

**Marta Cardona Pascual**

**Soledad Hanna Olbricht Doménech**

**“PROBLEMÁTICA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR PARA EL ACCESO A UN  
SEGUIMIENTO ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA  
PROPUESTA DE MEJORA”**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Dirigido por la Dra. Eva de Mingo Fernández**

**Grado de Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de Enfermería – Campus Catalunya**

**TARRAGONA 2024/2025**

## AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Dr. Eva de Mingo Fernández, nuestra tutora, por habernos acompañado en el proceso de este estudio, por su dedicación y confianza en nuestro trabajo. Gracias por guiarnos, motivarnos y por creer en la importancia de visibilizar la realidad de las personas sin hogar, así como en el valor de nuestra propuesta de mejora.

A la *Fundació Bonanit* de Tarragona por abrirnos sus puertas y darnos la oportunidad de llevar a cabo el Aprendizaje – Servicio que ha permitido conectar la teoría con la práctica y acercarnos de forma directa a una realidad social que merece ser escuchada y atendida.

Nuestro reconocimiento también a todas las personas que participaron en las entrevistas, por su tiempo y generosidad. Asimismo, queremos agradecer a los autores que, con su esfuerzo previo, han enriquecido nuestro estudio y nos han proporcionado una base para continuar profundizando en esta problemática social.

Por último, no queremos dejar de mencionar a todas las personas, entidades y profesionales que trabajan en la atención a las personas sin hogar, que luchan contra la exclusión social y defienden sus derechos apostando por una sociedad más inclusiva y digna.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESÚMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS .....	10
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	10
3.2 OBJETIVO GENERAL .....	10
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
4. MARCO TEÓRICO .....	11
4.1 SINHOGARISMO – CLASIFICACIÓN ETHOS .....	11
4.2 ANTECEDENTES Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	12
4.3 SITUACIÓN ACTUAL EN LA CIUDAD DE TARRAGONA.....	16
4.3.1 Red de Atención Integral a las Personas Sin Hogar de Tarragona.....	16
4.3.2 Instituto Municipal de Servicios Sociales de Tarragona – Punto de Atención para personas en Situación de Sinhogarismo. ....	17
4.4 FUNDACIÓN BONANIT .....	17
4.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	19
5. METODOLOGÍA .....	20
5.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACION DOCUMENTAL.....	20
5.1.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	21
5.2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	22
5.3. TIPO DE ESTUDIO.....	23
5.3.1 Muestra.....	23
5.3.3 Técnica de recogida de datos.....	25
5.3.4 Categorización y análisis.....	25
5.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	26
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	28
7. INTEGRACIÓN DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN .....	48
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	49
9. CONCLUSIONES .....	50
10. NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN .....	51
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	52
ANEXOS.....	58

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS**

<b>ILUSTRACIÓN 1: DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA 2020 .....</b>	<b>22</b>
<b>TABLA 1. PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 2. ÍNDICE DE CATEGORIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>28</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>ACT</b>	<i>Assertive Case Management.</i>
<b>AMF</b>	Atención Médica Familiar
<b>AP</b>	Atención primaria.
<b>APS</b>	Aprendizaje y Servicio.
<b>CAP</b>	Centro de Atención Primaria.
<b>CAS</b>	Centro de Atención y Seguimiento.
<b>CEIPSA</b>	Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente.
<b>CRAI</b>	Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.
<b>DeCS</b>	Descriptores de Ciencias de la Salud.
<b>DEL</b>	Diccionario de la Lengua Española.
<b>ERPSH</b>	Enfermera Referente para Personas Sin Hogar.
<b>ETHOS</b>	<i>European Typology on Homelessness and Housing Exclusion.</i>
<b>FEANTSA</b>	Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar.
<b>ICM</b>	<i>Intensive Case Management.</i>
<b>IMSST</b>	<i>Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona.</i>
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>MPS</b>	Modelo de Promoción de la Salud.
<b>PASS</b>	<i>Punt d'Atenció per a persones en Situació de Sensellarisme.</i>
<b>PSH</b>	Personas en situación de sinhogarismo.
<b>RAE</b>	Real Academia Española.
<b>RGPD</b>	Reglamento General de Protección de Datos.
<b>semFYC</b>	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
<b>TFG</b>	Trabajo de Fin de Grado.
<b>URV</b>	<i>Universitat Rovira i Virgili.</i>
<b>XAIPSLLT</b>	<i>Xarxa d'Atenció Integral a les Persones Sense Llar de Tarragona.</i>

## RESÚMEN

**Introducción.** El sinhogarismo es una problemática social y de salud pública en crecimiento, que coloca a un número cada vez mayor de personas en condiciones de exclusión social y vulnerabilidad.

**Objetivo.** Explorar las barreras percibidas por los profesionales que trabajan con personas sin hogar en relación con su acceso y continuidad asistencial en atención primaria, para proponer un plan de mejora mediante la incorporación de una enfermera referente para este colectivo.

**Método.** Proyecto de Aprendizaje-Servicio en colaboración con la *Fundació Bonanit*, con metodología mixta que combina una revisión narrativa de la literatura junto a una investigación cualitativa de tipo fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas a profesionales que intervienen en la atención de las personas sin hogar en Tarragona.

**Resultados.** Se han identificado diversas barreras en el acceso a la atención primaria, entre las que destacan la rigidez de los protocolos y circuitos estándar, la falta de perspectiva multidisciplinar, obstáculos administrativos, la falta de coordinación entre recursos, la carencia de profesionales de referencia y la invisibilización del colectivo.

**Conclusiones.** A partir del análisis de los datos obtenidos, se ha elaborado un plan de funciones y competencias para la integración de una enfermera referente que podría mejorar la accesibilidad, continuidad y calidad asistencial, así como reducir la exclusión de las personas sin hogar en el sistema.

**Palabras clave.** *Sinhogarismo, personas sin hogar, salud, atención primaria, exclusión social, vulnerabilidad, plan de mejora, enfermería.*

## ABSTRACT

**Introduction:** Homelessness is a growing social and public health problem, placing an increasing number of people in conditions of social exclusion and vulnerability.

**Objective:** To explore the barriers experienced by professionals working with homeless people regarding their access to healthcare and continuity of care in primary care. To propose an improvement plan through the incorporation of a referral nurse for this group.

**Method:** In collaboration with the Bonanit Foundation, this service-learning project uses a mixed methodology combining a literature review with qualitative phenomenological research. The research is carried out through semi-structured interviews, with healthcare professionals involved in the care of people with disabilities in Tarragona.

**Results:** Several barriers to accessing primary care were identified, including rigid protocols and standard pathways, a lack of multidisciplinary perspective, administrative obstacles, a lack of coordination between resources, a lack of referral professionals, and the invisibility of the community.

**Conclusions:** Based on the final data analysis, a plan of tasks and competencies was developed for the integration of a referee nurse. This plan could improve accessibility, continuity, and quality of care, as well as reduce the exclusion of unsheltered individuals from the healthcare system.

**Keywords:** *Homelessness, unsheltered individuals, health, primary care, social exclusion, improvement plan, nursing.*

## 1. INTRODUCCIÓN

La problemática de las personas sin hogar (PSH) es una realidad que afecta a muchas personas en todo el mundo y representa uno de los mayores desafíos sociales y sanitarios. Según los últimos datos de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar (FEANTSA) (1), se observa un incremento en el número de PSH, tanto a nivel nacional como internacional, estimándose más de 1.287.000 PSH en Europa.

En España, las cifras no son menos alarmantes, en el último recuento de 2022, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2), se contabilizaron 28.552 PSH. Este colectivo enfrenta no solo la falta de un lugar seguro donde vivir, sino también una compleja intersección de problemas sociales, económicos, de salud y acceso a servicios básicos.

En el caso concreto de Tarragona, los últimos datos de 2024 del *Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona* (IMSST) (3) indican que 91 personas viven sin hogar en la ciudad, datos que van en aumento según estadísticas que se publican desde el 2017, año en el que se decidió hacer un primer recuento de las PSH de la ciudad de Tarragona.

Los datos evidencian que las PSH enfrentan múltiples problemas de salud que requieren una atención especializada y adaptada. Sin embargo, suelen acceder al sistema sanitario de forma tardía, acudiendo a los servicios de urgencias hospitalarias cuando su situación ya es grave, en lugar de recurrir a los centros de atención primaria (CAP) en etapas más tempranas o de forma preventiva (4,5). Este escaso seguimiento de salud es un indicador que explica que la mortalidad entre este colectivo aumente de 3 a 4 veces el de la población en general, estableciéndose su esperanza de vida media entre los 42 y los 52 años, 30 años inferior al resto de la población (5).

La atención primaria (AP) es el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema de salud y desempeña un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de condiciones crónicas. No obstante, las PSH enfrentan diversas barreras para acceder a estos servicios, lo que dificulta su atención e impide un seguimiento adecuado de su estado de salud.

## 2. JUSTIFICACIÓN

En septiembre de 2024, durante la primera tutoría, se decidió que el trabajo se centraría en abordar la problemática de las PSH desde una perspectiva de salud, concretamente, siguiendo la clasificación *European Typology on Homelessness and Housing Exclusion* (ETHOS) (6,7), este trabajo se centra especialmente en las personas que se encuentran sin techo y sin vivienda, es decir, aquellas que viven en la calle o en alojamientos temporales. Se inició una investigación intensiva sobre el tema, la cual finalizó a mediados de diciembre del mismo año. La investigación realizada no solo se enfocó en la búsqueda bibliográfica, sino que también incluyó una serie de encuentros con diferentes personas relacionadas con la atención de las PSH en la ciudad de Tarragona. De esta manera, teniendo una perspectiva más clara sobre la situación del sinhogarismo en la ciudad, se podía llevar a cabo de forma más fundamentada el plan de mejora, que se empezaba a consolidar como necesario después de observar vacíos en la actuación sanitaria dirigida a este grupo.

El proceso de estudio permitió incrementar la consciencia sobre la problemática social que enfrentan las PSH y comprender sus múltiples dimensiones. Por ello, el presente trabajo busca visibilizar las necesidades sanitarias de las PSH y proponer estrategias que faciliten su acceso a los servicios de salud. Se reconoce la importancia de la AP como primer nivel de contacto con el sistema sanitario y su papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de patologías tanto crónicas como agudas. No obstante, se contempla la existencia de barreras que dificultan el acceso de las PSH a estos servicios, lo que representa un desafío importante para garantizar un seguimiento adecuado de su salud.

Con esta propuesta de mejora se aspira a contribuir al bienestar de las PSH en Tarragona, promoviendo un modelo de atención inclusivo y adaptado a sus necesidades específicas. Se cree firmemente que cada esfuerzo, por pequeño que sea, puede marcar la diferencia en la vida de estas personas y ayudar a construir una sociedad más justa y solidaria. Es motivo de satisfacción poder aportar a la red ya existente en la ciudad, formada por profesionales y voluntariado que dedican su día a día a mejorar la vida de este colectivo en situación de alta vulnerabilidad.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS**

#### **3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las barreras percibidas por los profesionales que trabajan con personas sin hogar en Tarragona, en relación con el acceso y la continuidad asistencial en atención primaria, y cómo podría mejorar esta situación la incorporación de una enfermera referente para personas sin hogar?

#### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

- Explorar y analizar las barreras percibidas por los profesionales que trabajan directamente con las personas sin hogar en relación con el acceso a la atención primaria en Tarragona, con el fin de desarrollar una propuesta de mejora para su acceso y continuidad asistencial.

#### **3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la situación actual y los determinantes sociales, sanitarios y estructurales que afectan a las personas sin hogar.
- Conocer los recursos disponibles en la ciudad de Tarragona para las personas sin hogar.
- Identificar las principales barreras que las personas sin hogar de la ciudad de Tarragona encuentran a la hora de acceder a los servicios de salud primaria.
- Conocer la situación del sinhogarismo en la ciudad de Tarragona, mediante entrevistas semiestructuradas a personas referentes de la red que trabaja con personas sin hogar, y así identificar posibles mejoras para su atención.
- Desarrollar un plan de integración de una enfermera referente para personas sin hogar.

#### 4. MARCO TEÓRICO

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) se centra en el análisis del circuito de atención sanitaria para las PSH, un colectivo que enfrenta numerosas barreras para acceder a los servicios de salud. La falta de un enfoque integral y coordinado en la atención a esta población en situación de vulnerabilidad ha generado la necesidad de investigar y proponer mejoras en los servicios sanitarios destinados a ellos.

Para contextualizar y fundamentar esta investigación, es esencial establecer un marco teórico que aborde las principales teorías y conceptos relacionados con la atención sanitaria a PSH. Este marco teórico permitirá identificar y analizar las problemáticas existentes en el sistema de salud actual, así como las áreas clave de intervención para mejorar la atención ofrecida en la ciudad de Tarragona.

##### 4.1 SINHOGARISMO – CLASIFICACIÓN ETHOS

El término sinhogarismo fue aprobado por la Real Academia Española (RAE) el pasado 2023 (8), gracias a las recurrentes solicitudes de la fundación Hogar Sí (9). “Circunstancia de la persona que carece de hogar donde vivir y, generalmente, de cualquier medio de vida” es la definición que nos proporciona el Diccionario de la Lengua Española (DEL) (10), pero simplificar el término a personas que viven en la calle supone quedarse muy alejado de la complejidad que conlleva esta problemática social. Por tanto, el sinhogarismo se refiere a la situación de personas que carecen de un alojamiento adecuado o seguro, abarcando desde aquellos que viven a la intemperie o en albergues de emergencia, hasta los que residen temporalmente en instituciones, habitan en viviendas inseguras bajo amenaza de desahucio o violencia, o en condiciones de vivienda inadecuadas como campamentos ilegales o hacinamiento extremo, ya sea por razones económicas o de otras barreras sociales, o bien por presentar incapacidad de llevar una vida autónoma y no precisan de ayuda profesional o familiar (6,7).

El concepto general del sinhogarismo se estableció en Europa en el año 2005, aunque no de forma oficial, mediante la tipología ETHOS (6,7). Se trata de una propuesta de inclusión y clasificación de todos los tipos de PSH que se describe en el anexo 2, impulsada por FEANTSA, haciéndose su última revisión en 2017.

## 4.2 ANTECEDENTES Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Los últimos datos actualizados, tanto a nivel europeo como nacional, indican una gran masa de PSH. Según FEANTSA (1) un mínimo de 1.287.000 personas no tiene hogar a nivel europeo, aunque es complicado hacer estos cálculos, ya que cada país se acoge a unos escalones distintos de la clasificación ETHOS para contabilizar las PSH.

En el caso de España, se considera PSH toda aquella mayor de 18 años que se encuentra en situación de sinhogarismo durante un mínimo de 6 semanas y que pertenecen a los escalones 1, 2, 3, 5 de la clasificación ETHOS (11). Acorde a los últimos datos recopilados por el INE (2) del 19/10/2022, más de 28.552 personas no disponen de hogar a nivel nacional. De este total 21.900 son hombres, y solo 6.652 son mujeres.

A nivel de estado de salud, aunque la gran mayoría de PSH (21.900 del total) dispongan de tarjeta sanitaria para poder acceder y disponer de un seguimiento de salud, casi la mitad padecen alguna enfermedad grave o crónica, entre las que destacan: enfermedades del sistema circulatorio (1.640 PSH), enfermedades del aparato respiratorio y digestivo (2.291 PSH), enfermedades endocrinas/metabólicas y de los órganos del sentido (1.666 PSH), enfermedades del sistema osteo-mioarticular (1.967 PSH), trastornos mentales (2.679 PSH), otras enfermedades (2.423 PSH) (2).

Un dato alentador, es que más de un 84% del total de PSH han estado en contacto con algún trabajador social en el último año, lo que deja a 4.502 PSH sin ningún contacto con trabajadores sociales (2). No obstante, las cifras de PSH en España están en aumento, y es que en los últimos 10 años la cifra a nivel nacional ha aumentado un 23%, siendo la edad media actual de las PSH de 42 años (11). A nivel local, la ciudad de Tarragona también está sufriendo un aumento de personas que viven en la calle o en albergues, los últimos datos del 2024 son de 91 PSH, 16 PSH más que el año anterior (3).

Los estudios revisados muestran que las PSH suelen priorizar necesidades básicas, como alimentación y alojamiento, por encima de su salud, muchas veces inconscientes de su estado (5,12). Además, factores como trastornos mentales, ausencia de apoyo familiar o social, y el diseño fragmentado e inflexible del sistema sanitario dificultan el acceso a la AP (13). La burocracia y la pobreza extrema agravan estos problemas, dejando a las PSH sin tarjeta sanitaria ni medicación adecuada (12,13). A esto se suma el estigma que perciben en los centros sanitarios, lo cual los lleva a evitar acudir a ellos o hacerlo solo

en situaciones de urgencia, donde no reciben seguimiento adecuado (4,5). Estas barreras aumentan la morbilidad del colectivo, evidenciando una atención de menor calidad comparada con la población general (5,14,15).

Algunas de estas investigaciones muestran su preocupación por la situación de las PSH y proponen nuevas líneas de investigación que remarcan la flexibilidad de los servicios sanitarios como punto clave. Estas propuestas se basan en programas de atención personalizada para PSH donde los profesionales estén capacitados en materia de desigualdades, trabajen en red y se adapten a las necesidades básicas del colectivo. Incluso se ha llegado a sugerir alcanzar este objetivo mediante la realización de la atención sanitaria en formato de consulta abierta (12), como bien se propone como plan de mejora del presente trabajo.

Actualmente existe un modelo de intervención “gold standard” para las PSH, el modelo *Patchways* a través de los servicios *Housing First* (16). Este modelo surgió en los años 90 en Nueva York y fue desarrollado por el Dr. Sam Tsemberis a partir del modelo de alojamiento con apoyo y llevado a cabo a través del programa *Pathways to Housing*. Su objetivo era buscar un nuevo modelo para aquellas personas que necesitan ayuda para poder salir de su situación extrema de vulnerabilidad, al ver que el modelo que se estaba utilizando de forma extendida en aquel momento, el modelo “de escalera”, precisaba de unos costes bastante elevados y su eficiencia no era la esperada en la mayoría de los casos.

