



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Vicepresidència Segona i  
Conselleria de Serveis Socials,  
Igualtat i Habitatge

Dirección General de Inclusión y  
Cooperación al Desarrollo  
Servicio de Prestaciones Inclusivas



**GENERALITAT  
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat

Oficina Autonómica de Coordinación e  
Integración Sociosanitaria de la  
Comunitat Valenciana OCISS

# Informe para la Mejora de la Coordinación entre Sanidad y Servicios Sociales en la Atención a Personas en Situación de Sinhogarismo



SISTEMA PÚBLICO  
VALENCIANO DE  
**SERVICIOS SOCIALES**

**Cátedra del Sistema  
Público Valenciano de  
Servicios Sociales.  
Universitat de València**





Esta iniciativa nace en el marco de la Oficina de Coordinación e Integración Sociosanitaria, dentro del Grupo de Trabajo de Personas en Situación de Sinhogarismo, con el respaldo de la Dirección General de Inclusión y Cooperación al Desarrollo y la Cátedra Interuniversitaria del Sistema Público de Servicios Sociales de la Universitat de València.

**Coordinadora GET (Grupo Específico de Trabajo) Sinhogarismo:**

- Cristina Sánchez Díaz. Coordinadora del Departamento de Intervención social de Casa Caridad.

**Grupo de trabajo:**

- Joan Carles Escrig Monfort. Director Salud Pública Castellón
- Belén Sánchez Garcés. Trabajadora Social. Salud y Comunidad
- Flor Jiménez Pardo. Directora CAST. Ayuntamiento de Valencia
- Leonor Granero Martí. Trabajadora Social Salud Mental. GVA
- Marta Albiol Soto. Responsable Territorial ACCEM Comunidad Valenciana
- Meritxell Villalonga. Universidad de Valencia.

**Coordinadora del GAT (Grupo de Área Técnica) de Inclusión social:**

- Mercedes Botija. Directora Cátedra del Sistema Público de Servicios Sociales. Universitat de Valencia

**ISBN 978-84-129620-4-8**



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN .....	7
2. LA ATENCIÓN A LA ADICCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO .....	9
2.1. Introducción.....	9
2.2. Justificación.....	9
2.3. Buenas prácticas y propuestas .....	10
3. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO .....	13
3.1. Ingresos hospitalarios .....	13
3.2. Atención desde las Unidades de Salud Mental (USM) .....	13
3.3. Buenas prácticas y propuestas .....	14
4. ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO .....	19
5. ATENCIÓN A PERONAS SIN HOGAR SIN COMPLETA AUTONOMÍA POR TEMAS DE SALUD ....	21
5.1. Cronicidad .....	21
5.2. Convalecencia .....	23
5.3. Acompañamiento final de la vida .....	25



## 1. INTRODUCCIÓN

El sinhogarismo constituye una de las expresiones más extremas y persistentes de exclusión social, en la que confluyen múltiples factores de vulnerabilidad: la pobreza estructural, la precariedad habitacional, los problemas de salud física y mental, las adicciones y la ausencia de redes de apoyo. A lo largo de los últimos años, la Comunitat Valenciana ha intensificado sus esfuerzos para dar respuesta a esta realidad compleja, apostando por modelos de atención integral que sitúen a la persona en el centro del sistema de cuidados.

Este informe, elaborado en el marco del Grupo de Trabajo GET PSH y en colaboración con entidades sociales, profesionales de los servicios sociales y sanitarios, y personal técnico de la administración pública, recoge las principales líneas de análisis, dificultades detectadas, propuestas de mejora y buenas prácticas en la atención a las personas sin hogar. Parte de una mirada comunitaria y una comprensión del sinhogarismo como fenómeno multidimensional que exige respuestas coordinadas, flexibles y adaptadas a las trayectorias vitales de quienes lo sufren.

A lo largo del documento se abordan ámbitos prioritarios como la atención a las adicciones, la salud mental, las patologías infecciosas, y la situación de personas sin hogar con escasa o nula autonomía por motivos de salud. En todos ellos se constata la necesidad urgente de mejorar la coordinación sociosanitaria y el trabajo conjunto entre los diferentes agentes sociales, de revisar los protocolos existentes y de avanzar hacia un modelo de intervención que integre el acompañamiento social, el acceso efectivo a la salud, y la garantía de derechos básicos como el alojamiento digno.

Este trabajo pretende contribuir al diseño de políticas públicas más justas y eficaces, reforzando el papel de las entidades del tercer sector, promoviendo el conocimiento mutuo entre sistemas y fomentando una atención más humana y sostenida en el tiempo. En definitiva, se trata de seguir construyendo, desde lo colectivo, un modelo de atención más accesible, inclusivo y centrado en las personas.



## **2. LA ATENCIÓN A LA ADICCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO**

### **2.1. Introducción**

El sinhogarismo constituye una de las formas más extremas de exclusión social, y en su intersección con los trastornos adictivos configura una realidad sociosanitaria de alta complejidad que requiere respuestas integradas, específicas y adaptadas a las circunstancias vitales de quienes la viven. La atención a las adicciones en personas en situación de sin hogar no puede desvincularse de los determinantes estructurales que inciden en la salud, tales como la pobreza, la exclusión residencial, la violencia vivida o el acceso desigual a los recursos.

