



Universitat
de les Illes Balears

Título: Personas sin hogar y Acceso a la salud

AUTOR: Miguel Ángel Bedmar Pérez

Memoria del Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Investigació en Salut i Qualitat de Vida
(Especialidad/Itinerario Estils de Vida i Salut Pública)
de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018/2019

Fecha: 17 de Junio de 2019

Nombre Tutor del Trabajo: Aina Maria Yáñez Juan

“Siempre hubo pobres y ricos, Mario, y obligación de los que, a Dios gracias, tenemos suficiente, es socorrer a los que no lo tienen, pero tú en seguida a enmendar la plana, que encuentras defectos hasta en el Evangelio”

Cinco horas con Mario, Miguel Delibes

Resumen

Las Personas sin hogar (PSH) representan el último escalón de la exclusión social. Las repercusiones de su situación influyen directamente en su estado de salud. Los agentes y factores que explican esta situación son multicausales, variables e individuales. El acceso a la salud, así como las estrategias sanitarias públicas, determinan severamente el estado de salud y la supervivencia de esta población.

El siguiente proyecto tiene como objetivo conocer las barreras y facilitadores que explican el acceso a la salud a las PSH. A partir de un enfoque mixto pretende averiguar la morbilidad de las PSH en la actualidad de Mallorca e identificar la visión de estas personas en su proceso de atención sanitaria conjunta a la de los profesionales sanitarios.

Para ello se utilizará un diseño cuantitativo, observacional descriptivo, y un diseño cualitativo fenomenológico, a través de entrevistas individuales. Para realizar la captación de muestra se contará con la colaboración de distintos servicios sociales que forman parte de la Xarxa d'Acollida i Inserció Social de Mallorca.

Palabras clave: Personas Sin Hogar, Sinhogarismo, Morbilidad, Accesibilidad a los Servicios Sanitarios, Mallorca, España.

Abstract

The homeless (PSH) represent the last step of social exclusion. The repercussions of their situation directly influence their state of health. The agents and factors that explain this situation are multi-causal, variable and individual. Access to health, as well as public health strategies, severely determine the health status and survival of this population.

The next project aims to know the barriers and facilitators that explain the access to health to the PSH. Based on a mixed approach, the aim is to determine the morbidity of PSH currently in Mallorca and to identify the vision of these people in their joint health care process to that of health professionals.

For this purpose, it will use a quantitative design, descriptive observational, and a qualitative phenomenological design, through individual interviews. To collect the sample, we will have the collaboration of different social services that are part of the Xarxa d'Acollida i Inserció Social de Mallorca.

Keywords: Homeless, Homelessness, Morbidity, Health Services Accessibility, Mallorca, Spain.

Índice

1. Introducción y justificación	pág.1/6
1.1. Sinhogarismo.....	pág.1/2
1.1.1.Demografía y PSH.....	pág.2/3
1.2. Morbilidad de las PSH.....	pág.3/5
1.3. Barreras de las PSH en el acceso a la salud.....	pág.5/6
1.3.1.Facilitadores de las PSH en el acceso a la salud.....	pág.7
1.4. Modelos de intervención sanitaria en PSH.....	pag.7
1.5. Justificación del proyecto	pág.8
2. Contextualización	pág.7/9
2.1. Legislación Sanitaria.....	pág.7/8
2.2. Áreas de Salud y PSH.....	pág.8/9
2.2.1.Servicios sociales en la atención a PSH.....	pág.9
3. Orientación teórica y estado de la cuestión	pág.12/14
3.1. Paradigma Crítico-Social.....	pág.12
3.2. Determinantes de la Salud.....	pág.13
3.3. Enfoque de las Capacidades.....	pág.13
3.4. Perspectiva de Género.....	pág.13/14
3.5. Perspectiva desde los ODS.....	pág.14/15
4. Objetivos	pág.16
5. Metodología	pág.17/25
5.1. Diseño cuantitativo	pág.17/21
5.2. Diseño cualitativo.....	pág.21/23
5.3. Integración de los datos.....	pág.23/24
5.4. Limitaciones del estudio.....	pág.24/25
5.5. Cronograma.....	pág.25
6. Consideraciones éticas	pág.25/26
7. Referencias	pág.27/30

Anexo 1. Modelo de Entrevista Semiestructurada a PSH

Anexo 2. Modelo de Entrevista Semiestructurada a Profesionales Sanitarios

Anexo 3. Consentimiento informado

1. Introducció y justificació

Las Personas Sin Hogar (PSH) se encuentran en los límites de la exclusión social. El impacto que provoca su situación alcanza desde una mayor prevalencia de problemas de Salud Mental y Drogodependencias hasta una mayor mortalidad prematura en comparación al resto de la población.

Hasta el momento este fenómeno ha sido estudiado desde dos extremos, la visión caritativa y patriarcal y la visión estigmatizadora y culpabilizadora. Este estudio pretende acercarse a la situación en salud de las PSH, sus deseos y necesidades, desde el respeto a la autonomía, los valores y las creencias de estas personas. A su vez, buscará conocer lo que piensan los profesionales sanitarios con el objetivo de contextualizar el entorno en el que estas personas son atendidas y la respuesta que pueden esperar del sistema sanitario.

1.1. Sinhogarismo

La globalización económica y mercantil que ha experimentado nuestra sociedad desde finales del siglo pasado ha perpetuado los modelos neoliberalistas. Estas políticas, lejos de alcanzar y fomentar la cohesión de la ciudadanía, han fragmentado a la población en clases y estamentos sociales. Como consecuencia a esta situación, encontramos colectivos vulnerables, minorías excluidas y grupos marginados condenados a mantener su situación de manera crónica, incapaces de ascender de posición social.

Dentro de esta situación de vulnerabilidad extrema encontramos a las PSH. Su situación no solo es explicada por la falta de un techo donde dormir o un refugio donde mantener el calor. El hogar dignifica a las personas, permite el desarrollo de los seres humanos como individuos, representa el derecho a la intimidad y a la reunión. En consecuencia, la exclusión residencial supone uno de más agresivos atentados contra los derechos humanos^(1,2).

Para poder comprender el fenómeno y la complejidad de la exclusión residencial, en el año 2011 la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA)⁽¹⁾, creó la European Typology of Homelessness Exclusion (ETHOS)⁽³⁾. Se trata de una clasificación entorno al acceso a una vivienda desde el punto de vista físico, social y jurídico. Los diferentes niveles establecidos permiten realizar diagnósticos más certeros de la situación de estas personas, y como

resultado, permiten establecer estrategias más eficientes en la lucha por su erradicación. De una manera básica, y enunciados de mayor a menor vulnerabilidad, podríamos definir estos niveles en:

- *Sin techo*: la persona no dispone de un espacio físico para vivir. Pernoctan en la calle.
- *Sin vivienda*: la persona dispone de un espacio físico, pero éste no reúne las condiciones necesarias de privacidad para considerarlos un espacio propio. También carece de titularidad legal. Dentro de esta definición entraría aquellas personas que pernoctan en equipamiento públicos o entidades sociales.
- *Vivienda insegura*: la persona dispone de un espacio físico donde puede desarrollar su vida privada. Sin embargo, no tiene permiso legal para la utilización del alojamiento.
- *Vivienda inadecuada*: la persona vive en un espacio que no reúne las condiciones adecuadas para la habitabilidad. Reúne las cualidades de un espacio físico, íntimo y legal, pero con carencias en el equipamiento que impiden el desarrollo de la persona.