En un principio, este modelo se diseñó para ayudar aquellas personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud mental graves. No obstante, se ha comprobado que este método también es efectivo para todas aquellas PSH que se encuentran en una situación de sinhogarismo crónico o reiterante y, adaptándolo, se ha podido ir extendiendo a otros perfiles del mismo colectivo.

Este modelo es innovador en cómo visualiza la solución del problema, poniendo la vivienda en primer lugar y no como objetivo final. En el modelo “de escalera”, la vivienda era el último escalón, alcanzable solo tras cumplir una serie de objetivos anteriores. Eso llevaba a que las PSH se quedasen atascadas en el proceso, al no poder alcanzar las diferentes etapas o no querer aceptar las estrictas reglas que el modelo pedía. Además, se planteaban muchas cuestiones éticas sobre algunos servicios de escalera, en los que se

culpaba a la propia PSH de la situación de sinhogarismo en la que se encontraban, lo que convertía el proceso en un momento duro para estas personas.

El modelo *Pathways* ofrece un hogar sin obligaciones ni normas estrictas, y se combina esta estabilidad residencial con servicios itinerantes de apoyo que visitan a los usuarios en sus propias casas. Los problemas de adicciones y las faltas conductuales no son penalizadas con la expulsión del programa, por el contrario, se buscan soluciones que promuevan la mejora. *Pathways* tiene como objetivos su coste-efectividad, promover la salida del sinhogarismo, mejorar la salud y el bienestar del usuario y también su integración social. Diferentes estudios en EEUU, Canadá y Europa muestran que este modelo saca del sinhogarismo a 8 de cada 10 personas.

Los servicios *Housing First* originales, basados en el modelo inicial *Pathways*, se han ido adaptando al entorno donde se pone en marcha, por lo que los principios fundamentados han variado y, en la actualidad, estos consideran modificaciones entre los norteamericanos y los europeos, e incluso entre los propios países europeos. Estos principios han sido revisados por un comité asesor integrado, entre otros, por el propulsor del modelo y, siempre, guardando la fidelidad al modelo. En España, HÀBITAT (16,17) es el primer ejemplo de servicio *Housing First* desarrollado, diseñado y puesto en marcha por RAIS Fundación en 2014 en las ciudades de Málaga, Barcelona y Madrid, y dirigido para todas aquellas PSH que se encuentran en una situación de sinhogarismo crónico o de repetición y con problemas de salud mental o de adicción a drogas y alcohol.

Los resultados que surgieron de la evolución del programa, el cual incluyó un grupo experimental y un grupo control, indican que, tras 18 meses, el 96,6% de los usuarios seguían con alojamiento. Además de la adherencia al programa, también se observaron datos alentadores con respecto a su calidad de vida, y es que solo el 15,5% se saltó alguna comida del día, frente al 58% anterior al programa, y un escaso 5,8% tuvo dificultad para asearse, en comparación del 55,1% anterior. Aquellos que ejercían la mendicidad se redujeron del 30% al 7%. Aumentó la satisfacción y la felicidad de los usuarios, la percepción de seguridad y el contacto por teléfono con los familiares, mejorando así también la satisfacción respecto a la relación con sus familiares. La percepción de su condición física y el bienestar emocional mejoró, a pesar de no verse mejoras significativas en la salud física de los usuarios estudiados, aunque sí en su salud mental.

Respecto a la utilización de los servicios, se observó un descenso en el uso de los servicios sociales, aunque eso no indica que no se viesen apoyados por ellos, ya que la percepción de apoyo social mejoró significativamente en muchos aspectos. Otro servicio que indicó un descenso en su uso fueron las urgencias hospitalarias, lo que indica una mejora de la situación de estas personas una vez dentro del programa, aunque algunos aspectos preocupantes, como es la adicción al alcohol, no mejoraron durante el tiempo del estudio. Por último, se evaluó su fidelidad al modelo *Pathways* y se detectó una alta fidelidad a este (17).

Aunque *Housing First* ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida de las PSH al priorizar el acceso a una vivienda estable, su enfoque no se centra específicamente en la atención sanitaria. En este trabajo, se propone un modelo de intervención sanitaria que sitúe en el centro la figura de la Enfermera Referente para Personas Sin Hogar (ERPSH), con el objetivo de abordar directamente las barreras que enfrentan estas personas en su acceso a los servicios de salud primaria. Este enfoque tiene como finalidad no solo garantizar una atención sanitaria más accesible e inclusiva, sino también adaptar los servicios a las necesidades particulares de esta población, promoviendo la continuidad del cuidado y su bienestar integral. Para contextualizar este modelo, es relevante explorar otras propuestas de intervención sanitaria que ya existen y que han integrado la figura de profesionales especializados en el trabajo con PSH.

El grupo de trabajo *#salutsensellar*, promovido por el *Col·legi de metges de Barcelona* y formado por diferentes entidades de Barcelona, elaboró un documento con propuestas para mejorar la atención a las PSH (18). Entre las propuestas se encuentra la consulta abierta como método de intervención, al igual que algunos estudios mencionados anteriormente también la señalaban, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las PSH. En puntos muy concretos, también en la ciudad de la Barcelona, se ha llevado a cabo esta propuesta de forma voluntaria por parte de la *Associació Salut Sense Sostre* de la parroquia Santa Anna (19). El objetivo de este programa es “la mejora de la situación sanitaria de personas en riesgo de exclusión social”. Para conseguirlo, “la asociación realiza actividades de atención sanitaria ambulatoria, campañas de prevención, educación sanitaria y promoción de la salud”. En el año 2023, se atendieron a un total de 1769 personas en riesgo de exclusión social, de las cuales 1063 fueron intervenciones

enfermeras, poniendo en relieve la importancia de una atención enfermera accesible para PSH.

Otra de las propuestas que también se contemplan en el documento del grupo de trabajo *#salutsensellar* (18), es crear un equipo de salud móvil que salga a la calle y que visite a las PSH, para así crear un vínculo asistencial. Esta propuesta se llevó a cabo por un equipo de enfermeras y enfermeros de los hospitales Clínico San Carlos y la Paz de Madrid y fue galardonada con el premio Enfermería en Desarrollo en 2019 (20). La intervención del equipo de calle va dirigida a las PSH con problemas de salud mental grave y que no realizan un seguimiento protocolizado en los servicios habituales para su condición, por lo que el objetivo es integrar a estas personas en la red normalizada de recursos de salud mental, ofreciendo un cuidado integral y continuo, rehabilitación psicosocial y reinserción progresiva en la sociedad. Este programa, iniciado en 2003 y propulsor de otras actuaciones parecidas a nivel nacional, ayuda anualmente a 300 PSH con trastornos mentales graves. En 2018 se incorporaron al programa 117 pacientes nuevos, se mantuvieron en seguimiento activo un total de 234 pacientes y 81 fueron dados de alta del programa (21).

### **4.3 SITUACIÓN ACTUAL EN LA CIUDAD DE TARRAGONA**

#### **4.3.1 Red de Atención Integral a las Personas Sin Hogar de Tarragona.**

La *Xarxa d'Atenció Integral a les Persones Sense Llar de Tarragona* (XAIPSLLT) (22) se formó en septiembre de 2017 con el propósito de desarrollar un marco de actuación común entre entidades y organizaciones que colaboran con las PSH. La XAIPSLLT consta de varias entidades sociales y administrativas (anexo 3) que, desde sus respectivos ámbitos, trabajan de forma coordinada para ofrecer una atención integral a este colectivo.

Su objetivo general se basa en fortalecer la red entre los diversos recursos y servicios de la ciudad trabajando de manera conjunta y coordinada mediante acciones, proyectos, nuevos servicios y recursos dirigidos a las PSH. Para esto, considera esencial sensibilizar a la población respecto a la problemática y definir nuevos recursos como nuevas formas de alojamiento y atención integral. Del mismo modo, pretende mejorar la coordinación entre los servicios estableciendo protocolos que faciliten la intervención como la creación

de un espacio compartido donde los profesionales puedan abordar de manera conjunta la situación y definir intervenciones integrales de atención a las PSH (23).

#### **4.3.2 Instituto Municipal de Servicios Sociales de Tarragona – Punto de Atención para personas en Situación de Sinhogarismo.**

El IMSST (24) es un organismo que se encuentra dentro del Área de Servicios a la Persona del Ayuntamiento de Tarragona y su objetivo es dar un servicio integral y dar respuesta a situaciones de necesidad social de la ciudadanía. El IMSST es uno de los principales organismos que gestiona recursos para las PSH en la ciudad de Tarragona, además de otras administraciones públicas y privadas. Estos recursos, que pretenden atender las necesidades básicas de este colectivo, abarcan varias áreas como el alojamiento, la alimentación, la higiene, la salud, la inserción laboral y la seguridad. Para obtener información más detallada sobre los recursos disponibles ver el anexo 4, dónde se explican los servicios y las entidades que lo impulsan.

Por otro lado, dentro del IMSST se puede encontrar el *Punt d'Atenció per a persones en Situació de Sensellarisme* (PASS) (25), un servicio que ofrece atención e información dedicada a PSH. Para poder acceder, es necesario ser mayor de edad y justificar una situación de necesidad, pobreza o exclusión social, así como la falta de cobertura de las necesidades básicas.

Entre los servicios que ofrece el PASS destacan:

- Servicio de Atención Social: brinda atención directa y acompañamientos a las PSH.
- Servicio de comedor social.
- Servicio de alojamiento temporal: a través de la coordinación con el albergue Bonanit o pensiones.

#### **4.4 FUNDACIÓN BONANIT**

La *Fundació Bonanit* (26) es una entidad ubicada en la ciudad de Tarragona que se dedica a brindar apoyo integral a personas que se encuentran sin hogar, asegurando que sus necesidades más básicas sean atendidas. Su actividad comenzó en el año 2006 a través de la Pensión Carmen en la que se ofrecía alojamiento durante los meses de invierno. Años más tarde, en 2013, se creó el actual albergue Bonanit en la ciudad de Tarragona el cual

se dedica a atender a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo a personas que residen en el municipio y sus cercanías, y personas que se encuentran de paso por la ciudad que viven en condiciones precarias y han caído en una situación de cronificación (27).

Los principales objetivos de la fundación son proporcionar un alojamiento nocturno seguro, asegurar la integridad física de las personas atendidas mediante el acceso a servicios básicos como la higiene personal, ropa limpia y una alimentación adecuada, de manera que se cubran aspectos esenciales para la vida de este colectivo, así como ofrecer acompañamiento social y orientación sobre los recursos disponibles en la comunidad, facilitando información y apoyo para que las personas puedan acceder a estos servicios (26).

El albergue consta de 16 camas para hombres y 4 para mujeres, sumando un total de 20 plazas disponibles (27). El albergue está abierto durante todo el año con un horario nocturno en el que les acoge durante doce horas, excepto el mes de agosto que permanece cerrado. La estancia máxima es de 15 días, tras este periodo, deben pasar 3 meses para poder acceder nuevamente al servicio (28). Según la información obtenida a través de la entrevista realizada a dos miembros del albergue Bonanit, se establece como criterio de exclusión para acceder al albergue el hecho de estar bajo efectos desproporcionados de alcohol o drogas, así como el incumplimiento de las normas de convivencia.

La *Fundació Bonanit* recibe financiación a través de subvenciones de la Generalitat, el Ayuntamiento de Tarragona, Diputación, empresas, asociaciones y particulares. Además, colabora con diversas entidades para atender necesidades como la alimentación, higiene, ropa y acceso a servicios sociales y hospitalarios. También, han establecido un convenio con la Agencia de la Vivienda de Cataluña, proporcionando 12 pisos tutelados para familias con hijos menores en Tarragona, con un monitor asignado a cada familia para detectar posibles incidencias (27).

En la memoria de 2024 de la *Fundació Bonanit* (27) se desarrolla de manera detallada sus datos estadísticos durante el año. El registro de ocupación del albergue muestra una variación a lo largo del año, con un total de 5.212 personas hospedadas. Durante el año 2024, el mes con mayor afluencia fue junio con 516 personas y el mes con menor

ocupación corresponde a abril con 422 personas. Además, durante el año 2024 el albergue contó con plazas en la Pensión Alhambra durante el mes de enero, contabilizándose un total de 123 personas alojadas en dicha pensión. En total, la fundación ha acogido a 349 personas, de las cuales 10,8% son mujeres y el 89,2% son hombres, con una franja de edad destacada de entre 18 y 62 años.

En cuanto a la procedencia de las personas alojadas, se observan diversas zonas geográficas predominantes. La mayoría provienen del Estado Español representando un 47,56% del total, de los cuales un 28,90% son de Cataluña. En segundo lugar, con un 29,23% destacan las personas de origen magrebí siendo Marruecos el país con el mayor número de personas atendidas, con 81 personas.

#### **4.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (29) proporciona un marco teórico robusto para desarrollar intervenciones que motiven a las PSH a adoptar comportamientos de salud positivos. Este modelo se basa en una perspectiva holística que integra la enfermería, la psicología social y la teoría del aprendizaje, permitiendo un abordaje integral de la salud comunitaria.

Este se centra en motivar a las personas para que adopten comportamientos saludables y mejoren su bienestar general, ya que la conducta de la persona está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. El modelo ilustra el impacto de la naturaleza individual durante el proceso de alcanzar el bienestar de salud, instando en la importancia de los factores personales y las experiencias previas, así como en las percepciones propias y las influencias, tanto personales como situacionales, que influyen al individuo a adoptar o no conductas saludables. Gracias a su enfoque integral, este modelo se convierte en la opción más adecuada para fundamentar y desarrollar la investigación, orientada a la mejora de la atención sanitaria a las PSH.

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: TÉCNICA DE RECOGIDA DE INFORMACION DOCUMENTAL

Las fuentes consultadas se han obtenido a través de distintos canales para garantizar una recopilación amplia, variada y de calidad. En concreto, las fuentes se han localizado en las siguientes plataformas y recursos:

- **Bases de datos académicas:** DIALNET, PubMed, SciELO y Elsevier.
- **Revistas sanitarias:** *Revista Sanitaria de Investigación, Enfermería en Desarrollo* y la revista de la *Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria* (semFYC).
- **Libros:** Ejemplares físicos consultados y tomados en préstamo del Centro de Recursos de Aprendizaje e Investigación (CRAI) de la Universitat Rovira i Virgili (URV) – Campus Catalunya.
- **Páginas web de instituciones oficiales:** Se han consultado sitios web de organismos nacionales e internacionales reconocidos, que ofrecen información fiable y actualizada.
- **Literatura gris:** Incluye documentos e informes oficiales, un TFG proporcionado directamente por sus propios autores y un TFG obtenido a través del repositorio institucional de la URV.

La búsqueda en bases de datos se ha realizado empleando palabras clave en lenguaje natural, así como descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) (30) directamente relacionados con la temática abordada, como: “salud”, “personas sin hogar”, “atención primaria”, “accesibilidad a los servicios de salud” y “homelessness”. Para optimizar la recuperación de información se han utilizado operadores booleanos como “AND” y “OR”, estructurando combinaciones eficaces entre los términos.

Respecto a la organización y gestión de las referencias bibliográficas se ha utilizado el gestor Mendeley, mientras que Zotero se ha empleado para guardar los resultados de búsqueda en las bases de datos, facilitar su análisis y eliminar duplicados. El formato de citación empleado ha sido Vancouver, garantizando la correcta correspondencia entre las citas en el texto y el apartado de referencias bibliográficas.

Además, se ha elaborado una matriz de análisis (anexo 5) con el objetivo de organizar y examinar de forma sistemática las fuentes utilizadas. Esta matriz clasifica los documentos en categorías como artículos, páginas web, revistas, libros y otros materiales relevantes, e incluye ítems como título, autoría, metodología y hallazgos clave. El análisis de los artículos permitió contrastar enfoques, identificar coincidencias y detectar vacíos en la literatura. En cuanto a las fuentes web, se evaluó su veracidad y fiabilidad, priorizando aquellas procedentes de instituciones oficiales, organismos gubernamentales y entidades reconocidas. Asimismo, se compararon distintos sitios web para verificar la coherencia de los datos y minimizar posibles sesgos.

