

Percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería

Yesenia Castro-Cely¹; Natasha Carolina Kuzniar-Pérez²; Daniel Yesid Poveda- González³

RESUMEN

Las condiciones económicas y sociales de los habitantes de calle tienen repercusiones en el acceso a los servicios sanitarios y la calidad de la atención recibida. Conocer la percepción del habitante de calle ayuda a ofrecer cuidado de enfermería de forma oportuna y completa.

Objetivo

Describir la percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería.

Metodología

Revisión integrativa de literatura de alcance descriptivo y retrospectivo; se realizó búsqueda en las bases de datos NursingOvid, Academic One File, Informe Académico, PubMed y Scopus. Se construyeron 12 ecuaciones de búsqueda a partir de la combinación de los descriptores: Habitante de calle, personas sin hogar, percepciones sociales, enfermería y atención de enfermería.

Resultados

Se seleccionaron 30 artículos que se sometieron a lectura y análisis a profundidad obteniendo las percepciones de los habitantes de calle frente al cuidado de enfermería.

Conclusiones

La percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería resulta fluctuante porque existen barreras de acceso que dificultan la atención; los profesionales de salud desconocen las necesidades de esta población y las políticas públicas resultan insuficientes en cuanto a cobertura y oportunidad de los servicios de salud lo cual repercute directamente en el cuidado de enfermería.

Palabras clave: *Percepción, Persona sin hogar, Atención de enfermería (Fuente: Decs).*

Cómo citar este artículo: Castro-Cely Y; Kuzniar-Pérez NC; Poveda- González DY. Percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2021; 18(1): 19-31

-
- 1 Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño, grupo de investigación Innovación y cuidado. Correo electrónico: ycastrocely@uan.edu.co
 - 2 Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño, grupo de investigación Innovación y cuidado
 - 3 Facultad de Enfermería – Universidad Antonio Nariño, grupo de investigación Innovación y cuidado

Perception of the homeless persons about the provision of nursing care

ABSTRACT

The economic and social conditions of homeless persons have repercussions on access to health services, and the quality of care received. Recognizing the perception of homeless persons helps to offer nursing care in a timely and complete way.

Objective

To describe the perception of the homeless persons about nursing care.

Methodology

Integrative review of descriptive and retrospective literature; The NursingOvid, Academic One File, Academic Report, PubMed and Scopus databases were searched. Twelve search equations were constructed from the combination of the descriptors: homeless people, social perceptions, nursing and nursing care.

Results

Thirty articles were selected and subjected to in-depth reading and analysis, obtaining the perceptions of homeless persons about nursing care.

Conclusions

The perception of the homeless persons about nursing care fluctuates because there are access barriers; Health professionals are unaware of the needs of this population and public policies are insufficient in terms of coverage and opportunity of health services, which have a direct impact on nursing care.

Keywords:

Perception, Homeless persons, Nursing Care (Source: Decs).

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el reporte de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL(1), el indicador socioeconómico relacionado con la pobreza se consolida como el indicador más alto de los últimos diez años en los países de la región. Se estima que, durante el año 2019, alrededor de 191 millones de personas (30,8%) se encontraba bajo la línea de pobreza y 72 millones (11,5%) estaba bajo el umbral de la pobreza extrema. La incidencia de la pobreza es dispar, siendo elevada en subgrupos minoritarios y vulnerables, entre ellos, la población habitante de calle.

La habitabilidad de calle es considerada un fenómeno social y urbano multicausal en el que confluyen factores individuales o estructurales (2,3). La población habitante de calle (en adelante HC) comparte características definitorias que les permiten la denominación de “comunidad”, tales como: falta de hogar, ausencia de apoyo social y familiar, presencia de enfermedades físicas y alteraciones mentales, abuso de sustancias psicoactivas y rechazo de la población en general (4). Estas características definitorias aumentan su vulnerabilidad a diferentes formas de discriminación (5); además, obstaculizan los procesos de inclusión social y reconocimiento del habitante de calle como sujeto de derechos (2).

