

Original

Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida



Mercedes Botija^{a,b}, Ana Isabel Vázquez-Cañete^a y Laura Esteban-Romaní^{a,c,*}

^a Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de Valencia, Valencia, España

^b Cátedra del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, Valencia, España

^c Federación Española de Fibrosis Quística, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de agosto de 2023

Aceptado el 29 de febrero de 2024

On-line el 11 de abril de 2024

Palabras clave:

Personas sin hogar

Determinantes sociales en salud

Acceso a servicios de salud

Exclusión social

Keywords:

Homeless people

Social determinants of health

Health services accessibility

Social exclusion

Life quality

R E S U M E N

Objetivo: Conocer el estado de salud de la población sin hogar en situación residencial extrema (pernoctar en la calle o en un albergue), en referencia a su calidad de vida, salud autopercebida, comorbilidad y acceso a recursos sanitarios.

Método: Sobre la muestra de 263 personas en situación de sinhogarismo se realizó un estudio descriptivo transversal en la ciudad de Valencia por medio de recuento nocturno y haciendo uso del Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud EQ-5D-3L y de preguntas de la Encuesta de Calidad de Vida Europea para España.

Resultados: De las personas que participaron en el estudio, 129 dormían a la intemperie, un 49% (62,79% hombres, 19,37% mujeres y 17,84% sin identificar), mientras que 134 pernoctaron en albergues, lo que supone el 51% (67,16% hombres y 32,84% mujeres). La media de edad estimada era de 41,53 años y el 55% de ellas residían en la calle desde hacía menos de 12 meses. Las personas que pernoctaban en la calle presentaron peor calidad de vida, y más de una cuarta parte de la muestra carece de tarjeta sanitaria.

Conclusiones: Existe una relación entre la falta de vivienda y las condiciones de salud deficientes referidas a la calidad de vida, la salud percibida, la comorbilidad y la accesibilidad a los recursos sanitarios. Se evidencia la ley de cuidados inversos.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by/4.0/>).

Homelessness as a determinant of health and its impact on quality of life

A B S T R A C T

Objective: To determine the health status of the homeless population who spend the night on the streets and in shelters (extreme residential exclusion), with reference to their quality of life, self-perceived health, comorbidity and access to health resources.

Method: A cross-sectional descriptive study was carried out on a sample of 263 homeless people in the city of Valencia by means of a nocturnal count and using the EQ-5D-3L Health Related Quality of Life questionnaire and questions from the European Quality of Life Survey for Spain.

Results: Of the people who participated in the study, 129 of them slept outdoors, 49% (62.79% men, 19.37% women and 17.84% unidentified), while 134 slept in hostels, i.e. 51% (67.16% men and 32.84% women) with an estimated average age of 41.53 years and 55% had been living on the street for less than 12 months. People staying overnight on the streets presented worse quality of life and more than a quarter of the sample lacked a health card.

Conclusions: There is a relationship between homelessness and poor health conditions in terms of quality of life, perceived health, comorbidity and accessibility to health to resources. The inverse care law is evidenced.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

El sinhogarismo constituye un desafío para las sociedades modernas¹ que abarca una compleja diversidad de situaciones^{2,3}. Las principales investigaciones sobre este fenómeno se han reali-

zado en territorios del norte global y se han concentrado en perfiles de personas que residen en viviendas precarias o inseguras^{4,5}. Sin embargo, hay escasa evidencia de la situación de sinhogarismo en personas que pernoctan en la calle o en albergues.

Desde la perspectiva de salud, el marco conceptual de los determinantes sociales señala la importancia de analizar la existencia de múltiples desigualdades⁶⁻⁸, como el efecto de las condiciones habitacionales en personas y familias⁹⁻¹¹. Asimismo, la desigualdad sistémica generada por la intersección de los diferentes ejes de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Laura.esteban@uv.es (L. Esteban-Romaní).

desigualdad, como el género, la etnia o la clase social¹², y el diferente acceso a los recursos, tienen un impacto relevante en la salud de las poblaciones. En la población sin hogar podría estar cumpliéndose la ley de cuidados inversos, que señala que el acceso a la atención médica se distribuye de manera inversamente proporcional a la necesidad de la población a la que se destina^{5,13}.