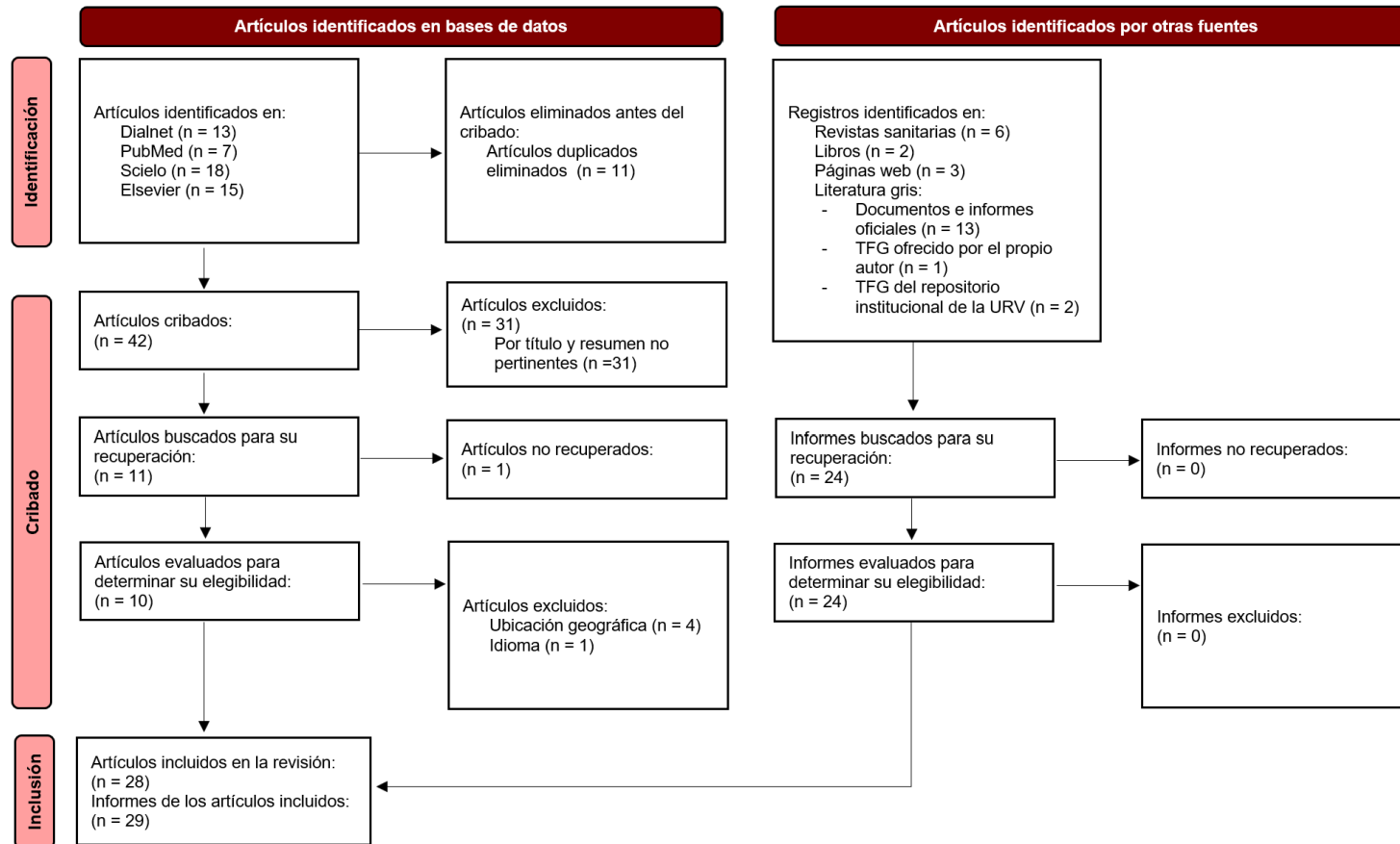
### **5.1.1. Criterios de inclusión y exclusión**

Para la búsqueda y selección de artículos utilizados se establecieron los siguientes criterios:

- Idioma: Se incluyen los textos escritos en español e inglés.
- Año de publicación: Se consideran los documentos publicados en los últimos 5 años. No obstante, se contemplan excepciones para aquellos documentos oficiales cuya última revisión sea más antigua, siempre que contengan definiciones o conceptos clave que no hayan sufrido modificaciones desde su publicación.
- Ubicación geográfica: La selección incluye estudios realizados en España, con la excepción de un documento de alcance europeo, el cual se utilizó para contextualizar otros aspectos relevantes.

## 5.2.RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Ilustración 1: Diagrama de flujo PRISMA 2020 (adaptada al español)



Fuente: Elaboración propia a partir de la plantilla PRISMA 2020 (31–33)

### **5.3. TIPO DE ESTUDIO**

El presente trabajo es un Aprendizaje-Servicio conocido por sus siglas APS que se ha realizado con la colaboración de la *Fundació Bonanit* de Tarragona, una entidad con la finalidad de ayudar a las personas sin techo y sin hogar, facilitándoles un lugar donde dormir. Se trata de un TFG con un enfoque metodológico mixto que combina una revisión narrativa de la literatura con una investigación cualitativa de tipo fenomenológico.

El diseño del estudio se puede dividir en tres fases. En primer lugar, durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2024, se realizó una profunda búsqueda bibliográfica con el fin de contextualizar el sinhogarismo, comprendiendo la situación actual y los recursos existentes. En la segunda fase, se ha optado por la elaboración de un guion de entrevista que se puede ver en el anexo 6, para la posterior realización de entrevistas semiestructuradas a personas que intervienen en la atención a PSH en Tarragona.

Una vez realizadas las entrevistas, se pasó a la última fase del estudio, que consistió en el análisis de toda la información recopilada a través de la revisión bibliográfica y las entrevistas, para realizar un plan de funciones y competencias para una enfermera dedicada a este colectivo. Para la elaboración de este plan ha servido de inspiración el Plan de junio 2024 de “*Perfil, competències i funcions de la infermera de salut i escola, referent de salut dels centres educatius al sistema de salut de Catalunya*” (34).

Este estudio tiene como objetivo entender una problemática social desde la propia perspectiva del individuo entrevistado. Este tipo de estudio metodológico se conoce como perspectiva fenomenológica, y utiliza métodos cualitativos para generar datos descriptivos. En este trabajo se seleccionaron las entrevistas en profundidad para recopilar la información necesaria y entender la problemática desde un punto de vista personal y, junto al conocimiento teórico de la literatura, se consiguió comprender de manera más amplia el problema y, posteriormente, facilitar el desarrollo de una propuesta fundamentada.

#### **5.3.1 Muestra**

La muestra del estudio se ha seleccionados mediante muestreo intencional, considerando la responsabilidad y participación en el abordaje asistencial de las PSH en Tarragona, además de que todos ellos pertenecen a la XAIPSLLT (22). Se han incluido varios perfiles para obtener una visión integral de la problemática, como trabajadores sociales de

servicios sanitarios públicos, la responsable municipal de sinhogarismo en Tarragona y la dirección de la *Fundació Bonanit*, así como una voluntaria de esta.

La captación de los participantes se realizó mediante correo electrónico durante los meses de noviembre y diciembre. La *Fundació Bonanit*, mencionada anteriormente, fue seleccionada para llevar a cabo el APS, ya que es el único albergue de la ciudad para PSH. Se realizó un primer encuentro con el director de la fundación y una voluntaria y, a partir de esa reunión, se conoció que el CAP Muralles era el CAP de referencia del albergue, por lo que se decidió contactar con su trabajadora social y organizar una primera reunión para presentar la idea de estudio. Por otro lado, también se contactó a la responsable del sinhogarismo en la ciudad de Tarragona y trabajadora social del PASS, a quien se conoció en una sesión informativa para los participantes del voluntariado del recuento de PSH de 2024 en la ciudad de Tarragona, en el que posteriormente se participó. Finalmente, se incluyó en la muestra a la trabajadora social del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) de Drogodependencias de Tarragona, con el fin de conocer la gestión y vinculación de este servicio con las PSH.

### 5.3.2 Participantes

Tabla 1. **Presentación de los participantes de las entrevistas.**

<b>E1</b>	Director de la <i>Fundació Bonanit</i> , albergue para PSH en Tarragona.
<b>E2</b>	Voluntaria de la <i>Fundació Bonanit</i> , con participación activa en la gestión y atención directa de las PSH.
<b>E3</b>	Trabajadora social del CAP Muralles, CAP de referencia para las PSH alojadas en el albergue.
<b>E4</b>	Trabajadora social del PASS Tarragona y responsable municipal del área de sinhogarismo.
<b>E5</b>	Trabajadora social del CAS de drogodependencias de Tarragona, especializada en atención a personas en situación de drogadicciones.

**Fuente:** Elaboración propia.

### 5.3.3 Técnica de recogida de datos

Para la recogida de información se ha utilizado como técnica principal la entrevista semiestructurada. Se diseñó previamente un guion de entrevista (anexo 6) que incluía preguntas abiertas permitiendo a los entrevistados desarrollar sus respuestas, favoreciendo otros aspectos que surgían de manera espontánea durante la conversación.

Las entrevistas se realizaron de forma presencial durante el mes de enero de 2025 en los respectivos lugares de trabajo de los entrevistados, en salas cerradas y libres de interrupciones. Se decidió así para facilitar la realización de las entrevistas, ya que todas se hicieron en horario laboral, en momentos reservados específicamente para ellas. Las entrevistas se realizaron entre semana y en horario de mañana, a excepción de una que se realizó por la tarde.

Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio utilizando el dispositivo Plaud Note, una grabadora de voz con inteligencia artificial desarrollada por Plaud.ai, con autorización previa de los participantes. La media de duración de las entrevistas fue de aproximadamente 45 minutos, teniendo en cuenta que con algunos entrevistados se había realizado un primer encuentro informal para informar sobre el estudio. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas para su codificación y análisis de datos.

### 5.3.4 Categorización y análisis

Una vez realizadas las entrevistas se inició un proceso de codificación de forma manual basado en la teoría fundamentada. Se trata de una de las más utilizadas actualmente y la que más se ajusta al presente trabajo, ya que este enfoque metodológico de investigación cualitativa busca desarrollar teorías mediante el análisis sistemático de datos. Una vez recopilados los datos, es decir, una vez realizadas las entrevistas a todos los participantes seleccionados, se inicia un proceso de codificación de tres pasos:

1. **Codificación abierta.** En esta primera fase se ha analizado todo el contenido de las transcripciones para seleccionar las ideas importantes y conceptos clave. Durante esta codificación se ha asignado un código a las citas relevantes que funciona como una etiqueta breve que resume el significado del fragmento.
2. **Codificación axial.** En esta segunda fase se han organizado y relacionado entre sí los códigos de la fase anterior, agrupándolos en subcategorías.

3. **Codificación selectiva.** Por último, se han analizado las subcategorías para agruparlas en categorías más amplias que estructuran los temas principales permitiendo construir una visión más general y ordenada de la información analizada.

Con todo este proceso de codificación se desarrollaron una serie de teorías, las cuales se analizaron y discutieron, y de las cuales resultó la teoría fundamentada del estudio, promotora de la propuesta de mejora que se desarrolló como necesidad encontrada tras concluir el estudio.

Taylor y Bogdan han sido clave a la hora de llevar a cabo la tarea de codificación. En su libro “Introducción a los métodos cualitativos de investigación” (35), se proporcionan diferentes herramientas de cómo realizar la codificación, incluyendo consejos sobre:

- Familiarizarse con los datos antes de empezar con la codificación, haciendo una lectura inicial de las transcripciones.
- Desarrollo de un esquema de codificación, creando categorías y subcategorías basadas en los temas principales que emergen de las entrevistas realizadas.
- Asignar etiquetas a segmentos específicos de las transcripciones que tengan que ver con las categorías establecidas anteriormente.
- Revisar y ajustar la información marcada con las categorías, para asegurar fiabilidad.

#### **5.4. ASPECTOS ÉTICOS**

Respecto al proceso de la realización de las entrevistas ha garantizado que los datos recopilados sean utilizados exclusivamente con fines de investigación para su posterior análisis y la obtención de conclusiones. Además, este estudio está registrado por el Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la URV con el código de referencia CEIPSA-2024-TFG-0178 ([anexo 7](#)). La investigación se ha llevado a cabo siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (36).

El estudio se ha desarrollado conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos personales, en cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de

Datos - RGPD) (37), y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (38).

Antes de la realización de las entrevistas, los participantes fueron debidamente informados sobre el objetivo, alcance y condiciones del estudio mediante la entrega de una Hoja Informativa Específica (anexo 8). Tras esta información, se obtuvo su consentimiento a través de un Documento de Consentimiento Informado (anexo 9). Adicionalmente, se recogió una segunda confirmación verbal de la participación al inicio de cada grabación. Estas medidas aseguran el respeto a los principios de confidencialidad, voluntariedad y protección de los datos personales de los participantes

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (39), la URV asume la responsabilidad del tratamiento, custodia y conservación de la documentación académica y científica generada en el presente estudio garantizando su integridad y disponibilidad para auditorías éticas y científicas. Los datos personales se conservarán dentro del sistema de la URV durante un período de cinco años tras la exposición del TFG, respetando la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada si lo solicita

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dado que se trata de un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad y revisión bibliográfica, los resultados se presentan junto a su análisis y discusión, lo que permite una interpretación más contextualizada y significativa de las experiencias recogidas, en consonancia con la literatura existente.

Tabla 2. Índice de categorización de las entrevistas.

SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Magnitud del problema Inseguridad en la calle Vivienda Apoyo social y familiar Salud mental y adicciones Patología física	<b>SINHOGARISMO Y CONDICIONES DE VIDA</b>
Rigidez de protocolos y circuitos estándar Falta perspectiva multidisciplinar Obstáculos administrativos Desvinculación del sistema sanitario Incapacidad de gestión de salud en PSH Limitaciones económicas para el acceso a tratamientos médicos	<b>BARRERAS ASISTENCIALES</b>
Efectividad de la coordinación entre instituciones Puntos de referencia Falta de recursos	<b>SITUACIÓN DEL SINHOGARISMO EN LA CIUDAD DE TARRAGONA</b>
Espacios de intervención con PSH Funciones de la enfermera para PSH Aptitudes de la enfermera especializada para PSH	<b>MEJORA EN LA INTERVENCION SANITARIA A LAS PSH</b>

Fuente: Elaboración propia.

## **Categoría 1: Sinhogarismo y condiciones de vida.**

### **Subcategoría 1.1: Magnitud del problema.**

El hecho de vivir en la calle no es solamente no tener un techo o carecer de una vivienda, si no que implica un impacto multidimensional en la vida de la persona afectando a todas sus dimensiones: física, emocional y mental. Además, como bien mencionan las personas entrevistadas, cuando a esta situación se suman factores como las adicciones, problemas de salud mental, la falta de alimentación, la desconexión con el sistema sanitario y social, el deterioro es aún más rápido y coloca a las personas en una situación de extrema vulnerabilidad:

*el carrer fa molt de mal amb una persona i deteriora moltíssim a la gent. I després allí s'ajunta el tema de l'alcoholisme, d'addiccions i el tema de la salut mental. I tooooot aquest poti-poti és una bomba de rellotgeria per a una persona (...) i a tot això s'ajunta, la desesperació [E4P48<sup>1</sup>]*  
(Código: Desestructuración funcional).

*Però és que el carrer deteriora molt. I és lo que us deia, si el carril es du per si sol i aquí l'ajuntes amb les addiccions, les malalties, el fred, la calor, el menjar malament o no menjar, la medicació o no medicació, clar, allò va salient ahí un caldo de cultivo, un caldo de cultivo, un caldo de cultivo... [E4,P130]*  
(Código: Deterioro multidimensional).

*És que al carrer porten moltes coses. Entre elles la salut. Entre elles l'alcohol. Entre elles la droga. Llavors és una cadena. [E2,P199]*  
(Código: Problemas asociados a la vida en la calle.)

Las metáforas que aparecen en los testimonios (bomba de relojería, caldo de cultivo, cadena) hacen referencia al riesgo al que están expuestas las PSH debido a la desestructuración que sufren y que genera un círculo vicioso que se retroalimenta de forma negativa. La situación de sinhogarismo conlleva a una calidad de vida muy baja con peores condiciones de salud y una menor esperanza de vida (15,40).

La fragilidad de las PSH se refleja en los siguientes testimonios que relatan fallecimientos en la vía pública o en espacios sociales, sin que se haya producido una intervención sanitaria adecuada:

---

<sup>1</sup> Se puede localizar la cita en la transcripción de las entrevistas. La letra E indica el entrevistado y la letra P indica el párrafo en el que se encuentra la cita dentro de la transcripción.

*...Mira aquesta senyora que es va morir l'altre dia, va venir d'aquí a Vilaseca, es va quedar morta al menjador social (...) es va desmaiar i va quedar morta. [E2, P262,264]  
(Código: Desenlace trágico).*

*Però és que el carrer deteriora molt. I és lo que us deia, si el carrer es dur per si sol i aquí l'ajuntes amb les addiccions, les malalties, el fred, la calor; el menjar malament o no menjar, la medicació o no medicació, clar, allò va salient ahí un caldo de cultivo, un caldo de cultivo, un caldo de cultivo...[E4,P130]  
(Código: Vulnerabilidad extrema).*

*... Sí. Perquè té un problema sanitari... (...)I no hi ha manera que algú vingui. No, hi ha manera. És lo que no podem permetre. Deixar estar gent tan... Al final es morirà. El dia menys pensat ens arribarà un avís de la Guàrdia Urbana dient-nos que aquesta nit han trobat, com ens ha passat ara el dia 23 de desembre a l'estació d'autobusos, que s'ha trobat un usuari nostre. O sigui, que és el millor que li podria pasar? Probablement. Probablement perquè això no és digne. Això no és digne. Què podria ser el meu pare, sí. I el teu. [E4, P128]  
(Código: Problemas de salud no atendidos en situación de sinhogarismo).*

En el caso que comenta E2, la muerte se produce en un comedor social, un espacio concurrido por las PSH que podría estar cubierto con atención sanitaria preventiva. Por su parte, E4 muestra un sentimiento de impotencia al explicar que las personas fallecen en la calle o en condiciones indignas sin que nadie intervenga a tiempo. Ya en estudios anteriores (15) se alerta de que un tercio de las muertes entre las PSH serian evitables si se recibiera una atención sanitaria oportuna y eficaz.

Durante las entrevistas, también se señala que el sinhogarismo ha dejado de ser un problema puntual y se ha convertido en un fenómeno social creciente, con una magnitud que supera la capacidad de respuesta de los recursos que existen:

*(...) és un greu problema el que estan tenint les ciutats (...). Tarragona comença a tindre un centenar de persones al carrer. (...) Llavors, contra més serveis ofereixes, doncs més llaminera fas una ciutat. Però avui en dia els recursos que tu puguis estar oferint és tantíssima la gent que viu al carrer que no abarquem a cobrir totes aquestes necessitats. [E4,P46]  
(Código: Extensión del problema más allá de los límites locales).*

Según el recuento anual de PSH de 2024 (41), se localizaron 91 personas en Tarragona. Una cifra que ha aumentado respecto al año anterior en el que se contabilizaron 79 personas. Este incremento pone en manifiesto la necesidad de reforzar los recursos y estrategias, ya que la demanda supera la capacidad de respuesta de los servicios disponibles.

