

Personas sin hogar y salud: vulnerabilidad y riesgos durante la pandemia de COVID-19. Estudio piloto

Homeless people and health: vulnerability and risks during the COVID-19 pandemic. Pilot study

**Laura Capitán-Moyano¹, Miguel Ángel Bedmar², Berta Artigas³,
Miquel Bennasar-Veny⁴, Joan Pou⁵, Laura Molina-Núñez⁶, Maria Gayà-Coll⁷,
Laura Garcias Cifuentes⁸, Mauro García-Toro⁹ , Aina M. Yáñez¹⁰ **

1. Grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. 2. Grupo de investigación en Salud Global y Estilos de Vida. Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa). 3. Grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Islas Baleares. 4. Grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Islas Baleares. 5. Centro de Salud Camp Redó. Ibsalut. Islas Baleares. 6. Centro de Salud Son Serra -la Vileta. Ibsalut. Islas Baleares. 7. Unidad móvil de emergencia e inclusión social. Cruz Roja Illes Balears. 8. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Centro de Salud Son Rutllan. Ibsalut. Islas Baleares. 9 Grupo de investigación en Trastornos mentales de Alta Prevalencia. Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa). Departamento de Medicina. Universidad de las Islas Baleares. 10. Grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Islas Baleares

Autor correspondencia

Miguel Ángel Bedmar Pérez

Grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible.

Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca. España

E-mail: mabedmar23@gmail.com

Recibido: 30 - VIII - 2021

Aceptado: 7 - IX - 2021

doi: 10.3306/AJHS.2021.36.04.136

Resumen

Introducción: El sinhogarismo es un fenómeno complejo que se caracteriza por una extrema vulnerabilidad. El objetivo del presente estudio piloto fue conocer el estado de salud y el uso del sistema sanitario de las personas sin hogar (PSH) en Palma de Mallorca además de describir cómo ha afectado la actual pandemia a las necesidades de esta población.

Sujetos y método: Estudio descriptivo transversal con 31 PSH de Palma de Mallorca. Se administró un cuestionario que contenía: perfil sociodemográfico, apoyo social (SSQ-6) problemas de salud, enfermedades infecciosas, salud mental (PHQ-9), abuso de drogas (DAST-10) y necesidades básicas (higiene, alimentación, seguridad, etc.). Además, se les realizó una serología de SARS-CoV-2, sífilis, hepatitis y VIH, también se revisaron sus historias clínicas informatizadas.

Resultados: La edad media fue de 52±8 años y un 87% (27/31) fueron hombres. Un 48,4% presentaban alguna enfermedad crónica, un 51,6% alguna enfermedad infecciosa y un 42% trastornos del estado de ánimo. El 96,8% de las PSH habían utilizado los servicios de Atención Primaria en 2020 versus el 71% en el año 2019. Las necesidades más afectadas por la pandemia fueron: higiene (41,9%), acceso a los WC públicos (29%) y acceso a alimentos (25,8%).

Conclusiones: Las PSH presentan elevadas tasas de comorbilidad. Nuestros resultados sugieren que el estado de salud de las PSH puede haber empeorado durante la pandemia. Además, se observa que se han visto afectadas necesidades básicas que pueden incrementar su vulnerabilidad.

Palabras clave: personas sin hogar, salud, accesibilidad a los servicios de salud, COVID-19.

Abstract

Background: Homelessness is a complex phenomenon characterized by extreme vulnerability. The objective of the present study was to know the health status and use of the health system by homeless people (HP) in Palma de Mallorca, as well as to describe how the actual pandemic modified the needs of this population.

Subjects and method: Descriptive cross-sectional study with 31 HP from Palma de Mallorca. A questionnaire that included sociodemographic profile, social support (SSQ-6), health problems, infectious diseases, mental health (PHQ-9), drug abuse (DAST-10) and basic needs (hygiene, food, safety, etc.) was administered. In addition, serology test for SARS-CoV-2, syphilis, hepatitis and HIV was performed, also their computerized medical records were reviewed.

Results: The mean age was 52 ± 8 years and 87% (27/31) were men. 48.4% had some chronic disease, 51.6% had some infectious disease and 42% had mood disorders. 96.8% of the HP used Primary Care services in 2020 versus 71% in 2019. The needs most affected by the pandemic were: hygiene (41.9%), access to public toilets (29%) and access to food (25.8%).

Conclusions: HP have high rates of comorbidity. Our results suggest that the health status of HP may have worsened during the pandemic. In addition, vital needs have been affected and their vulnerability could increase.

Keywords: homeless persons, health, health services accessibility, COVID-19.

Introducción

Las personas sin hogar (PSH) se encuentran en una situación de extrema exclusión social y grave vulnerabilidad, determinada por la falta de seguridad física, emocional, social y jurídica¹. La privación de un hogar constituye además una constante vulneración de los derechos humanos lo que genera un grave problema en la sociedad actual². El sinhogarismo se caracteriza por una interacción continua de factores individuales y estructurales, convirtiéndolo en un fenómeno más complejo que el hecho de no tener un lugar donde dormir¹. La *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS), define y clasifica a las PSH en las siguientes categorías: personas que no cuentan con ningún tipo de refugio o que duermen en la calle, personas que de forma temporal duermen en una institución o refugio, personas que viven en un hogar inadecuado (en caravanas o campamentos ilegales, lugares hacinados, etc.), y personas que viven en un hogar inseguro (personas en grave riesgo de exclusión residencial como aquellas que han sido desahuciadas o que sufren violencia doméstica)¹. El último informe publicado por la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con personas sin hogar (FEANTSA), estima que en Europa durante los últimos 10 años se ha incrementado en un 70% el número de PSH pudiendo alcanzar en la actualidad la cifra de unas 700.000 personas que duermen en la calle o en un refugio temporal³. En España habría entre 23.000 y 35.000 PSH, aunque no es posible determinar cifras más concretas debido a dificultades y diferencias metodológicas en los registros⁴. Y, específicamente, en Palma de Mallorca se identificaron 225 PSH en el año 2019⁵, lo que supone un incremento del 40% desde el recuento realizado en 2015⁴.

