

# Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud

A year of the pandemic: health hotel unit

Ingrid Pineda Pérez<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0002-6073-1441

Recepción: 06/05/22. Revisión: 19/10/22. Aceptación: 05/12/22

**Para citar:** Pineda Pérez, I. (2022). Un año de pandemia: dispositivo Hotel Salud. *Revista de Treball Social*, 223, 97-119. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.05>

---

## Resumen

La pandemia causada por SARS-CoV-2 ha puesto de relevancia la importancia de los determinantes sociales en los procesos de enfermedad. Desde los servicios sanitarios se han creado dispositivos dirigidos a proteger a la población más vulnerable.

El Comité de Emergencia Social (Consorti Sanitari de Barcelona), formado por el Órgano Técnico y liderado por trabajadoras sociales sanitarias de diferentes proveedores de salud, abordó las necesidades que hacían referencia a las dificultades de disponibilidad de un alojamiento seguro donde poder realizar adecuadamente el aislamiento en algunos grupos de población.

El presente trabajo describe el perfil de pacientes derivados a Hotel Salud desde el Hospital del Mar desde el marzo de 2020 al marzo de 2021, un total de 524 pacientes.

Del total de los 524 pacientes, el 74% provenían de hospitalización y el 26% del servicio de urgencias. La edad media era de 49,7 años, 64,3% eran hombres y el 5,5% no disponían de tarjeta sanitaria activa. Los países de origen eran mayoritariamente España (33,6%), Pakistán (16,2%), Bangladesh (6,3%) y Filipinas (6,3%). Los motivos por los que no podían realizar el aislamiento eran por vivir en pisos compartidos (51,7%), con familiares de riesgo (26,7%), en pisos de dimensiones reducidas (14,5%) y no disponer de domicilio (4,6%).

Para concluir, el dispositivo aseguró el aislamiento para aquellas personas atendidas en el hospital que no podían realizarlo en su domicilio. También se redujo la saturación del hospital favoreciendo el drenaje de los pacientes con una clínica leve y se redujeron los contagios comunitarios.

---

1 Diplomada en Trabajo Social. Graduada en Sociología. Trabajadora social en el Parc de Salut Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Máster en Políticas Sociales y Dependencia. [ipineda@psmar.cat](mailto:ipineda@psmar.cat)

---

**Palabras clave:** Hotel Salud, covid-19, emergencia social, vulnerabilidad social.

---

## Abstract

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has highlighted the importance of social determinants in disease processes. Health services have created mechanisms aimed at protecting the most socially vulnerable citizens.

Formed by a Technical Board and led by social and healthcare workers from various health providers in the city of Barcelona, the Social Emergency Committee (attached to the Health Association of Barcelona) addressed needs relating to difficulties encountered with availability of safe accommodation where certain groups of citizens could spend their isolation suitably.

This paper describes the profile of patients referred to Hotel Salud from the Hospital del Mar from March 2020 to March 2021, a total of 524 patients.

Of the 524 patients in total, 74% had originally been hospitalised and 26% came from the emergency department. The average age was 49.7 years; 64.3% were men; and 5.5% did not have an active health card. The country of origin was mostly Spain (33.6%), Pakistan (16.2%), Bangladesh (6.3%) and the Philippines (6.3%). The reasons for not being able to undertake isolation were: living in shared apartments (51.7%), living with relatives at risk (26.7%), living in small apartments (14.5%) and having no fixed abode (4.6%).

In order to conclude, the unit guaranteed isolation for those persons treated at hospital who could not undertake isolation at home. It also limited hospital overcrowding by favouring the discharge of patients with mild clinical conditions while reducing community spread.

---

**Keywords:** Hotel Salud, Covid-19, social emergency, social vulnerability.

## 1. Introducción

En el mes de enero del año 2020 se informó por primera vez a escala mundial del brote por la enfermedad llamada covid-19, causada por el virus SARS-CoV-2, en la ciudad de Wuhan, China, manifestándose en forma de enfermedad respiratoria grave.

El 11 de marzo del año 2020 la OMS declaró la situación de pandemia a escala mundial y, posteriormente, dos días más tarde, el 13 de marzo, el Gobierno español decretó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) lideró en la ciudad de Barcelona los proyectos para abordar el impacto sociosanitario producido por la covid-19 en la ciudad de Barcelona.

El Comité de Emergencia Social Covid-19, formado por el Órgano Técnico y liderado por trabajadoras sociales sanitarias de diferentes proveedores de salud de la ciudad de Barcelona, abordó las necesidades que hacían referencia a las dificultades de disponibilidad de un alojamiento seguro donde poder realizar adecuadamente el aislamiento en algunos grupos de población elaborando el “Protocolo para la apertura del nuevo dispositivo Hotel Salud”.

El estudio que aquí se presenta se conforma por un total de 524 pacientes (n = 524) ingresados en el Hospital del Mar desde el 22 de marzo de 2020 al 31 de marzo de 2021 y que requirieron al alta hospitalaria ser derivados al dispositivo Hotel Salud para realizar el aislamiento.

## 2. Marco teórico

### 2.1. Los determinantes sociales en salud

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de los años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” dejando de entenderse únicamente como la ausencia de enfermedad (OMS, 1948).

Se debe entender la enfermedad como el final de todo un proceso de exposición a las causas o factores que generan el riesgo de padecerla (Ariza, 2017).

Las poblaciones accederán a un nivel de salud a partir de su desarrollo económico, de los avances y prestaciones en el ámbito sanitario.

Nunca como hasta ahora ha existido un mundo tan rico, con tantos conocimientos científicos, ni se ha contado con tantos recursos sanitarios. Sin embargo, las desigualdades de los individuos en materia de salud y atención sanitaria van aumentando paulatinamente debido a los determinantes sociales (Silvano, 2018).

Existen diferentes modelos conceptuales de los determinantes sociales, como el clásico Modelo de Dahlgren y Whitehead, creado con el objetivo de poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la sa-

lud. Este modelo muestra los determinantes sociales endiferentes capas, empezando por la capa externa, que estaría formada por los determinantes estructurales; en el centro se encontrarían las características de las personas, aquellas que no se pueden modificar (sexo, edad o factores constitucionales) y en la capa interna estarían los estilos de vida individuales (Dahlgren y Whitehead, 1992). La OMS señala que para analizar el nivel de salud de una población los factores sociales son tan importantes como los recursos sanitarios de los que dispone. Si el objetivo de la sociedad es conseguir un alto nivel de salud habría que invertir más recursos en las políticas sanitarias públicas que toman en consideración el entorno y los estilos de vida de los ciudadanos más que centrarnos en una visión economicista y la centralización en la sanidad curativa (Urbina, 2012).