## Subcategoría 1.2: Inseguridad en la calle

Vivir en un espacio público supone un entorno hostil que se convierte en una experiencia de desprotección marcada por el miedo a sufrir agresiones y robos, tal como se menciona en la siguiente cita:

*I cada dia hi ha més gent que roba aquí a Tarragona, entre ells.... Cada vegada es senten més insegurs en el carrer... Molta inseguretats. [E2,P212,216,224]*  
(Código: Víctimas de delitos o agresiones).

Este testimonio se refuerza con los datos de la encuesta a PSH del INE (2022) (2) que señala que el 50'3% de las PSH han sido víctimas de algún delito o agresión, siendo los más frecuentes: insultos, amenazas, robos y agresiones. Asimismo, otros estudios refieren que las PSH son víctimas habituales de agresiones físicas, psicológicas y sexuales (4).

A esta inseguridad física, se suma una inseguridad territorial ligada al miedo de perder el espacio que las PSH logran ocupar. Esta idea se refleja en la siguiente cita:

*A veure, l'operació Iglú, passa la Creu Roja, un cotxe de la Creu Roja pels carrers de Tarragona a buscar gent que estigui al carrer per aportar-los a un allotjament (...) Si tenim aquí algun llit buit, el porten aquí i si no, amb alguna pensió, m'imagino o hi ha la majoria que no volen anar a lloc. Perquè perden el foradet on estan, tot l'any, llavors per tres dies no volen perdre el lloc. Entens? I s'estimen més que els donin una manta i una tassa de caldo i quedar-se al carrer. [E2, P397,399]*  
(Código: Inseguridad territorial).

Esta resistencia a abandonar la calle se hizo evidente durante la activación de la Operación Iglú la noche del lunes 13 de enero del 2025, según el *Diari de Tarragona* (42) solo 6 de las 33 personas atendidas aceptaron ser trasladadas a un alojamiento provisional, mientras que 17 optaron por permanecer en la calle recibiendo mantas y alimentos, y 6 rechazaron cualquier ayuda.

## Subcategoría 1.3: Vivienda

Vivir sin un alojamiento estable es una de las principales dificultades para las PSH, y así lo reflejan los testimonios recogidos en las entrevistas:

*Al carrer me'n refereixo gent que dorm al carrer i gent que dorm a l'albergue que n'hi ha 24 places, que són tres dies o quinze dies. No hay más. No hi puc considerar que aquella persona tingui un lloc estable on viure. [E4,P46]*  
(Código: Falta de vivienda estable).

*Ens basem i creiem que un dels punts més importants de la problemàtica de les persones sense llar és l'habitatge. És un dels problemes, per no dir el problema més important que avui en dia té una persona en termes generals. De fet, es considera com una part del sensellerisme dintre del que seria l'“Iceberg” dels diferents problemes que hi ha en l'habitatge. [E4,P17]*  
(Código: Vivienda como núcleo del sinhogarismo).

Estas citas evidencian como la falta de una vivienda estable se percibe como el problema más relevante para las PSH. A pesar de existir recursos de alojamiento como los albergues, al ser una estancia temporal no garantiza seguridad ni estabilidad para que puedan reconstruir sus vidas.

Esta idea está directamente relacionada con el concepto de vivienda como determinante social de salud, ya que la ausencia de vivienda estable no solo implica la falta de un techo, sino también la exclusión de derechos básicos, como la seguridad, privacidad o el acceso a servicios sanitarios y sociales. En este sentido, se refuerza la idea de que la vivienda no debe concebirse como un objetivo a alcanzar una vez resueltos otros problemas, si no como el punto de partida para poder abordar otros aspectos como así lo defiende el modelo *Housing First* (16), que plantea que la vivienda debe ser el punto de partida para abordar la situación y no el objetivo final. En el ámbito local, el programa Primera Llar (43) respalda este planteamiento, y expone que disponer de un alojamiento estable favorece la continuidad en los tratamientos médicos, además de mejorar la calidad de vida y la salud integral.

#### **Subcategoría 1.4: Apoyo social y familiar.**

Uno de los aspectos que se mencionan durante las entrevistas es la ruptura de los vínculos familiares y sociales en la vida de las PSH, dejándolos en una situación de aislamiento:

*Bueno es que la família arriba un moment que segons la persona no volen saber res, eh? (...)*Mira, yo... *Un dia em va telefonar a mi una senyora, que era la mare d'un, i em va dir “jo a casa meva el meu fill no hi entrarà, perquè tinc el meu marit i tinc dos o tres fills més i ens portaria la ruïna i ens portaria el malviure i no podem, jo li pagaré una habitació, però a casa no” [E2,P175,177]*  
(Código: Desvinculación de la red familiar).

*no tenen xarxa social, xarxa familiar que puguis tirar del fil... [E3,P20]*  
(Código: Red de apoyo).

Los vínculos familiares y sociales se distancian y rompen por miedo o sobrecarga, lo que deja a las PSH en soledad. Esta situación dificulta las posibilidades de intervención ya

que no existe alguien con quien contar para que pueda generar confianza durante el proceso de reintegración.

Esta realidad está respaldada por estudios previos en los que se señala que, de forma general, el resto de la población cuenta con un apoyo familiar que les ofrece respaldo cuando existe una afección médica, ayudando así a que se inicie un seguimiento de salud y que se busque una solución al problema. Para las PSH, disfrutar de un apoyo familiar o social es casi inimaginable, ya que muchas veces es una de las razones por las que se encuentran en su situación de sinhogarismo (5,13).

### Subcategoría 1.5: Salud mental y adicciones

Uno de los temas a tratar son los problemas de drogadicción y salud mental en PSH. A continuación, se presentan algunas citas que reflejan esta realidad:

*el tema de la drogadicción es un factor importante porque se va desestructurando todo hasta perder hasta el hogar (...) Es frecuente cuando hay un consumo de muchos años de evolución, terminar efectivamente, pues en la calle. [E5,P31]*

(Código: Pérdida de hogar vinculada al consumo de drogas.)

*persones que ja es rediquin amb un problema d'addicció i de salut mental anterior (...) a la problemàtica que m'ha portat a mi en aquesta situació. Però que a molts d'ells també l'ha agreujat la situació en la que es troben. [E2,P50]*

(Código: Drogadicción y problemas de salud mental).

Ambas citas resaltan como el consumo de drogas y los problemas de salud mental están estrechamente ligadas a la situación de sinhogarismo ya que juegan un papel importante en la desestructuración de la vida de las PSH. Aunque es difícil determinar qué es causa y qué es consecuencia entre las adicciones y el sinhogarismo, sí que se deja claro en las entrevistas que ambos factores se agravan mutuamente.

Según la encuesta a las PSH del INE de 2022 (2), el 9,4% de las PSH sufren un trastorno mental mientras que el 59,6% presenta algún síntoma depresivo, lo que muestra la problemática dentro de este colectivo. Respecto al consumo de alcohol, el 40,5% lo hace de manera ligera-moderada y en relación con el consumo de drogas el 42,3% manifiesta haberlo hecho alguna vez. Asimismo, otros estudios apuntan a que entre un 20% y el 50% de las PSH sufren algún tipo de trastorno mental no tratado y agravado por las condiciones del sinhogarismo (4).

## Subcategoría 1.6: Patología física

Las PSH enfrentan importantes problemas de salud física derivados de sus condiciones de vida.

*Llavors hi ha tot el tema a vegades de temes gàstrics, per el tema de l'alimentació, perquè mengen molt malament, no? I a vegades també tenen molta dificultat a mastegar perquè no tenen dents, tot això s'afegeix a un problema orgànic. Emmm, tema fetge pel tema de l'alcoholisme, tema ferides a vegades per la mateixa poca neteja que té, no? (...) Els dits, tot això. Hi ha alguns diabètics, també. I bàsicament, bueno, clar, a vegades venen gent també pues, amb problemes respiratoris. [E3,P44,46]*

(Código: Problemas de salud física asociados a la vida en la calle.)

*Bueno, malalties cròniques, aquí, moltes de les persones que tenen enf... malalties cròniques, però clar... [E2,P145]*

(Código: Enfermedades crónicas en PSH.)

Estas citas visibilizan como las PSH sufren enfermedades físicas que se agravan con sus condiciones de vida como la falta de higiene y la exposición continua a la intemperie que provocan lesiones dérmicas y complicaciones infecciosas. Según el INE 2022 (2) el 37,4% de las PSH tiene alguna enfermedad crónica, lo que confirma la gravedad de la situación de salud de las PSH. Asimismo, se evidencian problemas de tipo odontológico, respiratorio y enfermedades crónicas al igual que otra literatura que recoge que las enfermedades más prevalentes entre las PSH son las respiratorias, gastrointestinales, infecciosas, dermatológicas, dentales y complicaciones por hipotermia (4,40).

Cabe destacar que la prevalencia de la mayoría de estas patologías es superior en PSH que en la población en general, excepto la hipertensión arterial y la diabetes, lo que algunos estudios atribuyen a un posible infradiagnóstico, derivado de la falta de seguimiento sanitario y la escasa accesibilidad a los servicios de salud, especialmente a la AP (14).

## Categoría 2: Barrera asistencial.

### Subcategoría 2.1: Rigidez de protocolos y circuitos estándar.

Las entrevistas reflejan de manera clara cómo la rigidez de los protocolos en el sistema sanitario puede convertirse en una barrera significativa para las PSH. Una de las entrevistadas lo expresa así:

*Un dels problemes més importants que ens trobem en sanitat és aquestes barreres. El tema que nosaltres entenem que hi ha d'haver uns protocols d'actuació, evidentment, igual que els tenim nosaltres, és que partim de la base que treballem amb una sèrie de protocols, però que moltes vegades aquests protocols, en segons quines situacions, doncs no funcionen (...) I donar-nos compte que hi ha molta gent, que no pot passar per aquests protocols, que existeixen ara.*

[E4,P64,68]

(Código: Necesidad de protocolos adaptados).

Esta afirmación evidencia que, si bien los protocolos buscan garantizar una atención ordenada y segura, no contemplan las realidades atípicas de ciertos colectivos vulnerables. La rigidez normativa se convierte así en un factor de exclusión, dificultando el acceso efectivo a la atención sanitaria.

Otra profesional entrevistada refuerza esta crítica al sistema estándar:

*...tothom tenim que passar pel mateix circuit i no sempre el circuit funciona en segons en quines persones. Que és el que us deia, aquestes excepcionalitats que hauríem de tenir en compte tots. Perquè tot això que fem va en contra d'aquestes persones. Perquè ells necessiten, per salut, necessiten.*

[E4,P109]

(Código: Adaptar los protocolos según contexto).

La frase "tot això que fem va en contra d'aquestes persones" encapsula el daño que puede provocar la falta de consideración hacia las excepcionalidades. Aquí se pone de manifiesto que no es suficiente diseñar un sistema "para todos", sino que es esencial que este sistema contemple las desigualdades y vulnerabilidades específicas de ciertos grupos.

Estos testimonios se alinean con lo señalado en diversos estudios, que advierten sobre los límites de los sistemas fragmentados y estandarizados. La literatura indica que, en muchos países europeos, incluido España, el sistema sanitario presenta una estructura altamente compartimentada, lo que complica el acceso para quienes no cuentan con una red de apoyo o una capacidad cognitiva intacta para navegarlo correctamente (13,44). Lo que puede parecer una gestión sencilla para una persona con una situación social estable, para las PSH se convierte en un entramado de obstáculos.

Además, como se ha señalado en estudios recientes, el sistema sanitario está diseñado para que las personas se adapten a él, y no al revés. Esta lógica puede funcionar para la población general, pero representa una barrera adicional para los colectivos en situación

de vulnerabilidad, a los que la falta de adaptación y flexibilidad del sistema implica un desafío a la hora de acceder a los servicios sanitarios (13).

### **Subcategoría 2.2: Falta de perspectiva multidisciplinar.**

*...a nivel de salud es servicio social puro. [E5,P23]*

(Código: Desconexión entre servicios sociales y sanitarios).

*M'ha sap molt de greu perquè jo ja sé que tenim la nostra part social i que si no, no seríem treballadors socials, està claríssim, no? Però, jolines, és que, tothom tenim que ficar una mica de la nostra part. Ehhh... tothom s'omple la boca, no? Treballem en xarxa i que no sé què i que tenim treballadors socials per tot arreu i que ostres, tu i després, pumba, pumba pumba, i topes i topes i dius en serio és que no ho sé, és que és el que us deia, és ficar-li un injectable, és fer-li una analítica, és que no estem demanant que li donis una ajuda econòmica, és que estem parlant d'uns mínims, d'uns mínims que necessita una persona. I per burocràcia pura i absoluta, nosaltres mateixos no els hi estem donant. [E4,P117]*

(Código: Carencia de coordinación interprofesional).

Las citas reflejan un panorama desafiante en la atención sanitaria a las PSH. Un tema recurrente en las entrevistas es que, actualmente no se percibe un trabajo verdaderamente multidisciplinar en este ámbito. Más bien, se identifica que el enfoque principal se centra en el ámbito social, lo cual restringe la posibilidad de abordar de forma integral las necesidades de estas personas, dejando en segundo plano aspectos sanitarios y otras dimensiones importantes de su situación. La falta de un enfoque holístico y multidisciplinar se sitúa como una barrera para que las PSH reciban una atención adecuada a su situación (5).

### **Subcategoría 2.3: Obstáculos administrativos.**

Estas citas ponen de manifiesto una de las problemáticas más relevantes en la atención sanitaria a las PSH: la rigidez de los procedimientos administrativos y la falta de inmediatez en la atención. Cuando se trata de PSH, donde las condiciones de vida son altamente inestables y cambiantes, la demora en algo tan esencial como la administración de un medicamento puede tener consecuencias graves:

*(...) s'han de prendre una medicació, s'han de posar aquests injectables que posen de forma mensual, i nosaltres tenim aquest injectable damunt de la taula perquè nosaltres li hem fet aquest ajut per anar a la farmàcia a buscar-lo. Se l'ha de posar (...). No que ens donin dia i hora quan no sabem on estarà aquesta persona aquell dia i aquella hora que ens dona el CAP. Perquè ja aquest injectable ja no el podem ficar. (...) La immediatesa de la situació. [E4,P64]*

(Código: Falta de inmediatez en la atención mediante la limitación de horario).

*...i quan tenim que intervindre a aquesta xarxa, tots són problemes. En serio es un problema que ara a les 10 del dematí de no sé quin dia el pugui visitar una infermera? [E4,P124]*

(Código: Falta de disponibilidad inmediata de enfermería).

La situación descrita, en la que se dispone del medicamento y del usuario en un momento dado, pero que se requiere una cita previa, refleja la incompatibilidad entre las necesidades inmediatas y cómo está estructurado el sistema sanitario. Este tipo de barreras no solo impide garantizar una atención adecuada, sino que también perpetúa la sensación de impotencia tanto para los usuarios como para los profesionales que intentan darle una respuesta eficaz.

Aunque diversos estudios señalan la importancia de flexibilizar los circuitos de atención para colectivos vulnerables (4,13,44), la literatura revisada no aborda específicamente la cuestión de la falta de inmediatez como barrera asistencial. Este hallazgo, por tanto, constituye una aportación relevante del presente trabajo, al visibilizar una dimensión poco explorada del acceso a la atención sanitaria. En este sentido, las entrevistas subrayan la necesidad urgente de adaptar los protocolos y circuitos asistenciales para permitir respuestas rápidas en situaciones necesarias, especialmente en poblaciones con alta vulnerabilidad.

Asimismo, en el ámbito de la atención sanitaria a PSH, la documentación como la tarjeta sanitaria, ha sido señalada como una de las principales barreras para acceder al sistema de salud (44). Sin embargo, a través de los testimonios recogidos en este estudio, se han identificado mecanismos alternativos que permiten flexibilizar el acceso en determinadas situaciones:

*desde aquí les puedo sacar una tarjeta sanitaria, por drogadicción, digamos. Tarjetita sanitaria, y se da de baja cuando termina el tratamiento aquí (...) Si tiene una cardiopatía o algo, también desde el CAP podríamos sacar tarjetas sanitarias de trabajo social. Y aquí las puedo sacar también, pero con drogodependientes. [E5,P47]*

(Código: Tarjeta sanitaria a través de trabajo social).

*...si no té disponibilitat de padró o té algún problema més, llavors se li fa una tarjeta sanitària per la Creu Roja. [E3,P12]*

(Código: Tarjeta sanitaria a través de la Cruz Roja).

La burocracia sigue suponiendo un obstáculo, ya que muchas PSH no inician los trámites para solicitarla debido a que no disponen de vivienda y hasta que no entran en contacto

con servicios sociales o entidades que las apoyen no la consiguen (5,12). No obstante, estas citas muestran que existen recursos que flexibilizan el acceso al sistema sanitario. Esta cuestión ya había sido recogida en estudios previos como en “*L’Accessibilitat als Serveis Sanitaris de les Persones Sensellar a Vilanova i la Geltrú*”(12) que se mencionaba esta facilidad mediante un convenio entre CatSalut y Cruz Roja.

Aunque tradicionalmente la falta de documentación ha sido clasificada como una barrera asistencial en la mayoría de los estudios, los resultados de esta investigación han identificado la posibilidad de emitir tarjetas sanitarias de forma temporal en determinadas circunstancias, como en casos de drogodependencia o en un proceso de enfermedad. Si bien es cierto que existe esta facilidad, y por ello se quería dejar reflejado, se considera que este punto requiere mayor revisión para determinar su impacto real y su aplicabilidad en las PSH.