Al mismo tiempo, desde la Organización de las Naciones Unidas¹⁴ se ha señalado cómo las ciudades, al tiempo de ser núcleos de desarrollo a diferentes niveles, se convierten en generadoras de pobreza y desigualdad persistentes por las diversas barreras de carácter espacial, social y económico, que excluyen a poblaciones desfavorecidas, como las personas sin hogar. Por ello, el contexto, y en concreto el contexto urbano y sus características, forman parte del conjunto de determinantes sociales de la salud.

En los sistemas sanitarios existen dificultades para analizar este tipo de desigualdades porque no recopilan datos referidos a los determinantes sociales en salud, y menos aún en poblaciones que, por su mayor riesgo de exclusión, pueden tener dificultades para acceder a estos recursos¹⁵.

La presente investigación pretende conocer hasta qué punto puede estar cumpliéndose la ley de cuidados inversos en el fenómeno de *sinhogarismo*, a partir del análisis de la situación de salud de la población sin hogar que pernocta en la calle y en albergues (exclusión residencial extrema) en relación con su calidad de vida, la autopercepción de salud, la comorbilidad y la accesibilidad a los recursos sanitarios.

Método

Este estudio adopta una aproximación transversal, exploratoria, descriptiva, analizando datos obtenidos en el recuento nocturno de personas en situación de *sinhogarismo* en la ciudad de Valencia en el año 2021¹⁶, realizado en las calles de la ciudad mediante personal formado para ello. Este tipo de recuentos, denominados *point-in-time counts*, son una metodología de interés para monitorizar el *sinhogarismo* en países norteamericanos y europeos¹⁷.

Población y muestra

El estudio se realizó a partir de una muestra intencional, formada por personas de la ciudad de Valencia que se encontraban en las formas más extremas de exclusión residencial. Concretamente, se consideraron las categorías operativas 1, 2, 3 y 4 de la tipología ETHOS¹⁸, las cuales abarcan a aquellas personas que duermen a la intemperie o que residen en refugios nocturnos, albergues para personas sin hogar y albergues para mujeres.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron hombres y mujeres sin hogar, mayores de edad, identificados/as durante la noche del 21 de diciembre en los centros o en la calle, y que otorgaron su consentimiento para participar y completar el cuestionario.

De las 754 personas sin hogar localizadas esa noche, 263 optaron por cumplimentar los cuestionarios de esta investigación. De ellas, 129 durmieron en la calle (el 62,79% hombres, el 19,37% mujeres y el 17,82% personas con sexo no identificado), mientras que 134 pernoctaron en albergues (el 67,16% hombres y el 32,84% mujeres).

Instrumentos

Se utilizaron dos cuestionarios: el Cuestionario de Salud y Calidad de Vida validado Euro QoL-5D (EQ-5D)¹⁹ y un cuestionario *ad hoc* administrado por personal entrenado. El primer segmento de este último instrumento incluía cinco dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión), cada una con tres ítems que definían diferentes grados de gravedad, codificados como 1 para ausencia de

problemas, 2 para presencia de algún problema y 3 para presencia de varios problemas. En la segunda parte, las personas participantes se situaban en la Escala Visual Analógica (EVA) puntuando su estado de salud de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado imaginable).

Además, se incorporó una pregunta de la Encuesta Europea de Salud en España 2020²⁰: «En general, ¿cómo describiría su estado de salud? ¿Excelente, muy bueno, bueno, regular o malo?». Asimismo, se incluyeron preguntas sobre el acceso al sistema de salud público y diferentes recursos.