Las condiciones de vida de los habitantes de calle pueden limitar el acceso oportuno de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, siendo co-

mún la atención tardía de las patologías (6). Adicionalmente, las barreras en la prestación de servicios de salud asociadas a la discriminación pueden afectar la calidad y humanización de los servicios, retrasar la obtención de medicamentos o cumplimiento de los tratamientos prescritos y grandes dificultades para la adopción de hábitos de vida saludables, aspectos que tienen como consecuencia una mayor morbilidad y una esperanza de vida menor al ser comparados con la población general (7). Las personas en condiciones de habitabilidad de calle experimentan enormes inequidades en la salud derivadas de sus condiciones sociales adversas y desfavorables condiciones económicas, aunque también son afectadas por otros determinantes sociales que favorecen la exclusión social y el deterioro de sus condiciones de vida (8). Las complejas condiciones de los habitantes de calle plantean desafíos a los sistemas de salud y el personal sanitario, con lo cual el reconocimiento de las necesidades de este grupo poblacional y su percepción sobre el cuidado y la atención que reciben es un paso indispensable para la generación de estrategias, planes y políticas de cuidado efectivo de su salud (9). Con el propósito se realizó una revisión integrativa de literatura, que tiene por objetivo describir la percepción del habitante sobre los cuidados de enfermería.

METODOLOGÍA

La revisión integrativa de literatura consiste en evaluar la cantidad y calidad del conocimiento ya producido sobre un fenómeno en estudio por medio de la búsqueda de publi-

caciones relacionadas con el tema, para sintetizar y comparar los resultados obtenidos de diversas fuentes, realizar un análisis sistemático y de esta manera obtener conclusiones generales sobre el problema de investigación (10).

En el proceso de búsqueda se consultaron cinco bases de datos, a saber: NursingOvid, Academic One File, Informe Académico, PubMed y Scopus. Las ecuaciones de búsqueda se construyeron a partir de los equivalentes en idioma inglés de los descriptores de búsqueda: habitante de calle, personas sin hogar, percepciones sociales, enfermería y atención de enfermería; en combinación con los conectores booleanos AND y OR.

Las publicaciones extraídas de las bases de datos incluidas en el análisis son artículos originales disponibles en texto completo en los idiomas inglés o español, publicados entre 2009 y 2019 que examinan la percepción de la población de habitantes de calle sobre los cuidados de enfermería, se incluyeron artículos del año 2020 con publicación anticipada disponibles en el momento de la búsqueda.

En el proceso de búsqueda se identificaron y extrajeron 1395 artículos, mediante la eliminación de duplicados, la verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión y la lectura preliminar de resumen y títulos se seleccionaron 45 artículos. Posteriormente se realizó una lectura a profundidad de las publicaciones identificando 30 artículos que abordan la percepción del habitante de calle sobre los cuidados de enfermería.

RESULTADOS

La lectura crítica de las 30 publicaciones permitió la categorización axial del contenido; se identificaron tres categorías sobre la percepción de los habitantes de calle sobre los cuidados de Enfermería así: barreras de acceso, necesidades de las personas en situación de calle y políticas públicas de atención en salud. A continuación, se presenta el análisis de la información recopilada en las tres categorías mencionadas:

a. Barreras de acceso

En términos generales, los habitantes de calle creen que no reciben las mismas oportunidades de atención que la población en general; con frecuencia, los profesionales de enfermería y demás trabajadores del área de la salud, reproducen los estigmas asociados a la condición de habitabilidad de calle de los usuarios que dificultan la atención en salud digna (11–13). En algunas oportunidades, los HC llegan a sentirse como “ciudadanos de segunda clase” y perciben discriminación o tratos injustos o deshumanizantes, principalmente relacionados con las condiciones de higiene, la existencia de trastornos psiquiátricos o el abuso de sustancias psicoactivas (12,14–17). Según lo establecen Woith et al.(18) la falta de comprensión y empatía por parte de los profesionales de enfermería representa una de las barreras más comunes en la atención en salud y un factor desencadenante de comportamientos incivilizados hacia el habitante de calle.