El impacto en salud que sufren las PSH es muy amplio y pone de manifiesto la estrecha y compleja relación entre la exclusión residencial y el deterioro de la salud. La esperanza de vida de las PSH es 30 años menor que la de la población general⁶, y la mortalidad entre 2 y 5 veces mayor⁷. Algunas de estas diferencias podrían explicarse por una alta exposición a factores de riesgo como el consumo de tabaco, de alcohol, el uso y abuso de drogas ilegales o la presencia de enfermedades mentales⁷. La prevalencia de trastornos mentales, incluyendo drogodependencias con frecuencia en comorbilidad, es elevada⁸. Esto justifica la prevalencia, también elevada respecto a la población general, de ideación e intentos de suicidio⁹. Comúnmente pueden presentar trimorbilidad, que corresponde a la presencia simultánea de problemas de salud mental, de salud física y consumo de sustancias, lo cual aumenta aún más su situación de vulnerabilidad¹⁰. Aunque algunos estudios muestran que la prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión es similar a la de la población general, las PSH tendrían más complicaciones

y discapacidad asociadas a estas patologías¹¹. En cambio, los datos obtenidos sobre enfermedades infecciosas indican que la prevalencia es más elevada, aunque las cifras varían considerablemente entre estudios. Las infecciones más prevalentes son la hepatitis C que varía entre el 3,9% y el 36,2% según los estudios, el VIH entre 0,3% y el 21,1% y la tuberculosis entre 0,2 y el 7,7%⁷. Hasta un 52% de las PSH padecerían alguna enfermedad de transmisión sexual (clamidia, gonorrea, hepatitis C), además, es habitual que presenten más de una de forma simultánea¹². Las PSH también son objeto de delitos de odio, que se materializan en agresiones verbales, físicas o sexuales. Según un estudio realizado por el observatorio español de delitos de odio contra PSH (observatorio Hatento), al menos 1 de cada 5 personas entrevistadas habría sido víctima de un delito de odio por agresiones físicas¹³.

Las PSH tienen necesidades de salud complejas así como dificultades para acceder a los servicios de salud¹⁴. La atención hospitalaria de las PSH se centra en la atención urgente¹⁵, a pesar de que muchos problemas por los que acuden podrían abordarse de forma más efectiva a través de atención primaria o servicios sociales⁶. Un estudio realizado en la ciudad de Sevilla identifica como los principales motivos de ingreso las patologías mentales (27%), infecciosas (19,6%) y respiratorias (18,4%). Por otro lado, los días de estancia hospitalaria y los reingresos son más elevados que en la población general¹⁵. Las barreras que encuentra este colectivo para el acceso al sistema sanitario se relacionan con la falta de un seguro de salud, dificultad para acudir a las citas, mala experiencia previa con el sistema de salud o miedo a la discriminación, y prioridades que compiten con la necesidad de comida, descanso o refugio¹⁰. Estas barreras provocan una mayor probabilidad de acudir de forma repetida a los servicios de urgencias. Por lo tanto, algunos estudios apuntan hacia la necesidad de reforzar la atención primaria y mejorar su acceso⁶.

La actual crisis sanitaria por SARS-CoV-2 podría aumentar los riesgos para la salud de las PSH. Las escasas medidas de higiene, la presencia de comorbilidades, patologías de salud mental, o un estado inmunitario comprometido, son algunos de los motivos que harían especialmente vulnerable a este colectivo frente al virus¹⁶. Experiencias previas similares, como la epidemia de SARS en 2003, identificaron una alta tasa de contagio causada por una coordinación deficiente entre los diferentes organismos involucrados en la gestión. También se destacó un alto nivel de infra diagnóstico y grandes dificultades para encontrar un lugar dónde llevar a cabo un confinamiento seguro¹⁷. Por tanto, las dificultades añadidas por la pandemia en el acceso al sistema sanitario podrían afectar la atención sanitaria a estos pacientes.

En general, los estudios sobre sinhogarismo se caracterizan por la dificultad en el reclutamiento y el

seguimiento¹⁸, además, la variabilidad en la recogida de datos limita la capacidad de comparar los resultados⁸. Finalmente, la escasez de estudios llevados a cabo en nuestro contexto no permite conocer con exactitud la complejidad del fenómeno.

El progresivo aumento del colectivo de PSH, su elevada morbimortalidad y reducción en la esperanza de vida, sumado a la nueva situación sanitaria, nos plantea la necesidad de conocer el estado de salud de las PSH y cómo la actual crisis sanitaria por SARS-CoV-2 ha afectado a su salud y al uso del sistema sanitario. Además, este estudio piloto pretende determinar la serología de SARS-CoV-2 y otras enfermedades infecciosas en esta población.

Sujetos y métodos

Estudio descriptivo transversal con 31 PSH de Mallorca según criterios de la clasificación ETHOS¹. La muestra se reclutó entre el 12 de noviembre y el 16 de diciembre de 2020 en las sedes de las dos organizaciones no gubernamentales (ONG) que realizan programas específicos con PSH (Médicos del Mundo y Cruz Roja), dónde se llevaron a cabo las entrevistas y la recogida de muestras sanguíneas.

Se operacionalizó la definición de PSH como aquellas que durante el último año habían vivido en la calle u otro espacio público, o bien un edificio abandonado o lugar que no reuniera las condiciones mínimas de habitabilidad, o personas que pernoctaran en refugios o albergues municipales con una estancia máxima de 3 meses en el momento de la inclusión. Definición similar a la utilizada por otros autores previamente^{19,20}.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad (>18 años), aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron a las personas que padecían un episodio activo de salud mental grave que imposibilitara la entrevista o que estuvieran bajo los efectos del alcohol o de las drogas en el momento de la captación.

