica de hepatitis alcohólica, a los pocos días sufre un fallo multiorgánico irreversible”.

Bibliografía

1. Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Desafíos globales. Acabar con la pobreza. [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ending-poverty>.
2. Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA). The ETHOS typology. [consultado 3 May 2023]. Disponible en: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
3. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Gobierno de España. Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020. [consultado 9 May 2023]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH20152020.pdf>
4. Rodríguez-Arenas MÁ, Martín-Ríos MD, Gil-Borrelli C. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. Gac. Sanit. 2018; 32:114-116. [consultado 2 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-intervenciones-salud-publica-contra-violencia-articulo-S0213911117303047>
5. Real Academia Española. Aporofobia. [consultado 9 May 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/aporofobia> | diccionario de la lengua española | RAE - ASALE

6. Fundación Hogar Sí. Observatorio Hatento. [consultado 3 Jun 2023]. Disponible en: <https://hogarsi.org/hatento/>
7. Ajuntament de Barcelona. Informe del Observatorio de las Discriminaciones 2021. Resumen ejecutivo. [consultado 24 Jun 2023]. Disponible en: https://ajuntament.barcelona.cat/dretsdiversitat/sites/default/files/Resum_DISCRIMINACIONES_BCN2021_ES.pdf
8. Henry P. These innovative projects are tackling homelessness around the world. 2021. World Economic Forum. [consultado 25 May 2023]. Disponible en: https://www.weforum.org/agenda/2021/10/innovative-projects-tackling-homelessness-around-the-world/?DAG=3&gclid=Cj0KCQjwhoIBhC_ARIsAMpgMocFk7NQNSw_6h7LINwlc_WcUgIVrYZcwXnWVWZ-m9tVzb-OGan1IN4aAq0aEALw_wcB
9. Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA). How many people are homeless in the European Union? [consultado 1 May 2023]. Disponible en: <https://www.feantsa.org/en/about-us/faq>
10. Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA), the Abbé Pierre Foundation. Seventh overview of housing exclusion in Europe 2022. [consultado 4 May 2023]. Disponible en: <https://www.feantsa.org/en/report/2022/06/30/?bcParent=27>
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta a las personas sin hogar 2022. [consultado 3 May 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf
12. Fundació Arrels. Personas sin hogar. La problemática. [consultado 2 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.arrellsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/problematika/>
13. 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.
14. Thompson RG Jr, Wall MM, Greenstein E, Grant BF, Hasin DS. Substance-use disorders and poverty as prospective predictors of first-time homelessness in the United States. *Am J Public Health* 2013; 103 (suppl 2): S282-88.
15. Roos LE, Mota N, Afi TO, Katz LY, Distasio J, Sareen J. Relationship between adverse childhood experiences and homelessness and the impact of axis I and II disorders. *Am J Public Health*. 2013; 103 (suppl 2): S275-81.
16. Greenberg GA, Rosenheck RA. Jail incarceration, homelessness, and mental health: a national study. *Psychiatr Serv*. 2008;59:170-7.
17. Patterson ML, Somers JM, Moniruzzaman A. Prolonged and persistent homelessness: multivariable analyses in a cohort experiencing current homelessness and mental illness in Vancouver, British Columbia. *Ment Health Subst Use*. 2012;5:85-101.
18. Nilsson SF, Nordentoft M, Hjorthøj C. Individual-Level Predictors for Becoming Homeless and Exiting Homelessness: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Urban Health*. 2019;96(5):741-50.
19. 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. *The Lancet*. 2018;391(10117):241-50.
20. White J, Fluharty M, de Groot R, Bell S, Batty GD. Mortality among rough sleepers, squatters, residents of homeless shelters or hotels and sofa-surfers: a pooled analysis of UK birth cohorts. *Int J Epidemiol*. 2022;51(3):839-46.
21. Fitzpatrick S, Bramley G, Johnsen S. Pathways into multiple exclusion homelessness in seven UK cities. *Urban Stud*. 2012;50(1):148-68.
22. 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.
23. Paudyal V, Ghani A, Shafi T, Punj E, Saunders K, Vohra N, et al. Clinical characteristics, attendance outcomes and deaths of homeless persons in the emergency department: implications for primary health care and community prevention programmes. *Public Health*. 2021;196:117-23.