Procedimiento

La técnica empleada fue el recuento nocturno. En una sola noche se recopilaron datos de personas sin hogar que pernoctaban en centros de atención residencial y en la calle. Antes de la recogida de datos se elaboraron un manual de procedimientos y mapas que dividían la ciudad en distritos. Diferentes grupos liderados por profesionales previamente capacitados recorrieron cada distrito completando fichas de observación y cuestionarios.

Para comparar algunos datos con la población general se hizo uso de la Encuesta Europea de Salud en España²⁰ y de la Encuesta Nacional de Salud de España²¹.

Análisis

Los datos obtenidos se introdujeron y analizaron utilizando el *software* IBM SPSS Statistics (Versión 26). Se realizaron análisis descriptivos de tendencia central para resumir y caracterizar las variables de interés. Se calcularon los sumatorios de las variables categóricas y se determinaron los porcentajes relativos a cada categoría. Asimismo, se llevaron a cabo comparaciones entre grupos.

Consideraciones éticas

Con las personas que cumplían con los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento voluntario se procedió según la Declaración de Helsinki²². Se respetó la intimidad de las personas formando a los agentes que cumplimentaron los cuestionarios para evitar su revictimización, de tal manera que se respetó en todo momento su derecho a abandonar o no contestar aquellas preguntas que no desearan. Así mismo, se garantizó la confidencialidad y se anonimizó la información.

Resultados

La información recogida en este estudio muestra una población de *sinhogarismo* en la ciudad de Valencia de entre 18 y 81 años de edad, siendo la edad media estimada de 41,53 años, y el 55% llevan residiendo en la calle menos de 12 meses.

Calidad de vida

Los resultados obtenidos en el EQ-5D-3L revelan diferencias entre las personas que pernoctan en centros y aquellas que pernoctan en la calle, que en general muestran una situación menos favorable (tabla 1). Un análisis detallado de las cinco dimensiones del cuestionario refleja dificultades importantes en la dimensión de dolor/malestar para la población en la calle (43,4%). Por el contrario, los valores referidos a ansiedad/depresión son altos en el grupo de personas que se encuentran en centros (39,5%).

Todos los valores obtenidos en la dimensión de calidad de vida son más desfavorables comparados con los valores de referencia para la población general, según la Encuesta Nacional de Salud en España²¹. En las cinco variables examinadas, los porcentajes se duplican e incluso triplican en las personas que duermen en la calle

Tabla 1
Problemas de salud declarados

| H (%) | Calle | | | Total calle | H (%) | Centro | | Total centro | Total | | | |
|------------------------|----------|---------|-------------|-------------|------------|------------|--------------|-------------------|-------|-------|--------|-------|
| | M (%) | S/I (%) | M (%) | | | | | | | | | |
| 81 (33,7) | 25 (6,2) | 23 (9) | 129 (47,24) | 90 (35,43) | 44 (17,32) | 134 (52,8) | 263 | | | | | |
| Áreas EQ-5D | | | | | | | | | | | | |
| Situación sinhogarismo | | | | | | | | Población general | | | | |
| | Calle | | | | Centro | | | | Total | H | M | Total |
| | H | M | S/I | Total calle | H | M | Total centro | | | | | |
| Movilidad | 19 | 3 | 5 | 27 | 18 | 5 | 23 | 68 | | | | |
| | 23,5% | 12% | 9% | 20,93% | 20% | 11,4% | 17,2% | 19% | 11,1% | 17,2% | 14,15% | |
| Cuidados personales | 18 | 5 | 6 | 29 | 22 | 8 | 30 | 59 | | | | |
| | 22,2% | 20% | 26,1% | 22,5% | 24,4% | 18,2% | 22,4% | 22,4% | 4,1% | 8,1% | 6,1% | |
| Actividad cotidiana | 18 | 11 | 5 | 34 | 23 | 6 | 29 | 63 | | | | |
| | 22,2% | 44% | 21,7% | 26,4% | 25,6% | 13,6% | 21,6% | 23,9% | 7,9% | 14,1 | 11% | |
| Dolor/malestar | 36 | 8 | 12 | 56 | 40 | 12 | 52 | 108 | | | | |
| | 44,4% | 32% | 52,2% | 43,4% | 44,4% | 27,3% | 38,8% | 41,1% | 18,3% | 32,1% | 25,2% | |
| Ansiedad/depresión | 13 | 12 | 13 | 38 | 44 | 22 | 66 | 104 | | | | |
| | 16% | 48% | 56,5% | 29,5% | 48,9% | 50% | 49,2% | 39,5% | 10,3% | 19,4% | 14,85% | |
| Escala de saludQ-EVA | 71,1 | 64,9 | 71 | 69 | 66,5 | 71 | 68,8 | 68,9 | | | | |