1.1.1. Demografía y PSH

A pesar de los esfuerzos por mejorar el registro y la identificación de las PSH en el contexto europeo y nacional, todavía existe un alto porcentaje de indocumentación del fenómeno. Los datos actuales responden a la inferencia de cifras entre contextos socioculturales similares y recuentos aislados. Cabe añadir que la metodología más utilizada para conocer el número de PSH se basa en el recuento de personas que duermen en la calle una noche determinada^(2,4,5).

En el año 2018 FEANTSA publicó el “Third Overview of Housing Exclusion in Europe⁽⁴⁾”. Este informe recogió los datos de diferentes países europeos entre 2014 y 2016. En él destacó que durante ese período el número de PSH aumentó de media en los países de la Unión Europea un 20,5%.

En España los datos del último registro nacional están recogidos en el informe de Estrategia Nacional Integral para Personas sin hogar 2015 – 2020⁽⁶⁾. Los datos enunciaron que el número de PSH en el 2015 se encontraba alrededor de 33275 personas. Además, tal y como se recoge en el informe realizado en Murcia, 2013, sobre

el perfil de la exclusión social⁽⁷⁾, tras la recesión económica aumentó el número de personas en riesgo de exclusión social y la cronicidad de su situación.

Asimismo, distintas comunidades autónomas han realizado recuentos de las PSH. En el año 2016 la ciudad de Barcelona registró a 941 PSH, suponiendo un aumento del 37% desde el 2008⁽²⁾. En la memoria de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) del 2018⁽⁵⁾, se registró que en el 2017 existían 208 PSH en la isla de Mallorca.

Por otra parte, los cambios demográficos de la población general como el envejecimiento y/o el aumento de la inmigración⁽⁵⁾ también han influido en el cambio de perfiles de las PSH. Paralelamente, la feminización de la pobreza también ha elevado el número de mujeres en riesgo y exclusión residencial y, con relación a ella, el incremento de la infancia^(2,4). Además, la condición de SinHogarismo se encuentra frecuentemente relacionada con colectivos ya de por sí marginados, como las personas transexuales, provocando unos niveles de indefensión y vulnerabilidad exponenciales⁽⁸⁾.

1.2. Morbilidad de las PSH

La situación en salud de las PSH pone de manifiesto la estrecha relación entre la exclusión social y el deterioro de la salud. Al igual que los datos demográficos carecen de un registro adecuado, los diagnósticos en salud asociados al sinhogarismo son escasos e insuficientes para conocer la complejidad del fenómeno. A pesar de ello, podemos establecer una serie de premisas desde diferentes organismos gubernamentales, ONGs y la literatura científica.

El último informe de PSH realizado por FEANTSA ⁽⁴⁾ señala que *la esperanza de vida* en las PSH es 30 años menor que el resto de la población. También destaca que la esperanza de vida de una PSH que no cambie su situación es de 10,3 años. Estos datos son respaldados desde nuestro contexto nacional⁽⁶⁾ y otros contextos occidentales⁽⁹⁾.

En Canadá, en un estudio publicado en el 2018⁽¹⁰⁾, se realizó una encuesta a las PSH de Toronto. En él se recogió el estado de salud de estas personas, así como el uso de los servicios sanitarios. Un 22,4% de los encuestados presentaron *patología dual*, haciendo referencia a problemas de salud mental y de abuso y dependencia de sustancias tóxicas. Un 28,6% presentaron solo diagnósticos de salud mental siendo los problemas más comunes el trastorno del estado de ánimo, la depresión y el trastorno bipolar. Por otro lado, entre un 14,7% y un 37%, presentaron solo diagnósticos de abuso

y dependencia de sustancias tóxicas. En conclusión, un 65,9% de los encuestados presentaron algún diagnóstico de salud solo o dual con respecto a los problemas expuestos.

En un estudio realizado en Girona⁽¹¹⁾, publicado en el 2016, se evaluó el *riesgo de suicidio* en esta población. Obtuvieron que un 45,2% de la muestra presentaba un resultado igual o superior a la puntuación de corte en el test de suicidio de Pultchik. Un 24,7% refirieron haber intentado suicidarse en alguna ocasión.

En otro estudio realizado sobre la PSH en Dublín⁽¹²⁾, 2015, un 84% de los encuestados presentó *multimorbilidad*. Un 70% tenía problemas de salud mental; de éstos, casi un 50% presentó depresión y, en menos porcentaje, ansiedad y esquizofrenia. El 82% fumaba tabaco, el 58% bebía alcohol y un tercio de los encuestados consumía otro tipo de drogas. Casi un 25% tenían Hepatitis C. De forma similar, en un estudio sobre las PSH realizado en la ciudad de Valencia en el 2015⁽¹³⁾, se concluyó que un 46% de las PSH padecían alguna enfermedad grave o crónica. Incluyendo las de origen cardiovascular, infecciosas o de salud mental. Los efectos de estas patologías registraron que un 16,2% de las personas encuestadas tenían reconocida alguna *discapacidad* mientras que en la población general la media estaba situada en torno al 14,8%.

Referente al uso de los servicios sanitarios, un estudio realizado en Canadá por Zhang et al⁽¹⁰⁾ señaló que las PSH registraron *mayores niveles de hospitalización* y uso de los servicios de atención primaria que la población general en el mismo período de tiempo. Desde el mismo país, un estudio realizado en Vancouver en 2016⁽¹⁴⁾ sobre los ingresos psiquiátricos, concluyó también que las PSH mostraban mayores niveles de hospitalización y tiempo de ingreso que la población general con los mismos problemas de salud mental. En la misma línea, un estudio realizado en Francia⁽¹⁵⁾, 2016, se constató que la población general presentaba hasta un 50% menos de tiempo de ingreso que las PSH.

En cambio, un estudio realizado en Inglaterra en 2016⁽¹⁶⁾, concluyó que las PSH habían registrado *menores niveles de asistencia sanitaria* en comparación con la población general, un 66,5% en comparación con un 98%. Paralelamente, no encontraron evidencia en la hipótesis de mayor tiempo de hospitalización en PSH. Esta premisa es defendida también por los resultados obtenidos en el análisis del acceso a atención

primaria de Charlotte en 2018⁽¹⁷⁾. En él se encontró que el 60% de las PSH de su muestra no había ido a su médico de atención primaria desde hacía más de cinco años.

1.3. Barreras de las PSH en el acceso a la salud

En la literatura científica se ha profundizado en las dificultades que presentan las PSH más allá de los diferentes modelos de gestión y financiación sanitaria. Las inequidades producidas por los sistemas privados de atención sanitaria han sido estudiadas desde el conjunto de los excluidos, sin profundizar, por ejemplo, en la exclusión residencial, tal y como nos interesaría para nuestro fenómeno. En consecuencia, la evidencia científica se ha centrado en las barreras generadas por los modelos de atención y los servicios, los profesionales sanitarios y las propias PSH.

Con el objetivo de sintetizar los resultados de los diferentes estudios se ha elaborado una tabla resumen donde se recoge la evidencia actual con relación a los impedimentos y dificultades que presentan las PSH en el acceso a la salud. Los estudios utilizados están situados en los últimos cinco años y englobados en el contexto europeo, australiano y norteamericano.