Desde una perspectiva de salud comunitaria, es imprescindible abordar la adicción como una problemática que no puede tratarse únicamente desde el ámbito clínico, sino que debe ser considerada en el marco más amplio de la trayectoria vital, las redes de apoyo, y el contexto social de las personas. Esto exige, no sólo adaptar los recursos asistenciales existentes, sino también diseñar e implementar dispositivos que operen con una lógica de proximidad, flexibilidad y acompañamiento continuo.

A continuación, en el presente documento, se presentan propuestas concretas adaptadas al colectivo y alineadas con los objetivos de la Estrategia Valenciana de Coordinación e Integración Sociosanitaria.

### **2.2. Justificación**

El abordaje de las adicciones en personas en situación de sinhogarismo presenta una serie de obstáculos estructurales que limitan gravemente la eficacia de los recursos existentes y comprometen la continuidad asistencial. Estos obstáculos se manifiestan en distintos niveles del sistema, y su impacto se traduce en la cronificación de los problemas de salud, en episodios de riesgo evitables y en una desconexión entre los recursos disponibles y las trayectorias de vida de las personas más vulnerables.

Una de las principales dificultades es el retraso sistemático en el acceso a citas de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), donde las demoras pueden prolongarse durante varios meses. Este desfase entre la demanda y la atención efectiva provoca con frecuencia la pérdida de contacto con la persona atendida, quien puede encontrarse, durante ese intervalo, en situaciones de extrema vulnerabilidad que derivan en ingresos hospitalarios o incidentes graves. Estas situaciones, evitables con una respuesta más ágil y adaptada, ponen de relieve la necesidad de revisar y rediseñar los circuitos de acceso al tratamiento.

Asimismo, la falta de protocolos específicos para personas sin hogar invisibiliza sus condiciones de vida y perpetúa un modelo de atención pensado para una población que dispone de vivienda, apoyos y recursos básicos. Esperar una cita médica desde la calle, sin red de apoyo, sin medios de comunicación, sin condiciones mínimas de higiene o descanso, no puede equipararse a esperar desde un domicilio. La falta de este enfoque diferencial implica una profunda desigualdad en el acceso a la salud.

A ello se suma la disfuncionalidad en la atención a personas con patología dual —consumo problemático de sustancias y trastorno mental grave—, que suelen ser derivadas de un servicio a otro (entre UCA y Unidades de Salud Mental - USM) sin que ninguna de las dos áreas asuma la responsabilidad directa del inicio del tratamiento ni se articule una coordinación efectiva entre los dispositivos. Esta fragmentación asistencial no solo ralentiza el acceso a intervenciones integradas, sino que también agrava el estado clínico y psicosocial de las personas afectadas.

En este contexto, urge establecer una estrategia específica que aborde las barreras existentes desde una lógica de integración sociosanitaria real, con protocolos adaptados a las circunstancias de las personas sin hogar, con coordinación efectiva entre dispositivos, y con la implicación activa de las entidades sociales como facilitadoras del vínculo y la continuidad del cuidado.

### 2.3. Buenas prácticas y propuestas

En situaciones de crisis graves o brotes, cuando los recursos sociales no pueden sostener la atención, es indispensable que el sistema sanitario **asuma su responsabilidad**, estableciendo protocolos específicos para personas en exclusión residencial con patología mental grave. La falta de respuesta estructurada en estos casos pone en riesgo tanto a las personas afectadas como a su entorno. Las entidades sociales, desde su experiencia, pueden actuar como **facilitadoras del acceso y colaboradoras en la detección precoz**, pero nunca sustituir el deber institucional de garantizar el derecho a la salud.

#### **Propuestas para la mejora de la atención a personas en situación de sin hogar**

##### — **Derivación directa “puerta a puerta” desde UDH a recursos terapéuticos**

Se propone la tramitación directa de plazas en comunidades terapéuticas para personas sin hogar que han sido ingresadas en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Esta medida busca evitar que, tras una desintoxicación efectiva, la persona retorne a centros de acogida generalistas o incluso a la calle, donde el riesgo de recaída es alto. La continuidad terapéutica,

garantizada desde el alta, es clave para asegurar la eficacia del tratamiento y prevenir la cronificación del consumo.

— **Coordinación efectiva entre UCA y USM**

Es necesaria una revisión estructural del sistema de derivación y comunicación entre las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y las Unidades de Salud Mental (USM). Se propone la implantación de **protocolos unificados y supervisados** que aseguren la coherencia y continuidad del tratamiento, especialmente en los casos de patología dual, donde históricamente se ha evidenciado un vacío de corresponsabilidad institucional.

— **Implicación de centros de baja exigencia en la administración de tratamientos**

Muchos centros de baja exigencia y recursos de apoyo a personas en situación de sin hogar disponen de personal sanitario o sociosanitario capacitado para colaborar en la administración de tratamientos observados y la custodia de medicación. Se recomienda establecer **protocolos formales de coordinación con las UCA**, para que estos dispositivos puedan actuar como aliados efectivos en el seguimiento terapéutico y la adherencia farmacológica (compartiendo objetivos, calendarizando reuniones, etc.).