#### **Subcategoría 2.4: Desvinculación del sistema sanitario**

A diferencia del resto de la población, dónde suele existir una relación sólida entre los servicios sanitarios y el usuario, entre las PSH la vinculación suele ser nula, lo que implica que las visitas al sistema sanitario, en lugar de ser preventivas o de control, se limiten a ser exclusivamente en situaciones de urgencia. La falta de estrategias asistenciales dónde se fomenta la vinculación entre personal sanitario y PSH, tiene un impacto directo en la salud de estas personas, ya que se dificulta el establecimiento de relaciones que permiten abordajes más eficaces y personalizados.

*Ells bàsicament no van al metge (...) no saben que tenen un CAP de referència, no tenen metge assignat i encara que tinguin metge assignat són gent que ve poc a fer un seguiment correcte de les seves patologies (...) però a nivell de tota una prevenció, a nivell d'infermeria, de les seves patologies mèdiques, no ve, no ve, no ve. Ve quan hi ha una urgència, però per fer una prevenció i una educació no venen. [E3,P24]*

(Código: Falta de vinculación por parte del colectivo).

La creación de estrategias centradas en el vínculo terapéutico, como el rol de la ERPSH, permitiría llevar a cabo intervenciones concretas para fomentar relaciones continuadas, mejorar la percepción de apoyo y aumentar la participación de las PSH en su propio cuidado. Este fomento de la vinculación asistencial, tanto desde la teoría como desde la práctica, ha sido señalado de forma reiterada en la literatura revisada como un elemento

clave para mejorar la atención sanitaria al colectivo (13,43,44), y es precisamente una de las prioridades en el enfoque propuesto en este trabajo.

No obstante, como bien se menciona en la siguiente cita, la persona ha de reconocer su necesidad de atención sanitaria y decida acudir libremente. La voluntariedad está recogida en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que establece que toda persona tiene derecho a rechazar un tratamiento, salvo en casos determinados (45).

*Bueno, tenemos que pensar que... que partimos de la base que tiene que ser el usuario el que quiere. Yo le puedo ofrecer llevarlo, acompañarlo, gestionarlo, hacer las mil y unas para que vaya a su médico de cabecera (...). Siempre partimos de la base de la voluntariedad. [E4,P52]*  
(Código: Voluntariedad del usuario).

### **Subcategoría 2.5: Incapacidad de gestión de salud en PSH.**

Vivir durante largos periodos de tiempo en condiciones de extrema precariedad, sumado a problemas de salud mental y adicciones que muchos de ellos padecen, limita significativamente la capacidad de tomar decisiones a favor de su propio bienestar. Se ven atrapados en un ciclo de vulnerabilidad que les imposibilita, en muchos casos, a gestionar de manera adecuada su salud, como bien se evidencia en las siguientes citas:

*... I un altre et dirà, “no, sí que li oferim el servei, és ell que no ve”. Ningú és capaç de veure les condicions en que es troba aquesta persona per veure que no és capaç de vindre tal dia, tal hora. [E4,P66]*

(Código: Limitaciones para gestionar su salud debido a barreras personales y situacionales).

*El que passa és que és gent que no té consciència de prevenció ni de malaltia, llavors no et vindran. Et vindran quan estigui molt apurat. [E3,P38]*

(Código: Falta de consciencia de prevención).

*I aquest senyor en concret seria un cas d'incapacitació, perquè no li podem oferir res de tot allò que em diu que els drets humans necessita, els li hem d'oferir a una persona. Jo els hi estic oferint, però es que ell no té capacitat cognitiva de poder-los acceptar. [E4,P52]*

(Código: Falta de capacidad cognitiva de aceptar los recursos ofrecidos).

Estos resultados coinciden con estudios previos que destacan que su estado de salud no es su principal preocupación, ya que sus necesidades más básicas se centran en la búsqueda de alimentos y alojamiento (5,12). Además, muchas veces no son conscientes de su estado de salud, lo que reduce su motivación para buscar atención sanitaria. Se

suma, que acudir a centros de salud puede generarles una carga emocional ya que les confronta con la realidad de su situación y su estado de salud, cosa que prefieren evitar. Y también se debe tener en cuenta que gran parte de este colectivo padece de algún trastorno mental que no le permite ser del todo funcional, y no es capaz de acudir a las citas o acordarse del lugar de esta (13).

Esta falta de consciencia de salud condiciona su forma de acceso al sistema sanitario, haciendo un mal uso de los servicios y recurriendo al servicio de urgencias, como bien se expone en la siguiente cita:

*...normalmente son más pacientes que, como no están vinculados a ningún lado, van directamente, o lo traen a urgencias. [E5,P25]*  
(Código: Uso inadecuado del servicio de urgencias).

La utilización de los servicios de urgencias como vía principal de atención sanitaria ya ha sido señalado en estudios previos, donde se concluye que las PSH suelen acudir a urgencias cuando su situación es extrema, haciendo un uso inadecuado de los servicios sanitarios (5). Esta situación contribuye al colapso del servicio de urgencias, ya que no están diseñados para abordar demandas que se pueden gestionar en AP, pero que finalmente el sistema de urgencias termina atendiendo. Asimismo, el desvío a este servicio dificulta la posibilidad de ofrecer una atención continuada e integral, ya que, al estar centrado en resolver problemas de salud inmediatos y puntuales, no permite un seguimiento adecuado.

## **Subcategoría 2.6: Limitaciones económicas para el acceso a tratamientos médicos**

*És una cadena i llavors moltes vegades troben que no poden comprar els medicaments perquè no tenen diners. [E2,P199]*  
(Código: Imposibilidad de acceso a tratamientos por falta de recursos económicos).

Esta cita pone de manifiesto las condiciones de precariedad económica en la que las PSH se encuentran, y como esta barrera condiciona significativamente su salud al no poder acceder a los tratamientos necesarios. La falta de acceso a medicación evidencia como estas personas quedan atrapadas en un ciclo de exclusión que dificulta mantener o mejorar su bienestar.

Se trata de una desigualdad estructural, en la que la vulnerabilidad económica implica un deterioro de la salud de las personas y una desmotivación para buscar soluciones. Este tema ya ha sido abordado en el documento “*Propostes per oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar*”, elaborado por el grupo de trabajo #salutsensellar donde se propone establecer una farmacia 0 (18).

Este recurso podría paliar un problema evidenciado también en otros estudios, que señalan cómo la medicación necesaria, tanto para enfermedades crónicas como agudas, no está al alcance económico de este colectivo, y las ayudas no son de gestión inmediata (12,13). Este ejemplo de exclusión social y barrera asistencial resalta la necesidad de enfoques sanitarios más equitativos para personas en situación de vulnerabilidad extrema.

### **Categoría 3: Situación del sinhogarismo en la ciudad de Tarragona**

#### **Subcategoría 3.1: Efectividad de la coordinación entre instituciones**

La existencia de la XAIPSLLT (22) ha representado un paso significativo hacia la atención integral de las PSH. En el pasado, su funcionamiento ha generado resultados positivos gracias a la colaboración entre entidades y servicios, permitiendo abordar casos concretos con eficacia. Sin embargo, la percepción actual es que esta coordinación está en “stand-by”, lo que podría estar limitando su capacidad para ofrecer soluciones rápidas y efectivas, como bien se explica en las citas siguientes:

*Hay coordinación, lo único que ahora mismo, yo creo que está un poco, como (...) parada, en stand-by un poquito, doncs, bueno, los tiempos en los que ha habido actividad pues siempre ha sido positivo (...) ahora la sensación que tenemos es que está un poco parado el tema, entre pitos y flautas... [E1,P461,463]*

(Código: Falta de continuidad en la coordinación entre entidades).

*Efectiva en casos concrets sí, poc eficient, perquè cal treballar el seu món, i la coordinació a vegades costa, i a més són gent que no estan vinculats en cap servei. [E3,P18]*

(Código: Coordinación limitada para usuarios desvinculados de servicios básicos).

La falta de comunicación institucional entre los diferentes servicios no es un caso aislado de la ciudad de Tarragona (43,44). Es por ello que se cree importante promover la colaboración entre las diferentes entidades, con el fin de focalizar las ayudas hacia un mismo objetivo y coordinar las acciones de cada uno de los servicios para que sean lo más efectivas posibles, como bien ya han expuesto en algunos documentos oficiales con propuestas de mejora para las PSH (18).

Una comunicación más fluida y estructurada, mediante encuentros programados y más personales, favorecería la colaboración entre los profesionales de las diferentes entidades, además de establecer vínculos más personales entre ellos, lo que induciría a un ambiente de trabajo más sano y, por ende, más efectivo. La falta de fluidez comunicativa se expone en la siguiente cita:

*Bueno, podría ser más fluida. Sí, es verdad. Por ejemplo, con el PASS podría ser una más fluida, porque al final nos comunicamos por mail, por teléfono alguna vez. [E5,P33]*  
(Código: Comunicación poco fluida entre entidades de la red).

### **Subcategoría 3.2: Puntos de referencia.**

*Hem de pensar que el punt de referència de totes les entitats que treballem al voltant de la... parlant sempre de la gent sense sostre, sempre partim de la base que el punt de referència sigui el PASS. Si algú va al menjador, el company del menjador li dirà, has anat al PASS a buscar el paper? No, pos ves al PASS. Que així et coneguem. I és una manera de... ells són els que ofereixen els serveis, el menjador social, l'albergue, el CAP, no sé qui, però tots anem cap a... ves al PASS, a que et coneguim, que hi hagi un punt de referència. [E4,P19]*  
(Código: Centralización de la atención en el PASS como punto de referencia para las PSH).

En la Ciudad de Tarragona, el PASS (25) se ha consolidado de forma extraoficial como el punto de referencia para todas las PSH de la ciudad. Esta iniciativa se lleva adelante como objetivo de identificar a la mayor parte de las PSH que viven en la ciudad. Estableciendo un punto de referencia e identificando a los individuos en situación de vulnerabilidad se puede, aparte de distribuir los recursos de forma más equitativa, establecer un vínculo con ellos para así poder ofrecerles una atención más personalizada, basada en su historia de vida y situación actual.

La existencia de este punto de referencia es otra forma de coordinación entre entidades, permitiendo así que el trabajo esté más coordinado y que la calidad de los servicios sea superior a si se trabajase de forma individual y en desconocimiento de la situación del colectivo en cuestión.

Sin embargo, a pesar de considerar el PASS el núcleo para las PSH, se siguen señalando dificultades para localizar a todas las PSH y mantener un seguimiento continuado, especialmente de aquellas que no están vinculadas a ningún servicio:

*... és molt difícil una continuïtat, un seguiment (...) Perquè també us he de dir que no tots els usuaris, totes les persones que viuen al carrer són conegudes del PASS. [E4,P84,86]*  
(Código: Seguimiento y continuidad en la atención).

### **Subcategoría 3.3: Falta de recursos.**

*El banc d'aliments no en té de menjar. A dia d'avui Creu Roja i Càritas ens han tancat l'aixeta del menjar, perquè no en tenen. No sé quan obriran, però ara mateix no n'hi ha. I jo damunt, com a tècnic, he de valorar a qui li dono i a qui no li dono, quins criteris... [E4,P36]*  
(Código: Dilema ético al distribuir los recursos).

*Abans, teníem la pensió Carmen i la pensió Alhambra (...) Però, degut a l'economia, no s'ha pogut fer aquest any. Només la vam tenir el gener (...) La pensió Carme ja no hi és i ara només quedava l'Alhambra. Però, vull dir, a l'Alhambra enviàvem la gent, quatre, cinc, sis persones com a màxim, de novembre a febrer, que són els temps més freds. Però, degut a l'economia, aquest any només se van poder enviar fins al gener. Vas veure que només hi havia gener. [E2,P375,377,379]*  
(Código: Reducción de recursos por restricciones económicas).

Las citas plantean cuestiones críticas sobre la gestión de los recursos para las PSH en Tarragona, exponiendo no solo la falta de recursos, sino también los dilemas éticos que esta carencia genera. Y es que, la escasez de alimentos, como se refleja en la primera cita, obliga a los profesionales a tomar decisiones difíciles sobre la distribución de recursos.

Por otro lado, la problemática de los alojamientos es alarmante. La reducción de plazas, especialmente en los meses más fríos, aumenta la vulnerabilidad de las PSH, ya que el acceso a un espacio seguro y digno ya es muy limitado en Tarragona. La desaparición de recursos como las plazas disponibles en la Pensión Alhambra debido a limitaciones económicas, subraya las dificultades de este colectivo y como la situación no mejora.

El sinhogarismo en Tarragona se enfrenta a cifras crecientes (41) mientras los recursos cada vez son menores, lo que se traduce en una situación preocupante en la que sus necesidades básicas no se ven cubiertas, afectando a su bienestar físico y mental. Sin unas necesidades básicas mínimas, la atención sanitaria seguirá quedando en segundo plano y las intervenciones no resultan efectivas.

## Categoría 4: Mejora en la intervención sanitaria a las PSH.

### Subcategoría 4.1: Espacios de intervención con PSH.

De las entrevistas realizadas surgen varias propuestas para mejorar el primer contacto entre el sistema sanitario y las PSH. Una de las ideas más reiteradas es la necesidad de contar con una figura enfermera accesible y visible, ubicada en un punto de referencia conocido por este colectivo y, al mismo tiempo, que tenga movilidad para acercarse a ellos, identificarlos y establecer el vínculo inicial. Lo esencial no es tanto el lugar físico, sino la disponibilidad y continuidad de esta profesional, capaz de adaptarse a la realidad del colectivo.

*...no vincularà, no vincularà, per tant, si tinguessin el seu referent, aquella infermera o infermer que saben que no sé quin dia no ho sé, per exemple (...) al centre, tres dies a la setmana que hi ha dutxes, i servei de, o sigui, servei de dutxes, servei de... de lavanderia. Doncs mira, tres dies que podria estar la infermera aquí, o dos dies. [E4,P74]*

(Código: Presencia regular de la enfermera en puntos clave).

*Penso que s'hauria d'intentar desplaçar l'equip sanitari o tindre un enllaç sanitari al carrer. És a dir, anar a la casa de transeünts, a l'alberg, a fer com una infermera a l'insti, una infermera a l'alberg o un personal sanitari allà per intentar connectar. (...) Bueno, clar, també es podria fer com a... En altres llocs, no? Perquè si ja saps que hi ha una persona que està situada sota dels porches... de Tarragona, doncs anar allà. Per què no? [E3,P49,51,54]*

(Código: Desplazamiento del equipo sanitario a lugares de encuentro de PSH).

*I de totes maneres el que penso jo que el que hi hagi un equip de carrer també és important. [E1,356,358]*

(Código: Importancia de un equipo sanitario de calle para generar vínculo).

*és indiferent el lloc on t'estiguin, saps? En un horari en concret, dimecres de les deu del dematí a la una del migdia, bueno, però ja ho sabem, que dimecres de les deu a la una tenim la infermera a no sé quin lloc i podem anar. [E4,P80]*

(Código: Horario fijo de atención sanitaria específica para PSH).

*Podríais ir a los comedores sociales, (...) entonces ahí sí que es un buen sitio para esto de enfermería comunitaria de engancharlos, (...). Entonces, la vacunación de lo del COVID, ahí en Buenavista, tienen un local al lado del comedor social y la enfermera fue allí a vacunar a todos los que querían, porque nos dábamos cuenta de que no acudían al CAP a la vacunación. [E5,P89]*

(Código: Intervención sanitaria en comedores sociales como estrategia de contacto).

Esta estrategia de aproximación de la ERPSH ya ha sido propuesta y aplicada en algunos programas en el ámbito de la atención comunitaria y de salud mental (12,19,20). Y promueve un vínculo terapéutico, el cual se ha expuesto como elemento clave en reiteradas ocasiones en el presente estudio para facilitar el acceso a la atención sanitaria y mejorar el bienestar de las PSH. La creación de vínculos de confianza es esencial para que las PSH regresen a los centros sanitarios y reciban una atención más continuada y efectiva, como bien se ha evidenciado en estudios previos (13,43,44).

#### **Subcategoría 4.2: Funciones de la enfermera para PSH.**

La salud de las PSH se caracteriza por una prevalencia muy alta de enfermedades tanto físicas como mentales en comparación con el resto de la población (14), las cuales se agravan por sus condiciones de vida y la dificultad de acceso al sistema de salud (4). Es por ello que la ERPSH tiene un papel fundamental, ya que, mediante sus actuaciones de promoción de la salud, y prevención y tratamiento de las enfermedades tiene la capacidad de reducir la alta morbimortalidad de este colectivo (5). Algunas de estas funciones específicas se mencionan en la siguiente cita:

*la educación sanitaria es importante para todo el mundo (...) Bueno, un poco que sepan detectar, ¿no? Y hacer un poco de prevención, ¿no? En salud. Sería reducir un poco los factores de riesgo, notar la sintomatología y todo (...) O sea, que llegue a la enfermería, más comunitario, sí (...) Donde sabéis que están, tomar constantes, ¿no? Medicación, regular la medicación, si se la está tomando, un poco, si veis que precisa de algún tratamiento médico, pues tendría que desplazarse el médico. Como es un ATDOM ¿no? Pero especializado en personas sin hogar, ¿no? [E5,P48,60,64,66]*

(Código: Implementación de educación sanitaria y promoción de la salud comunitaria).

Para que las funciones de la ERPSH estén bien estructuradas, se debe estudiar al colectivo tanto desde una perspectiva social como más personal. Estas personas, como cualquier otro colectivo, presentan sus necesidades sanitarias específicas, que deben conocerse para poder preverlas y tratarlas:

*Caminen molt, tenen els peus fatals... Cuidar-los una mica els peus, arreglar-los els peus... S'han donat un cop perquè han caigut, no sé què, una cadena, coses d'aquestes, no? (...) Que un té l'ull que li fa mal, unes gotes, coses d'aquestes més normals, rutinarias, no? [E2,P331]*

(Código: Atención a necesidades de salud rutinarias y específicas de las PSH).