TABLA 1. BARRERAS DE LAS PSH EN EL ACCESO A LA SALUD		
FÍSICAS	PERSONALES	SERVICIOS SANITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad económica de acceder al <i>transporte</i> público o privado para ir a los servicios sanitarios⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Asociado a distancia geográfica entre los refugios y los centros urbanos^(17,21). - Imposibilidad de <i>contactar</i> con la persona por ausencia de dirección postal, teléfono o correo electrónico^(18,19,22). 	<ul style="list-style-type: none"> - La <i>cronicidad</i> de exclusión social, ser inmigrante, la edad juvenil y mayor de 65 años, padecer problemas de salud mental y/o agitación y VIH^(20,23,24). - Las <i>necesidades y prioridades</i> de las PSH se centran en acceder a la alimentación y un sitio donde dormir con seguridad⁽¹⁷⁻²⁰⁾. La salud es algo secundario en muchas ocasiones hasta que existe un riesgo vital. - Los <i>estigmas sociales</i> crean falsos mitos y alejan a las PSH de los servicios sanitarios^(18,25). <i>Generan falta de confianza</i> ante el personal sanitario, miedo o negación de mala salud^(25,26). - El <i>desconocimiento</i> de los tratamientos y la <i>falta de autonomía</i> en la toma de decisiones en salud⁽¹⁹⁾. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los <i>estigmas</i> y la <i>discriminación</i> por parte del personal sanitario. La falta de <i>sensibilización</i> ante este fenómeno dificulta el acceso, la identificación de necesidades y reduce la calidad asistencial^(17,26,27). - La ausencia de servicios que contemplen la <i>idiosincrasia</i> de las PSH como el consumo de tóxicos. Dificultan el control del dolor y el abordaje de otros síntomas en relación a los procesos de <i>hospitalización</i> y <i>cuidados paliativos</i>^(18,25-27). - La falta de <i>enfoques holísticos y multidisciplinarios</i> para la atención del fenómeno^(18,27), así como modelos de atención primaria <i>especializados y centrados en el paciente</i>⁽²⁸⁾. - La ausencia de carnet de identidad o permiso de residencia imposibilita el <i>registro</i> en atención primaria y acceder a unos cuidados de seguimiento⁽²⁵⁾.

Fuente: Elaboración propia

1.3.1. Facilitadores de las PSH en el acceso a la salud

Entre los grupos de la categoría ETHOS⁽³⁾ existen diferencias contrastadas entre el grupo Sin Techo y el grupo Sin Vivienda. Las casas de acogida o servicios de atención al alta hospitalaria en personas con problemas de exclusión residencial han sido estudiadas como agentes protectores y facilitadores en salud. En un estudio realizado en Irlanda sobre facilitadores y barreras en el acceso a la salud en grupos marginados⁽²⁹⁾, se concluyó que el hecho de pertenecer a algún tipo de estas entidades proporcionaba la estabilidad física y emocional para acceder al servicio de salud.

De manera semejante, en una revisión cualitativa de la literatura científica sobre el fenómeno⁽²⁰⁾, se observó que las intervenciones que realizaban estos centros sobre las PSH mejoraban la satisfacción de la experiencia de los usuarios. Estableciendo una diferencia entre 1,5 y 2 puntos más de satisfacción sobre las intervenciones no orientadas a PSH. A su vez destacaron la mejoría en la cooperación entre servicios, la accesibilidad, el abordaje de las necesidades específicas y los resultados en la relación usuario/profesional.

1.4. Modelos de intervención sanitaria en PSH

Tal y como señala diferentes revisiones de la producción científica⁽³⁰⁻³²⁾, la falta de respuesta desde los profesionales y las entidades sanitarias han derivado en la necesidad de generar otro tipo de estrategias y de servicios con tal de abordar la problemática de manera integral.

Agrupando la evidencia desde una síntesis realista⁽³³⁾ y otra revisión de la literatura sobre los modelos de atención a las PSH⁽³⁴⁾, podemos señalar tres modelos de intervención:

- Modelos centrados en el paciente, atención holística y enfoques multidisciplinares (mental, somático, social)
- Modelos al alta hospitalaria centrados en recuperar competencias (Transición a la comunidad, Fase de prueba y Transferir el cuidado)
- Trabajar las inequidades en salud desde Atención Primaria

1.5. Justificación del proyecto

El mantenimiento de las inequidades y la morbimortalidad asociada a la exclusión residencial exigen una respuesta por parte del sistema sanitario que garantice el acceso y el desarrollo en salud de las PSH. El objetivo del siguiente protocolo es acercarse a las barreras y facilitadores que identifican las PSH en su proceso de salud, dado que la evidencia destaca la necesidad de crear servicios y métodos específicos e individualizados. También contempla la visión y el discurso de los profesionales sanitarios ante el Sinhogarismo.

2. Contextualización

2.1. Legislación sanitaria

En España en 1978, tras el acuerdo de un nuevo diseño político, una Monarquía parlamentaria, se elaboró un texto donde se recogía de forma consensuada los derechos y deberes de los ciudadanos españoles. Hablamos de la Constitución Española⁽³⁵⁾. Este marco referencial recoge en el artículo 43 los siguientes puntos con relación a la salud:

1. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
2. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Y respecto a la protección de la exclusión residencial el artículo 47 enuncia:

1. *Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos*

Es decir, la Constitución Española desde 1978 recoge como responsables y gestores ante la exclusión residencial y la protección en salud a los entes públicos. Las estrategias de afrontamiento han sido modificadas desde distintas leyes; entendiendo las diferentes competencias entre el marco estatal y las comunidades autónomas.

En 1986, se publicó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁽³⁶⁾. En el Título Preliminar declara y consolida el valor del derecho a la protección de la salud como un derecho de cada individuo. Además, dentro de sus principios generales sentencia que *la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española; el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.*

Por ende, esta ley estableció las bases sobre el funcionamiento y coordinación entre las comunidades autónomas y el ministerio central con el objetivo de garantizar una sanidad pública, universal y accesible a todos los ciudadanos españoles. Siguiendo la misma línea, la Ley 5/2003 de 4 de abril de Salud de las Illes Balears⁽³⁷⁾ contempla el

reconocimiento de las personas residentes en las Illes Balears el derecho al acceso a la asistencia sanitaria gratuita.

A lo largo de estos años las políticas en materia sanitaria y social han ido variando en función de las diferentes ideologías políticas. Tras la crisis económica padecida a nivel mundial en el año 2009 en España se produjo una recesión de los servicios públicos⁽³⁸⁾.

A partir del Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril⁽³⁹⁾, además de reducir las competencias públicas sanitarias, se excluyó a un gran número de personas en el acceso a la salud. El derecho a la atención sanitaria solo amparaba a aquellas personas con nacionalidad española y personas con cotización a la Seguridad Social. Esta medida afectó directamente a la salud de la inmigración irregular y a las PSH⁽⁴⁰⁾, excluyéndoles de la sanidad pública. Tal y como señala un estudio realizado en Valencia en el año 2015 sobre PSH⁽¹³⁾ un 20% de las personas encuestadas no tenían Tarjeta Sanitaria y, en consecuencia, no tenían acceso al sistema público sanitario.

Como respuesta legislativa, y atendiendo a las competencias reguladas por el Estatuto de Autonomía de las Illes Balears⁽⁴¹⁾, la Conselleria de Salut de les Illes Balears lanzó una nueva instrucción en el año 2015⁽⁴²⁾. En ella se articulaban las herramientas necesarias para devolver a todas las personas excluidas durante el RD la Tarjeta Sanitaria en la comunidad de les Illes Balears.