— **Protocolos específicos para la atención integral**

La elaboración de **protocolos diferenciados** es clave para responder a las necesidades reales del colectivo. Se propone:

- Protocolos específicos para la atención ambulatoria y hospitalaria de personas en situación de sinhogarismo, adaptados a su contexto vital.
- Protocolos de coordinación entre USM y UCA.
- Protocolos intersectoriales que integren a Servicios Sociales y entidades derivadoras, reconociendo el valor del acompañamiento profesional y comunitario.

— **Atención especializada a mujeres sin hogar con adicciones**

Se detecta la necesidad urgente de **protocolos específicos para mujeres víctimas de violencia de género con problemas de adicción**, que consideren las particularidades asociadas al trauma, la violencia sexual y la maternidad, así como las múltiples barreras que encuentran en el acceso a recursos terapéuticos.

— **Formación especializada en el ámbito sanitario**

Es fundamental avanzar hacia una **formación específica del personal sanitario** en el abordaje integral de personas en situación de sin hogar. Se propone la creación de equipos de referencia o unidades especializadas que faciliten los diagnósticos, definan pautas de tratamiento realistas y acompañen ingresos cuando sea necesario, especialmente en contextos de alta complejidad clínica y social.

— **Flexibilidad organizativa para la gestión de citas**

Se recomienda que los dispositivos sanitarios contemplen la posibilidad de **adaptar horarios y métodos de recordatorio de citas** para personas sin hogar. Esto incluye evitar programaciones tempranas y contar con estrategias de comunicación alternativa, ya que muchas personas carecen de móvil, red de apoyo o transporte, lo que condiciona seriamente su capacidad de asistir.

— **Acceso al sistema ABUCASIS desde CIBE**

Se propone **permitir el acceso completo al sistema ABUCASIS** a los profesionales médicos acreditados de los Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE), lo que facilitaría registrar tratamientos y acceder a historiales clínicos, en igualdad de condiciones que otros recursos sociosanitarios como residencias o centros de salud mental.

— **Acceso a naloxona en centros acreditados**

Para agilizar la respuesta ante sobredosis, especialmente en personas consumidoras de opiáceos, se recomienda **facilitar a los CIBE el acceso a naloxona**, dado que ya cuentan con profesionales sanitarios cualificados. Esta medida permitiría salvar vidas en situaciones de urgencia, reforzando el papel de estos centros como agentes de salud pública.

— **Reconocimiento institucional de la situación de sinhogarismo**

Actualmente, el sistema ABUCASIS no permite **registrar la condición de “persona sin hogar”** de manera oficial, lo que contribuye a su invisibilización. Se propone incluir este dato como **ítem 338**, permitiendo una mejor identificación, seguimiento clínico y planificación de recursos.

### **El papel de las entidades sociales en el acompañamiento y la continuidad asistencial**

Las entidades del tercer sector desempeñan un papel **estratégico y complementario** en el sistema de atención a personas sin hogar. Se destaca:

- Su **capacidad para construir vínculo** con las personas, muchas veces alejadas de los servicios formales.
- Su conocimiento experto en la **metodología de acompañamiento continuo**, clave para mantener a las personas vinculadas al sistema.
- La garantía de un **hilo conductor durante todo el proceso de atención**, desde el primer contacto en calle hasta el seguimiento post-alta hospitalaria o el ingreso en recurso especializado.

### 3. LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO

#### 3.1. Ingresos hospitalarios

Las personas sin hogar con patología mental grave enfrentan **graves barreras para ser ingresadas en las Unidades de Agudos**, incluso cuando se encuentran en situaciones críticas. Es frecuente que estas personas sean evaluadas con un diagnóstico de “problema social”, lo cual, aunque no excluye la existencia de un trastorno mental, actúa como **filtro excluyente** para el ingreso hospitalario. Como consecuencia, se derivan a las Unidades de Salud Mental (USM), donde el acceso puede demorarse semanas o meses, provocando con frecuencia la **pérdida de contacto con el paciente** o su reingreso posterior tras episodios de descompensación o incidentes evitables, incluso de carácter violento.

A esta situación se suma la **dificultad para establecer ingresos involuntarios** cuando la persona no tiene conciencia de su estado y rechaza la ayuda. La falta de protocolos ágiles y la ausencia de criterios claros para la intervención desde calle, especialmente en colaboración con el SAMU y el 112, **limitan la capacidad de actuar con eficacia y seguridad**, tanto para la persona afectada como para su entorno.

Además, cuando finalmente se produce el ingreso, **la falta de una red de apoyo o alojamiento al alta** condiciona el juicio clínico sobre la conveniencia del ingreso, y en ocasiones **se evita hospitalizar** por no disponer de un recurso donde continuar el proceso terapéutico. Esta lógica asistencial **perpetúa la exclusión sanitaria**, penalizando a quienes carecen de vivienda o estructura familiar.

Por último, tras el alta hospitalaria, muchas personas salen sin la medicación prescrita o sin tarjeta sanitaria (TAS), lo que les impide iniciar tratamiento ambulatorio inmediato o acceder a recursos donde la **toma de medicación es un requisito para el ingreso**. Esta situación genera una interrupción del tratamiento desde el primer día y **reproduce ciclos de ingreso–alta–exclusión** sin posibilidad real de estabilización clínica o social.