Es importante remarcar el fuerte impacto de los determinantes sociales de la salud y de las inequidades existentes en el ámbito del acceso a los recursos y dispositivos de atención sanitaria. Diferentes estudios describen la importancia de los determinantes sociales en referencia a la incidencia y a la mortalidad en las epidemias (Amengual et al., 2020). Los determinantes sociales están relacionados con la covid-19 ya que una de las medidas necesarias para mitigar la exposición al virus dependerá de disponer de un domicilio, de las condiciones de este y también de las posibilidades que tengan las personas con riesgo de enfermedad grave de aislarse del resto de personas convivientes en el mismo domicilio.

El hacinamiento, las condiciones de salubridad, higiene y acceso a los suministros básicos tienen un impacto directo en el riesgo de contraer la enfermedad (Otero, 2020).

## 2.2. Covid-19 y vulnerabilidad: clínica, social y epidemiológica

El Ministerio de Sanidad (2020) elaboró el documento que lleva por título “Equidad en salud y Covid-19”, en el que se hace referencia al gran impacto a escala mundial de la crisis de la covid-19, añadida a la crisis económica ya iniciada en el año 2008.

Este impacto no se produce de forma igualitaria ni en todos los países ni para todas las personas de la misma forma.

Se pueden identificar tres tipos de vulnerabilidad interrelacionadas entre sí: la vulnerabilidad clínica, la social y la epidemiológica.

Algunas características individuales, como la edad o padecer algún problema de salud –como puede ser la diabetes, la hipertensión arterial, inmunodeficiencias o enfermedades crónicas– van ligadas a una mayor vulnerabilidad frente al contagio por covid-19, y también van ligadas a una peor evolución frente a la infección por covid-19.

La población más afectada por la pandemia es aquella que está ligada a contextos de precariedad tanto laboral como habitacional, condicionando así la realidad de esta población más desfavorecida. Es por ello por lo que hay que plantearse la necesidad de un análisis completo, específico y acotado sobre las diferentes situaciones de vulnerabilidad que se tenían

antes de la pandemia y a partir de ellas plantear las medidas necesarias para que su implementación se desarrolle de forma efectiva y equitativa.

Frente a la infección por covid-19 estas personas que ya parten de una situación de fragilidad de salud pueden tener un peor pronóstico ante la enfermedad por SARS-CoV-2 si además se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

La vulnerabilidad social va interrelacionada con la vulnerabilidad epidemiológica. Esta podría explicarse como una situación de mayor riesgo epidemiológico por diferentes causas, como podría ser mayor exposición a la infección, diagnóstico tardío o dificultad en la identificación de contactos y en el seguimiento de las indicaciones para realizar de forma adecuada y segura las medidas de cuarentena o aislamiento.

Por todo lo anterior descrito se precisan medidas y políticas que actúen para abordar los motivos sociales que han provocado la desigualdad y poder así realizar una adecuada intervención con el objetivo de aplacar los efectos provocados por la pandemia.

Será necesaria una clara coordinación entre los diferentes ámbitos de la administración sanitaria y de la acción intersectorial para hacer cumplir las actuaciones que conlleven a una disminución de las desigualdades y ayuden a controlar la infección provocada por la covid-19 (Ministerio de Sanidad, 2020).

### **2.3. Dificultades para el cumplimiento de las medidas de aislamiento y cuarentena**

El Ministerio de Sanidad, en el documento que lleva por título “Equidad y Salud” (2020), describe las diversas situaciones que pueden dificultar poder llevar a cabo de forma adecuada y segura la cuarentena o aislamiento domiciliario para así prevenir y controlar la infección por covid-19.

- En primer lugar, el hacinamiento, entendido como la alta densidad de personas en un mismo domicilio, es una de las principales dificultades para poder llevarse a cabo el control y no expansión del virus, sobretodo en domicilios en los que conviven miembros de diferentes generaciones.
- Otra dificultad que hace referencia a la vivienda son las condiciones de esta en relación con la salubridad, el acceso a suministros básicos como el agua corriente, la electricidad o electrodomésticos como la lavadora, ya que no disponer de estos medios dificulta en gran medida la higiene personal y la limpieza de la vivienda. Se puede afirmar que el hacinamiento, junto con las condiciones no adecuadas de la vivienda, dificulta poder realizar de forma segura el aislamiento o la cuarentena, así como también mantener la permanencia en ella en caso de confinamiento domiciliario.
- Un aspecto a considerar son los centros residenciales para personas mayores o los centros de primera acogida, donde el riesgo de brotes por covid-19 es elevado puesto que no disponen de

los medios necesarios para poder garantizar las medidas de distanciamiento. Si tenemos en cuenta lo ocurrido en los centros residenciales para personas mayores, se ha hecho patente que las medidas aplicadas han sido tan inadecuadas como insuficientes, dejando desprotegido a este colectivo tan vulnerable.

- Además del colectivo de personas mayores tenemos el de las personas en situación de calle, más expuestas al contagio del virus SARS-CoV-2 por la falta de recursos habitacionales, cierre de baños públicos y único acceso a albergues municipales, con un número elevado de personas alojadas en ellos. Este colectivo tiene una dificultad añadida y es el difícil acceso a la atención sanitaria y a la red de salud pública.
- Otro colectivo afectado por las desigualdades es el de la población migrante, en especial aquellas personas que se encuentran en una situación administrativa irregular.
- Por último, otro colectivo para tener presente es el de las personas con diagnóstico de trastorno mental grave que habitan en viviendas compartidas.

La pandemia provocó un impacto socioeconómico que se reflejó en la precariedad de las condiciones habitacionales, la falta de acceso al mercado laboral y la paralización de la actividad económica. Todo ello generó una situación de vulnerabilidad extrema a muchas personas, provocando de esta manera situaciones que aumentaron las opciones de desahucio y de cortes en los suministros energéticos básicos (Ministerio de Sanidad, 2020).

Los hospitales se vieron colapsados, desbordados, saturados, multiplicando en ocasiones su capacidad, y la necesidad de liberar camas hospitalarias se ha volvió más prioritaria que nunca, a pesar de las dificultades en las que se encontraban muchos de los pacientes, que al alta necesitaban mantener el aislamiento domiciliario.

En la ciudad de Barcelona se creó el dispositivo Hotel Salud para ofrecer un espacio de alojamiento temporal seguro donde realizar el aislamiento y poder atender las necesidades de las personas afectadas por la covid-19 y así mitigar las situaciones de vulnerabilidad anteriormente mencionadas.

#### **2.4. Dificultades para el acceso al sistema sanitario**

En el año 1986 se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Con la entrada en vigor en el año 2012 de la Ley 22/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, el Sistema Nacional de Salud expandió su rango de cobertura, incluyendo prácticamente al total de la población residente en España.

Fue a partir de la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012, en abril de 2012, que se retiraron las tarjetas sanitarias a los inmigrantes indocumentados mayores de 18 años.

Dentro de España se ha aplicado de forma desigual el Real Decreto 16/2012 debido a la compleja articulación de responsabilidades sanitarias (Moreno, 2015).