En ese contexto nos encontramos en la actualidad en Baleares. Un sistema sanitario estatal público/universal debilitado, pero con políticas autonómicas de protección al acceso a la salud. Con respecto a nuestro fenómeno y dadas las múltiples características demográficas de las PSH, esta inestabilidad en las políticas sanitarias influyen en la morbimortalidad y las barreras en el acceso a la salud que presentan las PSH señaladas anteriormente.

2.2. Áreas de Salud y PSH en Mallorca

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁽³⁶⁾ dispuso para la organización territorial en las Comunidades Autónomas las Áreas de Salud. Estas estructuras del sistema sanitario gestionan de forma unitaria los centros y establecimientos del servicio de salud delimitados por cuestiones geográficas y demográficas, entre otras.

Según el decreto 16/2015 del Govern de les Illes Balears⁽⁴³⁾ la organización sanitaria está dividida en *Área de salud de la isla de Mallorca, Área de salud de la isla de Menorca*

y *Área de salud de las islas de Ibiza y Formentera*. A su vez, referente a nuestro contexto, Área de salud de la isla de Mallorca, se divide territorialmente en comarcas denominadas *Sector sanitario* con un hospital de referencia cada una.

Atendiendo al recuento que se realizó en el año 2017 por parte del IMAS⁽⁵⁾, casi un 90% de las PSH se encontraban en el municipio de Palma. El sector sanitario de esa zona corresponde a *Ponent*. El hospital de referencia es el *Hospital Universitario de Son Espases*.

2.2.1. Servicios sociales en la atención a PSH

Los servicios sociales orientado a la atención de la exclusión residencial, correspondientes a la gestión del IMAS, se distribuyen en acorde a la situación y localización de las PSH. La gran mayoría se encuentran en el municipio de Palma. Cabe señalar los siguientes servicios⁽⁴⁴⁾:

- *Primera Acollida*: albergue dirigido a cualquier persona sin hogar en situación de exclusión social sin valorar por los servicios sociales pertinentes.
- *UMES*: ofrece un seguimiento social a las PSH que pernoctan en la calle. También ofrece alimentación y ropa. Supone el primer contacto en la red de inclusión.
- *Casa de Família*: albergue dirigido a personas en situación de exclusión social sin consumo de tóxicos en activo. Constituido por dos servicios, uno dirigido a personas con posibilidad de inserción social y otro de perfil sociosanitario.
- *Housing First*: dirigido a PSH de larga duración. Perteneciente al grupo Sin Hogar⁽³⁾. Se les ofrece la posibilidad de acceder a una vivienda sin pasar por otros procesos de inserción social o burocráticos.
- *Housing Led*: dirigido a PSH pertenecientes al grupo Sin Vivienda⁽³⁾. Ofrece viviendas con la intención de no cronificar la situación de PSH en instituciones y facilitar la inserción social.
- *Sa Placeta*: albergue dirigido a PSH con consumo activo de drogas por vía parenteral u otras sustancias. Se trata de un albergue de baja exigencia donde las PSH tiene la posibilidad de pernoctar y donde se les da la posibilidad de entrar en la red de inclusión.
- *Ca l'Ardiaca*: albergue dirigido a PSH sin exigencias con relación al consumo de tóxicos. Destinado a ofrecer comida y refugio para pernoctar.

- *Can Gazà*: albergue dirigido a PSH con enfermedades graves que afectan a su autonomía severamente.

3. Orientación teórica y estado de la cuestión

3.1. Paradigma Crítico-Social

El Paradigma Crítico-Social⁽⁴⁵⁾ supone una concepción del conocimiento contextual en el que la realidad es construida por los artefactos sociales del momento, por los discursos dominantes. Es decir, la concepción de lo verdadero está sujeto al flujo social, a la transformación política.

Desde este paradigma afrontar la exclusión residencial en las PSH supone un enfoque estructural. La situación de estas personas obedece a la organización social, económica y política, por encima de las decisiones y voluntades individuales. En consecuencia, la situación de estas personas solo podrá verse mejorada a través de acciones de resistencia, que empoderen y que busquen la emancipación. Las cuestiones a las cuales pertenece esta visión son:

- *Ontología*: Las estructuras sociales, el momento socioeconómico e histórico representan la realidad y la conceptualización del SinHogarismo.
- *Epistemología*: El conocimiento de la situación de las PSH se ha desarrollado desde las perspectivas de las clases sociales y los factores individuales. A favor de fracturar las estructuras y buscar la justicia social a través de la cohesión y la equidad en salud.
- *Metodología*: A través del diálogo y la significación de la propia experiencia.
- *Posición del investigador*: Agente de cambio, participante orgánico. Comprometido con la defensa de la equidad en salud.

Para ello se debe redirigir el foco hacia la diversidad, dando voz a los discursos marginales y subculturas, hacia la democracia y la horizontalidad del conocimiento, las verdad(es).

El objetivo de este paradigma es la denuncia social, romper con el positivismo, el totalitarismo y el androcentrismo. Dar cabida a otras experiencias y visiones como única vía para mejorar, en nuestro caso, la salud y la cohesión social de estas personas.

3.2. Determinantes de la Salut

Desde este enfoque teórico de segundo grado⁽⁴⁶⁾, las inequidades en salud que padecen las PSH derivan de los patrones de estratificación social y la distribución sistemáticamente desigual del poder y los recursos. El poder, entendido como fuerza de autonomía, subyugación y libertad de elección, explica los porqu(es) de la situación de estas personas y cómo las múltiples dimensiones económicas, sociales, políticas e individuales afectan de manera transversal a las personas.

Atendiendo a nuestro colectivo, su complejidad social y sanitaria responde tanto a los factores individuales como estructurales y, por ende, la responsabilidad es compartida. Su vulnerabilidad e indefensión es producto de las relaciones de poder y efecto directo de su idiosincrasia.

3.3. Enfoque de las Capacidades

La premisa de este marco teórico ensalza y propone un desarrollo humano centrado en la libertad que tienen las personas para alcanzar la vida que valoran y que tienen razones para valorar⁽⁴⁷⁾. En el ejercicio de estas libertades, se sostiene que para alcanzarlo deben garantizarse una serie de capacidades y derechos, como por ejemplo el acceso a una residencia.

En nuestro colectivo y fenómeno de estudio este enfoque comprende que para llevar a cabo políticas públicas sanitarias se debe trabajar también con la justicia social. Para permitir esa libertad real y construir una salud subjetiva, se debe escuchar sus discursos, olvidar el paternalismo sanitario y trabajar desde las estructuras que permitan garantizar el desarrollo de su propia concepción del bienestar.

3.4. Perspectiva de Género

El Sinhogarismo al igual que otros contextos está explicado y, transversalmente constituido, por la variable género. La situación de exclusión residencial ha respondido a modelos de aislamiento social hasta ahora mayoritariamente del género masculino. Sin embargo, la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar del Gobierno de España, 2015⁽⁶⁾, expone como la feminización de la pobreza y las nuevas construcciones de género y familiares han vulnerabilizado al género femenino, aumentando la morbilidad de su situación.

A través de los recuentos y el análisis de las PSH en nuestro estado se ha constatado que las mujeres presentaron mayores niveles en el consumo de alcohol y su percepción en salud fue más negativa que en hombres⁽¹³⁾. También en referencia al suicidio, presentaron una mayor puntuación de riesgo que los hombres⁽¹¹⁾. Cabe añadir, según datos del INE en 2017⁽³⁰⁾, que durante ese año se registró un aumento en el uso de los albergues sociales por parte de mujeres.