#### 3.2. Atención desde las Unidades de Salud Mental (USM)

El acceso a la atención en salud mental desde las USM presenta **importantes demoras y disfunciones** cuando se trata de personas en situación de sin hogar. El proceso de derivación suele ser lento, con tiempos de espera que superan los plazos clínicamente adecuados, lo que **incrementa el riesgo de recaídas, ingresos de urgencia o abandono del proceso terapéutico**. Esta dilación es especialmente grave en personas con trastornos mentales graves, que requieren seguimiento intensivo, atención continuada y estructuras de apoyo permanentes.

Además, no existen **protocolos específicos que adapten la atención ambulatoria a las condiciones de vida en calle**, lo que implica una inequidad estructural: esperar una cita en el domicilio, con apoyo familiar, no es comparable a esperarla en la calle, sin techo, sin acceso a información ni contención emocional. Esta falta de adaptación de los servicios a las circunstancias del sinhogarismo **limita la eficacia y la equidad del sistema de salud mental**.

En casos de patología dual (consumo problemático y trastorno mental), es habitual que el paciente sea derivado de UCA a USM y viceversa sin que ninguna de las dos unidades asuma la responsabilidad del caso. Esta falta de coordinación genera **circuitos vacíos y fragmentados**, que ralentizan el inicio del tratamiento, debilitan el vínculo terapéutico y aumentan el sufrimiento y la descompensación clínica.

Por último, cuando se produce un alta hospitalaria y la persona no accede a un recurso de alojamiento, o incluso **regresa voluntariamente a la calle**, no existe una respuesta estructurada desde salud mental. La **ausencia de equipos de calle especializados en salud mental** o la ausencia de apoyo profesional especializado a las entidades que efectúan trabajo de calle, impide su seguimiento en entornos no institucionalizados, lo que agrava la situación de desprotección y favorece la cronificación de los síntomas, así como la exclusión del sistema sanitario.

### 3.3. Buenas prácticas y propuestas

#### Propuestas para la mejora de la atención en salud mental a personas en situación de sinhogarismo

##### — Facilitación de ingresos involuntarios desde una perspectiva garantista

- Dado que los ingresos hospitalarios para personas con patología mental grave suelen verse condicionados por la presión asistencial y la falta de recursos, se propone establecer **mecanismos ágiles de ingreso involuntario** cuando concurren riesgos para la persona o terceros. Para ello, es fundamental que los **informes profesionales de entidades del tercer sector** puedan ser valorados por los juzgados como evidencia válida, reconociendo su proximidad al caso y su conocimiento técnico. Esta medida permitiría reforzar el enfoque preventivo y garantizar derechos en situaciones de crisis sin cobertura familiar o institucional.

##### — Mejora de la coordinación entre UCA y USM

- La creación de **protocolos claros, compartidos y con supervisión de cumplimiento** entre las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y las Unidades

de Salud Mental (USM) es una prioridad para evitar la fragmentación asistencial, especialmente en los casos de patología dual. Se propone una coordinación operativa basada en la corresponsabilidad de los dispositivos y con equipos de enlace que eviten derivaciones cruzadas sin seguimiento.

— **Acceso inmediato a recursos tras el ingreso hospitalario**

- En situaciones de exclusión residencial, se recomienda que, **tras el alta hospitalaria**, la persona pueda acceder sin demora a **un recurso residencial terapéutico o finalista**, según su grado de autonomía. Esta derivación debe realizarse de forma directa y programada desde el hospital, evitando retornos a la calle u otros espacios no adecuados para la estabilización clínica o emocional.

— **Protocolos específicos y adaptados al sinhogarismo**

- Se requiere la implantación de **protocolos diferenciados** que contemplen:
  - La atención ambulatoria y hospitalaria adaptada a la vida en la calle.
  - La coordinación efectiva entre UCA y USM.
  - La articulación con los servicios sociales y las entidades derivadoras, reconociendo su papel clave en el acompañamiento y seguimiento de los casos.
  - Valorar la posibilidad de la entrega de la medicación psiquiátrica directamente en calle o en puntos establecidos coordinadamente con agentes de salud.

— **Unidades móviles de salud mental**

- Para atender a personas en situación de calle o asentamientos, se propone crear **unidades móviles de salud mental** compuestas por equipos multidisciplinares (psiquiatría, enfermería, trabajo social) que permitan realizar intervenciones in situ, vinculación, valoración y seguimiento, facilitando el acceso al sistema desde la proximidad.

— **Aumento de plazas en hospitales y recursos intermedios**

- Es necesario ampliar la capacidad de ingreso en salud mental en los **hospitales del sistema público valenciano**, especialmente en el Hospital Provincial, La Plana y Vinaròs. Esta medida debe ir acompañada de la habilitación de **recursos intermedios y de larga estancia**, como viviendas supervisadas o pensiones, adaptadas a personas con problemática de salud mental y sinhogarismo.