*(...) perquè tenen coses, malalties pròpies de la gent del carrer. [E2,P286]*

(Código: Conocimientos sobre enfermedades propias del sinhogarismo).

Se pone de manifiesto, en el presente estudio, la importancia del conocimiento del colectivo como eje de buena práctica, lo que lleva a identificar otro pilar indispensable: la formación de la ERPSH en cuestiones de sinhogarismo.

### **Subcategoría 4.3: Aptitudes de la enfermera especializada para PSH.**

El personal sanitario sigue presentando muchos prejuicios cuando se trata de las PSH. Estos estigmas son percibidos por las PSH, cosa que los lleva a tener reacciones agresivas cuando acuden a los centros sanitarios, e incluso a ser reticentes a la hora de acudir. Estas muestras de rechazo y lástima que aparecen cuando se tiene que atender a una PSH no permite que se cree un vínculo de confianza entre profesional y paciente, algo que es esencial para que la práctica sanitaria sea efectiva (5,12,13,44). En el presente estudio se han objetivado citas que refuerzan la falta de empatía hacia el colectivo por parte de los profesionales:

*No cal que quan vagi al CAP fotis aquest careto, també t'ho dic. Saps? No sé, és un mínim d'atenció. [E4,P126]*

(Código: Empatía y atención mínima como base del trato con PSH).

No todos los profesionales tienen la sensibilidad o motivación para atender a este colectivo, lo que hace imprescindible que quienes asuman esta labor posean una mentalidad de cuidado proactivo. Este enfoque no solo implica proporcionar atención sanitaria directa, sino también reconocer la necesidad de suplir el autocuidado que estas personas no pueden realizar por sí mismas debido a su situación de vulnerabilidad, al igual que se hace con otros colectivos menos estigmatizados:

*(...) és un col·lectiu molt específic llavors, bueno, tindrem les bases tindrem els coneixements però com qualsevol grup d'atenció específic dones maltractades, demència, igual el que treballa ha de tindre una mica la percepció de quin tipus d'usuari estem atenent. [E3,P61]*

(Código: Sensibilidad hacia el perfil específico de usuarios en situación de sinhogarismo).

Es importante destacar que generar conciencia social hacia el colectivo de PSH no es una tarea sencilla ni inmediata. No se trata de exigir que toda la sociedad asuma esta responsabilidad, pero sí es fundamental que lo hagan aquellas personas que ya están comprometidas con las PSH, porque son quienes realmente pueden ayudarles desde su rol, como bien se expone en la siguiente cita:

*(...) i jo no dic que tothom estigui conscienciat, amb les persones, en aquest cas amb les persones del carrer, no cal que tothom estigui conscienciat amb (...) Però també hi ha d'haver aquelles persones que diem vale, anem a fer una mica de cura de totes aquestes persones que per ells mateixos no es curen. Doncs ja anem a curar-los a naltros, no? [E4,P111]*  
(Código: Conciencia social y el compromiso activo).

Es por ello que la figura de la ERPSH debe adoptar un rol activo, adaptativo y libre de estigmas para responder de forma efectiva a las necesidades del colectivo. Esta forma de cuidar, además de ser un acto sanitario, se convierte en un compromiso social y ético.

## 7. INTEGRACIÓN DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se estructura en base a los principios del MPS de Nola Pender, sirviendo como guía para la propuesta de un plan de intervención enfocado en la salud de las PSH. La estrategia principal consiste en el diseño e implementación del rol de una ERPSH, con el objetivo de mejorar el acceso a la AP y garantizar un seguimiento enfermero continuado y adaptado a las necesidades específicas de este colectivo.

Para garantizar que la intervención no se limite a un conjunto de medidas aisladas, sino que se integre plenamente en un modelo que promueve la salud de forma holística y sostenible, la ERPSH actuará no solo en la educación y promoción de hábitos saludables, sino que también se orientará a establecer vínculos terapéuticos sólidos y a adaptar las estrategias de atención a las particularidades del entorno y de las experiencias vividas por este colectivo. Este enfoque integral permite traducir, de manera práctica, los constructos teóricos de Nola Pender en acciones concretas que facilitan el acceso a la AP y la continuidad asistencial.

Para asegurar la fidelidad al modelo teórico y la coherencia de la propuesta, en el anexo 10 se presenta un análisis detallado de cómo se han integrado las dimensiones del MPS en el plan de mejora. Las dimensiones abordadas son:

- Factores personales: biológicos, psicológicos y socioculturales.
- Beneficios percibidos de la acción.
- Barreras percibidas para la acción.
- Autoeficacia percibida.
- Influencias interpersonales.
- Influencias situacionales.

Este análisis permite comprobar que las intervenciones sugeridas responden a una comprensión integral de la salud y están alineadas con el MPS de Nola Pender, asegurando una propuesta de mejora fundamentada desde la perspectiva enfermera.

## 8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones encontradas surgió durante el proceso de la realización de las entrevistas. Antes de llevar a cabo la entrevista formal, se organizó una reunión con algunos de los participantes con el objetivo de informar del estudio y hacer un primer contacto. En esta primera reunión, los entrevistados dieron gran cantidad de información relevante sobre su labor y la situación del colectivo lo que facilitó el desarrollo de la entrevista al tener conocimiento del contexto y haber tenido un primer contacto. Sin embargo, tuvo un imprevisto: durante la entrevista formal, algunos participantes no se explayaron tanto en ciertos temas, ya que asumían que la información ya había sido transmitida. Como resultado, la duración de algunas entrevistas fue menor de lo previsto y pudo afectar en la profundidad con la que se trataron algunos temas.

Por otro lado, se presentaron dificultades en la coordinación de las entrevistas, ya que con algunos participantes la comunicación previa al encuentro resultó complicada y tomó más tiempo de lo esperado. Asimismo, la disponibilidad para agendar un encuentro era limitada lo que requirió ajustes en el cronograma establecido.

## 9. CONCLUSIONES

En cuanto al objetivo general se ha constatado, a través de las entrevistas, que las barreras percibidas por los profesionales son múltiples y complejas. Estas dificultades incluyen obstáculos administrativos, barreras estructurales, estigmatización y el propio fenómeno del sinhogarismo. Tras la realización de las entrevistas y el análisis de los estudios seleccionados para la revisión bibliográfica, se concluyó que la adaptación del sistema sanitario hacia las PSH resulta esencial para mejorar sus condiciones de salud y facilitar su vinculación con la AP. De este trabajo, surgió la “Teoría del Puente Sanitario” que representa la flexibilidad y la inclusividad de las PSH en el sistema sanitario, adaptándolo a sus condiciones específicas para conseguir su integración y vinculación en el sistema.

Los estudios revisados y las entrevistas han permitido profundizar en el fenómeno del sinhogarismo tanto en la ciudad de Tarragona como en términos más generales, identificando las principales barreras de acceso a una atención sanitaria adecuada y evidenciando la ausencia de programas específicos de promoción y prevención de la salud dirigido a este colectivo. Asimismo, se destaca la importancia de desarrollar nuevas estrategias que mejoren la accesibilidad de los servicios sanitarios y que promuevan los vínculos de confianza entre los profesionales y las PSH.

Como propuesta de mejora, se ha elaborado el documento “Perfil, competencias y funciones de la Enfermera Referente para Personas Sin Hogar (ERPSH)”, incluido en el anexo 11, que propone la incorporación de esta figura para garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial. Además, se contempla llevar a cabo una prueba piloto en la ciudad de Tarragona con el objetivo de valorar la viabilidad del proyecto, lo que permitirá estudiar su posible implementación a nivel autonómico o estatal, contribuyendo a un sistema de salud más inclusivo y adaptado a las PSH.

## 10. NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Se considera proponer nuevas líneas de investigación que sigan profundizando en la realidad de las PSH. En primer lugar, resulta relevante abordar las desigualdades específicas que enfrentan las mujeres sin hogar, ya que suelen permanecer invisibilizadas debido a estrategias de supervivencia diferentes a las de los hombres, tal como menciona el artículo ‘Mujeres sin hogar: rompiendo la invisibilidad’ de *Sant Joan de Deu Serveis Socials Barcelona* (46). Además, aunque este trabajo se centra en personas sin hogar y sin vivienda, se sugiere investigar al resto de colectivos incluidos en la clasificación ETHOS (7) para ofrecer una visión más amplia y proponer nuevas estrategias.

Otra tema que se propone abordar es el acceso a medicamentos para las PSH, ya que no siempre está garantizado y se trata de un derecho básico. En este contexto se propone estudiar la viabilidad de iniciativas como la Farmacia 0 para PSH, una propuesta que ya ha sido mencionada en el documento del grupo de trabajo *#salutsensellar* (18) pero que aún no ha sido implementada

Por otro lado, al igual que este trabajo ha planteado una propuesta de mejora para la atención de las PSH, también ha permitido identificar que existe una brecha entre el aumento del número de PSH y la insuficiencia de recursos disponibles. En las entrevistas se ha podido observar que, en los últimos años, ha aumentado progresivamente el número de PSH, mientras que los recursos no han aumentado en la misma proporción, creando un desequilibrio estructural que dificulta ofrecer una respuesta adecuada a la demanda actual. Por este motivo, se considera necesario seguir impulsando propuestas y líneas de trabajo orientadas a reducir esta discrepancia y garantizar una atención digna y suficiente para el colectivo.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondation Abbé Pierre-FEANTSA 2024 NINTH OVERVIEW OF HOUSING EXCLUSION IN EUROPE. 2024. Available from: [https://www.feantsa.org/public/user/Activities/events/2024/9th\\_overview/Rapport\\_-\\_EN.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Activities/events/2024/9th_overview/Rapport_-_EN.pdf)
2. Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022 [Internet]. 2022 Oct [cited 2025 Mar 16]. Available from: [https://www.ine.es/prensa/epsh\\_2022.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf)
3. Borrachero J. Atenció a Persones Sense Sostre de l'Institut Municipal de Serveis Públics de Tarragona. Nou recompte de persones en situació de sensesostre a Tarragona [Internet]. 2024 [cited 2025 Feb 10]. Available from: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/noticies/noticies-2024/lissmt-i-la-xarxa-d2019atencio-integral-a-les-persones-sensellar-realitzen-un-nou-recompte-de-persones-en-situacio-de-sensesostre-a-tarragona>
4. Gómez Auría MÁ, Tolosa González O, Rudilla Pinzón L, Camacho Pescador MC, Gracia López AC, Báguena Sancho L. Sinhogarismo: la salud de los que viven en la calle. Revista Sanitaria de Investigacion (RSI) [Internet]. 2024 Sep 25 [cited 2025 Mar 18]; Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sinhogarismo-la-salud-de-los-que-viven-en-la-calle/>
5. Amor Loscertales A, Puig Olivan C, Aguilera Enguita N, Javier Gómez Vicente F, Carrillo López R, Torres García E. Personas Sin Hogar. Análisis de una problemática en salud. Monográfico. Revista Sanitaria de Investigacion (RSI) [Internet]. 2023 Sep 19 [cited 2025 Mar 18]; Available from: [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/personas-sin-hogar-analisis-de-una-problematika-en-salud-monografico/?form=MG0AV3#google\\_vignette](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/personas-sin-hogar-analisis-de-una-problematika-en-salud-monografico/?form=MG0AV3#google_vignette)
6. FEANTSA [Internet]. 2005 [cited 2025 Mar 16]. Tipología ETHOS sobre sinhogarismo y exclusión habitacional. Available from: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>
7. TIPOLOGÍA EUROPEA DE SIN HOGAR Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL [Internet]. FEANTSA; 2005 [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.feantsa.org/download/spanish-19799486834942987019.pdf>

8. El sinhogarismo ya es oficialmente un término español en la RAE. ABC [Internet]. 2023 Nov 29 [cited 2025 Mar 16]; Available from: <https://www.abc.es/sociedad/sinhogarismo-oficialmente-termino-espanol-rae-20231129102249-nt.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fsociedad%2Fsinhogarismo-oficialmente-termino-espanol-rae-20231129102249-nt.html>
9. HOGAR SÍ [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. SINHOGARISMO YA ESTÁ EN LA RAE Ahora, hagamos que desaparezca de las calles. Available from: <https://hogarsi.org/sinhogarismo-rae/>
10. Real Academia Española (RAE) [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Definición del sinhogarismo. Available from: <https://dle.rae.es/sinhogarismo>
11. Alexiev V. Fondation Abbé Pierre-FEANTSA 2023 EIGHTH OVERVIEW OF HOUSING EXCLUSION IN EUROPE. Sofiaplan; 2023. Available from: [feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport\\_EN.pdf](https://feantsa.org/public/user/Resources/reports/2023/OVERVIEW/Rapport_EN.pdf)
12. Sánchez P, Nieto V. L'ACCESSIBILITAT ALS SERVEIS SANITARIS DE LES PERSONES SENSELLAR A VILANOVA I LA GELTRÚ. UN ESTUDI QUALITATIU. 2024.
13. Yessenia V, Pareja R. Los efectos en la salud de las personas que viven en la calle. Revisión bibliográfica descriptiva. Coma-Ruga; 2021. Available from: <https://repositori.urv.cat/fourrepo/rest/audit/digitalobjects/DS?objectId=TFG%3A3997&label=Los+efectos+en+la+salud+de+las+personas+que+viven+en+la+calle.+Revisión+bibliográfica+descriptiva&lang=en&datastreamId=Memòria&mime=application%2Fpdf>
14. Roca Lahiguera D, Bilbeny de Fortuny B, Clusa Gironella T, Fuertes Rodriguez T, Silva Ruiz P, Franch-Nadal J. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Atención Primaria. 2022 Oct 1;54(10). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-salud-poblacion-sin-hogar-S0212656722001780>
15. Botija M, Vázquez-Cañete AI, Estaban-Romaní L. Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida. [Internet]. 2024 [cited 2025 May 15]. Available from:

- [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000359?ref=pdf\\_download&fr=RR-2&rr=943cc6360c1ef298](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000359?ref=pdf_download&fr=RR-2&rr=943cc6360c1ef298)
16. Guía Housing First Europa [Internet]. 2016 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://housingfirsteurope.eu/wp-content/uploads/2021/12/Gui%CC%81a-Housing-First-Europa.pdf>
  17. Herrero SP, Martín Fernández J, Lomeña LH. EVALUACIÓN DE LA METODOLOGÍA HOUSING FIRST EN ESPAÑA: soluciones al sinhogarismo. Informe ejecutivo. [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: [https://solucionesalsinhogarismo.org/wp-content/uploads/2022/12/Housing\\_first\\_Informe\\_completo.pdf](https://solucionesalsinhogarismo.org/wp-content/uploads/2022/12/Housing_first_Informe_completo.pdf)
  18. PROPOSTES PER OFERIR UNA MILLOR ATENCIÓ SANITÀRIA A LES PERSONES SENSE LLAR [Internet]. 2024 Mar [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>
  19. MEMORIA 2023. SANT ANNA, hospital de campanya, Barcelona. [Internet]. 2023 May [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.santaanna.org/wp-content/uploads/2024/06/Memoria-2023.pdf>
  20. Equipo de calle de salud mental. Hospitales La Paz y Clínico San Carlos de Madrid ECASAM. Hospitales universitarios La Paz y Clínico San Carlos de Madrid [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://enfermeriaendesarrollo.es/premios/candidaturas/equipo-de-calle-de-salud-mental-hospitales-la-paz-y-clinico-san-carlos-de-madrid/>
  21. Cuidados Enfermeros Integrales a Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave: Equipo de Calle de Salud Mental. Available from: [https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2020/02/Premios\\_ED\\_equipo\\_calle.pdf](https://enfermeriaendesarrollo.es/wp-content/uploads/2020/02/Premios_ED_equipo_calle.pdf)
  22. Observatori Social de Tarragona. Xarxa d'Atenció Integral de Persones sense Llar [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://observatorisocial.tarragona.cat/col%C2%B7laboracio-en-espais-de-participacio-2/impulsem-espais-de-participacio/xarxa-datencio-integral-de-persones-sense-llar/>
  23. XARXA D'ATENCIÓ INTEGRAL A LES PERSONES SENSE LLAR DE TARRAGONA. Objectius de la XAIPSLLT 2019-2020 [Internet]. [cited 2025 Mar

- 17]. Available from: [https://observatorisocial.tarragona.cat/wp-content/uploads/2020/11/Presentacio-XAIPSLLT-1\\_compressed.pdf](https://observatorisocial.tarragona.cat/wp-content/uploads/2020/11/Presentacio-XAIPSLLT-1_compressed.pdf)
24. MEMORIA IMSST 2021. [cited 2025 Mar 17]; Available from: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/fitxers/altres/memoria-imsst-2021>
25. Atenció a Persones Sense Sostre (PASS). Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS). [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/centres-serveis-socials/punt-datencio-a-persones-sense-sostre-1>
26. Fundació Bonanit [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://fundaciobonanit.com/es/inicio/>
27. MEMÒRIA 2024. QUÈ ENS DISTINGEIX COM A FUNDACIÓ [Internet]. Fundació Bonanit. Tarragona. 2025. [cited 2025 Mar 17]. Available from: <https://fundaciobonanit.com/wp-content/uploads/2025/01/Memoria-Fundacio-Bonanit-2024.pdf>
28. Catàleg de serveis per a persones sense llar. Xarxa d' Atenció Integral de Persones Sense Llar de Tarragona [Internet]. [cited 2025 Mar 17]. Available from: <https://observatorisocial.tarragona.cat/wp-content/uploads/2020/11/Cataleg-serveis-persones-sense-llar-Tarragona-1.pdf>
29. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 10<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España; 2022. 320–333 p.
30. DeCS/MeSH - Descriptores en Ciencias de la Salud. [Internet]. 2023 [cited 2025 May 8]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/edicion-2023/>
31. PRISMA [Internet]. [cited 2025 May 9]. PRISMA flow diagram. Available from: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
32. Matthew JP et. al. theBMJ. 2021. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews.
33. Matthew JP, et.al. theBMJ. 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.
34. Perfil, competències i funcions de la infermera de salut i escola, referent de salut dels centres educatius al Sistema de Salut de Catalunya [Internet]. Departament de salut, Generalitat de Catalunya. 2024 jun [cited 2025 Mar 17]. Available from:

- [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11592/perfils\\_competencies\\_funcions\\_infermera\\_salut\\_escola\\_referent\\_salut\\_centres\\_educatius\\_sistema\\_salut\\_catalunya\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11592/perfils_competencies_funcions_infermera_salut_escola_referent_salut_centres_educatius_sistema_salut_catalunya_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987. 343 p.
  36. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial [Internet]. [cited 2025 Mar 17]. Available from: <https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Helsinki.pdf>
  37. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2016-80807>
  38. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [cited 2025 Mar 16]; Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
  39. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-7500>
  40. Roca Lahiguera D. A propósito de un caso. Sinhogarismo. Un abordaje desde Atención Primaria [Internet]. 2021 Mar [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/sinhogarismo-abordaje-desde-la-atencion-primaria>
  41. Diari de Tarragona. Aumenta el número de personas sin hogar en Tarragona: más de 90. 2024 Nov 28 [cited 2025 Mar 16]; Available from: <https://www.diaridetarragona.com/tarragona/tarragona-tiene-mas-de-90-personas-sin-techo-en-sus-calles-BA22112470>
  42. Diari de Tarragona. Operación Iglú en Tarragona: 33 personas sin hogar son atendidas durante la noche más fría. 2024 Jan 14 [cited 2025 Mar 16]; Available from: <https://www.diaridetarragona.com/tarragona/operacion-iglu-en-tarragona-33-personas-sin-hogar-son-atendidas-durante-la-noche-mas-fria-FH22611567>

43. Llobet-Estany M, Serrano-Miguel M, Muñoz A, Boixadós-Porquet A, Campomar B. Stigma in homelessness and health care: reflections from a Housing First program in Barcelona, Spain. *Salud Colectiva*. 2024;20. Available from: <https://www.scielosp.org/article/scol/2024.v20/e4826/en/>
44. Sánchez Hidalgo M, Andrés MS, Canadell Rusiñol J, Fürstenheim Milerud LP, Gómez Palomar E, Moya Tena M. Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de sinhogarismo. *Aten Primaria* [Internet]. 2024 Sep 1 [cited 2025 Apr 8];56(9). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S021265672400091X>
45. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2002 [cited 2025 Mar 18]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
46. Guijarro Edo L. Mujeres sin hogar: rompiendo la invisibilidad. [Internet]. [cited 2025 Apr 10]. Available from: <https://www.sjdserveissocials-bcn.org/es/mujeres-sin-hogar-rompiendo-invisibilidad>
47. Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo en España [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 17]. Available from: [https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Estrategia.2\\_PSH20232030.pdf](https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Estrategia.2_PSH20232030.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA

Tabla 3. Cronograma TFG

	OCT '24	NOV '24	DIC '24	ENE '25	FEB '25	MAR '25	ABR '25	MAY '25	JUN '25
PRIMERA TUTORÍA	30/10								
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X						
JUSTIFICACIÓN		04/11							
REUNIÓN VOLUNTARIADO		21/11							
RECUESTO ANUAL		27/11							
MARCO TEÓRICO		X	X	X					
DISEÑO TFG		09/12							
CONTACTO PASS - BONANIT- CAS- CAP MURALLES		X	X						
SEGUNDA TUTORIA		16/12							
ENTREVISTAS / TRANSCRIPCIÓN				X					
TERCERA TUTORÍA					10/02				
CODIFICACIÓN ENTREVISTAS					X				
CUARTA TUTORÍA					19/02				
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES						X			
DESARROLLO DEL PLAN						X	X		
ENTREGA BORRADOR							11/04		
ÚLTIMAS MODIFICACIONES							X	X	
ENTREGA DEFINITIVA								19/05 - 23/05	
DEFENSA DEL TFG									03/05

Fuente: Elaboración propia

## ANEXO 2. TABLA CLASIFICACIÓN ETHOS

Tabla 4: Clasificación ETHOS.

CATEGORÍA CONCEPTUAL	CATEGORÍA OPERATIVA	SITUACIÓN RESIDENCIAL	DEFINICIÓN GENÉRICA
<b>SIN TECHO</b>	1	Personas que viven a la intemperie.	1.1 En espacio público o exterior. Viviendo en las calles o espacios públicos sin albergue que pueda definirse como vivienda.
	2	Duermen en un refugio nocturno y/o se ven obligados a pasar varias horas al día en un espacio público.	2.1 Albergue o refugio nocturno. Personas sin un hogar habitual donde residir que hacen uso de albergues o centros de alojamiento de muy baja exigencia.
<b>SIN VIVIENDA</b>	3	Viven en albergues y centros para gente sin hogar / alojamiento temporal.	3.1 Albergues y centros de alojamiento. 3.2 Alojamiento temporal y de tránsito. 3.3 Alojamiento con apoyo. Estancia a corto o medio plazo de forma temporal, no como lugar de residencia definitiva.
	4	Personas en albergues para mujeres.	4.1 Albergues para mujeres (solas o con hijos). Mujeres alojadas debido a que han sufrido violencia de género, siempre y cuando se entienda como residencia temporal.
	5	Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes.	5.1 Alojamiento temporal / centros de recepción. 5.2 Alojamientos para temporeros. Personas en alojamientos para inmigrantes que viven en alojamientos temporales por su estatus de extranjeros o trabajadores temporeros.
	6	Personas que en un plazo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o internamiento.	6.1 Instituciones penales. 6.2 Instituciones sanitarias. 6.3 Centros de menores. Sin vivienda disponible en el momento de la excarcelación. Estancia mayor de la estrictamente necesaria debido a la falta de vivienda. Sin vivienda a la que dirigirse al cumplir los 18 años.
	7	Personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de personas en situación de sinhogarismo.	7.1 Residencia para personas sin hogar mayores. 7.2 Vivienda con apoyo a largo plazo para personas anteriormente sin hogar. Alojamiento con apoyo de larga estancia para personas que han vivido sin hogar.

<u>VIVIENDA INSEGURA</u>	8	Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro.	8.1 Viviendo acogidos por allegados. 8.2 Sin tenencia legal (subalquilados). 8.3 Ocupación ilegal.	Residiendo en un alojamiento convencional pero que no es habitual, debido a la pérdida de su vivienda. Ocupación ilegal o sin ningún tipo de garantía jurídica para residir allí.
	9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio.	9.1 En régimen de alquiler. 9.2 Vivienda en propiedad.	Con orden de desahucio, por impago de alquiler o hipoteca.
	10	Personas que viven bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o familia.	10.1 Con denuncias presentadas.	Cuando ha actuado la policía o intervención rápida para tratar de encontrar un alojamiento seguro para las víctimas de violencia doméstica.
<u>VIVIENDA INADECUADA</u>	11	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales.	11.1 Caravanas y similares. 11.2 Edificaciones no convencionales ni pensadas para residir. 11.3 Estructuras temporales.	Personas que viven en construcciones que no constituyen viviendas convencionales (chabolas / cabañas).
	12	Alojamiento impropio.	12.1 Edificio ocupado que no es apropiado para vivir en él.	Personas que viven en alojamientos sin posible permiso de habitabilidad (según la regulación nacional).
	13	Hacinamiento extremo.	13.1 Muy por encima de los estándares habituales que marcan el hacinamiento.	Personas que viven hacinadas en viviendas que superan el estándar nacional de ocupación.

**Fuente:** Elaboración propia a partir del documento ‘Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo en España’. (47)

### ANEXO 3. ENTIDADES SOCIALES Y ADMINISTRACIONES DE LA XAIPSLLT.

Tabla 5: **Entidades sociales y administraciones de la Xarxa d'Atenció Integral de Persones sense Llar de Tarragona.**

Administración	Entidades Sociales
CAP Jaume I y Tarraco CAP Muralles CAS Tarragona Cátedra Vivienda URV Guardia Urbana Hospital Joan XXIII IMSST Región Sanitaria Camp Servicios Sociales Penitenciarios	Asociación Pax Mundo Caritas Cruz Roja Fundación Formación y Trabajo Fundación Bonanit INTRESS Asociación Juventud y Vida Fundación por el Soporte Social y Solidario ONG ADRA Instituto Pere Mata Atrévete

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la *Xarxa d'Atenció Integral de Persones sense Llar de Tarragona* (22).

## ANEXO 4. RECURSOS Y SERVICIOS PARA LAS PERSONAS SIN HOGAR EN LA CIUDAD DE TARRAGONA

Tabla 6: Recursos y servicios para las personas sin hogar en la ciudad de Tarragona.

Alojamiento	Estacional por causas meteorológicas	<p><b>Operación Iglú:</b> Es un dispositivo de emergencia impulsado por la Guardia Urbana, el Instituto Municipal de Servicios Sociales, Protección Civil y la Cruz Roja, destinado a las personas que se encuentran en la calle durante los meses de invierno cuando se prevén bajas temperaturas (por debajo de los 0°C) y por la activación del Pla Neucat.</p> <p>Ofrece alojamiento nocturno en pisos gestionados en colaboración con la Agencia Catalana de Vivienda y SMHAUSA (Servicio Municipal de Vivienda de Tarragona), ubicados en Torreforta, Sant Pere i Sant Pau y Bonavista.</p>
	Pisos de inclusión	<p><b>Pisos de transición del Instituto Municipal de Servicios Sociales:</b> Necesaria una valoración previa que consta de tres fases de intervención llevadas a cabo por un Equipo Básico de Atención Social tanto del IMSST como de la Cruz Roja. Actualmente, existen siete pisos de transición, los cuales suman un total de 21 plazas.</p> <p><b>Piso permisos ‘La rueda de la vida’:</b> Espacio residencial con 5 plazas, en el barrio de La Floresta de Tarragona, destinado a personas que cumplen condena en centros penitenciarios y no disponen de vivienda para disfrutar de los permisos de salida. Está impulsado por la Fundación Soporte Social y Solidario y la vía de acceso es mediante derivación de los servicios del Departamento de Justicia. Incluye a personas en 2º y 3º grado de tratamiento penitenciario.</p> <p><b>Programa de vivienda Bonanit:</b> Impulsado por la Fundación Bonanit. Vía de acceso: por derivación.</p>
	Estancia en pensión	<p><b>Alojamiento de urgencia en hoteles o pensiones del IMSS:</b> Alojamiento impulsado por el IMSS por motivos de enfermedad, convalecencia, situaciones de violencia, entre otros. La vía de acceso es mediante el Equipo Básico de la zona o la Guardia Urbana.</p>
	Estancia en albergue	<p><b>Albergue Bonanit:</b> Impulsado por la Fundación Bonanit. Ofrecen una estancia máxima de 15 días. Una vez, pasado este periodo pueden volver a los tres meses. El albergue tiene una disponibilidad de 20 plazas, 16 para hombres y 4 para mujeres.</p>
	Información y tramitación de prestaciones en materia de vivienda.	<p><b>Oficina Local de Vivienda:</b> Impulsada por el Ayuntamiento de Tarragona, ofrece bolsa de mediación, tramitación de prestaciones para el pago del alquiler o deuda de rentas de alquiler o cuotas hipotecarias y otras prestaciones en caso de pérdida de vivienda o rehabilitación de edificios, entre otros.</p> <p><b>Servicio de Vivienda Social y Pobreza Energética de Tarragona:</b> Impulsado por el IMSST, ofrece asesoramiento jurídico en intermediación en materia de vivienda y seguimiento y soporte para la inclusión residencial.</p>
Alimentación	Desayuno	<p><b>Café Caliu:</b> Impulsado por Cáritas Interparroquial. Ofrece un acceso libre para desayunar de lunes a domingo en horario de 9h a 11h excepto el mes de agosto que permanece cerrado.</p>

	<b>Comida</b>	<p><b>Comedor social Taula Amiga:</b> Gestionado por la Fundación Formación y Trabajo. Pretende cubrir la necesidad de alimentación del colectivo y ser un punto de interrelación entre los usuarios y los servicios mediante el acceso que se realiza por derivación de los equipos de Servicios Sociales y del Servicio de Urgencia y Emergencias de Tarragona. Además, existen plazas reservadas para las personas alojadas en el Albergue Bonanit.</p> <p><b>Comedor Social Asociación Juventud y Vida:</b> Ofrece un menú siguiendo pautas de la dieta mediterránea de lunes a viernes mediante el acceso por derivación de los equipos de Servicios Sociales y del Servicio de Urgencia y Emergencias de Tarragona.</p>
	<b>Cena</b>	<p><b>Cenas en la calle ‘La sopa’:</b> Impulsado por la Comunidad Sant Egidi ofrecen cena para las personas que lo necesiten con acceso libre en la estación de autobuses y en la Plaza de los Carros.</p> <p><b>Servicio de comedor en la calle:</b> Se lleva a cabo los domingos frente a la parroquia de Sant Joan, en la Plaza General Prim. Está gestionado por la Asociación Pax Mundo y mantiene una vía de acceso libre.</p> <p><b>Atención a las personas sin hogar:</b> Impulsado por la Asociación Juventud y Vida ofrecen cena en el Parque Saavedra todos los miércoles con un acceso libre.</p> <p><b>Proyecto integral para personas sin hogar:</b> distribución de alimentos a través de las salidas con el vehículo UES (Unidad de Emergencia Social): Los domingos se realiza un recorrido por la ciudad ofreciendo comida y otros productos de primera necesidad. Este proyecto está impulsado por la Cruz Roja.</p> <p><b>Sopar ADRA:</b> La ONG ADRA ofrece cenas de acceso libre los sábados en la Plaza del General Prim.</p>
	<b>Repartición de comida</b>	<p><b>Repartición de alimentos en las parroquias asociadas a Cáritas Interparroquial:</b> Mediante derivación interna a Cáritas Parroquiales de Tarragona.</p> <p><b>Repartición de alimentos: personas en situación de exclusión social en crisis:</b> Impulsado por la Cruz Roja. Se accede mediante la derivación de Servicios Sociales básicos y usuarios de la Cruz Roja.</p> <p><b>Repartición de alimentos: Asociación Juventud y Vida:</b> Se accede a través de la derivación de Servicios Sociales básicos y usuarios de la asociación.</p> <p><b>Taula Amiga:</b> Impulsado por la Fundación Formación y Trabajo. Se accede por derivación de Servicios Sociales.</p> <p><b>Repartición de alimentos FEGA:</b> Impulsado por la Asociación Sociocultural Puerta a la Esperanza. Se accede por derivación de Servicios Sociales y usuarios de la asociación.</p>
<b>Higiene y otros</b>	<b>Ducha, lavandería</b>	<p><b>Centro de atención diurna ‘Tomàs Grau i Brunet’:</b> Impulsado por la Cruz Roja ofrecen servicio de ducha, peluquería y lavandería. También se realizan actividades educativas, lúdicas y culturales.</p> <p><b>Cafe Caliu:</b> Gestionado por Cáritas Interparroquial. El acceso varía según plazas disponibles y por derivación de entidades.</p>

	<b>Ropa</b>	<p><b>Centro de atención diurna “Tomàs Grau i Brunet”.</b></p> <p><b>Ropa solidaria:</b> Impulsado por la Asociación Manantial de Vida y Esperanza.</p> <p><b>Ropa “Filigrana”:</b> Impulsado por Cáritas Diocesana. La vía de acceso es mediante derivación interna.</p> <p><b>Ropa ADRA:</b> Este servicio se ofrece cuando la organización reparte alimentos.</p> <p><b>Ropa y cenas en la calle “La Sopa”:</b> Impulsado por la Comunidad Sant Egidi.</p> <p><b>Vales de Formación y Trabajo “Ropa Amiga”:</b> Mediante derivación de Servicios Sociales y PASS.</p> <p><b>Punto de Atención a Personas Sin Hogar (PASS):</b> Ofrece vales para la compra de ropa en algunas entidades.</p>
	<b>Consigna</b>	<p><b>Punto de Atención a Personas Sin Hogar (PASS):</b> Impulsado por el Instituto Municipal de Servicios Sociales.</p>
	<b>Comunicación, correspondencia, telefonía e internet</b>	<p><b>Punto de Atención a Personas Sin Hogar (PASS):</b> Dispone de un espacio con internet y dispositivos de comunicación.</p> <p><b>Centro de atención diurna “Tomàs Grau i Brunet”.</b></p> <p><b>Servicio Municipal de Bibliotecas de Tarragona:</b> Acceso libre.</p> <p><b>Biblioteca Pública de Tarragona.</b></p>
<b>Salud</b>	<b>Atención sanitaria básica</b>	<p><b>Centros de Atención Primaria (CAP):</b> Impulsado por la Región Sanitaria Camp de Tarragona, Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).</p>
	<b>Atención especializada</b>	<p><b>Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Joan XXIII:</b> Acceso por derivación de los servicios de salud y servicios sociales.</p> <p><b>Unidad de Trabajo Social de la Xarxa Sanitaria y Social de Santa Tecla:</b> Acceso por derivación de los servicios de salud y servicios sociales.</p>
	<b>Red de salud mental</b>	<p><b>Dispositivos de atención a la salud mental del Camp de Tarragona. (Instituto Pere Mata).</b></p> <p>Acceso a los servicios por derivación de otros recursos de la red de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CSMA</li> <li>• Servicio de rehabilitación comunitaria</li> <li>• Atención a los trastornos cognitivos</li> <li>• Hospital de día de adultos</li> <li>• Urgencias del Hospital Pere Mata</li> <li>• Hospitalización: Unidad de Agudos</li> <li>• Hospitalización: Patología dual</li> <li>• Rehabilitación hospitalaria</li> </ul>