24. Vohra N, Paudyal V, Price MJ. Homelessness and the use of Emergency Department as a source of healthcare: a systematic review. *Int J Emerg Med*. 2022;15(1):32.
25. Hammig B, Jozkowski K, Jones C. Injury-related visits and comorbid conditions among homeless persons presenting to emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2014;21(4):449-55. doi: 10.1111/acem.12343.
26. Lewer D, Aldridge RW, Menezes D, Sawyer C, Zaninotto P, Dedicoat M, et al. Health-Related quality of life and prevalence of six chronic diseases in homeless and housed people: a cross-sectional study in London and Birmingham, England. *BMJ Open*. 2019;9:e025192.
27. 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;106(19):1483-8.
28. Baggett TP, Liauw SS, Hwang SW. Cardiovascular Disease and Homelessness. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71:2585-97.
29. Ly TDA, Castaneda S, Hoang VT, Dao TL, Gautret P. Vaccine-preventable diseases other than tuberculosis, and homelessness: A scoping review of the published literature, 1980 to 2020. *Vaccine*. 2021;39(8):1205-24.
30. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, Fuertes Rodríguez T, Silva Ruiz P, Franch-Nadal J, et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. *Estudio ESSELLA*. *Aten Primaria*. 2022;54:102458.
31. 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(8): e1003750. [consultado 8 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8423293/pdf/pmed.1003750.pdf>
32. Adly M, Woo TE, Traboulsi D, Klassen D, Hardin J. Understanding Dermatologic Concerns Among Persons Experiencing Homelessness: A Scoping Review and Discussion for Improved Delivery of Care. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(6):616-26.
33. Cianetti S, Valenti C, Orso M, Lomurno G, Nardone M, Palma Lomurno A, et al. Systematic Review of the Literature on Dental Caries and Periodontal Disease in Socio-Economically Disadvantaged Individuals. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12360.
34. Kumar P.S. From focal sepsis to periodontal medicine: A century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease. *J. Physiol*. 2017;595, 465-76.
35. Leira Y, Seoane J, Blanco M, Rodríguez-Yáñez M, Takkouche B, Blanco J, et al. Association between periodontitis and ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Epidemiol*. 2017;32:43-53.
36. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: A two-way relationship. *Diabetologia*. 2012;55:21-31.
37. Linden GJ, Herzberg MC. And Working group 4 of joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;14:S20-23. doi: 10.1111/jcpe.12091
38. Organización mundial de la salud. Pobreza y salud: informe de la Directora General. 2000. EB105/5. [consultado 15 Jun 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84301/se5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Omerov P, Craftman AG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28:1-11.
40. Canavan R, Barry MM, Matanov A, Barros H, Gabor E, Greacen T, et al. Service provision and barriers to care for homeless people with mental health problems across 14 European capital cities. *BMC Health Serv Res* 12, 222 (2012). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-222>.
41. Joyce DP, Limbos M. Identification of cognitive impairment and mental illness in elderly homeless men: Before and after access to primary health care. *Can. Fam. Physician*. 2009;55:1110-1.
42. O'Toole TP, Buckel L, Bourgault C, Blumen J, Redihan SG, Jiang L, et al. Applying the chronic care model to homeless veterans: Effect of a population approach to primary care on utilization and clinical outcomes. *Am. J. Public Health*. 2010;100:2493-9. doi: 10.2105/AJPH.2009.179416.
43. 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* 15(4): e0230896. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230896>
44. Smith KG, Paudyal V, MacLure K, Forbes-McKay K, Buchanan C, Wilson L, et al. Relocating patients from a specialist homeless health-care centre to general practices: a multi-perspective study. *BJGP*. 2018;68(667):e105-e113. doi: 10.3399/bjgp18X694577.
45. Jegu M, Abcaya J, Ștefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):309.
46. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thompson H. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73:379-87.