— **Protocolos con el 112 y SAMU para ingresos desde calle**

- Se propone el diseño de **protocolos específicos con el 112 y el SAMU** para realizar ingresos hospitalarios involuntarios desde la calle, garantizando los derechos de las personas y reduciendo los riesgos para su salud. Estos protocolos deben contemplar criterios sociosanitarios y la participación de profesionales que conocen a la persona afectada.
- **Alta hospitalaria con continuidad garantizada**
  - Toda alta hospitalaria debe realizarse con:
- **Medicación prescrita para varios días.**
- Tarjeta sanitaria gestionada o en trámite (TAS).
- **Cita concertada en la USM o servicio correspondiente.**  
Estas medidas evitarán interrupciones críticas en el tratamiento y reducirán los reingresos por descompensación.
- **Incorporación de la perspectiva de género**
  - La atención a mujeres en situación de sinhogarismo con problemas de salud mental debe contemplar la **presencia de factores diferenciales asociados a la violencia de género, abusos sexuales o traumas severos**. Se recomienda adaptar los protocolos clínicos a estos condicionantes y formar al personal sanitario en esta mirada específica.
- **Protocolos de coordinación intersectorial**
  - Debe establecerse una **coordinación estructurada entre salud y servicios sociales**, así como con las entidades de atención directa, para conocer en profundidad el contexto de las personas en sinhogarismo, compartir información clave y evitar intervenciones desconectadas o superpuestas.
- **Acceso directo desde urgencias a recursos residenciales**
  - Es clave facilitar **vías rápidas de acceso desde urgencias hospitalarias** a recursos de alojamiento de la red de salud mental, evitando que las personas dadas de alta queden nuevamente en situación de calle, lo que desactiva cualquier avance clínico logrado durante la hospitalización.
- **Aumento de plazas específicas en salud mental comunitaria**
  - Se plantea **incrementar la dotación de recursos residenciales especializados**, incluyendo pisos supervisados, pensiones con apoyo social, y residencias para personas con trastorno mental grave, diseñadas con criterios de inclusión y adaptabilidad para personas sin hogar.
- **Formación psicosocial de equipos sanitarios**

- Es fundamental formar al personal de salud en **intervención psicosocial, trauma complejo y sinhogarismo**, para dotarles de herramientas que favorezcan el vínculo terapéutico, el respeto por los itinerarios personales y la reducción de la violencia institucional.

— **Investigación desde un enfoque de derechos sociales**

Se recomienda impulsar **investigaciones interdisciplinarias sobre los determinantes psicosociales del bienestar y malestar** en personas sin hogar, integrando la dimensión de derechos y la perspectiva de los propios protagonistas. Esta línea debe traducirse en políticas públicas más empáticas, basadas en la evidencia y centradas en la persona.

**El papel clave de las entidades sociales**

Las entidades sociales desempeñan una función insustituible en la **detección, acompañamiento y seguimiento** de personas en situación de sinhogarismo, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad. Su acción permite:

- **Romper el aislamiento** y establecer el primer vínculo de confianza.
- **Acompañar durante los procesos terapéuticos e ingresos hospitalarios.**
- **Facilitar la transición** hacia recursos residenciales o comunitarios.
- **Detectar casos de violencia institucional** o negligencia asistencial.
- **Actuar como facilitadoras del acceso** a recursos sanitarios y sociales.

En los casos en los que los recursos del sistema no pueden sostener situaciones de crisis o brotes, debe ser el sistema sanitario quien asuma el soporte clínico necesario, evitando la delegación total en entidades no asistenciales. **Es necesaria la creación de protocolos compartidos** que reconozcan la función de las entidades sociales sin sustituir las responsabilidades públicas, asegurando una atención conjunta, coordinada y digna.



#### 4. ATENCIÓN A LAS PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO

La atención a personas en situación de sin hogar en asentamientos: los asentamientos carecen a menudo de agua ni luz, concentrando un alto número de población extranjera, con elevado porcentaje de consumo de alcohol y/u otras drogas. Son bolsas poblacionales con casos de TBC activa en fase bacilífera o contagiosa. La mayor bolsa de esta población está en las zonas de alquerías y construcciones abandonadas del municipio. La mayoría presenta una fuerte adicción al alcohol y en general, cierta hostilidad para tomar el tratamiento de la tuberculosis. En casos concretos resulta muy complejo que los pacientes tomen este tratamiento. En los asentamientos es muy complejo realizar censos ya que la población es muy cambiante. Estas dificultades son extensibles a las personas en situación de calle. Entre las buenas prácticas detectadas y las propuestas a futuro quedan señalar:

- Se ha creado una **mesa intersectorial en Burriana para abordar problemas sociales en los asentamientos**, empezando por la coordinación del seguimiento de estos tratamientos antibióticos por parte de Salud Pública, hospital, atención primaria, Consellería de Igualtat y Serveis Socials i Habitatge y Ayuntamiento de Borriana.
- Realizar **cribados con campañas de cáncer** (colon, mama y cérvix) en cárceles y en población en exclusión. Se han realizado cribados en población penitenciaria y seis jornadas de Gipsy Queen, cribado de mama en población gitana.
- **Campañas de vacunación** de personas en riesgo de exclusión en asentamientos y centros de atención a personas en situación de sin hogar.
- **Disponer de sistema de captación de personas con sexo transaccional ya que es población altamente vulnerable**. Se ofrece vacunación con especial atención de las enfermedades de transmisión sexual, cribado de cáncer de cérvix, y se aprovecha para activar tarjeta sanitaria si procede y valorar otros problemas de salud.
- En casos concretos se pueden realizar **actuaciones con víctimas de explotación sexual y/o trata** de personas, en coordinación con las entidades que trabajan con este colectivo y el Programa ALBA.
- En Valencia era muy útil y facilitadora la **clínica para el control y seguimiento de la TBC que había en el CAST** (Valencia) donde se agilizaban pruebas (sea Manoux o IGRA) y se facilitaba y controlaba el tratamiento prescrito.
- **Como resumen aportamos tres prioridades:**
  - Realizar cribados a población específica de TBC, mama, colon y cérvix.
  - Colaboración con los CIPS