La literatura científica es concordante en mostrar que la salud de los inmigrantes puede estar en riesgo por la existencia de barreras para acceder al sistema sanitario por múltiples causas: tanto por la falta de sensibilidad y adaptación y también por el propio *statu quo* de migrante. Otro de los motivos que influyen es el desconocimiento de los servicios. Así, podemos afirmar que la población inmigrante puede encontrarse con ciertas barreras que les dificultan el acceso a los servicios sanitarios, debido, entre otras cosas, a requerimientos legales, burocracia, dificultades idiomáticas y baja alfabetización en salud. Estas barreras influyen en el deterioro de su bienestar y crean situaciones de desigualdad (Burón, 2012).

La evidencia disponible en nuestro país refiere que los inmigrantes suelen usar, preferentemente, los servicios de urgencias como puerta de entrada a los cuidados sanitarios, y hacen un uso limitado de la medicina especializada. Los motivos mencionados dificultan la continuidad asistencial y la integración en las actividades de prevención y promoción de la salud (Bas-Sarmiento et al., 2015).

El Hospital del Mar abarca la zona litoral de Barcelona, los distritos de Sant Martí y Ciutat Vella, este último con una densidad muy alta de población inmigrante.

## **2.5. La intervención del Trabajo Social sanitario (TSS) en la gestión social sanitaria por infección de covid-19**

Dolors Colom (2010) define el Trabajo Social sanitario como:

La especialidad del trabajo social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada. El uso del término sanitario frente al de salud obedece a la necesidad de establecer los perímetros exactos en los que se desenvuelve la disciplina y el sistema del Estado de bienestar dentro del cual se inscribe. El ejercicio del trabajo social sanitario engloba servicios y prestaciones y procedimientos y técnicas. Uno de los servicios y prestaciones identitarias del trabajo social sanitario es la planificación del alta sanitaria, entre otros (p. 109).

En el momento de la realización de la valoración por parte de la trabajadora social sanitaria (TSS) en el transcurso de la hospitalización se tienen presentes todas las variables y factores relacionados con el ingreso y también con el alta, teniendo una percepción global del proceso (Plaza et al., 2006).

El hospital es una organización viva, dinámica y cambiante, es por ello por lo que las TSS también deben ser activas, observadoras y con capacidad de adaptación y también de adelantarse a las situaciones.

En los hospitales de Barcelona, a raíz de la covid-19, fue necesaria la implantación de un procedimiento de gestión social y posteriormente la

creación del Hotel Salud para aquella población vulnerable que no podía realizar el aislamiento en su domicilio tras el alta hospitalaria.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) publicó el “Procedimiento de gestión social en el ámbito sanitario del coronavirus SARS-CoV-2. Gestión Social y psicosocial de las situaciones de aislamiento en el domicilio”.

Este procedimiento de gestión social tenía el objetivo general de facilitar que las personas positivas por covid-19 o en cuarentena por contacto estrecho pudieran disponer de la cobertura de necesidades básicas durante el periodo de aislamiento domiciliario.

## **2.6. Proyecto Hotel Salud como dispositivo alternativo al aislamiento domiciliario**

Durante el estado de alarma proclamado por el Gobierno ante la pandemia por coronavirus, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) del Servicio Catalán de la Salud decide la activación de dispositivos alternativos al aislamiento domiciliario con el objetivo de poder facilitar un aislamiento seguro para aquellos pacientes que no podían realizarlo en el domicilio y facilitar el drenaje de los pacientes ingresados en centros hospitalarios y en centros de atención intermedia de la ciudad de Barcelona.

Se realizó una primera reunión para la creación de un Comité de Emergencia Social el día 4 de marzo, el 13 de marzo se declaró el confinamiento domiciliario y el 22 de marzo ingresó el primer paciente en el Hotel Salud.

El 20 de marzo se publicó la primera versión del “Protocolo para la Apertura del Nuevo Dispositivo de Hotel Salud para dar respuesta a la crisis sanitaria por coronavirus”.

Esta medida facilitó una mayor rotación de los pacientes atendidos en el hospital y en los centros de atención intermedia, garantizando a toda la población la cobertura de las necesidades sociales básicas que habían quedado afectadas debido a la situación de emergencia y, por otra parte, limitar en gran medida los contactos comunitarios.

El dispositivo Hotel Salud es un dispositivo temporal alternativo al domicilio donde realizar el aislamiento domiciliario por covid-19. Se caracteriza por un grado de atención con bajo requerimiento sanitario.

El objetivo de este dispositivo era, por un lado, disponer de un espacio de aislamiento temporal para poder atender las necesidades de personas afectadas por la covid-19 que, por circunstancias de carácter social, no podían realizar el aislamiento en su domicilio y, por otro, facilitar y acelerar las altas tanto de los centros hospitalarios como de los centros de atención intermedia.

La accesibilidad al dispositivo Hotel Salud se gestionaba desde las unidades de TSS tanto de los hospitales, como desde los centros de atención intermedia y desde los centros de atención primaria de salud de la ciudad de Barcelona.

## 3. Metodología

### 3.1. Objetivos del estudio e hipótesis

El objetivo principal de este estudio es analizar el perfil de pacientes ingresados durante el primer año de pandemia por covid-19 en el Hospital del Mar y que requirieron realizar el aislamiento en el dispositivo Hotel Salud.

Partiendo del objetivo principal se marcan los siguientes objetivos secundarios:

- Conocer los datos sociodemográficos de sexo, edad y nacionalidad.
- Identificar la situación de cobertura sanitaria.
- Describir la situación global por área sanitaria de referencia.
- Identificar situaciones de vulnerabilidad social, motivo por el cual no podían realizar el aislamiento correctamente.

La hipótesis formulada en relación con los objetivos planteados es que la pandemia y la situación de emergencia sociosanitaria provocada por la covid-19 ha puesto de manifiesto que el Hospital del Mar atiende a una población con una alta situación de vulnerabilidad social y que los determinantes sociales en salud tienen un peso específico en la necesidad de intervención por parte del TSS.

### 3.2. Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo sobre el perfil de pacientes que requirieron ser trasladados desde el Hospital del Mar al dispositivo Hotel Salud por no poder realizar, de forma segura, el aislamiento por motivos sociales.

En lo referente al análisis, se trata de un análisis cuantitativo y de carácter temporal, llevado a cabo durante un año completo, de marzo del año 2020 a marzo del año 2021.

### 3.3. Población del estudio

La población de estudio del presente trabajo se realiza en base a aquellos pacientes ingresados en el Hospital del Mar y que requirieron ser trasladados al dispositivo Hotel Salud.

La población del estudio comprende aquellos pacientes ingresados en el Hospital del Mar de marzo del año 2020 a marzo del año 2021, diferenciando los pacientes derivados al dispositivo Hotel Salud desde el servicio de urgencias como desde cualquiera de las unidades hospitalarias del hospital. Toda la población seleccionada ha sido valorada por las profesionales del TSS del mismo hospital, que, una vez comprobada la inviabilidad de

realizar el aislamiento domiciliario de forma segura, gestionaron el traslado al dispositivo Hotel Salud.