En consecuencia, se considera necesaria la perspectiva de género⁽⁴⁸⁾ para conocer y entender el fenómeno desde los marcos teóricos expuestos.

3.5. Perspectiva desde los ODS

En el año 2015, tras los resultados obtenidos de los Objetivos del Milenio⁽⁴⁹⁾ y los cambios producidos por la globalización se publicaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁽⁵⁰⁾. Supusieron unas nuevas líneas de actuación que implicaban a todos los países, ricos y pobres, a luchar por la justicia social, la igualdad de género o la sostenibilidad ecológica con metas al 2030.

En alusión a nuestro fenómeno de estudio el Objetivo 3 de *Salud y Bienestar* contempla que:

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

Contiguamente, el Objetivo 10 de *Reducción de las Desigualdades* considera que:

10.2 De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición.

10.3 Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto

Finalmente, el Objetivo 11 de *Ciudades y Comunidades Sostenibles* expone que:

11.1 De aquí a 2030, asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles y mejorar los barrios marginales

Comprender el fenómeno del Sinhogarismo desde la progresión de la globalización y el impacto que puede tener la investigación en otros contextos implica que las metas enunciadas formen parte de las líneas estratégicas de este protocolo.

4. Objetivos

General:

- Identificar las barreras y facilitadores en el acceso a la salud a las Personas Sin Hogar en Mallorca

Específicos:

- Describir las barreras percibidas por las PSH en el acceso a la salud
- Describir los facilitadores percibidos por las PSH en el acceso a la salud
- Determinar la posicionalidad de los profesionales sanitarios ante el fenómeno del Sinhogarismo y su proceso de atención
- Analizar el estado de salud de las PSH

5. Metodología

Este estudio se realizará mediante un diseño mixto. La elaboración de diseños mixtos, tal y como señala J. Schoonenboom junto a otros autores⁽⁵¹⁾, conlleva la búsqueda de una alta validez a través de la *complementariedad* de los resultados cuantitativos y cualitativos.

En este caso, realizaremos un diseño descriptivo transversal con el que conocer el estado de salud de las PSH. Y, por otro lado, un diseño cualitativo fenomenológico con el que conocer en profundidad el contexto de nuestro fenómeno desde la visión de las PSH y los profesionales sanitarios. Se seguirá un modelo de recogida de datos *convergente paralelo* y una vez recogidos los datos, se realizará la integración y reanálisis de los datos

5.1. Diseño Cuantitativo

Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal.

Población de estudio

La isla de Mallorca, desde la década de los 70' hasta la actualidad, se ha caracterizado por centrar su modelo económico al tercer sector, el turismo. Tal ha sido su efecto con relación a la población que cada año se efectúan migraciones desde la península y otras partes del mundo con el objetivo de encontrar trabajo. Esto ha desencadenado en un flujo demográfico muy variado. Desde empresarios millonarios que vienen a invertir en las cadenas hoteleras, pasando por trabajadores de la hostelería, hasta por inmigración irregular dedicada a la venta ambulante.

En consecuencia, este modelo centrado en contratos temporales y/o de temporada ha desprotegido a los sectores más vulnerables de esta pluralidad.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística⁽⁵²⁾, en Palma de Mallorca viven unas 894000 personas. Siguiendo los datos publicados por el Institut Mallorquí d'Afers Socials en el 2017⁽⁵⁾ la Xarxa d'Acollida i Inserció Social (XAIS), dedicada a la atención de la exclusión social y residencial, atendió a 476 personas. Eso significa que durante el período de un año se atendieron no solo a personas que directamente vivían en la calle, sino también a personas que ya se encontraban en centros de primera acogida o de estancias temporales. Es decir, 476 personas

estuvieron en riesgo de exclusión social por no poder acceder a una vivienda; correspondientes a los grupos de Sin Hogar y Sin Vivienda de la clasificación ETHOS.

Limitando nuestra población al colectivo más vulnerable, el Sin Hogar, a través del último recuento del IMAS en el año 2017⁽⁵⁾, había 188 personas en el municipio de Palma.

Tamaño muestral

Para poder evaluar adecuadamente el estado de salud de las PSH se contempla la realización de la investigación sobre toda la muestra de PSH en condición de Sin Hogar de Palma. Se prevé un tamaño entre 180 y 220 personas.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- PSH pertenecientes al grupo *Sin Hogar*⁽³⁾ o bien que hayan pertenecido a este grupo en un periodo no superior a tres meses
- Pernoctar en el municipio de Palma

Criterios de exclusión:

- PSH pertenecientes al grupo Sin Vivienda según la clasificación ETHOS que lleven más de 3 meses institucionalizados

Variables

- Fecha de nacimiento
- Sexo y orientación sexual
- Origen de nacimiento y Etnia
- Acceso a Tarjeta Sanitaria (Sí, No, En trámite)
- Centro de Salud (CS Camp Redó, CS Escola Graduada, CS Casa del Mar, CS Pere Garau, Otros)
- Atención hospitalaria en el último año (Sí, No)
- Tiempo de exclusión residencial (Meses/Años)
- Consumo en activo de sustancias tóxicas (Heroína, Cocaína, Alcohol, Tabaco, Cannabis, Otras)

- Diagnòstics de Salut Mental autodeclarados (Depresión, Ansiedad, Tr. Bipolar, Tr. De la Personalidad, Esquizofrenia, Trastorno por consumo de tóxicos, Otros)
- Diagnòstics de Problemas de Salud Crónicos autodeclarados (HTA, DM, VIH, SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Otros)
- Otros diagnòstics autodeclarados
- Uso de medicación (Sí, No)
- Medicación actual
- Adherencia al tratamiento farmacológico (Sí, No)
- Necesidades percibidas para el control de los problemas de Salud Mental o Salud Física
- Necesidad de atención a la salud dental, prótesis oculares o físicas no cubiertas (Sí, No)
- Valoración de barreras o dificultades en el acceso a la salud en CS, Hospitales y/o otros sistemas (Sí, No)

Captación de la muestra

El servicio de la Unidad Móvil de Emergencia e Inclusión Social (UMES) gestionado por la Cruz Roja de Palma realiza seguimientos a las PSH exclusivamente del grupo *Sin Hogar* de ETHOS⁽³⁾. A diario atienden a este colectivo a través de voluntarios y trabajadores sociales desde las 22h hasta las 3h. Realizan una atención directa a las zonas donde pernoctan y una vez localizados comienza el proceso de inclusión llevado a cabo durante el resto de semana en horario diurno.

A través de este servicio y su colaboración se podrá acceder a nuestra población de estudio de una manera factible y manejable. Además, conocer el lugar exacto donde pernocta la gran mayoría de PSH facilita en gran medida el trabajo de captación. Seguidamente, aprovechando la atención ofrecida por el servicio se ofrecerá la posibilidad de participar en el estudio siguiendo las consideraciones éticas pertinentes.

Finalmente, a través de la colaboración de los trabajadores de los servicios y siguiendo los criterios de inclusión, se entrevistará a PSH de *Primera Acolida*, *Casa de Familia*, *Ca l'Ardiaca* con el objetivo de captar a PSH Sin Vivienda.

Recogida de datos y procedimiento

Una vez establecida la colaboración con los servicios expuestos anteriormente, se procederá a la recogida de datos. Desde UMES de la Cruz Roja, se cuenta con la participación de los voluntarios como entrevistadores informales.