Tabla 2
Percepción del estado de salud

| | Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2020) | | | | | | | | | | |
|-----------|---|-----|-------|-------|---------|-------|-------|-------------------|-------|-------|--------|
| | Situación de sinhogarismo | | | | | | | Población general | | | |
| | Calle | | | | Centros | | | Total | H | M | Total |
| H | M | S/I | Total | H | M | Total | | | | | |
| Muy bueno | 20 | 4 | 5 | 29 | 15 | 6 | 21 | 50 | 28,2% | 23,5% | 25,85% |
| | 24,7% | 16% | 21,7% | 22,5% | 16,7% | 13,6% | 15,7% | 19% | | | |
| Bueno | 23 | 13 | 8 | 44 | 34 | 27 | 61 | 105 | 51,1% | 48,5% | 49,8% |
| | 28,4% | 52% | 34,8% | 34,1% | 37,8% | 61,4% | 45,5% | 39,9% | | | |
| Regular | 17 | 2 | 8 | 27 | 24 | 7 | 31 | 58 | 15,2% | 19,6% | 17,4% |
| | 21% | 8% | 34,8% | 20,9% | 26,7% | 15,9% | 21,1% | 22% | | | |
| Malo | 3 | 3 | 2 | 8 | 9 | 2 | 11 | 19 | 4,4% | 6,6% | 5,5% |
| | 3,7% | 12 | 8,7% | 6,2% | 10% | 4,5% | 8,21% | 7,2% | | | |
| Muy malo | 5 | 3 | 0 | 13 | 6 | 1 | 7 | 20 | 1,1% | 1,9% | 1,5% |
| | 6,2% | 12% | - | 10,1% | 6,7% | 2,3% | 5,2% | 7,6% | | | |

(movilidad 20,9%, autocuidado 22,5%, actividades cotidianas 26,4%, dolor/malestar 43,4% y ansiedad/depresión 29,5%) en comparación con la población general (movilidad 14,15%, autocuidado 6,1%, actividades cotidianas 11%, dolor/malestar 25,2% y ansiedad/depresión 14,85%).

Asimismo, los valores inferiores de la población en situación de sinhogarismo en la Escala de Salud Q-EVA en relación con los datos de la Encuesta Nacional de Salud en España estarían haciendo referencia a unas peores condiciones de salud para esta población, sin diferencias relevantes entre el grupo que pernocta en la calle y el que lo hace en centros.

Percepción del estado de salud

La salud autopercibida se ha consolidado como un indicador global confiable, incorporado también en la Encuesta Europea de Salud en España²⁰

Los datos obtenidos en el estudio realizado señalan que el 19,01% de las personas en situación de sinhogarismo define su salud como «muy buena», con un 22,48% en el grupo en situación de calle y un 15,7% en los centros. Un 39,92% describe su salud como «buena», siendo un 34,11% en situación de calle y un 45,52% en los centros. Por otra parte, un 22% la cataloga como «regular» y un 14,8% la define como «mala» o «muy mala». Es decir, en torno al 58,93% de la población en situación de sinhogarismo tiene una percepción positiva de su estado de salud (tabla 2), un valor notoriamente inferior al de la población general, según la Encuesta Europea de Salud en

España²⁰, en la cual el 72% de las mujeres y el 79,3% de los hombres reportaron una salud «muy buena» o «buena».