Los criterios de inclusión en el estudio son:

- Pacientes visitados en el servicio de urgencias con sospecha o diagnóstico de covid-19 por clínica o prueba diagnóstica, con síntomas leves de la enfermedad que no requirieron ingreso hospitalario y que no pueden realizar el aislamiento en su domicilio.
- Pacientes ingresados en el Hospital en situación de alta clínica, estables pero que en el momento del alta todavía requieren de días de aislamiento domiciliario y que por circunstancias sociales no pueden realizarlo.

Los criterios de exclusión en el estudio son:

- Pacientes que no se encontraban clínicamente estables.
- Pacientes que vivían solos.
- Pacientes que procedían de centro residencial.
- Pacientes con enfermedad mental no compensada.
- Pacientes dependientes para las actividades de la vida diaria (AVDs) y/o pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con consumo de tóxicos activo.
- Pacientes que rechazaron el traslado al dispositivo.

Se trata de una población total no probabilística, con unos criterios de inclusión y de exclusión claros y bien definidos.

La población de estudio, que cumplía con los requisitos de inclusión, es de 524 pacientes (n = 524), el total de pacientes que fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud desde el Hospital del Mar en el primer año de pandemia.

### **3.4. Sistema de recogida de datos**

Los datos utilizados son de tipo primario, recogidos por las TSS del Hospital del Mar que gestionaban la solicitud de plaza en el dispositivo Hotel Salud en el periodo temporal de marzo del año 2020 a marzo del año 2021.

La naturaleza del estudio es cuantitativa, por lo que da una eficacia informativa a través de la estructuración y estandarización de los ítems, una mejor comprensión de las informaciones, la minimización de los errores y una relación entre tiempo y costes muy favorables (Brunet et al., 2002).

Para poder realizar el estudio se creó una base de datos en un documento Excel con los pacientes para los que desde el Hospital del Mar se gestionaba el dispositivo Hotel Salud.

Los datos que se incluían en el documento Excel eran: sexo, edad, nacionalidad, ubicación del paciente, área básica de referencia, tenencia de tarjeta sanitaria, fecha de ingreso, fecha de alta, motivo por el cual no podía realizar el aislamiento y Hotel Salud destino al alta.

Los datos se extraían de la historia clínica (HC) del paciente, de la historia clínica compartida (HC3), de entrevistas con pacientes o familiares y/o coordinación con TSS de primaria de salud o TS de servicios sociales básicos u otras instituciones.

En la base de datos no se recogía ni el nombre ni la filiación del paciente, asegurando en todo el proceso la confidencialidad en el tratamiento de los datos. El estudio no ha sido valorado por el Comité de Ética.

### **3.5. Variables del estudio**

Se creó una base de datos específica para recoger los datos relativos a los pacientes para los que desde el Hospital del Mar se gestionaba plaza en el dispositivo Hotel Salud.

La base de datos la cumplimentaba la TSS referente que había realizado la valoración y posteriormente la solicitud.

Los datos recogidos eran:

- Datos demográficos. Género: se distinguen dos ítems, hombre/mujer.
- Acceso a la red sanitaria pública (disponibilidad de CIP).
- Área Básica de Salud: con este dato podremos conocer si pertenece a la zona de influencia del Hospital del Mar.
- Ubicación desde donde se realiza la solicitud: se distinguen dos ítems, urgencias y hospitalización.
- País de nacimiento.
- Fecha de ingreso y alta.
- Motivo por el que no puede realizar el aislamiento seguro en su domicilio.
- Hotel Salud de destino.

En los casos en los que se realizaba la gestión para trasladar un paciente a Hotel Salud pero finalmente el traslado no era posible, también se especificaban en la base de datos los motivos de ello.

El sistema informático que se ha usado para el análisis de datos ha sido el programa Excel.

## **4. Resultados**

Durante el periodo de estudio se gestionaron 524 solicitudes para el dispositivo Hotel Salud que cumplían los criterios de inclusión del estudio.

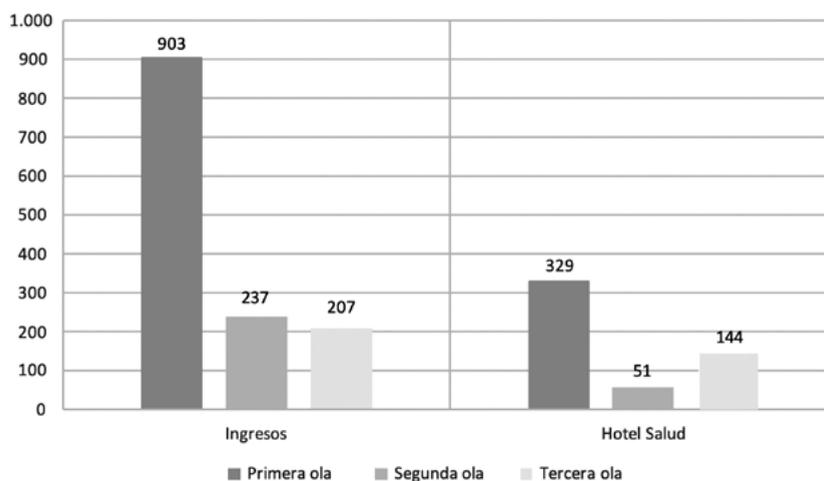
Así, la población del estudio es de 524 pacientes por los que desde el Hospital del Mar se gestionó el traslado al dispositivo Hotel Salud para realizar el aislamiento de forma segura.

Antes de empezar con el análisis descriptivo de los datos demográficos respecto a la población de estudio, creo necesario especificar la evolución temporal del número de ingresos por covid-19 en el Hospital del Mar, que se han sucedido en diferentes olas:

- Primera ola: del 13 de marzo de 2020 al 20 de junio de 2020: 903 ingresos.
- Segunda ola: del 11 de octubre de 2020 al 12 de diciembre de 2020: 237 ingresos.
- Tercera ola: del 13 de diciembre de 2020 al 31 de marzo de 2021 (final del estudio): 207 ingresos.

Los pacientes que fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud en la primera ola fueron del 36,4% (329 solicitudes), en la segunda ola del 21,5% (51 solicitudes) y en el periodo de la tercera ola estudiado, 69,6% (144 solicitudes).