Recogida de datos

Se contó con la colaboración de una técnica de una ONG para contactar con los posibles participantes y la programación de las citas. Un enfermero del equipo previamente entrenado y con experiencia en asistencia a PSH administró la entrevista y realizó la extracción sanguínea a todos los participantes. Finalmente, una enfermera del equipo revisó los diagnósticos de las historias clínicas informatizadas.

El cuestionario utilizado estaba dividido en cuatro bloques y recogía los siguientes aspectos: 1) perfil sociodemográfico que incluía entre otros: edad, sexo,

nacionalidad, estudios cursados, tiempo sin hogar, tiempo en un albergue en el último año, situación laboral y si percibían prestación económica; 2) dificultades durante la pandemia por SARS-CoV-2 que incluyó información sobre el período de confinamiento (de marzo hasta junio de 2020); dificultades para encontrar recursos esenciales y cumplimiento de la normativa sanitaria como el uso de mascarilla, lavado higiénico de manos y distancia social; 3) diagnósticos en salud que incluyó enfermedades actuales, tratamientos, riesgo de abuso de sustancias (DAST-10)²¹, calidad de la dieta (IASE)²², estado de ánimo (PHQ-9)²³ y 4) necesidades en salud que incluyó un bloque de preguntas adaptadas del modelo de Virginia Henderson²⁴ para PSH como: alimentación, seguridad, higiene, entre otros. El apoyo social se recogió mediante el cuestionario SSQ-6²⁵.

Índice de Alimentación Saludable para la población Española (IASE): es una herramienta que se utiliza para determinar la calidad de la dieta. El cuestionario está dividido en diez ítems, nueve de ellos corresponden a diferentes grupos de alimentos y el último ítem corresponde a la variedad de la dieta. La puntuación de cada ítem se basa en la adecuación a la frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos. Los ítems se puntúan entre 0 y 10. La suma de las puntuaciones da el valor total del IASE, con un máximo de 100 puntos, y permite categorizar la dieta en tres grupos: dieta saludable (>80 puntos), dieta que necesita cambios (entre 50 y 80 puntos), dieta poco saludable (<50 puntos)²².

Drug Abuse Screening Test (DAST): es un instrumento que sirve para detectar el abuso de drogas en población adulta y validado para población española en su versión abreviada de diez ítems (DAST-10). Las opciones de respuesta para cada ítem son "sí"/"no". La puntuación máxima es de 10 puntos y el punto de corte para determinar abuso de sustancias es ≥ 3 puntos²¹.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9): es una herramienta de ayuda al diagnóstico de depresión que determina también la gravedad del diagnóstico. Es un cuestionario validado para población española adulta²³. Se compone de 9 ítems con respuesta tipo Likert entre 0 y 3 puntos correspondientes a las últimas dos semanas. De la suma se obtiene una puntuación total entre 0 y 27. Los puntos de corte establecen la gravedad de la depresión: sin depresión (0-4), leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente grave (15-19) y grave (20-27). Un segundo criterio de punto de corte (≥ 10 puntos) establece la presencia de síntomas de trastorno depresivo mayor según un estudio realizado en población sin hogar²⁶.

Social Support Questionnaire (SSQ-6): es una herramienta que valora el apoyo social percibido. Consta de 6 ítems que representan diferentes situaciones de tensión o necesidad. En cada ítem se recoge el número de personas con las que cada individuo puede contar

en esa situación y el grado de satisfacción en relación al apoyo recibido. Esta herramienta ha sido validada en población española²⁵.

Tras la encuesta, se realizó una extracción sanguínea para determinar las serologías de SARS-CoV-2, VIH, sífilis y hepatitis B y C y determinar la hemoglobina glicosilada. Las muestras fueron gestionadas según el circuito habitual de Atención Primaria y se analizaron en el hospital de referencia (Hospital Universitario Son Espases). La duración de la entrevista y extracción de muestra fue en total de entre 30 y 40 minutos.

Finalmente se revisaron las historias clínicas informatizadas de los participantes y se recogió el número de visitas a los siguientes servicios sanitarios: Atención Primaria, Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), Unidad de Conductas Adictivas (UCA), Unidad de Salud Mental (USM), Unidad de Salud Bucodental (USBBD), consultas externas de hospital, hospitalizaciones y urgencias hospitalarias correspondientes a los dos últimos años y todos los diagnósticos y medicación pautada del último año.

Aspectos éticos

El protocolo del estudio sigue las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales y fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Illes Balears (CEI-IB), referencia IB4301/20PI el 8 de octubre de 2020. Todos los participantes recibieron información sobre los objetivos del estudio y firmaron consentimiento informado. Los datos se disociaron para preservar el anonimato de los participantes de forma que los investigadores no podían identificar al titular de los mismos en ningún caso.

Análisis de datos

Todas las encuestas se diseñaron en formato escrito mediante el programa Teleform (Autonomy Cardiff, Vista, CA, USA) que permite una entrada automatizada de los datos y su posterior verificación.

Las variables continuas se describieron con la media y desviación estándar, o bien la mediana y rango intercuartílico (en función de la distribución de la variable). Las variables categóricas se describieron con frecuencias absolutas y frecuencias relativas. Para comparar variables categóricas se utilizó el test χ^2 (test de Fisher para observaciones esperadas menores a 5) y para variables continuas el test de Mann-Whitney. Las comparaciones entre uso de servicios sanitarios antes y durante la pandemia se realizaron con el Test de McNemar para muestras apareadas.

Para conocer el número de personas que presentaban trimorbilidad (enfermedad crónica, problema de salud mental y abuso de sustancias), se clasificaron

como personas drogodependientes a aquellas que presentaban riesgo de abuso según el DAST-10 o habían realizado al menos una visita a la UCA durante el último año. En el caso de salud mental, se clasificaron como con enfermedad mental a aquellas personas con diagnóstico de salud mental presente en la historia clínica o las que puntuaran ≥ 10 en el PHQ-9.

Para todos los análisis estadísticos se utilizó el programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 24 (IBM company, NY, Illinois, USA). El nivel de significación estadística se estableció en el valor $p < 0,05$.