La discriminación percibida por los HC dificulta su comunicación con el personal sanitario, desencadena sentimientos de desconfianza, temor, tristeza o frustración (19,20) y afecta negativamente su salud mental, porque eleva la probabilidad de desarrollar comportamientos de riesgo, retrasa la búsqueda de ayuda de forma oportuna y aumenta su vulnerabilidad y marginación social (21). Las barreras de acceso que experimentan los habitantes de calle pueden favorecer la progresión de los síntomas o patologías, esto hace que no sean usuarios frecuentes de los servicios de atención primaria y requieran atención en servicios de urgencias o cuidados paliativos. Con frecuencia los habitantes de calle consideran los servicios de emergencia como la única alternativa para recibir atención en salud (16).

Se ha establecido que los usuarios en condiciones de habitabilidad de calle que acuden a los servicios de urgencias reciben cuidados desarticulados, basados en el cuadro agudo y con escaso direccionamiento a la solución de problemas crónicos de salud o la modificación de hábitos de vida y consumo. Esto genera el efecto de “puerta giratoria” caracterizado por un elevado número de ingresos y altas hospitalarias sin que el habitante de calle reciba la atención y cuidados necesarios para mejorar su estado de salud (14); este fenómeno también se observa en los programas de asistencia integral no hospitalarios, debido a la falta de confianza de los habitantes de calle frente a los profesionales de salud o de asistencia social, sin embargo, aunque la puerta giratoria puede presentar-

se como norma al comienzo de la atención, cuando se tienen en cuenta las expectativas e intereses del habitante de calle se puede facilitar su adherencia a los tratamientos y el desarrollo de relaciones de confianza (22).

Pedersen et al. (23) aseguran que los HC acuden con mayor frecuencia a los servicios intramurales por causas agudas que posteriormente se convierten en estadías prolongadas en los servicios de salud debido a comorbilidades descubiertas durante su acercamiento a los sistemas de salud, algunas de las cuales, requieren de cuidados paliativos.

Al respecto Veer A, et al. (24) sostienen que el acceso a los cuidados paliativos en este grupo de población puede verse obstaculizado por varios aspectos entre los cuales destacan: a) la dificultad del personal de salud en reconocer las necesidades de atención (ausencia de historia clínica, combinación de síntomas o trastornos psiquiátricos, discapacidades cognitivas, entre otras); b) el comportamiento de los habitantes de calle ambivalente y desafiante o la negación a proporcionar información sobre antecedentes patológicos y asistenciales, comportamientos que afectan la comunicación con el personal de salud; c) la ausencia de instituciones de cuidados paliativos con experiencia específica en la atención de población habitante de calle y d) la confluencia de factores que deterioran el estado de salud y complican la atención (consumo de sustancias, múltiples patologías sin tratamiento o necesidades de atención psicosocial y espiritual, entre otros).

De igual manera, otros autores sostienen que las experiencias traumáticas (pérdidas emocionales y materiales) que han experimentado los HC pueden influir en las expectativas que se tienen sobre los cuidados al final de la vida y las decisiones que se toman al respecto (12,25–27) o las percepciones sobre el cuidado recibido, al respecto Klop et al. (28) sostienen que los habitantes de calle suelen percibir que los cuidados paliativos se centran exclusivamente en el alivio de los síntomas físicos dejando de lado aspectos como su historia de vida, sus necesidades psicológicas, sus temores o sus últimos deseos.

Por otra parte, existen barreras relacionados con las características de los sistemas de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud que dificultan el aseguramiento de este grupo poblacional y el establecimiento de programas o servicios específicos (29,30) con lo cual los HC a menudo no pueden identificar oportunamente los problemas y necesidades de atención o desconocen los servicios de salud disponibles, los tramites asociados o las vías de acceso a dichos servicios, dificultando así la toma de decisiones y gestión de su propia salud (12,24,31).

Una alternativa para superar las barreras existentes para la atención en salud es el trabajo extramural realizado por equipos interdisciplinarios, este enfoque pretende ubicar al habitante de calle, establecer relaciones de confianza y ofrecer información o ayuda para fomentar la toma de decisiones en salud, adopción de conductas saludables y la búsqueda de atención oportuna, según Un-

gpakorn y Rae (32) para que este enfoque sea efectivo, las relaciones e interacciones de los profesionales de salud deben mantener un equilibrio entre el deber de ofrecer cuidado y el respeto de la autonomía del habitante de calle, asimismo se deben evitar comportamientos paternalistas o de control social, en tanto que estos pueden tener repercusiones negativas en el comportamiento futuro de búsqueda de atención. Por otra parte, Weber et al.(16) sostienen que cuando los profesionales de salud adoptan conductas de escucha y comunicación abierta pueden comprender las necesidades y expectativas del habitante de calle, aumentar su receptividad y mejorar las opciones de seguimiento a sus condiciones de salud.