- Vacunación (campañas)
- Desde las **unidades de trabajo social de Hospitales y Centros de Salud Pública puede llevarse un seguimiento** de los pacientes positivos junto a las farmacias de referencia (ya hay experiencias en la ciudad de Valencia Centre Pere Bofill).
- Desde Salud Pública facilitar a los **Centros que dispongan de personal sanitario y acreditación** del material necesario para realizar la pruebas y vacunaciones.
- Comprobar el funcionamiento de los **CIPS en cada provincia para poder coordinar sus servicios con las necesidades de nuestros usuarios/as** .
- Se observa una invisibilización del colectivo en el sistema sanitario, al no haber en **ABUCASIS** un ítem que recoja su situación (sin hogar) ni poder registrarse cuando al alta hospitalaria la persona va a calle por no tener hogar. Se propone incluir este ítem en ABUCASIS (ítem 338); como ya se ha mencionado anteriormente en este documento.

## 5. ATENCIÓN A PERONAS SIN HOGAR SIN COMPLETA AUTONOMÍA POR TEMAS DE SALUD

Las personas en situación de sinhogarismo se encuentran expuestas a condiciones de vida extremadamente duras, lo que impacta de forma directa y sostenida en su salud física y mental. La vida en la calle, el acceso irregular a la atención sanitaria, la exposición a agresiones o inclemencias, la alimentación deficiente y la falta de higiene constante derivan en el agravamiento o cronificación de múltiples patologías. Cuando a estos factores se suman enfermedades mentales y adicciones, el resultado es una población que, en muchos casos, presenta un estado de salud tan deteriorado que su recuperación completa resulta inviable desde el punto de vista clínico.

### 5.1. Cronicidad

La tendencia en el perfil de personas en situación de sin hogar que acude a recursos para personas en estado de convalecencia, como en el caso de la experiencia del Centro de Atención Temporal (CAT) Benicalap en València, expone de forma clara una situación que ya se percibe en múltiples recursos similares de la Comunitat Valenciana: la red de atención al sinhogarismo acoge, cada vez más, a personas con enfermedades crónicas, sin autonomía plena, y sin perspectivas de mejoría sustancial a nivel sanitario. Esta situación está transformando la finalidad de estos centros, concebidos en origen para la convalecencia y la estabilización temporal, en espacios de atención prolongada que asumen funciones para las que no están estructuralmente preparados.

#### **Un nuevo perfil de usuarios: cronicidad, dependencia y fragilidad**

Los datos recogidos en el CAT Benicalap a fecha de 28 de marzo de 2025 reflejan un escenario paradigmático:

- De las 61 personas residentes, **solo 6 se encuentran en proceso de convalecencia**, es decir, recuperándose de un episodio clínico puntual. No obstante, incluso dentro de este grupo, varias presentan enfermedades de base crónicas e irreversibles que hacen prever una permanencia más allá del alta médica inicial.
- **35 personas presentan enfermedades crónicas que les impiden una salida autónoma del recurso.** Esto ha modificado el modelo de intervención, pasando de un enfoque centrado en la recuperación a uno que requiere atención médica prolongada, apoyo en las actividades básicas de la vida diaria y coordinación intersectorial para garantizar la continuidad asistencial.
- Entre las patologías más frecuentes se encuentran enfermedades oncológicas, trastornos de salud mental graves, diabetes, cirrosis, enfermedad renal crónica,

patologías cardíacas y neurológicas. Estas condiciones requieren de dispositivos adaptados, equipamiento clínico adecuado y profesionales formados, recursos que no siempre están disponibles en los centros actuales.

- **8 personas sufren enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis**, una condición que requiere un seguimiento especializado y riguroso.
- Además, **16 personas fueron derivadas directamente desde hospitales** y otras **5 desde recursos puente tras una alta hospitalaria**, lo que pone de manifiesto la importancia de los **itinerarios “puerta a puerta”** para evitar caídas en situación de calle tras un ingreso.

Esta realidad pone en evidencia que los CAT y otros recursos similares están evolucionando de facto hacia centros de atención sociosanitaria, sin que el sistema los haya adaptado aún formalmente a esta función.

Los datos epidemiológicos refuerzan esta tendencia: **las personas sin hogar viven una media de 20 años menos** que la población general y presentan **entre 2 y 50 veces más problemas de salud física**. La calle no solo enferma, sino que impide el tratamiento adecuado y cronifica patologías. Si bien los recursos como los CAT fueron diseñados como espacios de transición para la recuperación, la realidad actual exige una **redefinición funcional**, donde puedan alojarse personas con enfermedades crónicas y no simplemente convalecientes.

Este cambio no cuestiona la calidad de la atención prestada, sino que responde a una **nueva realidad estructural**, donde los perfiles atendidos requieren de una mayor especialización, dispositivos sociosanitarios integrados y circuitos de derivación mucho más dinámicos y sensibles a la urgencia sociosanitaria.