Resultados

La edad media de la muestra incluida fue de $52,33 \pm 8,46$ años, mayoritariamente hombres (87,1% de hombres y el 12,9% de mujeres), en situación de desempleo (74,2%), demandantes de empleo (83,9%) y sin ningún tipo de prestación económica (74,2%). Un 25,8% llevaban menos de nueve meses sin hogar, un 29% entre nueve meses y dos años, y el 45,2% más de dos años, y la mayoría (71%) no habían pasado por albergue o refugio municipal durante el último año. La **tabla I** resume las características sociodemográficas de la muestra incluida.

Tabla I: Características sociodemográficas de la muestra incluida.

Característica	N=31 n	%
Edad^a	52,33±8,46	—
Sexo		
Hombres	27	87,1
Mujeres	4	12,9
Nacionalidad		
Español no nacido en Baleares	10	32,3
Español nacido en Baleares	12	38,7
Extranjero	9	29
Nivel de estudios máximos cursados		
Sin escolarizar	2	6,5
Estudios primarios	13	41,9
Estudios secundarios	8	25,8
Formación profesional	5	16,1
Estudios universitarios	3	9,7
Situación laboral actual		
Empleado irregular	7	22,6
Desempleado	23	74,2
Jubilado	1	3,2
Demandante de empleo	26	83,9
No recibe prestación económica	23	74,2
Tiene tarjeta sanitaria	28	90,3
Tiempo sin hogar		
Menos de 9 meses	8	25,8
Entre 9 meses y 2 años	9	29
Más de 2 años	14	45,2
Asistencia a albergue en el último año		
No ha estado en albergue	22	71
Ha estado en albergue	9	29

^aMedia y desviación estándar

Patologías

La información recogida en las historias clínicas de salud indica que más de la mitad de las PSH (61,3%) presentaba al menos una patología crónica, entre las que destacaba

un 35,5% de hepatopatías. Por otro lado, presentaban un 6,5% de hipertensión y otro 6,5% de diabetes mellitus tipo 2. En el ámbito de la salud mental, destaca que el 41,9% presentaban un trastorno del ánimo y un 6,5% había realizado algún intento autolítico diagnosticado. El PHQ-9 mostró que el 45,2% presentaban síntomas de trastorno depresivo mayor. Según la analítica realizada un 30,8% presenta glucemias alteradas que indicarían un elevado riesgo de padecer diabetes²⁷. Respecto a las patologías infecciosas, según la analítica, un 51,6% padecía al menos una patología infecciosa de las siguientes: VIH (7,1%), hepatitis B (11,1%), hepatitis C (42,3%) y sífilis (11,1%).

El 32,3% presentaba al menos una enfermedad crónica, un problema de salud mental y una enfermedad infecciosa. Por otro lado, el 22,6% de las PSH presentaban la trimorbilidad previamente descrita en la literatura, correspondiente a la presencia simultánea de enfermedad crónica, problema de salud mental y abuso de sustancias.

Medicación y consumo de drogas

Según la historia clínica el 74,2% de los participantes del estudio tenía pautado al menos un medicamento, entre ellos destacan los ansiolíticos (38,7%). En cuanto al consumo autodeclarado de drogas, observamos que el 32,3% consume alcohol, el 29% cannabis, el 12,9% cocaína, y otro 12,9% barbitúricos. La mayor parte de las PSH (74,2%) son fumadoras y un 25,8% presentaría abuso de sustancias según el cuestionario DAST-10 (Tabla II).

Calidad de la dieta

La calidad de la dieta medida con el cuestionario IASE fue baja, con una media de $57,08 \pm 16,28$ puntos. Solo el 9,7% de las PSH tendría una dieta saludable, el 61,3% necesita cambios en su dieta, y el 29% tendría una dieta poco saludable. Destaca la baja adherencia mostrada en los siguientes ítems: variedad de alimentos (media de $3,93 \pm 2,54$) y limitación del consumo de embutidos (media de $4,43 \pm 4,17$) (Tabla III). Los datos sugieren una tendencia a la asociación entre baja calidad de la dieta y el tiempo sin hogar, siendo aquellas que llevan más tiempo sin hogar las que tienen menor puntuación en el IASE ($p=0.088$).

Uso de servicios sanitarios

Durante el año 2020, la mayoría de las PSH (96,8%) habían utilizado los servicios de Atención Primaria de Salud (AP), tanto consultas de seguimiento (media de $10,5 \pm 10,31$ visitas) como urgencias de AP ($10,26 \pm 11,06$ visitas). Destaca el uso de UCA, con un total de 10 usuarios (32,3%) y una media de $43,8 \pm 47$ visitas/usuario. Casi la mitad de las PSH (48,4%) habían utilizado el servicio de consultas externas y de urgencias hospitalarias. Se observa un incremento en la utilización de servicios en el año 2020, comparado con el 2019 (Figura 1), que

Tabla II: Patologías, medicación y consumo de drogas.

Característica	N=31 n	%
Enfermedades crónicas		
DM II (Hª Clínica)	2	6,5
IAM	1	3,2
HTA	2	6,5
Asma	1	3,2
IRC	1	3,2
Hepatopatía	11	35,5
Otras (neuropatía, hipotiroidismo, IC, etc.)	11	35,5
<i>Al menos una patología crónica</i>	19	61,3
Prediabetes (analítica HbA1c: 5,7) N=26 HbA1c ^a	8 5,75±0,95	30,8
Enfermedades infecciosas		
VIH	2	7,1
Hepatitis B	3	11,1
Hepatitis C	11	42,3
Sífilis	3	11,1
<i>Al menos una patología infecciosa</i>	16	51,6
COVID-19 (IgG +)	2	7,7
Salud mental (Hª clínica)		
Trastorno de ánimo	13	41,9
Intento autolítico	2	6,5
Síntomas de trastorno depresivo mayor (PHQ-9: ≥10 puntos)	14	45,2
Morbilidad y comorbilidad (Hª Clínica)		
Ninguna	7	22,6
1 patología	4	12,9
2 patologías	9	29
≥ 3 patologías	11	35,5
Trimorbilidad:		
Crónica, salud mental e infecciosa	10	32,3
Crónica, salud mental y drogodependencia	7	22,6
Fumador		
Cigarrillos diarios ^a	23 13,61±6,21	74,2
Medicación pautada (Hª Clínica)		
Ansiolíticos	12	38,7
Antidepresivos	4	12,9
Antipsicóticos	3	9,7
Protector gástrico	4	12,9
Analgésicos	4	12,9
Antihipertensivo	3	9,7
Antiagregante	2	6,5
Anticolesterolemico	3	9,7
Broncodilatador	2	6,5
Antidiabético Oral	2	6,5
Insulina	1	3,2
Antirretroviral	2	6,5
<i>Al menos un medicamento pautado</i>	23	74,2
Consumo de drogas		
Alcohol	10	32,3
Cannabis	9	29
Cocaína	4	12,9
Sedantes o ansiolíticos	4	12,9
DAST-10		
Abuso de sustancias (≥3 puntos)	8	25,8