Para facilitar la recogida de datos, así como los posibles problemas asociados al registro, se realizará una pequeña formación a los entrevistadores sobre la realización de la encuesta. También se resolverán dudas que puedan surgir durante el proceso mediante el contacto directo con el equipo investigador.

La encuesta se realizará a través de los dispositivos móviles propios de los encuestadores. Esta forma de recogida permite que una vez terminado el proceso que los datos puedan ser guardados y enviados directamente a la base de datos del investigador. Se utilizará el formulario de Google como plataforma ya que es gratuita y de fácil acceso.

Para evitar duplicidad en la recogida de datos se utilizará como valor identificativo anónimo la fecha de nacimiento e iniciales. En conclusión, siguiendo los campos explicados con relación a las variables y los objetivos establecidos el documento a rellenar será el siguiente: <https://forms.gle/o2NfsWcojVzfCPsZ8>

Análisis de datos

Se realizará una depuración de los datos mediante pruebas de rangos (detección de valores posibles) y cruces de campos lógicos, para detectar inconsistencias entre respuestas en el cuestionario. Análisis descriptivo, etiquetado y depuración de los datos: valoración de valores atípicos y extremos. Análisis de media, desviación standard y diferenciación por grupos de edad y sexo, así como el resto de las variables demográficas recogidas. Se realizará con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc. Chicago) v.23 para Windows.

- Cálculo de la prevalencia con un IC 95% de PSH con los principales problemas de salud crónicos, salud mental, consumo de tóxicos y adherencia al tratamiento.

- Se evaluará la asociación entre problemas de salud, consumo de tóxicos, grupos de edad y sexo utilizando el Chi Cuadrado.

5.2. Diseño Cualitativo

El enfoque cualitativo permite acercarse a la perspectiva de los sujetos y su vivencia ante proceso de acceso y asistencia sanitaria. Dados los objetivos del estudio se incluirá el diseño a PSH y profesionales sanitarios.

Para ello se utilizará el diseño Fenomenológico⁽⁵³⁾. De esta manera se buscará conocer y describir el proceso asistencial desde la experiencia de las PSH y los trabajadores del SNS. A su vez, se analizará los discursos a través de la contextualización de cada posición y situación.

Población de estudio

Las características de la población de este diseño son las mismas que las explicadas anteriormente en el diseño cuantitativo.

Tamaño muestral

Para el análisis de los discursos de ambos grupos, PSH y profesionales sanitarios se limitarán en base a la oportunidad y acceso a 10/15 participantes por cada grupo. En ambos casos se intentará acceder a los participantes más variados según sus características demográficas o según su categoría profesional.

Criterios de inclusión y exclusión

Por parte del grupo de PSH los criterios son:

Criterios de inclusión:

- PSH pertenecientes al grupo *Sin Hogar*⁽³⁾ o bien que hayan pertenecido a este grupo en un periodo no superior a tres meses
- Pernoctar en el municipio de Palma

Criterios de exclusión:

- PSH pertenecientes al grupo Sin Vivienda según la clasificación ETHOS que lleven más de 3 meses institucionalizados

Por parte de los profesionales sanitarios los criterios son:

Criterios de inclusión:

- Profesionales sanitarios de la categoría profesional de *Personal Administrativo, Enfermería y Medicina*.
- Pertenecientes a los centros de salud de *CS Camp Redó, CS Escola Graduada, CS Casa del Mar y/o CS Pere Garau*.

Criterios de exclusión:

- Se contempla no poner criterios de exclusión con el objetivo de conocer la mayor variabilidad posible de discursos.

Captación de la muestra

Para las PSH se utilizará la misma estrategia explicada anteriormente en el diseño cuantitativo tratando de buscar la representatividad por grupos de edad y sexo.

Para los profesionales sanitarios:

Atendiendo a los criterios de inclusión sobre los centros de salud señalados, el grupo investigador acudirá personalmente a los sitios de trabajo con el objetivo de captar participantes y aprovechar las instalaciones para dar a conocer el estudio. Para conseguir la mayor variabilidad en los discursos, se intentará conseguir la mayor diversidad y equilibrio de profesionales sanitarios: 5 profesionales de medicina, 5 de enfermería y 5 administrativos.

Técnicas de recogida de datos

El instrumento utilizado para recoger la información según el diseño expuesto es la *entrevista individual*. Para su consecución se utilizará una grabadora de audio portátil, así como notas de campo donde se recogerán las impresiones del entrevistador. Se tendrán en cuenta las pausas, los silencios y el lenguaje corporal.

Para el diseño de la entrevista se utilizarán las premisas de la Entrevista Semiestructurada de Whiting LS⁽⁵⁴⁾. En el Anexo 1 se encuentra la entrevista dirigida a las PSH y en el Anexo 2 a los profesionales sanitarios.

Cabe añadir que en el caso del desarrollo de la entrevista a PSH en primer lugar se realizará la entrevista cuantitativa y con ella se complementará los datos demográficos de la persona. El objetivo es unir ambas entrevistas en un mismo proceso.

Análisis de los datos

Tras la recogida de datos se realizará una transcripción literal del contenido. Posteriormente a través de un proceso inductivo se codificará la información en unidades de pensamiento y se establecerán categoría agrupadas. Estos códigos y/o categorías responderán a los temas transversales identificados a través de la saturación de los discursos y su significado.

Como herramienta para realizar este proceso se utilizará el ATLAS.ti.

5.3. Integración de los datos

Los hallazgos cuantitativos y cualitativos, al producirse casi paralelamente, interferirán directamente en la comprensión de los discursos y necesidades. Su coalición no se entiende como la suma de dos conceptos independientes sino la sinergia de un todo.

En conclusión, dado que se utilizará un diseño mixto convergente paralelo, el desarrollo de los resultados y las conclusiones serán interdependientes de ambos diseños. La integración es transversal al propio proceso inductivo.

5.4. Limitaciones del estudio

En el grupo de PSH la dificultad para acceder a esta población junto con la distocia social puede provocar un sesgo en la recogida de datos ya que puede provocar el desconocimiento de los casos más vulnerables y extremos de nuestra muestra. Para ello, al contar con la colaboración de UMES, en el diseño se cuenta con la muestra de PSH en su totalidad disminuyendo en la medida de lo posible este sesgo de selección.

En el caso de los profesionales sanitarios, puede existir un sesgo de *Autoselección* dado que la voluntariedad para participar en el estudio puede estar ligada a una predisposición hacia la mejora de la atención a PSH. Para ello, en el diseño se busca la mayor diversidad e igualdad en el número de las diferentes profesiones sanitarias, así como la saturación del discurso como método analítico.

Por otra parte, en el caso de las PSH, la obtención de la información como la recogida de sus opiniones, está determinada por la relación de confianza con el entrevistador. La participación de los voluntarios y trabajadores de UMES, entre otros, en la recogida de las encuestas facilita y mengua este sesgo. Sin embargo, en el caso del equipo investigador, la distancia emocional y situacional puede crear dicho sesgo y dificultar la recogida de datos. Por ello es necesario la reflexión y exposición de la posicionalidad del equipo investigador antes del abordaje de las entrevistas.

Por otra, en referencia a los trabajadores sanitarios, el proceso de posicionalidad y reflexión es igual de necesario para reducir los sesgos en las respuestas de los entrevistados. Por ello, se entrenarán las técnicas de entrevista donde se trabaje la empatía, la escucha activa y la relación de confianza.