b. Necesidades de las personas en situación de calle

La condición de habitabilidad de calle trae consigo condiciones de alta vulnerabilidad social y económica, las necesidades de los habitantes de calle son diversas e incluyen carencias materiales y de otra índole. Sin embargo, la seguridad física, la alimentación y el acceso a un lugar donde dormir, descansar o realizar sus necesidades fisiológicas son relevantes por la realidad social que enfrentan este grupo de población (33,34). Rae y Rees (35) sostienen los habitantes de calle minimizan la importancia que se atribuye a su salud y bienestar, lo cual repercute en su comportamiento de búsqueda de atención en los servicios de salud. Comúnmente, asignan los recursos disponibles a garantizar la comida o el refugio, mientras que aspectos como la adquisición de medi-

camentos o asistencia sanitaria se pueden postergar. Esta conducta persiste en los HC que cuentan con alguna forma de trabajo remunerado, es decir, prefieren abstenerse de usar los servicios sanitarios principalmente por temor a perder su fuente de ingreso económico (12,36).

Vivir en la calle está asociado al incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad de los habitantes de calle, quienes en comparación con la población general tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo II, cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y aquellas que afectan la capacidad psiquiátrica o emocional (23,25,31). Los habitantes de calle con frecuencia ven deteriorada su salud mental debido a altos niveles de estrés, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, experiencias de violencia o abuso y las dificultades para tratar enfermedades psiquiátricas preexistentes (12,37). Al respecto, Chrystal et al. (38) sostiene que los habitantes de calle con alteraciones mentales son una población particularmente vulnerable, debido a las dificultades para supervisar el tratamiento, la coexistencia de trastornos psiquiátricos, el abuso de sustancias psicoactivas, la ausencia de apoyo social y de servicios especializados enfocados en la atención de esta población.

Por otra parte, durante la atención en los servicios de salud, con frecuencia, se desconocen las particularidades sociales y económicas de la población habitante de calle y se mantienen exigencias o trámites comu-

nes para otros grupos de población, este es el caso de la exigencia de documentos de identificación o de afiliación a programas sociales o sistemas de aseguramiento en salud (12,19,30,39). Así mismo, se incluyen recomendaciones de cuidado descontextualizadas de la realidad y posibilidades del habitante de calle (34,35).

Para superar estas situaciones es necesario establecer pautas de acercamiento que garanticen el trato cordial y la comunicación asertiva por parte del personal sanitario facilitando la expresión de las necesidades y la identificación de problemáticas sociales subyacentes de cada individuo (determinantes sociales), para luego encaminar efectivamente los esfuerzos en el cuidado intramural y extramural (8,34). Adicionalmente, se requiere una transformación de los imaginarios sociales que tienen los profesionales de la salud sobre las necesidades de los habitantes de calles, limitados únicamente a las carencias materiales o comportamientos autoinfligidos, avanzando hacia el reconocimiento de los procesos históricos y sociales asociados a la condición de habitabilidad de calle (32,33,37).

Si bien es cierto que el habitante de calle puede experimentar situaciones negativas o discriminatorias que lo predisponen a presentar actitudes de rechazo e inseguridad frente a la atención en los servicios de salud; la experiencia no siempre es negativa. Algunos autores afirman que las personas en situación de habitabilidad de calle que acuden a los servicios hospitalarios manifiestan una percepción positiva de los cuidados de

enfermería debido a que tienen la oportunidad de recibir atención digna y humanizada además de disfrutar un ambiente que les brinda confort, calma y seguridad (19,23).