^aMedia y desviación estándar

fue estadísticamente significativo en la utilización de los servicios de consultas y urgencias de AP ($p=0,008$; test de McNemar). Por otro lado, se observa un descenso en la utilización de la UCA y urgencias hospitalarias. En relación al número de visitas, solo ha habido un incremento en las visitas a consulta de AP y de hospital.

Necesidades vitales

La principal fuente de obtención de alimentos de las PSH fue la compra directa (58,1%), que combinan junto a otras fuentes. El 35,5% refería problemas de masticación o deglución por dolor y la mitad de ellos por problemas relacionados con la dentadura. Una de cada dos personas entrevistadas (48,4%) refería problemas

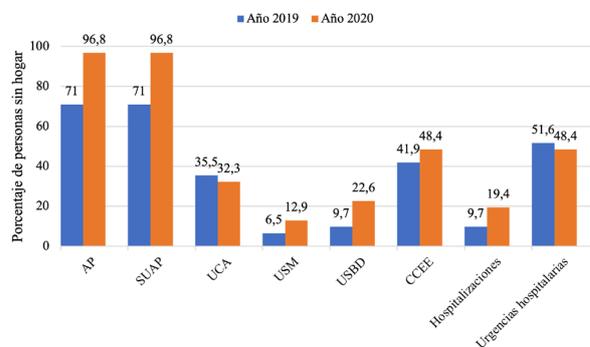
Tabla III: Necesidades en salud^a.

Característica	N=31 n	%
Alimentación		
IASE ^b : Puntuación total (0-100)	57,08±16,28	
Adecuación por grupo de alimentos (0-10)^b		
Cereales	7,42±3,38	
Legumbres	5,97±2,93	
Verduras	6,45±3,46	
Frutas	5,64±3,98	
Lácteos	7,02±3,73	
Embutidos	4,43±4,17	
Dulces	5,24±4,25	
Bebidas azucaradas	5,89±4,31	
Carne	5,08±3,44	
Variedad	3,93±2,54	
Adecuación de la dieta según puntuación IASE		
Poco saludable (<50 puntos)	9	29
Necesita cambios (50-80 puntos)	19	61,3
Saludable (>80 puntos)	3	9,7
Dieta pautada:		
Tiene pautada dieta especial	6	19,4
Tiene dificultades para seguir la dieta pautada	2	6,5
Problemas relacionados con la masticación o deglución:		
Dentadura	16	51,6
Dolor	11	35,5
Otros problemas	3	9,7
Principal fuente de obtención de alimentos:		
Compra	18	58,1
Donación	5	16,1
Instituciones	9	29
Zaqueo	12	38,7
Tardor	15	48,4
Otra fuente	13	41,9
Tiene acceso a utensilios de cocina	16	51,6
Tiene dificultad para obtener agua potable	11	35,5
Eliminación		
Tiene dificultad para acceder a baños públicos	14	45,2
Lo hace en la calle	8	25,8
Movilidad y relación con el medio		
Tiene problemas de deambulación:	15	48,4
Discapacidad física	2	6,5
Discapacidad psíquica	1	3,2
Dolor	8	25,8
Cansancio	2	6,5
Otros	1	3,2
Horas que camina al día^b	3,7±2	
Medio de transporte habitual:		
Vehículo propio	3	9,7
Bicicleta	5	16,1
Transporte público	13	41,9
Ninguno	27	87,1
Dormir y descansar		
Dónde duerme habitualmente		
Calle	3	9,7
Parque	3	9,7
Cajero	2	6,5
Descampado	1	3,2
Otros	25	80,6
Cuántas horas duerme al día^b	6,5±2,1	
Tiene dificultad para conciliar el sueño	20	64,5
No se siente descansado al levantarse	11	35,5
Ropa		
Dónde consigue la ropa habitualmente:		
Compra	13	41,9
Donaciones	13	41,9
Roperos públicos	5	16,1
Otros	8	25,8
Dificultades para acceder a la ropa	6	19,4
Dificultad para acceder a ropa adecuada a estación	11	35,5
Lava la ropa (sí)	28	90,3
Dónde lava la ropa:		
Tiendas de lavado	13	41,9
Entidades o instituciones	3	9,7
Calle	8	25,8
Baños públicos	2	6,5
Otro lugar	10	32,3
Mantenimiento temperatura corporal		
Problemas para mantener la temperatura (sí)	12	38,7
Calor	2	6,5
Frío	9	28,8