A su vez, a pesar de realizar este trabajo por parte del equipo investigador, los entrevistados pueden caer en el sesgo de la aceptación social y adaptar su discurso al contexto actual. Para ello, el desarrollo de las preguntas y la entrevista busca conseguir que cualquier respuesta sea deseable y minimice el riesgo de juicio externo. El hecho de buscar participantes de diferentes profesiones, edades y sexos, y la integración de los resultados con las PSH minimiza este sesgo.

5.5. Cronograma

- **Fase 1** (Septiembre – Diciembre 2019)

Fase de captación de muestra y recogida de datos. Se trabajará para acordar las cooperaciones y participaciones de voluntarios y seguidamente, se pasará a la realización de las encuestas y las entrevistas.

- **Fase 2** (Enero – Junio 2020)

Análisis de los datos cuantitativos y transcripción literal de las entrevistas, así como del resto de aspectos contextuales y comunicativos. Durante este

período también se realizará el análisis y codificación de los discursos y su agregación.

- **Fase 3** (Julio – Octubre 2020)

Redacción y discusión de los resultados y conclusiones. También se contempla durante estos meses la divulgación de los resultados obtenidos entre las distintas entidades y personas colaboradoras con la comunidad universitaria y la PG.

6. Consideraciones éticas

La resolución del presente estudio se enmarca en la legislación europea, estatal y autonómica de les Illes Balears:

- Reglamento Europeo de Protección de Datos, el 25 de mayo de 2018
- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal; BOE núm. 298, de 14 de desembre
- Llei 14/2007, de 3 de juliol, de recerca biomèdica; BOE núm. 159, de 4 de juliol
- Decret 27/2011, d'1 d'abril, pel qual es crea el Comitè d'Ètica de la Investigació de les Illes Balears; Consellería de Salut i Consum
 - PROCEDIMENT PNT/PPI/Presentació de projectes d'investigació (21-03-2018)

También se procederá a darse de alta en la Agencia de Protección de Datos y se inscribirá en el Registro General de Protección de Datos.

Para la participación de la investigación deberán firmar un consentimiento informado (Anexo 3) donde se asegurará que el participante entienda por completo la finalidad del estudio, así como la posibilidad de abandonarlo en el momento que quiera. A su vez en los registros de audio el entrevistador deberá de registrar el consentimiento del participante.

7. Referencias

1. FEANTSA [Internet]. Available from: <https://www.feantsa.org/en>
2. Sales A. Plan de lucha contra el sinhogarismo de Barcelona 2016-2020. 2016;
3. FEANTSA. Tipología europea de sin hogar y exclusión residencial. 2007.
4. Pierre A, Feantsa F, Serme-morin C, Aldanas M, Owen R. Third Overview of Housing Exclusion in Europe. 2018;1–57. Available from: <http://www.feantsaresearch.org/download/full-report-en1029873431323901915.pdf>
5. IMAS, Departament de Benestar i Drets Socials C de M. Memòria 2017 [Internet]. 2017 p. 193. Available from: http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/60_actualitat/2018/Memoria-2017_-BARCELONA-CIUTAT.pdf
6. España G de. ESTRATEGIA NACIONAL INTEGRAL PARA PERSONAS SIN HOGAR 2015-2020 [Internet]. 2015 p. 1–54. Available from: <https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>
7. Luque OG. EL PERFIL DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN MURCIA Y ESPAÑA: EL IMPACTO DE LA CRISIS. 2013;213–28.
8. Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *J Dual Diagn* [Internet]. 2018;14(1):21–31. Available from: <https://doi.org/10.1080/15504263.2017.1392055>
9. 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* [Internet]. 2014;384(9953):1529–40. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
10. Zhang L, Norena M, Gadermann A, Hubley A, Russell L, Aubry T, et al. Concurrent Disorders and Health Care Utilization Among Homeless and Vulnerably Housed Persons in Canada. *J Dual Diagn* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2018 Nov 28];14(1):21–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15504263.2017.1392055>
11. Calvo-García F, Giralt-Vázquez C, Calvet-Roura A, Carbonells-Sánchez X. Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clin y Salud* [Internet]. 2016 Jul [cited 2018 Nov 28];27(2):89–96. Available from: <http://journals.copmadrid.org/clysa/articulo.php?id=ed265bc903a5a097f61d3ec064d96d2e>
12. Keogh C, O KK, Hoban A, Fahey T. Health and use of health services of people who are homeless and at risk of homelessness who receive free primary health care in Dublin. 2015 [cited 2019 Mar 22]; Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-015-0716-4>
13. Social B. Estudio sobre las personas sin hogar de la ciudad de valencia. 2015;
14. Russolillo A, Moniruzzaman A, Parpouchi M, Currie LB, Somers JM. A 10-year retrospective analysis of hospital admissions and length of stay among a cohort of homeless adults in Vancouver, Canada Utilization, expenditure, economics and financing systems. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1316-7>
15. Feral-Pierssens A-L, Aubry A, Truchot J, Raynal P-A, Boiffier M, Hutin A, et al. Emergency Care for Homeless Patients: A French Multicenter Cohort Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 May [cited 2018 Oct 11];106(5):893–8. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.303038>

16. Elwell-Sutton T, Fok J, Albanese F, Mathie H, Holland R. Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2016 Feb 18 [cited 2019 Mar 22];fdw008. Available from: <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1093/pubmed/fdw008>
17. Eavis C. The barriers to healthcare encountered by single homeless people. *Prim Heal Care* [Internet]. 2018 Jan 26 [cited 2019 Mar 23];28(1):26–30. Available from: <https://journals.rcni.com/doi/10.7748/phc.2018.e1335>
18. Davies A, Wood LJ. Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. 2018;(Box 1):230–4. Available from: <https://www.mja.com.au/podcasts>
19. Paudyal V, MacLure K, Buchanan C, Wilson L, Macleod J, Stewart D. 'When you are homeless, you are not thinking about your medication, but your food, shelter or heat for the night': behavioural determinants of homeless patients' adherence to prescribed medicines. *Public Health* [Internet]. 2017 Jul [cited 2019 Mar 22];148:1–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0033350617301075>
20. White BM, Newman SD. Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(2):77–87.
21. Borysow I da C, Furtado JP. Access, equity and social cohesion: Evaluation of intersectoral strategies for people experiencing homelessness. *Rev da Esc Enferm*. 2014;48(6):1066–73.
22. Jego M, Abcaya J, Ștefan DE, 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):1–21.
23. Dawson A, Jackson D. The primary health care service experiences and needs of homeless youth: A narrative synthesis of current evidence. *Contemp Nurse*. 2013;44(1):62–75.
24. Crock E. Access to healthcare services for people living with hiv experiencing homelessness – a literature review. *Aust J Adv Nurs*. 2016;34(1):42–51.
25. Lamb V, Joels C. Improving access to health care for homeless people. *Nurs Stand* [Internet]. 2014 Oct 8 [cited 2019 Mar 23];29(6):45–51. Available from: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns.29.6.45.e9140>
26. A.J.E. DV, B. S, B. VM, R. V, Francke A.L. AO - De Veer AJEO <http://orcid.org/000.-0002-6772-341X>. Access to palliative care for homeless people: Complex lives, complex care. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2018;17(1):119. Available from: <http://www.biomedcentral.com/bmcpalliatcare/%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emexb&NEWS=N&AN=624535056>
27. Shulman C, Hudson BF, Low J, Hewett N, Daley J, Kennedy P, et al. End-of-life care for homeless people: A qualitative analysis exploring the challenges to access and provision of palliative care. *Palliat Med* [Internet]. 2018 Jan 3 [cited 2019 Mar 22];32(1):36–45. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216317717101>
28. Jego M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: How could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. *BMJ Open*. 2016;6(11).
29. O'Donnell P, Tierney E, O'Carroll A, Nurse D, MacFarlane A. Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care