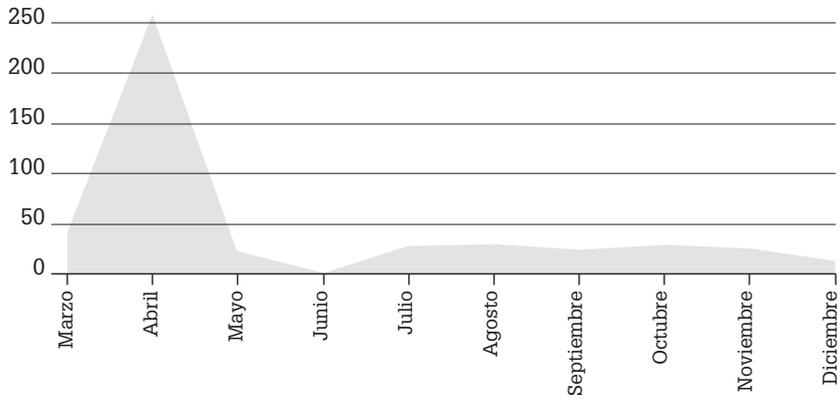
**Figura 1.** Relación de ingresos en el hospital con solicitudes a Hotel Salud



Fuente: Elaboración propia.

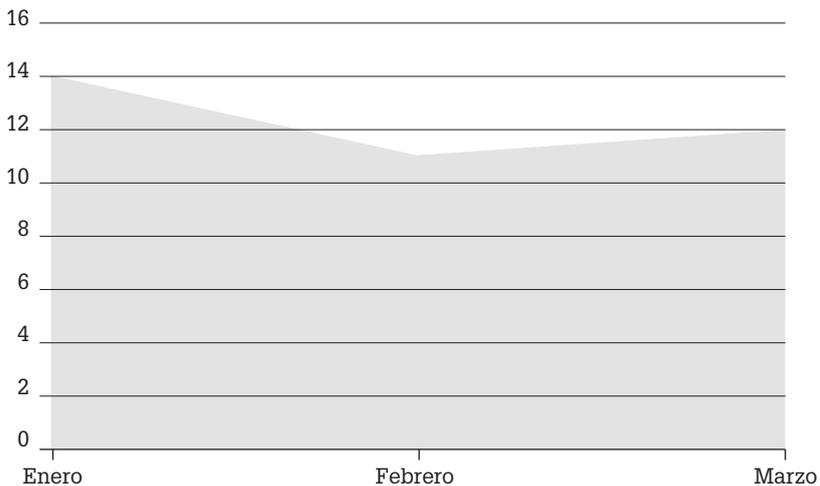
Si hacemos una separación teniendo en cuenta las solicitudes mensuales podemos observar que los meses en los que no se realizaron más solicitudes de plaza en el dispositivo Hotel Salud fueron, del año 2020: marzo (42 solicitudes) y abril (261 solicitudes) mayoritariamente, coincidiendo también con el mayor número de pacientes ingresados, superando la capacidad de camas hospitalarias disponibles y siendo necesaria la adaptación de nuevas áreas en el hospital donde ubicar camas y la necesidad también de habilitar un polideportivo que se encuentra al lado del hospital como una unidad más del hospital.

**Figura 2.** Solicitudes a Hotel Salud por meses. Año 2020



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 3.** Solicitudes a Hotel Salud por meses. Año 2021



Fuente: Elaboración propia.

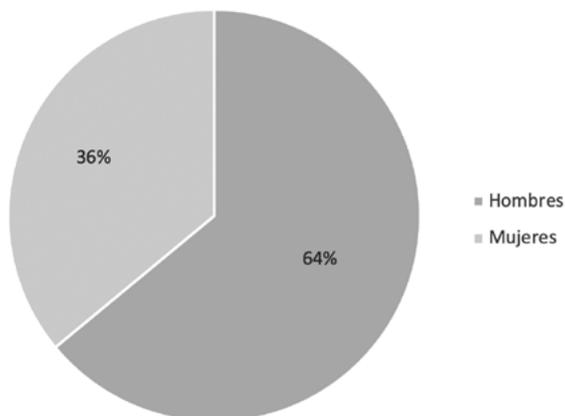
#### 4.1. Datos descriptivos del perfil de la población

##### 4.1.1. Género y edad

El género y la edad de las personas que no pudieron realizar el aislamiento seguro en su domicilio en la ciudad de Barcelona es importante, porque a pesar de tener en cuenta que son variables biológicas, pueden ser un indicador de la población en situación de vulnerabilidad sumergida previa a la situación de la pandemia.

De los 524 pacientes que incluyen la población de estudio (n = 524) el 64% eran hombres y el 36%, mujeres.

**Figura 4.** Relación por género



Fuente: Elaboración propia.

Referente a la variable de la edad de la muestra debemos tener en cuenta que para poder acceder al dispositivo Hotel Salud había varios criterios de exclusión que desestimaron a un cupo importante de pacientes de edad avanzada y hospitalizados. Estos criterios de exclusión de derivación al dispositivo Hotel Salud son la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y las personas institucionalizadas en centros residenciales. La edad media de la muestra es de 49,7 años, teniendo en cuenta que cinco bebés menores de un año fueron trasladados al dispositivo Hotel Salud junto a sus madres.

**Tabla 1.** Edad de la muestra

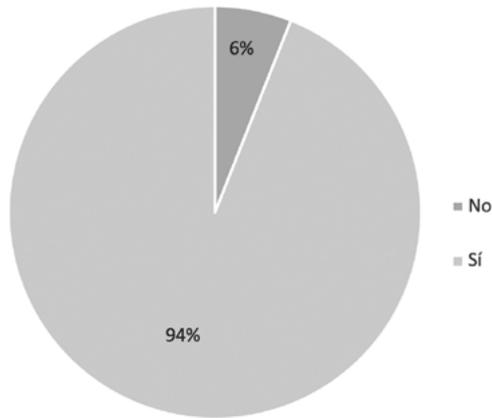
|      | Media | Mediana | Moda | Máxima | Mínima |
|------|-------|---------|------|--------|--------|
| Edad | 49,7  | 49      | 50   | 90     | 0      |

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.2. Disponibilidad de tarjeta sanitaria

El dispositivo Hotel Salud, al tratarse de una medida de carácter excepcional y con el objetivo de garantizar la cobertura de necesidades sociales básicas para toda la ciudadanía que cumpla los criterios de inclusión expuestos y que estaba afectada por la nueva situación de emergencia, no excluyó en este periodo estudiado a los pacientes que no disponían de tarjeta sanitaria, siendo estos el 6% de la muestra.

**Figura 5.** Disponibilidad de tarjeta sanitaria



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.3. Zona de referencia. Área Básica de Salud (ABS)

La ciudad de Barcelona está integrada por cuatro Áreas Integrales de Salud (AIS), dividiendo la ciudad en las AIS Derecha, AIS Izquierda, AIS Norte y AIS Litoral.

El Hospital del Mar forma parte de la AIS Litoral y está formada por los distritos de Ciutat Vella (5 ABS) y el distrito de Sant Martí (9 ABS) (tabla 2).