c. Políticas públicas de atención en salud

Los habitantes perciben como insuficientes las políticas públicas de atención en salud, esta percepción negativa se traslada a los cuidados de enfermería y de otros grupos de profesionales, debido a que no existe articulación de los esfuerzos y los servicios de salud disponibles contemplan trámites administrativos que retrasan la atención o desconocen las características de los habitantes de calle (13,36)(13,36). Al respecto, Stafford y Wood (8) afirman que no es posible esperar resultados positivos de la atención en salud de los HC si no se abordan primero las necesidades básicas de estos usuarios, como la vivienda/refugio, solvencia económica, comida, higiene, entre otros; así mismo, sostienen que las personas en condiciones de habitabilidad de calle cuyas necesidades básicas alcanzan los niveles deseados, perciben una mejoría en su estado de salud y acuden un menor número de veces a los servicios de urgencias de las instituciones de salud, lo cual conlleva a la reducción de costos de atención intramural prolongada generalmente relacionada con comorbilidades no reportadas o no tratadas oportunamente.

Según Sarmiento de Paiva et al. (13) la exclusión social y la reiterada vulneración de los derechos humanos fundamentales de los habitantes de calle constituyen un reto para las políticas públicas, entre ellas las políticas

de salud. La atención de los habitantes de calles debe superar el diseño tradicional de las políticas públicas que incluyen programas de alojamiento temporal que satisfacen de forma transitoria las necesidades básicas e instaurar programas que acompañen al HC en la búsqueda de soluciones a largo plazo, el proceso de reinserción social (25) y el desarrollo de sus potencialidades. Las políticas no deben desconocer que la población de habitante de calle posee gran cantidad de necesidades que afectan significativamente su capacidad de desarrollar un rol productivo en la sociedad (13,36).

Asimismo, en la implementación de programas dirigidos a la población en habitabilidad de calle deben confluir esfuerzos intersectoriales para aumentar la visibilidad y comprensión de las necesidades de esta población y proporcionar un cuidado equitativo (33). En este aspecto, el liderazgo y rol de abogacía ejercido por el profesional de enfermería, juegan un papel sobresaliente (40); al respecto, Weber et al. (30) señalan que focalizar las intervenciones para adaptar los servicios a las necesidades de las personas sin hogar es un desafío para la práctica avanzada y la enfermería en salud mental.

CONCLUSIONES

Las categorías seleccionadas en este artículo - barreras de acceso, necesidades de los habitantes de calle y políticas públicas de atención en salud - están intrínsecamente vinculadas, constituyendo una triada que rodea a las percepciones de los habitantes de calle sobre los cuidados de enfermería reci-

bidos. Los elementos que constituyen barreras de acceso al sistema de salud ocasionan una disminución de interés por parte de los habitantes de calle para asistir a las instituciones de salud; asimismo, las experiencias negativas con proveedores de cuidado y las dificultades para utilizar el sistema hacen que los habitantes de calle solo acudan a los servicios de salud en situaciones de emergencia.

Aunque existen políticas públicas referentes a la atención en salud de la población habitante de calle, muchas no logran el cumplimiento de los objetivos de cobertura, oportunidad y acceso, reducción de trámites, humanización de los servicios, entre otros; generando la insatisfacción del HC, sentimiento que se traslada a la atención en salud, incluyendo los cuidados de enfermería. Es fundamental para el profesional de enfermería reconocer los factores sociales subyacentes de la condición de habitabilidad de calle, esto permitirá abordar y comprender la situación propia del usuario, a través de sus experiencias, sus necesidades de cuidado y sus expectativas de la atención en salud.

Por otra parte, es necesario fomentar en los escenarios de formación el desarrollo en los profesionales de enfermería de actitudes de humanización y empatía con el fin de eliminar comportamientos negativos frente al cuidado y la atención de los habitantes de calle; lo cual favorece el acercamiento y la percepción positiva de esta población para con los servicios sanitarios, aboliendo así una de sus principales barreras de acceso y

fortaleciendo el rol de abogacía que desempeña el profesional de enfermería.

De igual manera, se requiere establecer canales de comunicación asertivos con los HC para instaurar intervenciones de cuidado holístico y humanizado y brindar educación respecto al uso oportuno de los servicios de salud. Todo lo anterior acompañado de esfuerzos intersectoriales que propendan por el bienestar general de la población HC mediante la implementación de políticas públicas efectivas que faciliten el acceso a los servicios de salud y que consideren, la intervención eficaz en los determinantes sociales de esta población.