Característica	N=31 n	%
Mantenimiento temperatura corporal		
Recursos para protegerse del clima:		
Fuego	4	12,9
Centros comerciales	1	3,2
Ropa	21	67,7
Otros	8	25,8
Higiene corporal		
No tiene acceso a ducha o aseo completo	20	64,5
Dónde se ducha habitualmente:		
Entorno social	2	6,5
Entidades o instituciones	12	38,7
Calle	5	16,1
Otros	15	48,4
Frecuencia de las duchas:		
Diaria	5	16,1
Casi diaria	13	41,9
Semanal	6	19,4
Quincenal	2	6,5
Mensual	2	6,5
Más tiempo	3	9,7
Agresiones:		
Robo	10	32,3
Físicas	5	16,1
Verbales	3	9,7
Otros	1	3,2
No han denunciado la agresión	8	25,8
Siente miedo o falta de seguridad	11	35,5
Cuando siente miedo o inseguridad:		
Día	2	6,5
Noche	6	19,4
Ambos	1	3,2
Nunca	22	71
Apoyo social (SSQ-6)		
Nadie	3	9,7
Más de una persona	28	90,3

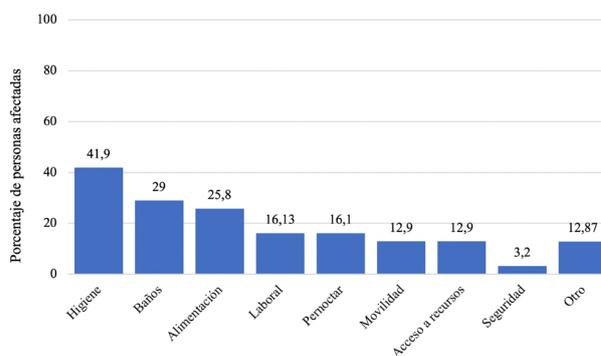
^aAdaptado de V. Henderson; ^bMedia y desviación estándar

Figura 1: Uso de los servicios sanitarios de las PSH en el año 2019 y 2020.



AP: Atención Primaria; SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria; UCA: Unidad de Conductas Adictivas; USM: Unidad de Salud Mental; USBD: Unidad de Salud Bucodental; CCEE: Consultas Externas.

Figura 2: Aspectos afectados de las PSH debido a la pandemia por SARS-CoV-2



de deambulaci3n, siendo el dolor el problema m1s frecuente. Las PSH reportaron caminar una media de 3,7±2 horas al d1a y en general no utilizar ning1n medio transporte para desplazarse. En cuanto al apoyo social percibido (SSQ-6), m1s de un 90% de los encuestados reportaron que cuentan con el apoyo de al menos una persona si tienen problemas (**Tabla III**).

Las PSH percib1an que la satisfacci3n de sus necesidades vitales se hab1a visto afectada debido a la situaci3n generada por la pandemia de SARS-CoV-2, especialmente la de higiene y alimentaci3n (**Figura 2**). Por otro lado, las personas entrevistadas refer1an tasas elevadas de cumplimiento con las medidas preventivas de lavado de manos (90,3%), distanciamiento social (96,8%) y uso de mascarilla (100%). Aunque en relaci3n al uso de mascarilla, un 77,4% de los encuestados refer1a depender de la donaci3n para su uso. El confinamiento durante el estado de alarma se realiz3 en diferentes 1mbitos: la mayor1a (35,5%) report3 haber estado en la calle, el 19,4% en un edificio p1blico abandonado, el 12,9% en una casa de forma temporal, el 6,5% con familiares, el 3,2% con amistades, otro 3,2% en un refugio temporal, y el 19,3% restante en otros lugares, como por ejemplo parques, casetas o chabolas.

Discusi3n

Nuestros resultados sugieren que las PSH presentan una elevada prevalencia de enfermedades cr3nicas e infecciosas. Un elevado porcentaje presentan trastornos del estado de 1nimo y la mayor1a de ellos tienen prescritos ansiol1ticos. Estas personas utilizan habitualmente los servicios sanitarios p1blicos, y realizan un uso frecuente de los servicios de urgencias. Las necesidades en salud de las PSH se han visto afectadas por la pandemia por SARS-CoV-2, especialmente en los aspectos de higiene y alimentaci3n.

La edad media de la muestra de nuestro estudio fue de 52 a1os, similar a la reportada en un reciente estudio realizado en Alemania⁸ y algo mayor que la descrita en un estudio similar del a1o 2017 realizado en Italia con una edad media de 48 a1os²⁸. Algunos estudios indican que la edad media de las PSH estar1a incrementando¹¹ lo que podr1a tener implicaciones en el manejo de la salud y el acceso al sistema sanitario de estas personas. En una poblaci3n de PSH m1s joven las actividades estar1an dirigidas a la prevenci3n y a reducir el riesgo de padecer enfermedades y otros eventos adversos, en una poblaci3n cada vez m1s mayor, es necesario poner el objetivo en intervenciones dirigidas al manejo de las enfermedades cr3nicas, la fragilidad y otros problemas relacionados con el final de la vida⁷. De las 31 PSH participantes, la gran mayor1a fueron hombres (87,1%), concordando con resultados similares a los reportados por otros estudios^{8,15,18}. Estas diferencias podr1an ser debidas a que las mujeres que

sufren sinhogarismo tienen menos probabilidad de estar en la calle ya que podr1an vivir en casas de familiares o conocidos, por lo tanto, el sinhogarismo de las mujeres habitualmente pasa m1s desapercibido⁸. Adem1s, es posible que las mujeres, en general, cuenten con una red de apoyo m1s s3lida.