**Tabla 2.** ABS de referencia del Hospital del Mar por distritos

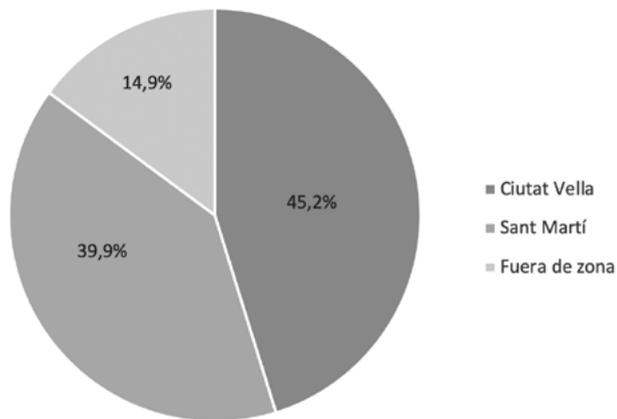
| Ciutat Vella   | Sant Martí              |
|----------------|-------------------------|
| 1A Barceloneta | 10A Vila Olímpica       |
|                | 10B Ramon Turró         |
| 1B Nucli antic | 10C Poblenou            |
|                | 10D Besós               |
| 1C Gòtic       | 10G El Clot             |
|                | 10H Sant Martí          |
| 1D Raval Sud   | 10I La Pau              |
|                | 10J Verneda             |
| 1E Raval Nord  | 10Z Sant Adrià. La Mina |

Fuente: Elaboración propia.

Se decidió incluir en el estudio el ABS de los pacientes de la muestra para poder conocer qué porcentaje de pacientes para los que desde el TSS se valoraba la necesidad de gestionar plaza en el dispositivo Hotel Salud y que se encontraban ingresados en el Hospital del Mar no pertenecían a su área de influencia, por un lado, y, por otro, cuáles eran las ABS con más dificultades para poder realizar el aislamiento de forma segura en su domicilio.

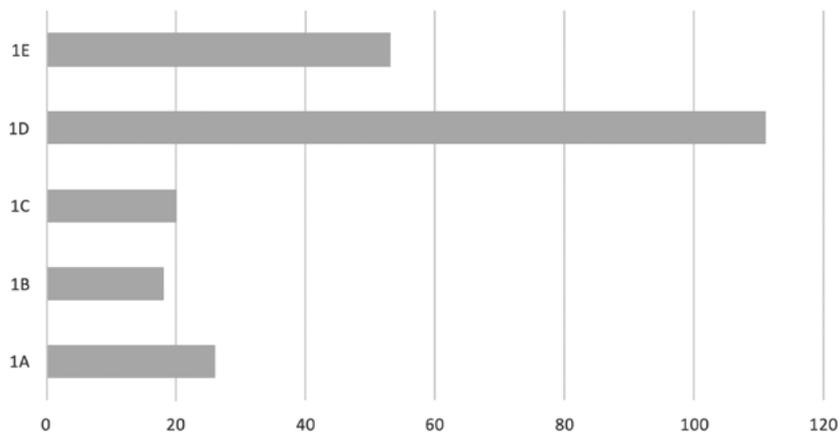
En el análisis de los datos destaca que se gestionaron más solicitudes a pacientes que vivían en el distrito de Ciutat Vella (45,2%, destacando las ABS de Raval Sud y Raval Nord) frente al 39,9% del distrito de Sant Martí, destacando el ABS del Besós tal como se adjunta en las siguientes tablas.

**Figura 6.** Solicitudes por distritos

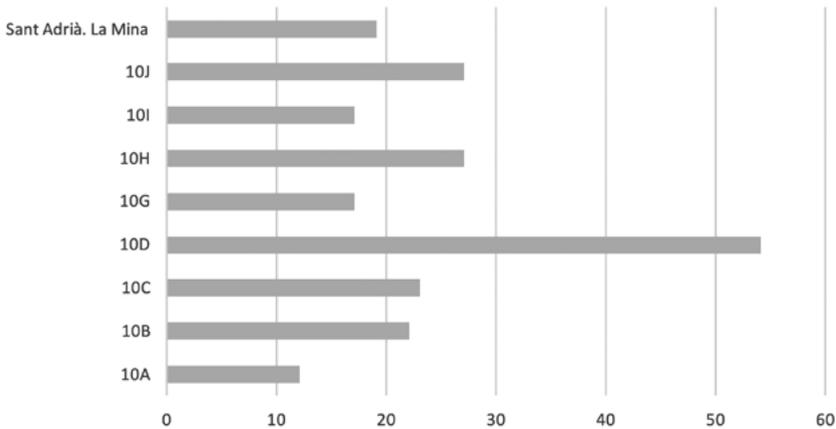


Fuente: Elaboración propia.

**Figura 7.** Solicitudes del distrito de Ciutat Vella según ABS



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 8.** Solicitudes del distrito de Sant Martí según ABS

Fuente: Elaboración propia.

El 14,9% de los pacientes que estaban ingresados en el Hospital del Mar durante el primer año de pandemia y que requirieron ser trasladados al dispositivo Hotel Saludno pertenecían al área de influencia del Hospital del Mar. Aquí cabe destacar pacientes que vivían en Barcelona pero pertenecían a otras ABS, pacientes que vivían en Cataluña y posteriormente, otro grupo que no disponían de ABS, por ser de otras comunidades autónomas de España o turistas en tránsito.

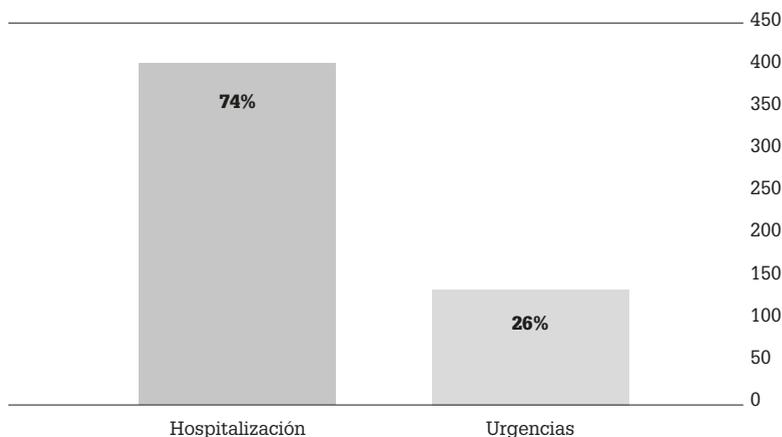
#### 4.4. Procedencia de la solicitud del dispositivo Hotel Salud

Para el análisis de la variable referente a la procedencia del servicio desde donde se realizaba la solicitud de Hotel Salud y, por tanto, ubicación del paciente, se categorizó en dos: hospitalización y urgencias.

La gestión por parte de la profesional del TSS de plazas en el dispositivo Hotel Salud se realizó desde el servicio de urgencias en el 26% de los casos, para aquellos pacientes con resultado positivo en la prueba diagnóstica o por clínica compatible con covid-19 a pesar de dar un resultado negativo o a la espera de resultado, siempre y cuando la TSS valorase que el paciente no podría realizar el aislamiento de forma segura en su domicilio.