REFERENCIAS

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social en América Latina [Internet]. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL; 2019. 264 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030 [Internet]. Oficina de Promoción Social, editor. Bogotá: Minsalud; 2019. 51 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-habitantes-calle-2020-2030.pdf>

3. Congreso de Colombia. Ley 1641 de 2013 «por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de calle y se dictan otras disposiciones» [Internet]. Colombia; 2013 p. 5. Disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY_1641_DEL_12_DE_JULIO_DE_2013.pdf
4. Nieto CJ, Koller SH. Definiciones de habitante de calle y de niño, niña y adolescente en situación de calle: diferencias y yuxtaposiciones. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2015;5(3):2162-81. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30007-2](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30007-2)
5. Prevert A, Navarro Carrascal O, Bogalska-Martin E. La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *Rev Psicol Univ Antioquia* [Internet]. 2012;4(1):7-20. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000100002
6. Smith OM, Chant C, Burns KEA, Kaur M, Ashraf S, DosSantos CC, et al. Characteristics, clinical course, and outcomes of homeless and non-homeless patients admitted to ICU: A retrospective cohort study. Dal Pizzol F, editor. *PLoS One* [Internet]. 12 de junio de 2017;12(6):e0179207. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0179207>
7. Van Dongen SI, Van Straaten B, Wolf JRLM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Rietjens JAC, et al. Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Heal Soc Care Community* [Internet]. 2019;27(4):e379-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hsc.12739>
8. Stafford A, Wood L. Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. diciembre de 2017;14(12). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph14121535>
9. Lamb V, Joels C. Improving access to health care for homeless people. *Nurs Stand* [Internet]. 8 de octubre de 2014;29(6):45-51. Disponible en: <https://doi.org/10.7748/ns.29.6.45.e9140>
10. Guirao Goris SJA. Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene* [Internet]. 2015;9(2):0-0. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>
11. Hwang S. Homelessness and health. *Can Med Assoc* [Internet]. 2001;164(1):29-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7406.110-a>
12. Campbell DJTT, O'Neill BG, Gibson K, Thurston WE. Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's

- homeless populations. *BMC Fam Pract*. octubre de 2015;16(1):1-10.
13. Sarmiento de Paiva IK, Gomes Lira CD, Reboucas Justino JM, Gomes de Oliveira Miranda M, de Moura Saraiva AK. Homeless people's right to health: reflections on the problems and components. *Cien Saude Colet* [Internet]. agosto de 2016;21(8):2595-606. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>
 14. Wise C, Phillips K. Hearing the silent voices: narratives of health care and homelessness. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. mayo de 2013;34(5):359-67. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.757402>
 15. Biederman DJ, Nichols TR. Homeless Women's Experiences of Service Provider Encounters. *J Community Health Nurs* [Internet]. 2 de enero de 2014;31(1):34-48. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07370016.2014.868733>
 16. Weber JJ, Lee RC, Martsolf D. Experiences of Care in the Emergency Department Among a Sample of Homeless Male Veterans: A Qualitative Study. *J Emerg Nurs* [Internet]. enero de 2020;46(1):51-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.009>
 17. Bungay V. Health Care Among Street-Involved Women. *Qual Health Res* [Internet]. 12 de agosto de 2013;23(8):1016-1027. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049731513505352>
 18. Woith WM, Kerber C, Astroth KS, Jenkins SH. Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care. *Nurs Forum* [Internet]. julio de 2017;52(3):211-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nuf.12191>
 19. Lamanna D, Stergiopoulos V, Durbin J, O'Campo P, Poremski D, Tepper J. Promoting continuity of care for homeless adults with unmet health needs: The role of brief interventions. *Heal Soc Care Community* [Internet]. 2018;26(1):56-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hsc.12461>
 20. Hudson AL, Nyamathi A, Greengold B, Slagle A, Koniak-Griffin D, Khalilifard F, et al. Health-seeking challenges among homeless youth. *Nurs Res* [Internet]. 2010;59(3):212-8. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1097%2FNNR.0b013e-3181d1a8a9>
 21. Skosireva A, O'Campo P, Zerger S, Chambers C, Gapka S, Stergiopoulos V. Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014;14(1):376. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-376>