Un 42% de las PSH incluidas en nuestro estudio presenta en su historia cl1nica un diagn3stico de trastorno del estado de 1nimo mientras que la prescripci3n de ansiol1ticos y antidepresivos fue del 38,7% y el 12,9 % de los casos respectivamente. El test PHQ-9 confirm3 que el 45,2% de los casos presentaba una sintomatolog1a depresiva de suficiente magnitud como para sugerir el diagn3stico de Depresi3n Mayor. Estas cifras son similares a las encontradas en otros estudios²⁹. Sin embargo, los registros de intentos de suicidio previos en la historia cl1nica en nuestra muestra (6,5%) fueron claramente inferiores a los encontrados previamente en esta poblaci3n preguntando espec1ficamente sobre este tema (9,16%-28,8%), lo cual es sin duda m1s fiable⁹. Es muy llamativa la ausencia de personas con trastorno mental grave o psicosis en nuestra muestra cuando se ha se1alado en otros estudios que m1s de un 20% de las PSH tendr1an este diagn3stico²⁹. Estos porcentajes incluso aumentan cuando se restringe el estudio a las personas que viven en la calle^{30,31}. La explicaci3n a esta discordancia creemos tiene que ver con la selecci3n de nuestra muestra, ya que todos los sujetos est1n vinculados a programas de ONGs y se excluyeron del estudio a aquellas personas con problemas activos de salud mental que imposibilitara la entrevista o que no aceptaran colaborar firmando el consentimiento informado. Precisamente los pacientes con trastorno mental grave suelen presentar dificultades para la adherencia terap1utica derivados de su habitual falta de conciencia de enfermedad, de su frecuente deterioro volitivo y neurocognitivo y de su probable consumo de sustancias asociado³². Por ello es dif1cil que soliciten ayuda espont1neamente y, tal como los programas actuales basados en el tratamiento asertivo comunitario preconizan, es necesario ir a atender a estos pacientes all1 donde se encuentren para ayudarles a mejorar su salud³³.

Uno de los resultados m1s destacables es la elevada prevalencia de enfermedades infecciosas. Como en estudios previos⁷, encontramos que la m1s com1n fue la hepatitis C, aunque en nuestro caso en un porcentaje m1s elevado (42%). En el caso de la sifilis se encontraron 3 personas que dieron positivo y no hab1an sido previamente diagnosticadas. El VIH, con 2 (7%) casos ya conocidos, tiene una prevalencia similar a la de otros estudios^{18,28}. Aunque los factores de riesgo asociados a estas enfermedades son similares a los de la poblaci3n general (por ejemplo, uso de drogas intravenosas)⁷, un sistema inmunitario comprometido

o deficitario, condiciones insalubres o el hacinamiento, podrían contribuir a incrementar el riesgo de contraer dichas enfermedades.

Encontramos que la patología crónica diagnosticada más frecuente es la hepatopatía con un 35,5%, mientras que en el estudio de Calvo et al.¹⁸ fue la hipertensión (15,4%). La prevalencia de enfermedades crónicas más frecuentes (hipertensión, diabetes, EPOC) es menor en nuestra muestra que en otros estudios publicados, no obstante, el porcentaje de PSH con al menos una enfermedad crónica supera el 60%.

Solo el 9% de las personas de nuestro estudio seguiría una dieta saludable, con un consumo más elevado de lo recomendado de embutidos y una variedad escasa en la dieta. Estos datos, junto con las barreras que las PSH suelen reportar sobre la obtención de alimentos, indican que tienen dificultades en el cumplimiento de unos requerimientos nutricionales saludables. En concordancia con nuestros resultados, el estudio realizado por Sprake et al.³⁴, mostró que las PSH tienen un elevado consumo de grasas saturadas y azúcares, mientras que el consumo de fibra, vitamina A, zinc, magnesio y otros micronutrientes es significativamente menor que en la población general. Esta situación podría contribuir a empeorar su estado de salud y/o la evolución de las enfermedades que tienen diagnosticadas.

Según nuestros resultados, las PSH utilizan los servicios sanitarios cuando tienen un problema puntual, donde destaca el uso de urgencias y de hospitalización. Según los datos del ministerio de sanidad español más recientes³⁵, encontramos que las PSH hacen un mayor uso de servicios sanitarios que la población. Esta mayor demanda asistencial podría indicar un peor manejo de los problemas de salud, pero también una peor percepción de su estado de salud. En el caso de las consultas de medicina en AP las PSH acudieron una media 9,5 veces, mientras que la población general de entre 50 a 54 años acudió 4,6 veces de media en España y concretamente en Baleares 3,8 veces. En las urgencias de AP, la diferencia se ve acentuada, ya que la población general acudió una media de 0,6 veces, mientras que la media de PSH fue de 13,2 veces. Si nos centramos en la estancia hospitalaria también observamos diferencias, donde la población general pasaba una media de 7,9 días de ingreso, mientras que las PSH pasaban unos 14,3 días de media. Diversos autores coinciden en que muchos de los problemas por los que las PSH acuden a los servicios de urgencias podrían abordarse de forma más eficaz mediante la prevención y el seguimiento desde AP7, pero para ello sería necesario conocer y actuar sobre las dificultades que esta población identifica para acceder a estos servicios sanitarios.

Nuestros resultados muestran que la situación de crisis sanitaria actual por SARS-CoV-2, ha afectado aspectos

tan esenciales como la higiene y la alimentación de las PSH lo que posiblemente incrementará los riesgos para la salud de las PSH.

En nuestro estudio destacamos que se ha llevado a cabo en un momento de crisis sanitaria por la pandemia de SARS-CoV-2, por lo que los resultados obtenidos contribuyen a conocer el impacto en salud de las PSH en este momento. Por otro lado, a pesar de tratarse de un estudio piloto, la cantidad de datos recogidos es amplia y diversa, con el objetivo de abarcar todos los aspectos relacionados con la salud de las PSH. Además, hemos recogido datos auto-reportados por las PSH y datos obtenidos de diversas fuentes del sistema sanitario como la historia clínica informatizada.

Una de las principales limitaciones que encontramos es el tamaño muestral reducido, que limita la generalización de los resultados obtenidos. Además, la captación realizada en las sedes de las ONGs ha podido favorecer que nuestra muestra sea muy homogénea y que algunas características de las PSH se encuentren infrarrepresentadas en nuestro estudio, por ejemplo, en aspectos relacionados con las patologías de salud mental. Las dificultades en la captación de la muestra han sido reportadas también en otros estudios llevados a cabo con PSH¹⁸. Sobre las patologías de salud mental observamos únicamente un 41,9% de trastornos de ánimo y una nula representación de otras patologías de salud mental, lo que podría indicar que las PSH están infrarrepresentadas en esta esfera en nuestro estudio, ya que como indican otros estudios las enfermedades de salud mental son altamente prevalentes en las PSH⁹.