Además, a través del termómetro de calidad de vida relacionada con la salud EQ-5D-3L se ha establecido una valoración numérica de la autopercepción de la salud, y las personas sin hogar puntúan en promedio casi 10 puntos por debajo de la población general (68,8 frente a 77,53). Destaca que las mujeres en situación de calle presentan una valoración aún más baja (64,9).

Comorbilidad

Respecto a la comorbilidad, las enfermedades crónicas experimentadas por la población en situación de sinhogarismo recogidas en el estudio varían respecto a la población general. Entre las personas sin hogar de la muestra, las patologías más comunes se vinculan con la salud mental (17%), en un porcentaje más elevado que el de la población general (14,85%), y con el virus de la inmunodeficiencia humana (11%). Cabe destacar un porcentaje no despreciable (24%) de problemas no identificados específicamente. Por su parte, en la población general, según la Encuesta Europea de Salud en España 2020, las enfermedades más frecuentes en las mujeres son la artrosis (excluyendo artritis) (19,7%), la hipertensión (19,1%) y el dolor de espalda lumbar crónico (17,1%); en los hombres predominan la hipertensión (19,0%), el colesterol alto (15,5%) y el dolor de espalda lumbar crónico (10,1%).

Tabla 3
Porcentaje de personas sin tarjeta SIP según su lugar de nacimiento

| Lugar de nacimiento | Centro | Calle |
|--------------------------------------|--------|-------|
| España total | 4,8 | 4,8 |
| Unión Europea (sin España) | 40,7 | 29,4 |
| Resto Europa (no Unión Europea) | 33,3 | 0 |
| África | 6,4 | 42,4 |
| América Latina | 11,8 | 12,5 |
| Asia | 0 | 0 |
| Sin información de origen | 57,9 | 53,8 |
| Porcentaje total de personas sin SIP | 21,6 | 28,4 |

Accesibilidad al sistema público de salud

El acceso a los servicios públicos de salud en el Estado español está regulado normativamente y se concreta a través de la tarjeta sanitaria, denominada en la Comunitat Valenciana «tarjeta SIP» (Sistema de Información Poblacional). Este documento administrativo permite la identificación de cada persona y está vinculado con su historia clínica, permitiendo un seguimiento de su situación de salud o el acceso a los tratamientos.

En el estudio se ha identificado que el 27,38% de las personas de la muestra carecían de tarjeta SIP; en concreto, el 31,01% de las personas en situación de calle y el 23,88% de las que pernoctaban en centros. Este hecho constituye una situación de riesgo para la población afectada, porque puede significar un infradiagnóstico de diversas enfermedades, así como una falta de acceso al tratamiento, al tiempo que también tiene consecuencias en la salud pública.

La falta de tarjeta SIP afecta fundamentalmente a personas de origen extranjero, pues solo el 4,8% de las de nacionalidad española carecen de tarjeta y, por el contrario, más del 50% de quienes no indicaron su lugar de origen no la tienen (tabla 3). Aun así, el 52,5% de las personas del estudio afirmaron ser atendidas en recursos de salud, por lo que cabría preguntarse qué tipo de recursos están utilizando y si lo hacen de forma autónoma o mediada por apoyo institucional o de voluntarios.

Discusión

En este trabajo se ha pretendido conocer el estado de salud de la población sin hogar en situación residencial extrema (pernoctar en la calle o en un albergue), en cuanto a calidad de vida, salud auto-percibida, comorbilidad y acceso a recursos sanitarios, y si podría estar cumpliéndose la ley de cuidados inversos en este grupo de población.

En relación con la calidad de vida de las personas sin hogar, los resultados obtenidos en el estudio estarían señalando unas condiciones no solo inferiores a las de referencia de la población general recogidas en la Encuesta Nacional de Salud en España²¹, sino también más desfavorables en comparación con lo que señalan otros estudios referidos a población sin hogar^{23,24}. Esta discrepancia con otras investigaciones en el campo del sinhogarismo podría atribuirse al diverso espectro de perfiles que este término engloba, incluyendo personas con viviendas inseguras, pero con algún grado de seguimiento institucional, y a la dificultad de delimitar, en ocasiones, estos perfiles.