La mayor parte de las solicitudes a Hotel Salud se gestionaron a pacientes ingresados en las unidades de hospitalización (74%), una vez superada la fase aguda de la enfermedad y estabilizados, en situación de alta clínica, pero que por motivos sociales no podían acabar de cumplir el periodo de aislamiento necesario en su domicilio en el momento del alta.

**Figura 9.** Origen de la solicitud



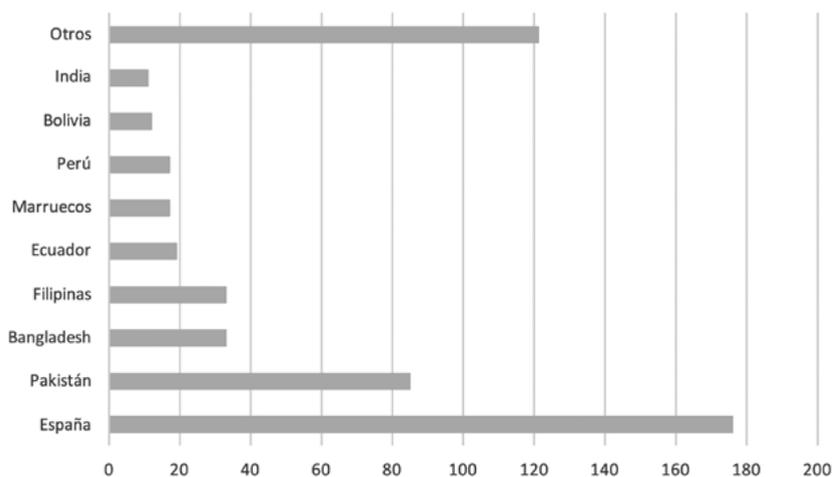
Fuente: Elaboración propia.

#### 4.5. País de origen de los pacientes

Desde el Hospital del Mar se gestionaron 524 solicitudes de plaza en el dispositivo Hotel Salud de pacientes provenientes de 40 países diferentes, de los cuales el 33% era población española y el 67% era población extranjera.

Destacan, seguido de España (33,6%), Pakistán (16,2%), Bangladesh y Filipinas (6,3% cada uno), Ecuador (3,6%), Marruecos y Perú (3,2% cada uno), Bolivia (2,3%) e India (2%).

**Figura 10.** País de origen de los pacientes trasladados a Hotel Salud



Fuente: Elaboración propia.

Los datos sobre esta variable son una representación de la población general atendida en el Hospital del Mar, caracterizado por su multiculturalidad.

#### 4.6. Motivos por los cuales no se podía realizar el aislamiento domiciliario

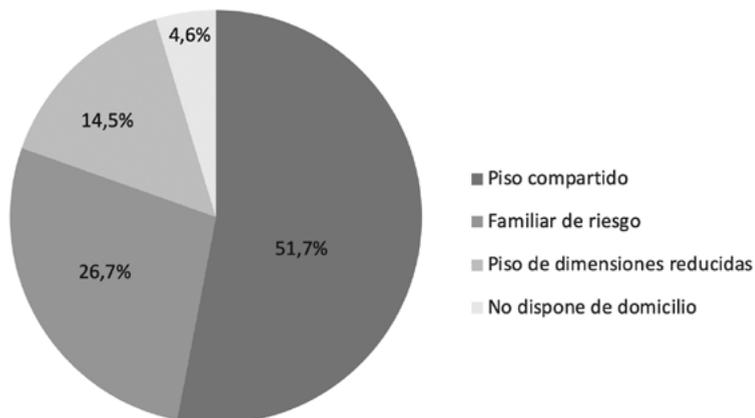
Desde la Unidad de TSS del Hospital del Mar y teniendo en cuenta el Protocolo del CSB desglosamos en cuatro ítems los motivos por los cuales los pacientes no podían realizar el aislamiento en su domicilio. Estos cuatro ítems fueron:

- Vivir en piso compartido con otras personas, situaciones de hacinamiento, en la que vivían de ocho a diez personas en el mismo piso.
- Convivir con familiares de riesgo (personas mayores, inmuno-deprimidas...).
- Vivir con otras personas en pisos de dimensiones reducidas, convivencia de diferentes núcleos familiares en la misma vivienda y que utilizaban las zonas comunes dándole uso de dormitorios o que no disponían de habitaciones con ventilación.
- No disponer de domicilio donde realizar el aislamiento domiciliario.

De la totalidad de la muestra, el 51,7% vivía en piso compartido, el 26,7% con familiares de riesgo, el 14,5% en viviendas de dimensiones muy reducidas y el 4,6% no disponía de domicilio donde realizar el aislamiento.

Ligado con el punto anterior que hacía referencia a los distritos de Barcelona, cabe añadir que las viviendas del barrio de la Barceloneta se conocen como “quarts de casa” (cuartos de casa), debido a la masificación del barrio y divisiones de los pisos originales primero en mitades y posteriormente en cuatro pisos, la mayoría de unos 30-35 m<sup>2</sup> y donde viven familias enteras.

**Figura 11.** Motivos por los que no se podía realizar aislamiento



Fuente: Elaboración propia.

## 5. Conclusiones

La situación provocada por el virus del SARS-CoV-2 supuso un impacto para la población a escala mundial, con una necesidad de adaptación a los cambios, provocando una crisis social y sanitaria que afectó de forma desigual a los diferentes grupos de población, generando nuevos contextos de vulnerabilidad social frente a los que ya se encontraban en esta situación.

Los datos reflejados en los resultados del estudio confirman la primera hipótesis planteada, que la ubicación del Hospital del Mar y los distritos de referencia que abarca atiende a una población vulnerable. Las variables analizadas reafirman la realidad del paciente ingresado en el Hospital del Mar y que la aparición de la covid-19 ha puesto de manifiesto que los determinantes sociales en salud son importantes en relación con la enfermedad.

En este estudio se observa que el volumen más importante de solicitudes de traslado a Hotel Salud se realizó durante la primera ola de la pandemia, sobre todo los meses de marzo y abril del año 2020, aunque fue un recurso de gran utilidad durante todo el primer año de pandemia, incluso hoy en día. Esta fecha también coincide con la explosión de contagios y el colapso de los centros sanitarios, momento en el que todos los pacientes ingresados en el Hospital del Mar tenían el mismo diagnóstico, SARS-CoV-2, y la necesidad de poder liberar camas hospitalarias para poder atender a los pacientes más graves era sin lugar a duda la prioridad de todo el personal sanitario.

La edad no era un criterio de exclusión para la derivación al dispositivo Hotel Salud, pero si tenemos en cuenta que la dependencia funcional, el deterioro cognitivo y encontrarse institucionalizado en un centro residencial sí que lo eran, hay que suponer que la mayoría de los pacientes derivados a Hotel Salud debía de ser joven, dato que se confirma en el estudio. Hay que destacar que Hotel Salud acogió desde mujeres con sus bebés recién nacidos hasta ancianos de 90 años.