Esta nueva situación sanitaria, y su consecuente repercusión en la esfera social y económica de los países, nos indica que las PSH podrían empeorar su estado de salud y aumentar su vulnerabilidad. Además, es posible que las personas que se encontraban en riesgo de exclusión residencial podrían incrementar el número de PSH como consecuencia de la crisis económica generada por la pandemia.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer la indispensable colaboración de los participantes y de las organizaciones que trabajan junto a ellos (Médicos del Mundo y Cruz Roja).

Conflicto de interés

Los investigadores declaran no tener conflicto de interés.

Bibliografía

- Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *Eur J Homelessness*. 2011;5(2):19-37.
- Carbonero Muñoz D. Exclusión y diversidad en las personas sin hogar: Análisis sociológico de procesos e itinerarios. Madrid: Genuvee. 2016.
- FEANTSA y Fondation Abbé Pierre. Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe 2020 [Internet]. 2020 [citado 26 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.feantsa.org/public/user/Resources/OHEE/2020/Fifth_Overview_of_Housing_Exclusion_in_Europe.pdf
- FEANTSA. Homelessness country profile Spain [Internet]. 2019 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.msccs.gov.es/ssi/familiasInfancia/inclusionS>
- Lluch Cerda ME, Salvà Serra G. Les xifres en el III Recompte de persones sense sostre de Mallorca de persones en situació de carrer. *Alimara*. 2019;60:1-19.
- Davies A, Wood LJ. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Med J Aust*. 2018;209(5):230-4.
- 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(9953):1529-40.
- Schreiter S, Bempohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, et al. The prevalence of mental illness in homeless people in Germany - A systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;117(40):665-72.
- Ayano G, Tsegay L, Abraha M, Yohannes K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q*. 2019;90:829-42.
- Eavis C. The barriers to healthcare encountered by single homeless people. *Prim Health Care*. 2018;28(1):26-30.
- Bernstein RS, Meurer LN, Plumb EJ, Jackson JL. Diabetes and hypertension prevalence in homeless adults in the United States: A systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health*. 2015;105(2):46-60.
- 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.
- RAIS fundación y HATENTO. Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación. [Internet]. 2019 [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital.pdf>
- Moore M, Conrick KM, Reddy A, Allen A, Jaffe C. From Their Perspective: The Connection between Life Stressors and Health Care Service Use Patterns of Homeless Frequent Users of the Emergency Department. *Health Soc Work*. 2019;44(2):113-22.
- Patricio ST, Ajuria AF, Castro LC. Características de los ingresos hospitalarios de las personas sin hogar En Sevilla. *Rev Esp Salud Publica*. 2016;90:1-11.
- Tsai J, Wilson M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. *Lancet Public Health*. 2020;5(4):e186-7.
- Leung CS, Ho MM, Kiss A, Gundlapalli AV, Hwang SW. Homelessness and the response to emerging infectious disease outbreaks: Lessons from SARS. *J Urban Health*. 2008;85(3):402-10.
- Calvo F, Turró-Garriga O, Fàbregas C, Alfranca R, Calvet A, Salvans M, et al. Mortality Risk Factors for Individuals Experiencing Homelessness in Catalonia (Spain): A 10-Year Retrospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1762.
- Rodríguez-Moreno S, Panadero S, Vázquez JJ. Risk of mental ill-health among homeless women in Madrid (Spain). *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(5):657-64.
- Hwang SW. Homelessness and health. *CMAJ*. 2001;164(2):229-33.
- Gálvez BP, Fernández LG, De Vicente Manzanaro MP, Valenzuela MAO, Lafuente ML. Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud Drog*. 2010;10(1):35-50.
- Norte Navarro AI, Ortiz Moncada R. Calidad de la dieta española según el índice de alimentación saludable. *Nutr Hosp*. 2011;26(2):330-6.
- Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001;63(4):679-86.
- P. Smith J. Virginia Henderson: los primeros noventa años. España: Masson; 1996.
- Martínez-López Z, Páramo Fernández MF, Guisande Couñago MA, Tinajero Vacas C, da Silva Almeida L, Rodríguez González MS. Social support in spanish first year university students: Psychometrics properties of the social support questionnaire-short form and the social provisions scale. *Rev Latinoam Psicol*. 2014;46(2):102-10.
- Lin-Yun W, Lan-Ping L, Yun-Cheng C, Tai-Wen W, Jin-Ding L. Correlates of depressive symptoms among middle-aged and older homeless adults using the 9-item patient health questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):e1-e14.
- Barquilla García A, Mediavilla Bravo JJ, Comas Samper JM, Seguí Díaz M, Carramiñana Barrera F, Zaballos Sánchez FJ. Recomendaciones de la Sociedad Americana de Diabetes para el manejo de la diabetes mellitus. *Semergen*. 2010;36(7):386-91.
- Livorato S, Bocci G, Troiano G, Messina G, Nante N. Health status of homeless persons: A pilot study in the Padua municipal dorm. *Ann Ig*. 2017;29:54-62.
- Ayano G, Belete A, Duko B, Tsegay L, Dachew BA. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people. *BMJ Open*. 2021;11:e040061.
- Muñoz M, Vázquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(10):514-20.
- Iwundu CN, Tzu-An C, Ederaka-Great K, Businelle MS, Kendzor DE, Reitzel LR. Mental illness and youth-onset homelessness: A retrospective study among adults experiencing homelessness. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8295.
- Jones AA, Gicas KM, Seyedin S, Willi TS, Leonova O, Vila-Rodriguez F, et al. Associations of substance use, psychosis, and mortality among people living in precarious housing or homelessness: A longitudinal, community-based study in Vancouver, Canada. *PLoS Med*. 2020;17(7):e1003172.
- Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:393-9.
- Sprake EF, Russell JM, Barker ME. Food choice and nutrient intake amongst homeless people. *J Hum Nutr Diet*. 2014;27(3):242-50.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018: Recursos físicos, actividad y calidad de los servicios sanitarios. España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.