22. Finfgeld-Connett D. Becoming Homeless, Being Homeless, and Resolving Homelessness Among Women. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 3 de julio de 2010;31(7):461-9. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/01612840903586404>
23. Pedersen M, Bring C, Brúnés N, Andersen O, Petersen J, Jarden M. Homeless people's experiences of medical respite care following acute hospitalisation in Denmark. *Heal Soc Care Community* [Internet]. 2018;26(4):538-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hsc.12550>
24. De Veer AJE, Stringer B, van Meijel B, Verkaik R, Francke AL. Access to palliative care for homeless people: complex lives, complex care. *BMC Palliat Care* [Internet]. octubre de 2018;17(1):119. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0368-3>
25. Hubbell SA. Advance care planning with individuals experiencing homelessness: Literature review and recommendations for public health practice. *Public Health Nurs* [Internet]. septiembre de 2017;34(5):472-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/phn.12333>
26. Stajduhar KI, Mollison A, Giesbrecht M, McNeil R, Pauly B, Reimer-Kirkham S, et al. "Just too busy living in the moment and surviving": barriers to accessing health care for structurally vulnerable populations at end-of-life. *BMC Palliat Care* [Internet]. 26 de diciembre de 2019;18(1):11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0396-7>
27. Moravac CC. Reflections of Homeless Women and Women with Mental Health Challenges on Breast and Cervical Cancer Screening Decisions: Power, Trust, and Communication with Care Providers. *Front Public Heal* [Internet]. 28 de febrero de 2018;6. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3389%2Fpubh.2018.00030>
28. Klop HT, van Dongen SI, Francke AL, de Veer AJE, Rietjens JAC, Gootjes JRG, et al. The Views of Homeless People and Health Care Professionals on Palliative Care and the Desirability of Setting Up a Consultation Service: A Focus Group Study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. septiembre de 2018;56(3):327-36. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.026>
29. Parker RD, Albrecht HA. Barriers to care and service needs among chronically homeless persons in a housing first program. *Prof Case Manag* [Internet]. 2012;17(6):278-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ncm.0b013e31825dfc4b>
30. Weber M, Thompson L, Schmiede SJ, Peifer K, Farrell E. Perception of Access to Health Care by Homeless Individuals Seeking Services at a Day Shelter. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. agosto de 2013;27(4):179-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.05.001>

31. Salem BE, Ma-Pham J. Understanding Health Needs and Perspectives of Middle-Aged and Older Women Experiencing Homelessness. *Public Health Nurs* [Internet]. 2015;32(6):634-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/phn.12195>
32. Ungpakorn R, Rae B. Health-related street outreach: Exploring the perceptions of homeless people with experience of sleeping rough. *J Adv Nurs* [Internet]. 2020;76(1):253-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.14225>
33. Moura de Oliveira D, Expedito AC, Tosatti Aleixo M, Souza Carneiro N, Pinto de Jesus MC, Barbosa Merighi MA. Needs, expectations and care production of people in street situation. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(suppl 6):2689-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0612>
34. Nickasch B, Marnocha SK. Healthcare experiences of the homeless. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. enero de 2009;21(1):39-46. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x>
35. Rae BE, Rees S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2015;71(9):2096-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jan.12675>
36. Argintaru N, Chambers C, Gogosis E, Farrell S, Palepu A, Klodawsky F, et al. A cross-sectional observational study of unmet health needs among homeless and vulnerably housed adults in three Canadian cities. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):577. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-577>
37. Lowe J, Gibson S. Reflections of a Homeless Population's Lived Experience With Substance Abuse. *J Community Health Nurs* [Internet]. 2 de abril de 2011;28(2):92-104. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07370016.2011.564066>
38. Chrystal JG, Glover DL, Young AS, Whelan F, Austin EL, Johnson NK, et al. Experience of Primary Care among Homeless Individuals with Mental Health Conditions. Macleod U, editor. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(2):e0117395. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117395>
39. Williams S, Sticley T. Stories from the streets: people's experiences of homelessness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. junio de 2011;18(5):432-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01676.x>
40. Porter-OGrady T. Leadership Advocacy: Bringing Nursing to the Homeless and Underserved. *Nurs Adm Q* [Internet]. 2018;42(2):115-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/naq.0000000000000278>