Delante de la necesidad de atender a la población más vulnerable se decidió que el acceso al dispositivo Hotel Salud no se restringiera a las personas que no disponían de tarjeta sanitaria de Cataluña o que no estaban en situación administrativa regular, favoreciendo el acceso a la red sanitaria pública, por un lado, y, por otro, al alta hospitalaria, garantizando la cobertura de sus necesidades básicas.

La población que vive en la zona de influencia del Hospital del Mar se caracteriza por ser un territorio multicultural, con un porcentaje de población inmigrante muy elevado, en el que la barrera idiomática y cultural, junto a la precariedad económica, dificultaban la voluntad y el entendimiento de la realización del aislamiento.

Desde el Hospital del Mar se gestionaron el doble de solicitudes para el acceso al dispositivo Hotel Salud de pacientes que vivían en el barrio del Raval frente al resto de barrios. Este se caracteriza por su elevada

densidad de población, el aumento constante de inmigración y la variedad de nacionalidades que conviven en él, siendo mayoritariamente población originaria de Pakistán, Filipinas y Bangladesh.

Analizando el motivo por el que los pacientes no podían realizar de forma segura el aislamiento, la mayor parte de las solicitudes se realizaron porque los pacientes vivían en alojamientos multicompartidos. Otro de los motivos por los que los pacientes no podían realizar el aislamiento en su domicilio es porque se encontraban en situación de calle en el momento del ingreso en el hospital.

En Barcelona hay aproximadamente 1.000 personas que viven en la calle. En el momento de la pandemia el Ayuntamiento de Barcelona habilitó diferentes dispositivos para ofrecer alojamiento y cobertura de necesidades básicas para este grupo de población vulnerable y protegerlo frente al contagio de la enfermedad e impuso multas por encontrarse en la calle en los días de confinamiento o en horario restringido por el toque de queda.

Desde el Trabajo Social sanitario se puso énfasis desde el principio en que, debido al confinamiento, un grupo de población quedaría excluido, sin poder cubrir las indicaciones que daba en aquel momento el Gobierno sobre la necesidad de confinamiento domiciliario. Es importante remarcar la rapidez con la que se creó un protocolo de procedimiento de gestión en el ámbito sanitario para poder proteger a este grupo de población.

La gestión del dispositivo Hotel Salud fue realizada por trabajadoras sociales sanitarias con el apoyo de aquellos profesionales sanitarios que no eran necesarios “a pie de cama” (biólogos, logopedas...). Fue el trabajo en equipo la clave del éxito del proyecto. Cabe destacar también la colaboración de agentes externos: Guardia Urbana, Bomberos de Barcelona, Transporte Metropolitano de Barcelona (TMB)...

La rapidez en la creación de los procedimientos y la agilidad en el traspaso de la información a los diferentes proveedores de salud fue de vital importancia en la gestión social y sanitaria de la pandemia.

La pandemia también ha servido para reafirmarnos en la idea de que las trabajadoras sociales sanitarias somos expertas en la emergencia, en la planificación y en gestión del alta hospitalaria.

Era necesaria la creación de un dispositivo que cubriera las necesidades básicas de la población más vulnerable frente a la situación sanitaria y por otro lado que pudiera liberar camas hospitalarias de pacientes con clínica leve o asintomáticos y que la única dificultad con la que se encontraban en el momento del alta hospitalaria fuera la necesidad de un lugar seguro donde realizar el aislamiento.

Con el dispositivo Hotel Salud se pretendía disminuir la presión asistencial de los centros hospitalarios y poder drenar pacientes para así liberar camas tan necesarias en los hospitales para pacientes con clínica grave.

Como consecuencia, al poder realizar el aislamiento seguro a las personas con dificultades para realizarlo en su domicilio se evitó al máximo el contacto comunitario, previniendo así la propagación de la enfermedad.

Por otra parte, también se dio protección a todos aquellos colectivos de personas más vulnerables con alto riesgo de contagio comunitario.

El volumen de traslados desde el Hospital del Mar al dispositivo Hotel Salud en los meses de marzo y abril de 2020 fue muy alta. La creación de un protocolo con la intervención de diferentes agentes internos del hospital (Unidad de TSS, jefe del Servicio de Medicina Interna, Servicio de Farmacia, Servicio de Admisiones y camilleros) y externos (Consorti Sanitari de Barcelona, Cuerpo de Bomberos de Barcelona, Guardia Urbana y personal voluntario de Transportes Metropolitanos de Barcelona) fue de vital importancia para gestionar, en breves espacios de tiempo para evitar la presencia de pacientes en zonas de paso del hospital, el traslado de 15-20 pacientes por día.

Con todo lo expuesto se puede afirmar que desde la práctica profesional del Trabajo Social sanitario se supo dotar a los equipos sanitarios de proyectos adecuados para poder adaptarse a las necesidades sobrevenidas, a la evolución de estas necesidades y se dio una respuesta adecuada con la liberación de camas hospitalarias, prevención de contagios y respuesta a la emergencia.

---

## Referencias bibliográficas

- Amengual Moreno, M., Calafat Caules, M., Carot, A., Rosa Correia, A. R., Río Bergé, C., Rovira Plujà, J., Valenzuela Pascual, C., y Ventura Gabarró, C. (2020). Determinantes sociales de la incidencia de la Covid- 19 en Barcelona: Un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Revista Española de Salud Pública*; 94, 1-19.
- Ariza, C. (2017). La vessant psicosocial de la salut i la malaltia. Educació social. *Revista d'intervenció socioeducativa*, 66, 13-32.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.<sup>a</sup> J., y García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Revista Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251.
- Brunet, I., Pastor I., y Beizunegui, A. (2002). *Tècniques d'investigació social: Fonaments epistemològics i metodològics*. Pòrtic.
- Burón, A. (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47, 109-119.
- Dahlgren G., y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. World Health Organization.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 § 10498 (1986).
- Ley 22/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE núm. 240 § 15623 (2011).
- Ministerio de Sanidad (2020). *Equidad en Salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Recuperado 15 diciembre 2022, de [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)
- Moreno, F. J. (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España, *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 2015, 277-300. RACO. <https://raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/312799>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization, 2: 19 June - 22 July 1948*, (p. 16). World Health Organization. Recuperado 15 diciembre 2022, de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf)
- Otero, L. (2020). Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2. *Revista médica Herediana*, 31, 211-213.
- Plaza, B., García, A. M., y Muñoz. M. (2006). Programa de detección del riesgo social en el Hospital de Teruel. *Trabajo Social y Salud*, 53, 151-167.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, BOE núm. 98 § 5403 (2012).
- Silvano, I. D. (2018). *Determinantes de salud de las personas adultas que acuden al Programa de Procetts, Hospital San Juan Batista* (Tesis para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad católica Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Urbina, M., y González, M. Á. (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperado 15 diciembre 2022, de [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)