En este sentido se realizan propuestas:

#### **1. Protocolos de coordinación entre Consellerías de Inclusión y Sanidad**

- Establecer **itinerarios de derivación directa desde hospitales a los CAT** para personas sin hogar convalecientes, mediante acuerdos interinstitucionales que garanticen un número de plazas asignadas con este perfil.
- **Priorizar en el sistema de dependencia o salud mental** a aquellas personas alojadas en recursos de exclusión social con solicitud pendiente, para favorecer su traslado a centros adecuados a su situación crónica, liberando así plazas en los CAT.
- Garantizar un **diagnóstico médico claro** que distinga entre convalecencia y cronicidad, para una asignación adecuada de recursos.

- Realizar un **estudio específico sobre el volumen y perfil clínico de personas sin hogar con enfermedades crónicas**, con el fin de ajustar la red sociosanitaria a esta nueva realidad.

## 2. Protocolos de derivación adaptados

- Desarrollar **protocolos unificados de derivación**, que incluyan variables sanitarias y sociales: informes de dependencia, certificados de discapacidad, capacidad para la vida autónoma, etc.
- Incluir en **ABUCASIS** un ítem específico (por ejemplo, el ítem 338) que permita registrar la **situación de sinhogarismo**, tanto en atención primaria como hospitalaria, y que documente si la persona, al recibir el alta, regresa a la calle. Esta medida permitiría **visibilizar al colectivo en el sistema sanitario** y mejorar la trazabilidad de su atención.

Se observa un fenómeno estructural que afecta a toda la red de atención al sinhogarismo: **el progresivo incremento de personas con enfermedades crónicas, sin redes de apoyo y con una dependencia sanitaria creciente**. Esta nueva realidad requiere una transformación de los dispositivos actuales, desde la planificación estratégica, la coordinación sociosanitaria y la revisión normativa.

En definitiva, es imprescindible que el sistema público adapte su respuesta, no solo desde la emergencia y la cobertura básica, sino desde una **mirada integral, prolongada y respetuosa con los derechos de las personas en situación de sin hogar**, que cada vez más necesitan cuidados especializados, continuidad terapéutica y condiciones de vida dignas.

## 5.2. Convalecencia

En el abordaje integral del sinhogarismo, uno de los retos más urgentes es garantizar una atención adecuada y continua a las personas en situación de sin hogar que se encuentran en **fase de convalecencia tras un ingreso hospitalario** o una intervención médica compleja. La alta vulnerabilidad física y social de este colectivo exige una coordinación sociosanitaria efectiva que permita dar respuesta tanto a sus necesidades clínicas como a su situación residencial.

A continuación, se detallan una serie de **propuestas operativas** orientadas a mejorar la atención y el seguimiento de estas personas, promoviendo circuitos ágiles de derivación y continuidad asistencial:

- **Verificación sistemática de la pauta médica tras el alta o visitas clínicas:** Es fundamental asegurar que la medicación prescrita en los informes hospitalarios esté correctamente registrada en la pauta médica operativa del paciente. En numerosas

ocasiones se detecta que existe una discrepancia entre la medicación pautada y la efectivamente administrada, lo que genera interrupciones en el tratamiento e impactos directos sobre la salud de la persona.

- **Establecimiento de canales directos con centros de salud y hospitales:** Se propone mejorar los mecanismos de comunicación entre los recursos sociales y los centros sanitarios, especialmente en lo relativo al contacto con especialistas clínicos. Para ello, las **Unidades de Trabajo Social Hospitalarias (UTSH)** podrían ejercer un papel clave como facilitadoras del proceso, aunque se reconoce que la sobrecarga actual de estos servicios puede limitar su capacidad de respuesta.
- **Disponibilidad de profesionales de trabajo social hospitalario en turnos de mañana y tarde:** La presencia continuada de estos perfiles favorecería la gestión de altas hospitalarias con alternativas residenciales viables, especialmente en casos donde las personas no cuentan con red familiar o social. Esta medida facilitaría una **planificación más humanizada y eficaz del alta**, evitando el retorno a la calle.
- **Gestión coordinada de derivaciones a centros de diálisis:** Ante el incremento de personas en situación de sinhogarismo que requieren tratamientos de diálisis, es prioritario que las derivaciones a centros especializados se realicen con el tratamiento ya tramitado. En caso contrario, el proceso de contacto con nefrología y validación de protocolos puede generar retrasos, pérdidas de sesión y un deterioro del estado clínico del paciente. Se sugiere como alternativa permitir que **continúen provisionalmente en el hospital de referencia** hasta completar el proceso de derivación.
- **Acceso al transporte sanitario para personas sin documentación legal:** En la actualidad, la imposibilidad de solicitar transporte sanitario por no disponer de TIE (Tarjeta de Identidad de Extranjero) o cuenta bancaria **supone una barrera de acceso real** a tratamientos esenciales. Esto obliga a las entidades sociales a asumir el coste del transporte privado. Se propone una revisión del protocolo de acceso al servicio de ambulancias para garantizar la cobertura del traslado sanitario a todas las personas, independientemente de su situación administrativa.
- **Creación de un área específica de acompañamiento sanitario en hospitales:** Dado que muchas personas en situación de sinhogarismo permanecen periodos prolongados ingresadas, y que las entidades no pueden garantizar una presencia continuada, se propone habilitar una **unidad de acompañamiento sanitario específica**, que pueda coordinar visitas, acompañamientos y seguimiento desde una perspectiva integral.
- **Facilitación de material de curas desde los centros de salud:** Si los recursos sociales con personal sanitario pudieran acceder a materiales básicos de curas (gasas, apósitos,

cremas, desinfectantes), se reduciría la presión sobre la red de atención primaria. Esta medida permitiría **realizar curas ambulatorias en los propios centros sociales**, sin saturar las agendas sanitarias ni movilizar a personas con movilidad reducida innecesariamente.

- **Optimización de la figura sanitaria en los centros sociales:** Se propone reforzar y coordinar la presencia de personal sanitario (enfermería, medicina general) en los dispositivos de atención al sinhogarismo, para llevar a cabo pruebas diagnósticas básicas —como la prueba de TBC—, seguimiento de patologías crónicas y enlace con los recursos públicos de salud.
- **Establecimiento de circuitos preferentes de acceso a recursos de salud mental y adicciones:** Las personas en situación de sinhogarismo deberían tener **acceso prioritario a citas en UCA, unidades de alcoholología y salud mental**, dada su alta vulnerabilidad y las dificultades estructurales que presentan para cumplir con agendas estándar.
- **Creación de dispositivos específicos en salud mental para personas sin hogar:** Se valora la **necesidad urgente de recursos especializados en salud mental adaptados a la exclusión residencial**, bien mediante la apertura de un centro específico o la conformación de **equipos de calle con profesionales de psiquiatría, psicología clínica y trabajo social sanitario**. Este dispositivo móvil permitiría la detección precoz de crisis, la intervención in situ y el acompañamiento terapéutico fuera del modelo institucional tradicional.

Estas propuestas responden a un modelo de atención que reconoce la interdependencia entre salud y exclusión social, y que apuesta por **una red sociosanitaria flexible, coordinada y adaptada** a la realidad de las personas sin hogar. La convalecencia no puede entenderse como una fase aislada del proceso clínico, sino como **una oportunidad para garantizar la continuidad de cuidados y la dignidad en el acompañamiento**

### **5.3. Acompañamiento final de vida**

En el contexto del abordaje integral del sinhogarismo y la atención a personas en situación de exclusión social con enfermedades crónicas avanzadas, se considera de **especial relevancia la creación de un centro específico para el acompañamiento en el final de la vida**, gestionado de forma **coordinada entre los ámbitos sanitario y social**.

Actualmente, en los recursos de la red de atención al sinhogarismo se alojan personas cuya salud se ve deteriorada progresivamente debido a enfermedades graves e irreversibles,

como es el caso de los **procesos oncológicos en estadios IV** u otras enfermedades degenerativas. Ante la ausencia de alternativas adaptadas, estas personas son habitualmente derivadas a **hospitales de crónicos**, donde permanecen hasta su fallecimiento. Sin embargo, esta solución, aunque asistencialmente válida, no garantiza un acompañamiento emocional, social y espiritual adecuado en esta fase final de la vida.

Se propone por tanto la creación de un **Centro Sociosanitario de Acompañamiento al Final de la Vida**, orientado a proporcionar **cuidados paliativos integrales** a personas en situación de sinhogarismo o exclusión severa que se encuentran en fases terminales de enfermedad.

Este dispositivo contaría con:

- **Atención médica y de enfermería especializada** en cuidados paliativos, dolor crónico y soporte clínico continuado.
- **Intervención social y psicosocial** para abordar las dimensiones emocionales, relacionales y biográficas de la persona, incluyendo el acompañamiento por profesionales del trabajo social y la psicología.
- **Enfoque holístico y centrado en la persona**, respetando sus últimas voluntades, creencias, valores, y necesidades espirituales o simbólicas.
- **Presencia profesional las 24 horas del día**, asegurando una atención continua, humana y personalizada.
- Un entorno **acogedor, digno y adaptado**, que sustituya al entorno hospitalario tradicional por un espacio de vida donde la persona pueda transitar su última etapa con intimidad, serenidad y acompañamiento.

Este centro no solo cubriría una necesidad sanitaria, sino que también respondería a un imperativo ético: **garantizar el derecho a morir con dignidad**, especialmente en personas que han vivido buena parte de su trayectoria vital fuera de los márgenes del sistema, y que en muchas ocasiones carecen de red familiar o apoyo afectivo.

El centro actuaría además como un **recurso de referencia para toda la red de atención al sinhogarismo**, permitiendo derivaciones desde CATs, viviendas tuteladas o unidades hospitalarias, con criterios clínicos y sociales bien definidos, y en colaboración estrecha con las Consellerías de Sanidad y de Servicios Sociales.

En definitiva, esta propuesta representa un paso esencial hacia un modelo de atención **más humanizado, compasivo y justo**, que no abandona a las personas en sus momentos más vulnerables, y que sitúa el cuidado y la dignidad como principios rectores del sistema público.



GENERALITAT  
VALENCIANA



SISTEMA PÚBLIC  
VALENCIÀ DE  
**SERVEIS SOCIALS**

VNIVERSITAT  
D' VALÈNCIA



**uvcàtedrès**  
Càtedra Interuniversitaria del  
**SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO  
DE SERVICIOS SOCIALES**



GENERALITAT  
VALENCIANA

**XARXA DE CÀTEDRES** | Sistema Pùblic Valencià de Serveis Socials