En la dimensión de autopercepción del estado de salud los datos son comparables a los obtenidos en la Encuesta a Personas sin Hogar²⁵ nacional, en la que el 58,6% refirieron una percepción positiva de su salud, e inferiores que los obtenidos en la población general, como indica la Encuesta Europea de Salud en España²⁰.

En coherencia con lo que señalan otros estudios, las personas en situación de sinhogarismo cuya salud se lo permite, prefieren vivir en la calle antes que en institucionalización en centros²⁶.

En cuanto a la comorbilidad, la comparación de los datos de la muestra de población sin hogar y de la población general se

encuentra en línea con otros estudios, e indica una mayor carga de enfermedad en el grupo de estudio²⁷.

En lo que respecta al acceso al sistema público de salud, el elevado número de personas con nacionalidad extranjera que no tienen tarjeta sanitaria, y especialmente de aquellas que no indican su lugar de nacimiento, podría estar relacionado con las desigualdades que afectan a la población inmigrante, como la irregularidad administrativa, las trabas en el empadronamiento o los riesgos de la identificación y deportación como amenaza constante, tal como indican también otras publicaciones²⁸.

Asimismo, los hallazgos muestran una gran dificultad en el acceso a la salud entre la población en situación de sinhogarismo, y que estaría aumentando, ya que el censo realizado en el año 2020 señalaba que solo el 5% de las personas que pernoctaban en centros carecía de tarjeta sanitaria²⁹. A pesar de que las últimas modificaciones legislativas han pretendido extender la atención sanitaria universal a la población que reside en España, este hecho podría indicar la existencia de barreras institucionales en la garantía de este derecho.

Las desigualdades apreciadas en el estudio muestran que la situación de sinhogarismo tiene como consecuencia unas peores condiciones de salud y una menor esperanza de vida. Algunos autores señalan que las personas sin hogar ven reducida su esperanza de vida 17,5 años respecto al resto de la población³⁰. Lo más grave de estos datos es que otras investigaciones argumentan que un tercio de las muertes serían evitables y se deberían a causas que podrían recibir una atención sanitaria oportuna y eficaz³¹.

Se hace evidente que la ley de cuidados inversos se cumple en la población sin hogar en exclusión residencial extrema que ha participado en este estudio. Bien podría considerarse una consecuencia de las brechas en la equidad en salud que afectan a grupos de población diversos que comparten el hecho de vivir en situaciones de desigualdad y vulnerabilidad en el contexto social, y que requiere el desarrollo de propuestas innovadoras tanto en el conocimiento y el análisis de la realidad como en el desarrollo de políticas públicas que, además, tengan en cuenta la participación y las capacidades de las personas afectadas³².

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio brindan una aproximación a la relación entre la salud y la falta de vivienda en personas en situación de sinhogarismo en la ciudad de Valencia, aunque se han identificado diferencias con otros estudios, lo que podría deberse a la diversidad de perfiles que incluye el sinhogarismo y a la dificultad de su estudio.

Se han identificado diferencias entre la calidad de vida de las personas sin hogar y la población general, con más disparidad en las personas que pernoctan en la calle. En el acceso a los recursos sanitarios se detecta un mayor deterioro que en los datos recogidos en censos anteriores, lo que pone en cuestión la gestión y la garantía de derechos de esta población.

El sinhogarismo es un fenómeno que encarna la exclusión social extrema y se vincula con un estado de salud deficiente. Estos resultados concuerdan con evidencia previa y subrayan la importancia de abordar la salud desde un enfoque multidimensional, en especial en el contexto de las infecciones transmisibles y la salud mental, y en la garantía de acceso a los recursos.