- provision: A participatory learning and action research study. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(1):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0487-5>
30. INE. Encuesta sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar. 2017;5–10.
 31. Kimbler KJ, DeWees MA, Harris AN. Characteristics of the old and homeless: identifying distinct service needs. *Aging Ment Health* [Internet]. 2015 Feb 24 [cited 2018 Oct 11];21(2):190–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2015.1088512>
 32. Mariano MA, Harmon MJ. Living libraries: Nurse integration in interprofessional homeless health care team. *Public Health Nurs* [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 Mar 22];36(April 2018):172–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/phn.12561>
 33. Cornes M, Hons BA, Whiteford M, Dphil MA, Manthorpe J, Hons BA, et al. Improving hospital discharge arrangements for people who are homeless : A realist synthesis of the intermediate care literature. *Heal Soc Care community*. 2018;26(June 2017):345–59.
 34. Hubbell SA. Advance care planning with individuals experiencing homelessness: Literature review and recommendations for public health practice. *Public Health Nurs* [Internet]. 2017 Sep [cited 2019 Mar 22];34(5):472–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/phn.12333>
 35. Estado J del. Constitución Española. Spain; 2011 p. 1–37.
 36. Estado J del. Ley 14/1986 General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2013 p. 1–24.
 37. España. Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Ley 5/2003 de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears. [Internet]. *Boletín Oficial del Estado* 2003 p. 1–40. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/05/08/pdfs/A17438-17455.pdf>
 38. White BM, Jones WJ, Moran WP, Simpson KN. Effect of the Economic Recession on Primary Care Access for the Homeless. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 22];27(3):1577–91. Available from: <https://muse.jhu.edu/article/628153>
 39. Estado J del. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado España*; 2012 p. 1–35.
 40. Andalucía M. Sistemas sanitarios y equidad en salud. In: *Equidad en salud: Manual para profesionales*. Granada; 2010. p. 106–17.
 41. Estado BO del. Ley Orgánica 1/2007 de 28 de febrero de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears. Spain; 2007 p. 136.
 42. SALUT C DE. Instrucción del director general del Servicio de Salud de 17 de julio de 2015 por la que se establece, con carácter de urgencia, los trámites que se han de llevar a cabo con el objeto de garantizar el derecho al acceso a la asistencia sanitaria de las per. *Butlletí Oficial de les Illes Balears (BOIB)* Illes Balears, Espanya; 2015 p. 34741–8.
 43. *Bulletí Oficial de les Illes Balears*. Decreto 16/2015, de 10 de abril, de ordenación sanitaria territorial dela comunidad autónoma de las Illes Balears. 2015 p. 17280–97.
 44. Institut Mallorquí d’Afers Socials - IMAS [Internet]. Available from: <http://www.imasmallorca.net/ca/inclusiósocial>
 45. Janke RA. The SAGE Encyclopedia of QUALITATIVE RESEARCH METHODS [Internet]. Given LM, editor. SAGE Publications, Inc. 2008. 189-191 p. Available from: https://books.google.com/books?id=y_0nAQAAAMAJ&pgis=1
 46. Organization WH. A CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR ACTION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *Social Determinant of Health Discussion Paper 2*. 2010;1–79.

- Available from:
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf?ua=1
47. Restrepo-Ochoa DA. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cad Saude Publica*. 2014;29(12):2371–82.
 48. Fundación Mujeres. Guía para la elaboración de proyectos desde una perspectiva de género. 2003;
 49. Unidas N, York N. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015. 2015;
 50. Unidas N. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Available from:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 51. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Z Soz Sozpsychol* [Internet]. 2017;69(Suppl 2):107–31. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28989188>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5602001>
 52. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Available from:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176817&menu=resultados&secc=1254736194829&idp=1254735976608
 53. Lévano ACS. Investigación cualitativa: diseño, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT* [Internet]. 2007;13(2006):71–8. Available from:
<https://www.efatigue.com/fem/background/stresslife.html>
 54. LS W. Semi-structured interviews : guidance for novice researchers. *Art Sci*. 2008;22(23):59–65.

Anexo 1. Modelo de Entrevista Semiestructurada a PSH

Indicaciones generales para el entrevistador: Las siguientes preguntas atienden a la complementariedad de la primera parte de la entrevista. El objetivo es que no dure más de media hora y se permita al participante libertad del discurso encauzando la conversación al fenómeno de estudio, el acceso a la salud. Además, del registro de audio, se considera pertinente la anotación de las percepciones del entrevistador sobre el estado de ánimo del participante, la actitud o las circunstancias contextuales que rodean la entrevista.

Preguntas Entrevista Semi-Estructurada PSH:

1. Datos demográficos
 - a. Origen y fecha de nacimiento:
 - b. Sexo:
2. ¿A dónde acudes cuando tienes un problema de salud?
3. ¿Tienes dificultades para ir hasta allí? ¿Cuáles?
4. ¿Has tenido problemas para que te atiendan? ¿Cuáles? ¿La tarjeta sanitaria por ejemplo?
5. ¿Cuáles son tus problemas de salud? ¿Necesitas prótesis dental, ocular o de otro tipo?
6. ¿Cómo ha sido el proceso de atención? ¿Te has sentido incómodo o por el contrario estás satisfecho?
7. ¿Tienes problemas para seguir la pauta de medicación o las indicaciones? ¿Cuáles?
8. ¿Qué te gustaría mejorar de la atención sanitaria? ¿Qué haría que te sintieras mejor?
9. ¿Cómo encuentras tu estado de salud? ¿Bueno, malo, regular?
10. ¿Algo más que te gustaría comentar?

Observaciones:

Anexo 2. Modelo de Entrevista Semiestructurada a Profesionales Sanitarios

Indicaciones generales para el entrevistador: El objetivo es que no dure más de media hora y se permita al participante libertad del discurso encauzando la conversación al fenómeno de estudio, el acceso a la salud. Además, del registro de audio, se considera pertinente la anotación de las percepciones del entrevistador sobre el estado de ánimo del participante, la actitud o las circunstancias contextuales que rodean la entrevista.

Preguntas Entrevista Semi-Estructurada Profesionales Sanitarios:

1. Datos demográficos:
 - a. Fecha de nacimiento:
 - b. Sexo:
 - c. Categoría profesional:
 - d. CS:
2. ¿Cómo se desarrolla el proceso de atención con PSH? ¿Es fácil, difícil, implica más tiempo, menos, igual que la PG? ¿Tiene alguna particularidad?
3. ¿Qué papel tiene atención primaria en el SinHogarismo?
4. ¿Cómo crees que debe actuar la Atención Primaria? ¿Debe participar con los Servicios Sociales?
5. ¿Cómo consideras que funciona la red asistencial para estas personas?
6. ¿Conoces XAIS del IMAS?
7. ¿Algo más que te gustaría comentar?

Observaciones:

Anexo 3. Consentimiento informado

Acceso a la salud y PSH

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Miguel Ángel Bedmar Pérez. Enfermero, estudiante del Máster Universitario en Salud y Calidad de Vida.

Yo,

(nombre y apellidos del usuario)

- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:.....
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo la necesidad de realizar un registro de audio
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - o Cuando quiera
 - o Sin tener que dar explicaciones
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos.
- Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a mis datos de carácter personal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha: