



ORIGINAL

Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo

María Sánchez Hidalgo*, **Maria Sol Andrés**, **Josepa Canadell Rusiñol**,
Laura Paloma Fürstenheim Milerud, **Estela Gómez Palomar** y **Marta Moya Tena**

CAP Besòs, Barcelona, España

Recibido el 1 de febrero de 2024; aceptado el 19 de marzo de 2024

Disponible en Internet el 27 de abril de 2024



PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud;
 Sinhogarismo;
 Persona sin hogar;
 Accesibilidad a los servicios de salud

Resumen

Objetivo: Identificar las barreras y los facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo.

Diseño: Estudio cualitativo, enfoque teórico-metodológico fenomenológico. Entre el 19 de mayo y el 27 de julio de 2023.

Emplazamiento: Centro de Atención Primaria Besòs y *Menjador Solidari Gregal* (Barrio del Besòs i el Maresme, Barcelona).

Participantes: Personas en situación de sinhogarismo que acuden al *Menjador Solidari Gregal* y profesionales del Centro de Atención Primaria Besòs.

Método: Muestreo intencionado teórico. Entrevistas semiestructuradas individuales, grupales y observación no participante abierta. Análisis temático del contenido, triangulación por análisis independiente de tres miembros del equipo investigador y triangulación de métodos. La saturación del discurso se alcanzó a través de la variabilidad del discurso y de las técnicas.

Resultados: Once entrevistas individuales, tres entrevistas grupales y dos observaciones. Se identificaron diferentes barreras y facilitadores. Las mismas se clasifican en cinco categorías: 1) concepto e identificación de las personas en situación de sinhogarismo; 2) factores personales de las personas en situación de sinhogarismo; 3) conductas y actitudes de los profesionales; 4) factores estructurales relacionados con la normativa del sistema sanitario, y 5) factores organizativos internos de los centros de atención primaria.

Conclusiones: Las personas en situación de sinhogarismo enfrentan múltiples barreras para acceder a la atención primaria, si bien también existen facilitadores, como las relaciones de confianza y el trabajo multidisciplinar e intersectorial, que pueden potenciarse desde los centros de atención primaria para contribuir a la equidad en salud.

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

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mariasanchezhidalgo@gmail.com (M. Sánchez Hidalgo).

KEYWORDS

Primary health care;
Homelessness;
Ill-housed persons;
Health services
accessibility

Barriers and facilitators in accessing and using primary health care centers for people experiencing homelessness**Abstract**

Objective: To identify barriers and facilitators for the access and use of primary care centers for people experiencing homelessness.

Design: Qualitative study, phenomenological theoretical-methodological approach. Between May 19 and July 27, 2023.

Location: Besòs Primary Health Care Center and Gregal social dining (Besòs and Maresme neighborhood, Barcelona).

Participants: People experiencing homelessness attending the Gregal social dining and professionals from the Besòs Primary Health Care Center.

Method: Theoretical purposive sampling. Individual and group interviews and open non-participant observation. Thematic content analysis, triangulation by independent analysis of three members of the research team and triangulation of methods. Discourse saturation was achieved through variability of discourse and techniques.

Results: Eleven individual interviews, three group interviews and two observations. Different barriers and facilitators were identified. These were classified into five categories: (1) concept and identification of people experiencing homelessness; (2) personal factors of people experiencing homelessness; (3) behaviors and attitudes of professionals; (4) structural factors related to health system regulation, and (5) internal organizational factors of primary health care centers.

Conclusions: People experiencing homelessness face multiple barriers to access primary health care, although there are also facilitators such as trusting relationships and multidisciplinary and intersectoral work that can be enhanced from primary health care centers to contribute to health equity.

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

Introducción

A pesar del avance socioeconómico en las últimas décadas, la desigualdad sigue aumentando en muchos países, de forma que un gran número de personas enfrentan condiciones de pobreza extrema. Un ejemplo de ello es el de las personas en situación de sinhogarismo (PSS), cuyo número sigue creciendo en la mayoría de países occidentales, entre ellos España¹. La falta de hogar constituye una grave violación del derecho a una vivienda adecuada, a la seguridad personal y a la salud². Así, según estudios de diferentes países, las personas en esta situación sufren una prevalencia superior de enfermedades infecciosas, enfermedades crónicas, consumo de drogas y problemas de salud mental³⁻⁵. También presentan unas ratios de mortalidad de 2 a 5 veces superiores que la población general³.

A pesar de su peor estado de salud, las PSS utilizan menos la atención primaria (AP), haciendo un mayor uso de los servicios de urgencias^{3,6}. Este patrón de utilización de los servicios sanitarios está relacionado con la existencia de barreras en el acceso y en la utilización de los mismos⁷⁻¹². Nuestro sistema sanitario tiene muchas cualidades que lo hacen accesible; sin embargo, existen muchas desigualdades en salud producidas por determinantes sociales, como la clase social, la etnia, el género, el territorio o la edad, además de otros factores psicosociales que determinan una menor accesibilidad para determinados colectivos vulnerables^{13,14}. Un mejor acceso a la asistencia sanitaria mejora la salud de toda la población, en beneficio,

especialmente, de las personas más empobrecidas. En este sentido, la AP constituye el eje principal para asegurar la universalidad debido a los valores que aporta de equidad, sostenibilidad, seguridad y mejor atención a las necesidades de la persona y la comunidad¹⁵. Este estudio se llevó a cabo a raíz de la colaboración entre el *Menjador Solidari Gregal*, la *Associació Salut Sense Sostre* y el equipo de atención primaria (EAP) Besòs, para atender a las PSS que acuden al mencionado comedor social. El objetivo fue identificar las barreras y los facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria (CAP) para las PSS mayores de edad, desde la perspectiva de las PSS y de los profesionales del EAP Besòs, con la voluntad de mejorar la accesibilidad y la atención de este colectivo al mencionado centro.

Métodos

Diseño

Estudio cualitativo descriptivo con un enfoque teórico-metodológico fenomenológico. El grado de enculturación fue una perspectiva emic, que proviene de la etnografía y explica que el conocimiento social está en las acciones de las personas y que el equipo investigador puede conocer la realidad observando «desde dentro», y así se puede compartir sus significados a través de la participación en el fenómeno estudiado¹⁶. El grado de participación de las personas investigadas fue de investigación-acción participativa (IAP), en el caso de los profesionales del centro, lo que ayuda a gene-

rar un cambio en el mismo en función de los resultados del estudio. En el caso de las PSS, su grado de participación fue intermedio, ya que se contó con su participación para la captación de la muestra¹⁶.

El estudio se llevó a término en el CAP Besòs y en el *Menjador Solidari Gregal*, ambos en el barrio El Besòs i el Maresme de la ciudad de Barcelona. El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 19 de mayo de 2023 y el 27 de julio de 2023.

Las técnicas utilizadas para la recogida de la información fueron entrevistas semiestructuradas individuales y grupales, y observaciones abiertas no participantes en el mostrador de recepción del centro.

Muestra y participantes

Muestreo intencionado y teórico. Se contó con dos grupos muestrales. Por un lado, PSS mayores de edad que acuden al *Menjador Solidari Gregal*. El comedor daba servicio, en el momento del estudio, a unas 300 personas al día. Se consideraron las variables: edad, género y nacionalidad para garantizar la variabilidad del discurso, y se eligieron en base a las diferencias identificadas por la bibliografía en la vivencia de sinhogarismo^{1,4-6}. Por otro lado, profesionales del EAP Besòs, en el que trabajan 86 personas. Se consideraron las variables: estamento profesional, género y experiencia en el centro. Estas variables se eligieron a través del proceso de reflexividad del equipo investigador en base a su experiencia como profesionales del mismo centro. El reclutamiento de los participantes se realizó, en el caso de las PSS, por parte de las trabajadoras del *Menjador Solidari Gregal* y la investigadora principal con la colaboración de los propios participantes. Los profesionales del centro fueron reclutados por la investigadora principal. El tamaño de la muestra se determinó en el transcurso de la investigación de forma progresiva. Finalmente se realizaron once entrevistas individuales a PSS (tabla 1) y tres entrevistas grupales con un total de 24 profesionales (tabla 2). La saturación del discurso se alcanzó a través de la variabilidad del discurso y de las técnicas.

Análisis

Se realizó un análisis temático siguiendo las siguientes etapas: 1. Transcripción literal de todos los datos. 2. Agrupación de toda la información obtenida con las distintas técnicas. 3. Lectura repetida. 4. Elaboración de las intuiciones preanalíticas. 5. Segmentación y codificación. 6. Organización de códigos similares en categorías. 7. Agrupación de las categorías en categorías superiores. 8. Creación de un marco explicativo¹⁶. Para garantizar el rigor de la investigación se utilizó la lista de comprobación *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR)¹⁷. La validez de los resultados se consiguió a través de la triangulación de los datos mediante el análisis independiente de tres miembros del equipo investigador y mediante la triangulación de técnicas entre las entrevistas individuales, las grupales y las observaciones.

Resultados

Tras el análisis temático de todos los materiales obtenidos en el trabajo de campo, los resultados de esta investigación identificaron diferentes barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los CAP para las PSS. Los mismos se conceptualizaron en cinco categorías principales con sus correspondientes subcategorías (tabla 3).

Discusión

Los resultados del presente estudio identifican la existencia de barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los CAP para las PSS. Las mismas están relacionadas con el concepto y la identificación de las PSS, los factores personales de las PSS, las conductas y las actitudes de los profesionales, los factores estructurales relacionados con la normativa del sistema sanitario y los factores organizativos internos de los CAP.

Sobre el concepto e identificación de las PSS, este estudio detectó discrepancias entre el concepto de persona sin hogar que tenían los profesionales y el concepto definido por FEANTSA en su categoría ETHOS (tipología europea de sin hogar y exclusión residencial)¹⁸. Esta discrepancia puede interferir en la detección de la problemática del sinhogarismo. A este respecto también se identificó que los profesionales sanitarios no hacían uso del diagnóstico Z59 (Falta de vivienda) cuando sí identificaban la situación.

Algunos factores personales relacionados con la situación de sinhogarismo fueron identificados en nuestro estudio como barreras para el acceso y utilización de los CAP, coincidiendo con los resultados de estudios anteriores⁷⁻¹². Destaca entre los factores identificados la itinerancia que condiciona la adherencia a un único CAP. También identificamos la necesidad de cubrir sus necesidades básicas como una barrera para la priorización de la salud sobre las mismas y también para cumplir con las citas programadas. Los profesionales de nuestro estudio, coincidiendo con los de estudios anteriores^{6,11,12}, analizaban cómo estas circunstancias interferían en la longitudinalidad de la atención. Estudios anteriores habían destacado la barrera idiomática^{8,12} y la comunicación agresiva¹⁰, y en nuestro estudio también aparecieron estos dos factores. A este respecto, resulta determinante el papel de las mediadoras culturales, cuya presencia en nuestro centro ha sido disminuida recientemente¹⁹.

Las conductas y las actitudes de los profesionales de los CAP también condicionan el acceso y la utilización de los servicios. Los profesionales de nuestro estudio describían la importancia de fomentar relaciones de confianza con las PSS para garantizar la longitudinalidad y una atención sanitaria de calidad. La mayoría de experiencias descritas por las personas participantes eran positivas y coincidían con los profesionales en la importancia de las relaciones de confianza, y las mismas son consideradas clave para la atención a PSS en estudios anteriores^{7,10,12}. En nuestro estudio también se identificaron experiencias negativas con profesionales sanitarios, administrativos y de seguridad. Estas experiencias negativas describían actitudes de rechazo, poco empáticas, falta de escucha y negligencia. O'Carroll y Wainwright¹⁰ describían este tipo de interaccio-

Tabla 1 Participantes en situación de sinhogarismo

Participante	Género	Edad	Lugar de procedencia	Situación con respecto a la vivienda
P1	Mujer	56	República Dominicana	En casa de un familiar y a veces en la calle por relación conflictiva (6 meses)
P2	Hombre	47	Venezuela	Situación de calle (3 semanas, antes en un huerto)
P3	Hombre	29	España	Situación de calle (10 años)
P4	Hombre	55	España	Situación de calle, duerme en la sala de urgencias de un hospital (entrando y saliendo)
P5	Hombre	38	Colombia	Situación de calle (a veces duerme en casa de un amigo, en esta situación 3 meses)
P6	Hombre	28	Marruecos	Situación de calle (ahora 4 meses, entrando y saliendo durante 3 años)
P7	Hombre	48	Mali	Piso social (antes situación de calle)
P8	Mujer	36	Venezuela	Habitación subarrendada en casa de unos conocidos
P9	Hombre	45	Perú	Un año y un mes en calle
P10	Hombre	36	Argelia	Situación de calle (más de dos años)
P11	Hombre	51	Argelia	Un año viviendo en un coche

Tabla 2 Participantes profesionales del EAP Besòs

Participante	Género	Edad	Profesión	Tiempo trabajado en el Besòs
P1	Mujer	28	Enfermera	1 año y 4 meses
P2	Hombre	56	Enfermero	16 años
P3	Mujer	57	Enfermera	21 años
P4	Mujer	38	Médica	6 años
P5	Mujer	53	Médica	17 años
P6	Hombre	55	Médico	21 años
P7	Hombre	43	Administrativo	12 años
P8	Mujer	26	Administrativa	1 año y 6 meses
P9	Mujer	38	Administrativa	2 años y 6 meses
P10	Mujer	59	Enfermera	12 años
P11	Mujer	49	Enfermera	18 años
P12	Mujer	30	Enfermera	3 años
P13	Hombre	32	Médico	2 años y 1 mes
P14	Mujer	36	Administrativa	4 años
P15	Mujer	46	Médica	16 años
P16	Mujer	33	Trabajadora social	3 años y 4 meses
P17	Mujer	51	Enfermera	20 años
P18	Hombre	36	Médico	6 años
P19	Mujer	50	Enfermera	9 años
P20	Hombre	56	Administrativo	22 años
P21	Hombre	52	Médico	15 años
P22	Mujer	64	Administrativa	21 años
P23	Hombre	45	Médico	14 años
P24	Mujer	63	Enfermera	9 años

nes en su estudio y explicaban cómo las mismas condicionan no solo la atención en ese momento, sino la actitud que la persona que las ha sufrido pueda tener en futuras ocasiones, influyendo en decisiones determinantes para su salud, como no realizar seguimiento del problema de salud o hacerlo solo en caso de urgencia grave.

Entre los factores estructurales relacionados con la normativa del sistema sanitario cabe destacar el copago farmacéutico como una barrera para el acceso a los

tratamientos farmacológicos. Esta problemática ha sido ampliamente mencionada en la bibliografía^{6,11,12,20}. A pesar de la universalidad y la gratuidad del sistema, muy valorada por las PSS, ciertos requisitos administrativos les acaban excluyendo del sistema sanitario. La necesidad de empadronamiento se identificó como un determinante clave en la dificultad de acceso a los CAP; esta barrera había sido identificada anteriormente por el estudio de Cernadas y Fernández¹¹, realizado también en la ciudad de Barcelona.

Tabla 3 Resultados

1. Concepto e identificación de las personas en situación de sinhogarismo (PSS)
1.1 Concepto e identificación
1.2. Registro
2. Factores personales de las PSS
2.1. Necesidades relacionadas con circunstancias vitales
2.2. Idioma
2.3. Habilidades sociales
2.4. Problemas de salud mental y adicciones
3. Conductas y actitudes de los profesionales de los centros de atención primaria (CAP)
3.1. Prejuicios

2. «Las personas sin hogar realmente son los que duermen en la calle.» P14 (Administrativa)
3. «Aparentemente todo bien, entonces pues por el problema que sea vas al domicilio y otras qué domicilios, ¿no? En qué condiciones de vivir o malvivir, ¿no?» P16 (Trabajadora social sanitaria)
4. «Si no eres proactivo preguntando se te puede pasar desapercibido...» P6 (Médico)
5. «Sobre todo por la cantidad de bártulos que acostumbran a llevar, a veces por desgracia, algo falto de higiene.» P7 (Administrativo)
6. «Sí, yo también, se registra en el *meap*^a.» P4 (Médica)
7. «Yo no tengo conciencia de haberlo registrado. Si la patología que tiene está relacionada, puede que sí [...] en algún comentario de estos que pones confidencial.» P5 (Médica)
«Es etiquetar también, ¿no? Un poco, no sé hasta qué punto ... uf.» P17 (Enfermera)

8. «Son gente que pues muchas veces no se vinculan al territorio porque van cambiando de territorio.» P16 (Trabajadora social sanitaria)
9. «Por donde estaba, que era Balaguer, solo tenía de ducha un día y comía tres días, aquí en Barcelona, como todos los días [...]. Yo me he llegado por todas partes de España.» P3PSS
10. «Antes vivía cerca de Gran Vía y ahora es Plaza Cataluña. Es lejos y no quiero cada día alguna cosa pasa y tengo que ir, volver...» P10PSS
11. «Me la han dado [la cita] y cuando llega el momento algo a se me presenta de una situación de ir a trabajar [...] por más programada que esté muchas veces la situación te obliga a ir al otro lugar a buscar dinero.» P5PSS
12. «Vienen a solucionar el problema que tienen en el momento.» P2 (Enfermero)
13. «Porque soy pasota, es la verdad, no voy a negarlo. O sea, sí seguro que, si me doliera ahí, como diciendo buah, buah, me estoy muriendo tío, seguro que voy.» P3PSS
14. «Encuentro difícil de comunicación, que no hablo español muy bien.» P6PSS
15. «En los centros médicos hay personas que ayudan la gente con traductoras y todo, eso es una cosa buena.» P10PSS
16. «Había también barrera idiomática y demás.» P16 (Trabajadora social sanitaria)
17. «La barrera idiomática muchas veces también porque las personas que viven la calle pues vienen de otros países.» P6 (Médico)
18. «Ella viene alterada, porque viene con sus expectativas negativas de entrada, nosotros nos alteramos porque la persona viene alterada, entramos en un bucle porque ellos piensan que no le queremos ayudar.» P14 (Administrativa)
19. «Reciben también un poco de maltrato, ¿no? Y entonces en seguida se ponen a la defensiva.» P17 (Enfermera)
20. «Habrá que ver cómo ellos tratan a los doctores también [...]. Porque yo he visto gente grosera.» P2PSS
21. «A veces vienen con buen ánimo, como el caso del señor de ayer, o hablan educadamente, y hay otras veces pues que vienen en un estado no común o ebrios.» P9 (Administrativa)
22. «Dificulta creo también la asociación, muchas veces de patología psiquiátrica mental. Que dificulta más también este tipo de consultas por consumo de drogas.» P6 (Médico)
23. «Hay un porcentaje muy elevado de esas personas que sufren una patología mental.» P3 (Enfermera)
24. «Luego llego borracho, me dicen: «es que llegas calentito, con una acción de actividad de alcohol.» P3PSS
25. «Lo sacó para allá. Armando un show borracho ¿tú ves bien eso?» P2PSS

26. «Cuando tengo que empezar una visita de una persona que vive en la calle. Al principio es como un poco de miedo, ¿no? Porque pienso a ver qué me voy a encontrar, ¿no? A ver si va a ser una situación muy complicada que no voy a saber solucionar [...], a ver si se ha tomado algo y viene agresivo o tiene alguna patología psiquiátrica que va a pasar algo. Bueno, es la sensación del miedo inicial que después a la que empiezas a visitar ya ves que no pasa nada, que es una visita un poco más compleja que de las habituales, pero que una visita normal y corriente.» P6 (Médico)
27. «Es un estigma, lo que tienen estas personas, o sea ellos, bueno, sí, pero la visión también es diferente de esas personas.» P3 (Enfermera)
28. «Que inconscientemente ya, ya, pues miras de otra manera.» P7 (Administrativo)

Tabla 3 (*continuación*)

3.2. Conductas que generan exclusión	<p>29. «No, es que no escuchan. Ya para empezar, o sea, si el trato es: —¡No, no, que venga que hay otra persona esperando! [...] Llego al mostrador y me dicen eso. ¿Con qué ganas, o sea, qué ganas le quedan a uno de ir allá?» P5PSS</p> <p>30. «Es la primera barrera que encuentran y barrera fuerte, porque realmente es como si fuéramos policía [...]. ¡Y qué me das! ¡Y qué me traes! ¡Ah, no tienes esto, no tienes otro, a tal!» P14 (Administrativa)</p> <p>31. «Cuando me fui ahí una médica. He pasado muy mal y no vuelvo para los controles. [...] Ella piensa mal.» P6PSS</p> <p>32. «Aparte aquí también lo que tendríais que flexibilizar es el vigilante [...]. Las frases que dice, las maneras de decirlo, las miradas [...]. Yo ya me las tuve con él también [...]. Bueno, yo diría que cualquier persona en situación precaria no le gusta.» P4PSS</p> <p>33. «Prejuzgamos, pero más que prejuzgamos. Cuando nos viene una persona alterada, nos bloqueamos, nos cerramos y reaccionamos... y ya te quita toda ganas de ayudarle, porque dices vete por favor, porque qué más me vas a decir... Igual hay que pensar un poco qué tienen detrás de todo este enfado y actuar de otra forma, que la actitud de ellos también cambiaria.» P14 (Administrativa)</p>
3.3. Relaciones de confianza	<p>34. «Que se vincule e intentas ser majo, explicarle las cosas bien y que vuelva a las visitas.» P1 (Enfermera)</p> <p>35. «Quiero creer que el hecho de que recibiera por mi parte un espacio de escucha y de acogida ante tantos noes tan duro [...] al menos ha recibido una cara amable que alguien, para que pueda coger aire, para tirar adelante.» P15 (Médica)</p> <p>36. «Mi médica sabe que nos encontramos muchas veces, ¿sabes? Sí, pero no, no hay problema.» P6PSS</p> <p>37. «Habrá gente que no, que viviendo en el mismo barrio no se va a vincular [...], no depende de nosotros. Lo que sí depende de nosotros es que al que quiera vincularse le sea posible hacerlo.» P10 (Enfermera)</p>
4. Factores estructurales relacionados con la normativa sanitaria	
4.1. Copago farmacéutico	<p>38. «Entonces, claro, podemos pautarlo, pero sabemos que no lo va a poder comprar y que tampoco se lo podemos ofrecer.» P4 (Médica)</p> <p>39. «Gran problema: la medicación, porque, aunque se les haga a mano muchas veces les dicen que no, que o pagas o no hay financiación.» P21 (Médico)</p> <p>40. «El medicamento es caro, de la sarna, es bueno, antes no sabía de servicio social como pedir ayuda de medicamento.» P6PSS</p> <p>41. «Hay medicinas, por ejemplo, un poco caro [...]. Por ejemplo, para mí hay un tipo de medicinas de cuatro, cinco euros, para mí es mucho [...]. No, no hay ayuda.» P10PSS</p>
4.2. Asignación de recursos a los equipos de atención primaria en base a la población asignada atendida	<p>42. «Eso es a nivel, a nivel económico, puro y duro. Es gente que estás atendiendo que no queda registrada que la tienes ¿qué quiere decir?, que tú tienes cada año se asigna un presupuesto por población. Tú tienes el presupuesto, por tantos miles. Si tú aparte tienes mil, dos mil, tres mil, cuatro mil, cinco mil, los que sean, con este CIP provisional [personas que atiendes sin TSI]. Para el Servei Català de Salut dice: Ah, yo la pasta te la doy por los CIP definitivos [personas con TSI], no por los provisionales.» P20 (Administrativo)</p> <p>43. «Hay otros centros [...] que sí que tienen muchísima gente in itinere de esta. Y, por ejemplo, están atendiendo a centenares de población que están, que no están afiliadas a nada, no es población <i>atendida</i> asignada. Como no es población <i>atendida</i> asignada, no les corresponden equis recursos.» P17 (Enfermera)</p> <p>44. «Y que esto tendrá unas consecuencias porque evidentemente tendremos a pacientes que no están en el RCA^b y que por lo tanto no nos pagan por ellos y que por lo tanto nos afectan también a nivel de objetivos y resultados. No lo sé. Yo personalmente a mí me vale la pena porque yo me he hecho médica para ayudar a la gente, ¿no?» P15 (Médica)</p>
4.3. Requisito de empadronamiento para obtener Tarjeta Sanitaria Individual (TSI)	<p>45. «Adm 1 pregunta '¿está empadronada?'. Ella contesta 'Sí, en Madrid', Adm 1 contesta que se refiere a empadronada en Cataluña, ella contesta que no, que en Madrid. El acompañante pregunta si no hay forma de que la atiendan. Adm 1 le dice 'No se te va a poder hacer nada sin el padrón'. Ella contesta, '¿y qué hago?'. Adm 1 contesta 'Tendrás que ir al hospital'.» <i>Fragmento de observación en mostrador</i></p> <p>46. «No es sin hogar, es sin padrón [...], hay gente que vive bajo un techo, pero no tiene la posibilidad administrativa.» P21 (Médico)</p>

Tabla 3 (*continuación*)

	<p>47. «No, no tenía tarjeta sanitaria yo fui sin tarjeta sanitaria [...]. Que quince euros para hacer visita (le dijeron en un CAP). Yo digo que no tengo, el chico habla con su jefe, que puede solo, no pasa nada [finalmente le atendieron sin pagar].» P6PSS</p> <p>48. «Creo que lo más difícil es empadronarse digamos cuando uno llega, pero después de empadronarse, lo primero es ir a sacar la tarjeta.» P5PSS</p> <p>49. «¿Por qué se les atiende aquí? Porque hay todo un trabajo y una decisión de equipo, pero qué os pensáis que todos los centros de Cataluña son... ‘¡hombre, sin padrón, pasen!’. No hombre, no.» P21 (Médico)</p> <p>50. «Que al final el mensaje que recibimos de esta empresa, ¿no? Uno de los valores que se promueven es la accesibilidad, ¿no? Entonces ¿qué es lo que está fallando? [...] Hay una contradicción aquí cuando dependemos de tantos protocolos, tarjetas, padrones... y en función de eso se decide si se puede atender o no a esa persona.» P16 (Trabajadora social sanitaria)</p>
4.4. Fragmentación del sistema sanitario	<p>51. «Delante de mí, en la cola un señor que lleva la vida a cuestas. ¿Vale? [...] decirle la administrativa que había en el mostrador decirle que se fuese al hospital porque aquí no le podían atender, porque no era del centro.» P20 (Administrativo)</p> <p>52. «Es así, porque es que lo que no puede ser es estar aquí, allí, donde quiero, no, también hay unas normas que hay que seguir. Yo creo que esto es muy claro, hay unas normas y hay que seguirlas.» P20 (Administrativo)</p> <p>53. «...Vuelven a entrar los dos chicos jóvenes que había atendido Adm2 y se acercan a su puesto. El chico que habla explica que el otro chico duerme en la calle en el Raval, Adm2 contesta “¿por qué venís aquí?” “Tiene padrón sin domicilio fijo por el Raval, tenéis que ir a Raval”, el chico le contesta “pero él vive en la calle”.» <i>Fragmento de observación en mostrador</i>.</p> <p>54. «Si no te ven muy enfermo, te ponen, pero para atenderte ¿te dicen por qué no vas al de Montcada? Y eso no debería suceder.» P2PSS</p>
5. Factores organizativos internos de los CAP	<p>5.1. Atención a las personas con situación administrativa irregular solo en caso de urgencia</p> <p>55. «Que no, que hasta que no tenga el documento no hay tal cosa, que si fuera una urgencia me pasarían. Una urgencia para mí, o según lo que yo les he entendido, es que uno tiene que estar sangrando o ya llevaba el bulto para que lo puedan atender.» P5PSS</p> <p>56. «Obviamente si viene una persona y se ve por cualquiera de nosotros que es una urgencia, que tampoco podemos valorar, que es una urgencia porque el personal puede decir una cosa y realmente vosotros detectáis una cosa totalmente distinta y no tenemos ni capacidad ni conocimientos para detectar este tipo de cosas, pero si hay una cosa obvia y tal pasa de urgencias y punto. Porque lo más importante es que se atienda, pero si “ay es que me duele la pierna desde hace meses”. Lo suyo sería que se quede de alguna forma y que tenga su, no sé, un diagnóstico y seguimiento todo lo que haga falta. Pero digo la verdad, que muchas veces no pasa por falta de conocimiento, por falta de una instrucción, de cómo actuamos en estos casos.» P14 (Administrativa)</p> <p>57. «La realidad es que no toda la gente sin techo que viene al CAP Besòs se atiende al momento o se hace el mismo proceso que se tiene que hacer. Pero sobre todo por falta de conocimientos y procedimiento administrativo y normas que tenemos que seguir, es que nos bloqueamos y muchas veces esto pasa por... yo no sé qué hacer y mejor pues no hago nada.» P14 (administrativa)</p> <p>5.2. Atención de demandas agudas por equipo rotativo</p> <p>58. «Lo trato diferente en el sentido de que de la misma manera que no trato igual un paciente que viene de urgencias que uno que está en el cupo, que parece que no es verdad, en urgencias, intento solucionar el problema y ya, y en la consulta quizás me entretengo.» P5 (Médica)</p> <p>59. «Las urgencias, vale las urgencias. —Hola me duele la cabeza. —Vale, pase aquí, paracetamol, adiós.» P21 (Médico)</p> <p>60. «Pasé por urgencias, pero simplemente me atendieron, me dieron algo para el dolor y ya, pero para la especialista y para este lado no he podido.» P5PSS</p> <p>61. «Es mucho más fácil hacerse cargo de complejidades cuando [...] estás en consulta, sino que es el escenario, en este sentido, creo que sí que afecta porque en las visitas del día, al final, pues ahí [...] es más fácil que, que haya detalles que se puedan escapar.» P13 (Médico)</p>

Tabla 3 (continuación)

5.3. Asignación de Unidad Básica de Atención ^c (UBA) a personas con situación administrativa irregular	62. «Aquí desde siempre, siempre habíamos hecho asignación a UBA sin tarjeta, sin padrón [...] sí, yo a la que pillaba a alguien que no tenía UBA asignada y que o no tenían tarjeta o estaban empadronados fuera de Cataluña y tenían problemas, yo iba al mostrador, digo, "asignármelo a mí". O sea que hacerlo es posible. Y estoy de acuerdo que forma parte de un... primero una decisión de equipo y después que la asuma el equipo directivo.» P15 (Médica)
	63. «Yo sí, le daría (cita) [...] ya es difícil, ¿no?, llegar de fuera, adaptarte, todos son problemas y parece que cuando vas a notar un poco calorcito te dan una hostia porque no te van a atender. ¡No! Lo hacemos sentado en una consulta que quizás sea más, más acogedor.» P10 (Enfermera)
	64. «Para que tengan la misma persona de referencia [...] en la etiqueta se pone, para que más o menos si ha de venir, que venga siempre con la misma persona, ya que ha empezado y si quiere...» P20 (Administrativo)
	65. «Primero que tenemos que tener una instrucción clara y correcta qué hacemos con la persona... Dirán que la tenemos, pero no la tenemos tan clara realmente, porque esto de tarjeta tal, no sé que eso no lo tenemos tan tan tan claro.» P14 (Administrativa)
5.4. Trabajo multidisciplinar e intersectorial	66. «Yo creo que lo primero que tenemos que decidir todos entre nosotros es cómo actuamos ante esta situación, porque nosotros estamos condicionados por el procedimiento y burocracia que tenemos, digamos. Pero se puede hacer algo dentro del mismo centro, pero es una norma, sería una norma digamos interna. Y vosotros tenéis muchas ganas que esta gente, nosotros también, acceda a la sanidad. Pero no hay, no hay contacto.» P14 (Administrativa)
	67. «Si tú dejas de hablar del tema, se diluye. O sea, en el momento que dejas de estar atento a todos los niveles: administrativos, médicos, esto se diluye [...]. Aparecen personas nuevas la UAC ^d , se llena de personas que están empezando y esto es la típica cosa que si la dejas desaparece. Desaparece y la dificultad vuelve [...]. Yo creo que debes mantener la llama siempre y eso significa encontrarnos, hablar ¿Cómo está el tema? Que las direcciones estén atentas a esto o hablen con los estamentos... Si no se pierde, seguro, porque es más difícil, cuesta más mantenerlo que no mantenerlo.» P21 (Médico)
	68. « <i>Salut Sense Sostre</i> es un facilitador porque ya muchos ya los conocen y tienen un buen trato con ellos y ellos hacen como de guía para que se acerquen aquí al CAP también.» P6 (Médico)
	69. «A veces es difícil que ellos vengan aquí una, una manera, que ya digo es utopía total, pero es nosotros ir a comer un día allí con ellos o que de vez en cuando nos vean [...] en el hospital de campaña de allí de Santa Ana, lo que han intentado es un poquito esto, ¿no? Yo como contigo, yo hablo contigo de lo que sea para que luego tú puedas venir.» P5 (Médica)

^a Curso clínico del sistema informático de registro en AP en Cataluña (e-cap).^b Registro Central de Asegurados del CatSalut.^c Equipo formado por médico/a, enfermera/o y administrativo/a de referencia.^d Unidad de Atención al Ciudadano (equipo administrativo).

La Ley 9/2017, de 27 de junio, de universalización de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos mediante el Servicio Catalán de la Salud¹⁵ establece que todos los residentes en Cataluña tienen derecho al acceso a la atención sanitaria; la condición de residente debe acreditarse mediante empadronamiento; además, la ley contempla la posibilidad de acreditar la residencia por otras vías en caso de colectivos con circunstancias especiales. A pesar de las facilidades que pretende aportar la ley, esta burocracia implica en muchos casos un retraso en la atención sanitaria de calidad para las personas con situaciones administrativas irregulares. En nuestro estudio también se constató que la segmentación del sistema sanitario supone una barrera para el acceso a los CAP. Así, las personas que acuden a un centro que no coincide con su dirección de empadronamiento (incluidos los casos de padrón sin domicilio fijo) afrontan dificultades para ser atendidas. Esta problemática no afecta

únicamente a las PSS, sino también a personas inmigrantes, procedentes de otras comunidades autónomas o indocumentadas. Así lo refleja el «Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas»¹⁴. Las barreras administrativas también están propiciadas por la asignación de recursos a los equipos de AP en base a la población asignada atendida, es decir, personas atendidas en un centro que tienen asignado el mismo centro²¹. En nuestro estudio se observó cómo esta circunstancia puede suponer un condicionante más en la predisposición a atender a las personas que se encuentran en estas situaciones.

La normativa vigente¹⁵ sí reconoce el derecho a la atención urgente, al margen de la situación administrativa. En la práctica, la valoración de la urgencia de la demanda recae sobre los profesionales administrativos. En nuestro estudio, los mismos referían dificultades para realizar esta valoración debido a la falta de capacitación y a la falta de

privacidad de los mostradores. Con respecto a la atención de urgencias, los profesionales sanitarios referían realizar una atención menos exhaustiva que en consulta e identificaban la atención en consulta programada, especialmente la primera visita, como un facilitador para poder realizar una valoración biopsicosocial óptima. Se plantean aquí tres problemáticas: 1. La dificultad para identificar a las PSS. 2. La dificultad para la valoración de las urgencias en el mostrador. 3. La atención en consulta por un profesional de referencia como un facilitador para una mejor atención sanitaria. La combinación de estos tres factores nos hace concluir en la necesidad de realizar asignación de profesionales de referencia y citar en consulta a personas con situación administrativa irregular para garantizar el acceso en condiciones de equidad para colectivos vulnerabilizados en general, entre ellos las PSS. A este respecto, los profesionales destacaban el trabajo multidisciplinar e intersectorial como un facilitador para garantizar el funcionamiento y la continuidad de la medida, poniendo especial hincapié en la comunicación y la transmisión a nuevas incorporaciones al equipo. Mediante esta medida se pretende disminuir la barrera administrativa. Por otro lado, para abordar los factores personales consideramos fundamental potenciar las relaciones de confianza, como recomienda la bibliografía^{7,10,12}. Existen ejemplos, con resultados positivos, de atención sanitaria en los recursos donde las PSS cubren sus necesidades básicas^{12,22}. Así, en este estudio consideramos fundamental la coordinación con recursos que trabajan con las PSS en nuestro entorno (*Menjador Solidari Gregal, Associació Salut Sense Sostre* y otros) para propiciar las relaciones de confianza que permitan el acceso a la AP a todas las PSS.

Una de las limitaciones de este estudio es la escasa inclusión de mujeres en la muestra de PSS. Esta circunstancia se debe a que las mujeres viven formas de sinhogarismo menos visibles que las de los hombres (solo el 8% de las personas que viven en la calle en Barcelona son mujeres)²³.

El análisis de las barreras y facilitadores identificados por este estudio permite realizar una serie de recomendaciones orientadas a fomentar la equidad real en el acceso y la utilización de la AP para las PSS:

- Formación y sensibilización sobre sinhogarismo en AP.
- Registro de la situación de sinhogarismo mediante el diagnóstico Z59 (Falta de vivienda) para contribuir a la detección y el abordaje de este determinante social de la salud.
- Aumento de la presencia de mediadoras culturales en los CAP.
- Instar a las administraciones a crear un sistema para poder prescribir medicación gratuita a PSS.
- Fomentar las relaciones de confianza con las PSS mediante coordinación y trabajo en red con recursos y organizaciones que trabajan con estas personas, incluyendo la posibilidad de realizar atención sanitaria en los mismos en formato consulta abierta.
- Establecer normas y protocolos internos claros de asignación de profesionales de referencia y cita programada a personas con situaciones administrativas irregulares. Incluir esta información en el documento de acogida a nuevo personal.

Conclusiones

Las principales barreras identificadas por este estudio se relacionan con los requisitos administrativos para el acceso a los centros de AP, con el copago de los tratamientos farmacológicos, con las actitudes negativas hacia las PSS y con la forma en la que se estructura el sistema sanitario, que no se adapta a las necesidades de las PSS. Los principales facilitadores identificados fueron las relaciones de confianza entre pacientes y profesionales y el trabajo multidisciplinar e intersectorial. El análisis de estos resultados permite realizar una serie de recomendaciones, algunas de las cuales pueden llevarse a cabo por parte del propio EAP Besòs para mejorar la accesibilidad y la salud de las PSS.

Si bien las PSS que participaron en el estudio acudían a diferentes centros de la ciudad de Barcelona, todos los profesionales pertenecen al mismo centro, por lo que los resultados de este estudio pueden no ser extrapolables a la situación de otros CAP. En nuevas investigaciones sería interesante explorar la repercusión de los cambios propuestos sobre la accesibilidad al centro y sobre la salud de las PSS que acceden al mismo.

Lo conocido sobre el tema

- Las personas en situación de sinhogarismo tienen una peor salud que la población general.
- La atención primaria de salud es clave para garantizar la equidad en el acceso al sistema sanitario y para mejorar la salud de las comunidades.
- Existen barreras que dificultan el acceso de las personas en situación de sinhogarismo a la atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Profundizar en la comprensión de la barrera de acceso administrativa existente en los centros de atención primaria (CAP) contando con la perspectiva de los profesionales administrativos.
- Descripción de la dificultad en la identificación e infradiagnóstico de la situación de sinhogarismo en los CAP.
- Propuestas organizativas para mejorar la accesibilidad de las personas en situación de sinhogarismo en el CAP Besòs.

Financiación

Este estudio ha recibido la financiación para su publicación de la gerencia de Atenció Primària i a la Comunitat de Barcelona Ciutat a través del premio a mejor proyecto de investigación en salud comunitaria (3er ajut de recerca en salut comunitària de l'APBCN 2023).

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comitè Ètic d'Investigació amb medicaments (CEIm) de l'IDIAP Jordi Gol (Código: 23/068-P) y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Todos los participantes del estudio fueron informados sobre los objetivos y la metodología propuesta a través de la hoja de información al participante; en caso de que la persona no supiese leer, le fue leída y explicada la hoja de información al participante por parte de un miembro del equipo investigador. Los participantes también fueron informados de su derecho a acceder a los datos. Se pidió el consentimiento informado firmado por cada uno de ellos, incluidos aquellos que no sabían leer ni escribir. Se garantizó la confidencialidad de la identidad de los participantes y de la información recogida.

El equipo investigador es consciente de la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentra la población que se pretende estudiar, y por ese motivo se realizó una vigilancia exhaustiva de todas las consideraciones éticas. Las grabaciones de las entrevistas individuales y grupales solo han sido utilizadas para los objetivos de la presente investigación y serán guardadas por el equipo investigador durante cinco años. Asimismo, se les informó de su total libertad para participar en la investigación, tratándolos con dignidad, respeto y autonomía, y también de su libertad para abandonar la investigación en cualquier momento sin ningún perjuicio para ellos.

Con respecto a los riesgos y beneficios de este estudio, la investigación no implicó riesgos físicos o psicológicos ni tuvo implicaciones institucionales para los participantes.

Los datos han sido tratados conforme a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en relación con el tratamiento de datos personales y la libre circulación de datos (RGPD) y la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales. Los participantes pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de datos (LOPD-GDD), así como el derecho de limitar el tratamiento de los datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a terceros datos que ha facilitado por el estudio, contactando directamente con la investigadora principal del proyecto a través del correo electrónico (mariasanchezhidalgo@gmail.com) o preguntando por la misma en el Centro de Atención Primaria Besòs en caso de no tener acceso al correo electrónico y/o a través de la Autoridad Catalana de Protección de Datos (correo electrónico: dpd@ticsalutsocial.cat).

Conflictos de intereses

Las autoras declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Gracias a los participantes del estudio por su tiempo y confianza. A las trabajadoras del *Menjador Solidari Gregal* y a los voluntarios de la *Associació Salut Sense Sostre* por

ayudarnos a ver más allá de la consulta. A Jordi Fernández Velázquez, Anna Huerta Villahoz y Marisol Mayorga Baca por su participación en la realización de este estudio, y a todos los profesionales del EAP Besòs por trabajar día a día por una mejor AP.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre las personas sin hogar 2022. España: Instituto Nacional de Estadística; 2022 [consultado 22 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1869&capse=3249>
2. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, n.º 311 (29 de diciembre de 1978).
3. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384:1529–40.
4. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, Fuertes Rodriguez T, Silva Ruiz P, Franch-Nadal J. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Aten Primaria. 2022;54:102458.
5. Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Dirección General de Diversidad Familiar y Servicios Sociales. Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030. España: 2023. 106 pp. Disponible en: https://www.mdsociales2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/Personas-sin-hogar/docs/EstrategiaPSH_20232030.pdf
6. O'Carroll A, Wainwright D. Making sense of street chaos: An ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. Int J Equity Health. 2019;18:113.
7. Magwood O, Leki VY, Kpade V, Saad A, Alkhateeb Q, Gebremeskel A, et al. Common trust and personal safety issues: A systematic review on the acceptability of health and social interventions for persons with lived experience of homelessness. PLoS One. 2019;14, e0226306.
8. Kaur H, Saad A, Magwood O, Alkhateeb Q, Mathew C, Khalaf G, et al. Understanding the health and housing experiences of refugees and other migrant populations experiencing homelessness or vulnerable housing: A systematic review using GRADE-CERQual. CMAJ Open. 2021;9:E681–92.
9. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal healthcare: A qualitative evidence synthesis. Health Soc Care Community. 2020;28:1380–93.
10. O'Carroll A, Wainwright D. Doctor-patient interactions that exclude patients experiencing homelessness from health services: An ethnographic exploration. BJGP Open. 2021;5. BJGPO. 2021.0031.
11. Cernadas A, Fernández A. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: A qualitative study in Barcelona (Spain). Int J Equity Health. 2021;20:84.
12. Carmichael C, Schiffler T, Smith L, Moudatsou M, Tabaki I, Doñate-Martínez A, et al. Barriers and facilitators to health care access for people experiencing homelessness in four European countries: An exploratory qualitative study. Int J Equity Health. 2023;22:206.
13. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud. Documento técnico del grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud. España: 2021 Jun. 47 pp. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/>

- areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf
14. Médicos del Mundo. Informe de barreras al Sistema Nacional de Salud en poblaciones vulnerabilizadas. España: Médicos del Mundo; 2022. 35 pp. Realizado por Médicos del Mundo en el marco del proyecto ACCESIBLE: «Proyecto integral para la mejora del acceso universal al sistema sanitario», iniciativa financiada por la Secretaría de Estado para la Agenda 2030. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/informe_barreras_2022.mayo.2023.pdf.
 15. Llei 9/2017, del 27 de juny, d'universalització de l'assistència sanitària amb càrrec a fons públics per mitjà del Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. n.º 7401 (29 Jun 2017).
 16. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. p. 224.
 17. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89:1245–51.
 18. FEANTSA. ETHOS Typology on Homelessness and Housing Exclusion. Brussels: FEANTSA; 2005 [consultado 17 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
 19. Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals - 3Cat. Retallen els mediadors culturals al CAP Besòs: «Si no entens el pacient, no el pots ajudar». Catalunya: Corporació Catalana de Mitjans Audiovisuals - 3Cat; 2023 [consultado 22 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.ccma.cat/324/retallen-els-mediadors-culturals-al-cap-besos-si-no-entens-el-pacient-no-el-pots-ajudar/noticia/3235849/>
 20. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2018;391:241–50.
 21. CatSalut. Servei Català de la Salut. Nou model d'assignació de recursos a l'atenció primària i comunitària. Catalunya: CatSalut. Servei Català de la Salut; 2017 [actualizado 5 Jul 2018; consultado 8 Ene 2024]. Disponible en: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/informacio-economica/nova-assignacio-recursos/>
 22. Hirst V, Cuthill F. Benefits of GP care in outreach settings for people experiencing homelessness: A qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2021;71:e596–603.
 23. Arrels Fundació. Vivir en la calle en Barcelona. Radiografía de una ciudad sin hogar, 40. Barcelona: Arrels Fundació; 2023. Informe número 4.