Estos resultados confirman una vez más la ley de cuidados inversos, exponiendo tres cuestiones cruciales en el ámbito de la salud en personas en situación de sinhogarismo: la falta de hogar que experimentan las personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica aumenta la fragilidad de las personas, dificulta el acceso a los servicios de protección y amenaza el derecho a la salud de este

grupo de población, especialmente entre quienes son de origen extranjero.

Sin embargo, es esencial llevar a cabo investigaciones que integren factores causales y estructurales de la falta de vivienda, junto con aspectos socioeconómicos y análisis cualitativos, para poder influir en estrategias de planificación de políticas públicas que busquen abordar estas desigualdades en salud.

Limitaciones del estudio

La presente investigación tiene algunas limitaciones. Una de ellas es la infrarrepresentación de las mujeres en el conjunto de participantes, que podría atribuirse a que las mujeres, debido a su vulnerabilidad, podrían ser menos accesibles en los recuentos nocturnos³¹ por permanecer en espacios que perciben como más seguros³¹. Además, hay que señalar que, aunque los recuentos nocturnos se han señalado como una técnica robusta como aproximación a las personas que pernoctan en la calle, no deja de ser una foto fija de una realidad mucho más compleja. Las condiciones y las características en que se realiza esta técnica suponen con frecuencia una importante tasa de no respuesta ante el deseo de las personas entrevistadas de no contestar algunas preguntas o abandonar la entrevista¹⁶. Además, la comparación de los datos obtenidos del recuento nocturno se ha realizado sin modelos de ajuste a parámetros como situación socioeconómica, salud mental, edad o sexo, que requiere otro tipo de análisis que se abordará en futuras investigaciones.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos se encuentran a disposición de las personas que los requieran a través del repositorio institucional de la Universitat de València (<https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.10700284>).

¿Qué se sabe sobre el tema?

El sinhogarismo se asocia a una mayor morbilidad y peor calidad de vida. Los estudios abordan diferentes tipos de sinhogarismo, pero pocas veces se tiene acceso a la muestra más vulnerable: las personas que pernoctan a la intemperie. La ley de cuidados inversos se asocia con las personas más vulnerables.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Exploración de dos perfiles diferentes de sinhogarismo (pernoctar a la intemperie y albergue) con población general y perspectiva de género, haciendo uso de recuento nocturno y cuestionario validado.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Las diferencias en calidad de vida, percepción de salud y acceso a recursos evidencian en las personas en situación de sinhogarismo la ley de cuidados inversos.

Editor responsable del artículo

Jorge Marcos Marcos.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M. Botija Yagüe concibió el estudio, diseñó y lideró el trabajo de campo y la recogida de datos, y aprobó la versión final del artículo. A.I. Vázquez Cañete y L. Esteban Romaní contribuyeron al análisis de los datos y su interpretación, revisaron el trabajo final y contribuyeron intelectualmente.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas que participaron de manera desinteresada en el recuento nocturno de las personas sin hogar de Valencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por el Ayuntamiento de Valencia en 2021 con el número de expediente E-02201-2021-000050-00.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Semborski S, Winn JG, Rhoades H, et al. La aplicación de SIG en la investigación y la prestación de servicios para personas sin hogar: una revisión sistemática cualitativa. *Health Place*. 2022;75:102-776.
2. Busch-Geertsema V, Culhane D, Fitzpatrick S. Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. *Habitat Int*. 2016;55:124-32.
3. Amore K, Baker M, Howden-Chapman P. The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*. 2011:5.
4. Munthe-Kaas HM, Berg RC, Blaasvaer N. Effectiveness of interventions to reduce homelessness: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systems Reviews*. 2018;14:1-281.
5. Tipler G, Speak S. The hidden millions: homelessness in developing countries. London: Routledge; 2009.
6. Espelt A, Contente X, Domingo-Salvany A, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2016;30:38-44.
7. Botija-Yagüe MP, Sorbet S, Díaz-Carnicero J, et al. Modelling deprivation level and multimorbidity in a health district. *Mathematics*. 2022;10:659.
8. González Sanjuán ME. Salud y sistema sanitario en la Comunitat Valenciana. Logros y retos. *Institució Alfons el Magnànim. Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació*; 2020.
9. World Health Organization. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. En: *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.
10. Banerjee D, Bhattacharya P. The hidden vulnerability of homelessness in the COVID-19 pandemic: perspectives from India. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;24:3-6.
11. Chan DV, Helfrich CA, Hursh NC, et al. Measuring community integration using Geographic Information Systems (GIS) and participatory mapping for people who were once homeless. *Health & Place*. 2014;27:92-101.
12. Barrere Unzueta MA. La interseccionalidad como desafío al mainstreaming de género en las políticas públicas. *RVAP*. 2010;88:225-52.
13. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297:405-12.
14. United Nations. Envisaging the Future of Cities. *World Cities Report 2022*. United Nations Human Settlements Programme, UN-Habitat; 2022. Disponible en: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2022-envisaging-the-future-of-cities#:~:text=Envisaging%20the%20future%20of%20cities%20seeks%20to%20provide%20greater%20clarity,better%20prepared%20to%20address%20a>.
15. Borrell C, Malmusi D. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. *Informe ESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24 (Supl 1):101-8.

16. Botija M, Galán-Sanantonio A, Gallén E. Hacer que cada persona cuente: el censo colaborativo y participativo de personas sin hogar en la ciudad de València. *Terra*. 2022;11:217–24.
17. Smith A. Can we compare homelessness across the Atlantic? A comparative study of methods for measuring homelessness in North America and Europe. *European Journal of Homelessness*. 2015;9:233–57.
18. FEANTSA. European Typology of Homelessness and Housing Exclusion (ETHOS), 2017. Disponible en: <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf><https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>.
19. Brooks R, Boye KS, Slaap B. EQ-5D: a plea for accurate nomenclature. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4:52.
20. Instituto Nacional de Estadística de España. Encuesta Europea de Salud 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/uc/vEDxmxix>.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Serie Informes Monográficos n.º 3. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ5D-5L. Madrid; 2014. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS adultos EQ 5D 5L.pdf>.
22. Declaración de Helsinki. Principio ético para las investigaciones médicas en seres humanos, ratificado en la 64.ª Asamblea en Fortaleza (Brasil), Oct de 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
23. Corti L, Day A, Backhouse G. Confidentiality and informed consent: issues for consideration in the preservation of and provision of access to qualitative data archives. *Forum Qualitative Social Research*. 2000;1:3–23.
24. Burström B, Irestig R, Burström K. EQ-5D-3L health status among homeless people in Stockholm Sweden, 2006 and 2018. *Front Public Health*. 2021;9:780753.
25. Instituto Nacional de Estadística de España. Encuesta a las personas sin hogar 2011. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica.C&cid=1254736176817&menu=ultiDatos&id=1254735976608>.
26. Márquez GM. Características y perfiles de las personas sin hogar en Bizkaia. El reto de una atención diversificada. *Portularia*. 2009;9:37–45.
27. Roca D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa T, et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. *Estudio ESSELLA. Atención Primaria*. 2022;54:102458.
28. Romaszko J, Cymes I, Draganska E, et al. Mortality among the homeless: causes and meteorological relationships. *PloS One*. 2017;12:e0189938.
29. Vázquez Cañete AI. El derecho a la asistencia sanitaria en la población inmigrante en situación administrativa irregular tras la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012: una aproximación al caso valenciano. [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València; 2017.
30. Hibbs JR, Benner L, Klugman L, et al. Mortality in a cohort of homeless adults in Philadelphia. *N Engl J Med*. 1994;331:304–9.
31. Galán A, Botija M, Gallén E. Necesidades y propuestas en la intervención social con mujeres sin hogar. *Cuad Trabajo Social*. 2022;35:149–59.
32. World Health Organization. European Region. How to equity proof your policies and interventions. A resource guide for planners and policy makers to leave no-one behind. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7022-46788-68195>.