	<p><b>Atención a las drogodependencias</b></p>	<p><b>Servicio de Prevención de las Adicciones:</b> Impulsado por el Ayuntamiento de Tarragona, se accede a través de cita previa telefónica.</p> <p><b>Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS)</b></p> <p><b>Fundación CECAS:</b> Acceso a través del CAS .</p> <p><b>Servicio de Atención de las Adicciones en Tarragona y Terres de l'Ebre:</b> Impulsado por la ONG Proyecto Hombre de Cataluña. Acceso mediante cita telefónica o correo electrónico.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Atención social</p>	<p><b>Información, asesoramiento e intervención social</b></p>	<p><b>Equipos básicos de atención social del IMSST</b></p> <p><b>Servicio de Acogida y Acompañamiento:</b> Impulsado por Caritas Interparroquial.</p> <p><b>Punto de Atención a Personas Sin Hogar (PASS):</b> Ofrecen acogida, atención e intervención social.</p> <p><b>Centro de atención diurna "Tomàs Grau i Brunet"</b></p> <p><b>Proyecto integral para personas sin hogar: a través de salidas con el vehículo de Unidad de Emergencia Social (UES):</b> Los domingos hacen un recorrido por la ciudad para ofrecer comida y otros productos.</p> <p><b>Servicio de Acompañamiento Postpenitenciario:</b> Gestionado por la Fundación INTRESS. Se accede a través de la derivación de los Servicios Sociales en el ámbito penal.</p> <p><b>Servicios sociales en el ámbito penal:</b> Impulsado por los Servicios Sociales Penitenciarios de Tarragona (Departamento de Justicia). Dirigido a personas internadas en un centro penitenciario.</p> <p><b>Atención social al joven tutelado y extutelado:</b> Impulsado por el área de soporte a jóvenes tutelados y extutelados (Dirección General de Atención en la Infancia y en la Adolescencia). Ofrecen servicio de tramitación de prestaciones de vivienda, económicas y soporte jurídico.</p>
	<p><b>Acogida diurna con espacios de acceso libre</b></p>	<p><b>Centro de atención diurna "Tomàs Grau i Brunet":</b> Impulsado por la Cruz Roja.</p>
	<p><b>Soporte jurídico</b></p>	<p><b>Asesoramiento jurídico:</b> Impulsado por Cáritas Diocesana.</p> <p><b>Orientación jurídica Cruz Roja .</b></p> <p><b>Servicio de Orientación Jurídica:</b> Impulsado por el Colegio de Abogados (ICAT)</p>

Trabajo y Formación Profesional	<p><b>Oficina de Trabajo de la Generalitat de Cataluña:</b> Impulsado por el Servicio de Ocupación de Cataluña.</p>	
	<p><b>Tarragona Impulsa:</b> Gestionado por el Ayuntamiento de Tarragona. Ofrecen servicio de intermediación laboral, programas de formación, orientación y ocupación.</p>	
	<p><b>Departamento de Ocupación y Formación de la Cruz Roja</b></p>	
	<p><b>Proyecto Sociolaboral:</b> Impulsado por Cáritas Interparroquial. Ofrecen acogida individual y talleres.</p>	
	<p><b>Proyecto Prelaboral:</b> Impulsado por Cáritas Interparroquial</p>	
Servicios de seguridad ciudadana	<p><b>Programa de formación e inserción laboral de personas bajo medida judicial:</b> Su vía de acceso es por derivación de profesionales en el ámbito de justicia, medidas penales alternativas y justicia juvenil.</p>	
	<p><b>Servicio de atención a las urgencias y emergencias sociales:</b> Impulsado por el Instituto Municipal de Servicios Sociales. Se accede a través de los Servicios Sociales de Atención Social o desde la Guardia Urbana.</p>	
	<p><b>CUERPOS DE SEGURIDAD</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mossos d'Esquadra</li> <li>• Guardia Urbana</li> <li>• Protección Civil</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia a partir del documento *Catàleg de serveis per a persones sense llar – Xarxa d'Atenció Integral de Persones Sense Llar de Tarragona* (28).

## ANEXO 5. MATRIZ DE ANÁLISIS

Tabla 6: **Matriz de análisis.**

n°	Tipo de Fuente	Título / Autor / Año	Palabras clave	Metodología / Descripción	Principales hallazgos	Base de datos / Ubicación
1	Artículo	<i>Cuidados Enfermeros Integrales a Personas Sin Hogar con Trastorno Mental Grave: Equipo de Calle de Salud Mental.</i> Hospital La Paz y Hospital Clínico San Carlos de Madrid.	No especificadas.	Intervención comunitaria interdisciplinaria en entorno urbano.	Mejora acceso y vínculo con sistema sanitario, impacto positivo en salud y calidad de vida.	Revista Enfermería en Desarrollo.
2	Trabajo de Fin de Grado. (Literatura gris)	<i>Los efectos en la salud de las personas que viven en la calle.</i> Rubén Pareja Pérez, Valeria Yessenia Valero Córdova, 2021.	Personas sin hogar, sinhogarismo, desigualdades sociales, salud, enfermedad, cuidados.	Revisión bibliográfica descriptiva.	Prevalencia de trastornos mentales y físicos, barreras de acceso al sistema sanitario, estigma social, impacto del COVID-19, adherencia limitada a tratamientos.	Repositorio URV.
3	Libro	<i>Modelos y teorías en enfermería.</i> Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey, 7ª Edición, 2022.		Descripción y análisis de los principales modelos y teorías de enfermería aplicados en la práctica profesional.	Proporciona una base teórica para la aplicación del cuidado enfermero y facilita la elección de modelo adecuado para el estudio.	CRAI URV Campus Catalunya.
4	Página web institucional	Xarxa d'Atenció a Persones Sensellar (XAIPSLLT), Observatori Social Tarragona.		Plataforma municipal de coordinación entre entidades dirigida a la atención integral de las PSH en Tarragona.	Definición de objetivos y otra información de interés para conocer la Xarxa.	Observatori Social de Tarragona.
5	Informe estadístico oficial (Literatura gris)	Encuesta Personas Sin Hogar, INE 2022.		Estudio cuantitativo a través de una encuesta estadística estructural a usuarios de centros asistenciales de alojamiento y/o restauración. nacional en centros asistenciales.	Estadísticas sobre la situación de sinhogarismo a nivel nacional.	INE
6	Artículo	<i>Barreras y facilitadores en el acceso y la utilización de los centros de atención primaria para las personas en situación de</i>	Atención primaria de salud, sinhogarismo, persona sin	Estudio cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico.	Se identifican barreras y facilitadores en el	Dialnet / Elsevier

		<i>sinhogarismo</i> . María Sánchez Hidalgo, María Sol Andrés, Josepa Canadell Rusinol, ~ Laura Paloma Fürstenheim Milerud, Estela Gómez Palomar y Marta Moya Tena. 2024.	hogar, accesibilidad a los servicios de salud		acceso a la AP para las PSH.	
7	Trabajo de Fin de Grado. (Literatura gris)	<i>L'accessibilitat als serveis sanitaris de les persones sensellar a Vilanova i La Geltrú</i> . Paula Sánchez Solís, Víctor Nieto de la Torre, 2024.	Sinhogarismo, homelessness, enfermería, Servicios Sanitarios; salud, housing exclusión, Housing First.	Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico a través de entrevistas semiestructuradas y un cuestionario sociodemográfico.	Describe accesibilidad de las PSH a los servicios sanitarios, analiza estado de salud y necesidades, presenta dificultades.	Proporcionado por los autores.
8	Artículo	<i>Personas sin hogar análisis de una problemática en salud</i> . Alicia Amor Loscertales, Clara Puig Oliván, Natalia Aguilera Enguita, Francisco Javier Gómez Vicente, Rebeca Carrillo López y Elena Torres García. 2023	Personas sin hogar, exclusión social, accesibilidad a los servicios de salud, morbilidad	Estudio monográfico basado en la revisión y análisis de literatura científica y fuentes secundarias.	Mortalidad y comorbilidad, barreras en el acceso a la salud y factores de riesgo para el sinhogarismo.	Revista sanitaria de investigación .
9	Artículo	<i>Sinhogarismo. Abordaje desde la Atención Primaria</i> , Daniel Roca Lahiguera. 2021.	No especificadas.	Revisión narrativa basada en evidencia científica y experiencia clínica	Mayor riesgo cardiovascular, peor control de enfermedades crónicas, elevada morbilidad asociada al consumo de sustancias, dificultades de acceso al sistema sanitario.	Revista AMF (Atención Médica Familiar)
10	Libro	<i>Introducción a los métodos cualitativos</i> , S. J. Taylor y R. Bogdan, 1984.		Libro que presenta una guía completa sobre los métodos de investigación cualitativa.	Muestra técnicas de recolección de datos, análisis y enfoque interpretativo.	CRAI URV, Campus Catalunya.
11	Artículo	<i>Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA</i> . Daniel Roca Lahiguera, Beatriu Bilbeny de Fortuny, Thaïs Clusa Gironella, Teresa Fuertes Rodríguez, Pau Silva Ruiz, Josep Franch-Nadal, Grupo de Estudio del	Estado de salud, sinhogarismo, atención primaria, epidemiología, población vulnerable.	Estudio descriptivo transversal.	Datos sociodemográficos, patologías crónicas y enfermedades mentales.	Elsevier.

		Sinhogarismo (GES) del CAP Raval Sud, 2022.				
12	Artículo	<i>Estigma en personas sin hogar y atención en salud: reflexiones desde un programa Housing First en Barcelona, España.</i> Marta Llobet-Estany, Mercedes Serrano-Miguel, Araceli Muñoz, Adela Boixadós-Porquet, Belén Campomar. 2024	Personas sin hogar, estigma social, atención a la salud, España.	Estudio cualitativo desde una perspectiva interpretativa y diseño longitudinal mediante un enfoque narrativo.	Programa "Primer la Llar", barreras relacionadas con el estigma.	Dialnet / Scielo
13	Artículo	<i>Sinhogarismo como determinante de la salud y su impacto en la calidad de vida.</i> Mercedes Botija, Ana Isabel Vázquez-Cañete, Laura Esteban-Romaní. 2024	Personas sin hogar, determinantes sociales en salud, acceso a servicios de salud, exclusión social.	Estudio descriptivo transversal por medio de recuento nocturno y cuestionarios y encuestas, en la ciudad de Valencia.	Barreras de acceso a la atención primaria de las PSH, destaca la necesidad de enfoques integrales adaptados.	Scielo / Elsevier / Dialnet
14	Artículo	<i>Sinhogarismo: la salud de los que viven en la calle,</i> M <sup>a</sup> Ángeles Gómez Auría, Olga Tolosa González, Lorena Rudilla Pinzón, María Cruz Camacho Pescador, Ana Cristina Gracia López, Laura Báguena Sancho, 2024.	Personas sin hogar, sinhogarismo, exclusión social, exclusión residencial, salud.	Estudio monográfico.	Consecuencias del sinhogarismo, problemas de salud, impacto en la Salud Pública, necesidad de enfoque centrado en la persona.	Dialnet / Revista Sanitaria de Investigación.
15	Documento institucional (Literatura gris)	Memoria 2021 del Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (IMSST), 2021.		Informe anual que recopila datos cuantitativos y cualitativos sobre las actividades y servicios prestados.	Definición del IMSST, datos estadísticos.	Web del Ayuntamiento de Tarragona.
16	Documento institucional (Literatura gris)	<i>Catàleg de serveis per a persones sense llar a Tarragona,</i> Xarxa d'Atenció Integral a Persones Sense Llar de Tarragona, 2019.		Catálogo elaborado por la XAIPSLT que recopila y organiza los recursos y servicios disponibles para las PSH en la ciudad de Tarragona.	Visión integral de los recursos existentes.	Observatori Social de Tarragona
17	Documento institucional (Literatura gris)	<i>"Perfil, competències i funcions de la infermera de Salut i Escola, referent de salut dels centres educatius al Sistema de Salut de Catalunya",</i> Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2024.		Documento que define el perfil profesional, las competencias y las funciones de las enfermeras de <i>Salut i Escola</i> en Cataluña.	Rol de la enfermera de <i>Salut i Escola</i> .	Repositorio institucional Scientia Salut
18	Documento institucional (Literatura gris)	Memoria Fundació Bonanit, 2024.		Informe anual que recopila datos cuantitativos y cualitativos.	Datos estadísticos, servicios y actividades prestadas.	Web Fundació Bonanit.

19	Documento institucional (Literatura gris)	<i>Xarxa d'Atenció Integral a les Persones Sense Llar de Tarragona (XAIPSLLT)</i> , Observatori Social de Tarragona, 2019 – 2020.		Documento que describe la XAIPSLLT.	Describe estructura, objetivos y funcionamiento de la XAIPSLLT.	Observatori Social de Tarragona.
20	Documento internacional (Literatura gris)	Guía Housing First Europa, FEANTSA, 2016.		Guía para desarrollar el programa Housing First en Europa.	Ofrece información sobre cómo implementar y hacer funcionar programas <i>Housing First</i> en Europa adaptado a contextos.	Web Housing First Europe.
21	Documento institucional (Literatura gris)	" <i>Memoria 2023 de l'Hospital de Campanya de Santa Anna</i> ", Hospital de Campanya de Santa Anna, 2024.		Informe anual que detalla las actividades y programas implementados durante el año 2023 por el Hospital de Campanya de Santa Anna.	Datos cuantitativos y cualitativos sobre la atención a las PSH, servicios ofrecidos, colaboración con otras entidades y programas de intervención.	Web del Hospital de Campanya de Santa Anna.
22	Documento internacional (Literatura gris)	"Eighth Overview of Housing Exclusion in Europe 2023", Fondation Abbé Pierre – FEANTSA, 2023.		Informe elaborado a partir de datos recopilados mediante cuestionarios, entrevistas y testimonios.	Datos estadísticos. Destaca necesidad de políticas públicas.	Web FEANTSA
23	Informe internacional (Literatura gris)	"Ninth Overview of Housing Exclusion in Europe 2024", Fondation Abbé Pierre – FEANTSA, 2024.		Informe a partir de datos cuantitativos y cualitativos provenientes de fuentes oficiales, encuestas nacionales, entrevistas y testimonios de personas afectadas, así como de organizaciones y expertos en el ámbito del sinhogarismo en Europa.	Datos estadísticos, recomendaciones para abordar el sinhogarismo y la exclusión residencial.	Web FEANTSA
24	Informe de evaluación (Literatura gris)	" <i>Evaluación de la metodología Housing First en España</i> ", Equipo de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid, 2022.		Evaluación de la prueba piloto del programa <i>Habitat</i> en España.	Análisis de los resultados de la prueba piloto del Programa <i>Habitat</i> basado en <i>Housing First</i> .	Web Soluciones al Sinhogarismo – Hogar Sí.
25	Informe institucional (Literatura gris)	" <i>Estrategia Nacional para la lucha contra el sinhogarismo en España 2023-2030</i> ",		Estrategia de política pública: informes, estudios e investigación.	Define situación de sinhogarismo, estrategia nacional e implementación.	Web del Ministerio de Derechos

		Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2023.				Sociales y Agenda 2030.
26	Página web institucional.	"Punt d'Atenció a Persones Sense Sostre" (PASS), Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (IMSST), 2024		Página web que ofrece información sobre el servicio municipal que actúa como puerta de entrada para las PSH en Tarragona.	Definición, acceso, servicios ofrecidos y datos de contacto.	Web del ayuntamiento de Tarragona.
27	Página web institucional	<i>Fundació Bonanit.</i>		Página web que ofrece información sobre la entidad.	Define objetivos de la fundación, datos de contacto y otros aspectos de interés.	Web de la Fundació Bonanit
28	Marco conceptual (Literatura gris)	"Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial (ETHOS)", FEANTSA, 2005.		Documento que describe la clasificación ETHOS.	Define la clasificación ETHOS y diferencia las categorías principales.	Web FEANTSA

**Fuente:** Elaboración propia.

## ANEXO 6. GUIÓN ENTREVISTAS

### **Punto 1. Presentación.**

Somos Marta Cardona y Sol Olbricht, estudiantes de enfermería. Estamos realizando un estudio sobre las PSH y queremos entrevistar a personas relacionadas con ellas que nos puedan ayudar en la elaboración del plan de mejora para PSH (previamente se habrá informado del tema del TFG mediante la hoja de información y se habrá firmado el consentimiento informado).

### **Punto 2. Confidencialidad.**

Se le explica los aspectos éticos que influyen en el manejo de la información de las entrevistas. Se pide el consentimiento de grabación verbal al entrevistado/a.

### **Punto 3. Cordialidad.**

Se le pregunta al entrevistado/a si quiere que se dirijan a él/ella de tú o de usted.

### **Punto 4. Presentación.**

El/la entrevistado/a se presenta con nombre y apellido, y explica su cargo con respecto a las PSH, explicando su rol y el servicio que ofrece a las PSH.

### **Punto 5. Colaboración con otras entidades, circuito de actuación y efectividad del circuito**

En este punto se hacen preguntas relacionadas para saber si la persona o la entidad en la que trabaja colabora con otras empresas o asociaciones, para así conocer el circuito de actuación y la efectividad de este, en caso de haberlo.

### **Punto 6. Protocolos existentes.**

Se pregunta sobre protocolos oficiales o no oficiales relacionados con las PSH que nos puedan ofrecer, tanto de la propia entidad como adoptados de otras y que utilicen para llevar a cabo sus actuaciones.

### **Punto 7. Subvenciones**

En este punto se pregunta sobre las subvenciones que reciben, para así conocer como se gestionan económicamente las actividades dirigidas a las PSH.

### **Punto 8. Personas sin hogar.**

Se quiere conocer con qué perfil de personas -dentro de las PSH- son con las que trabajan, qué cantidad de PSH abarcan aproximadamente, cuáles son los criterios de inclusión para que estas personas reciban la ayuda y cuáles son las vías de entrada para acceder al servicio.

### **Punto 9. Barreras percibidas.**

Adentrándonos cada vez más en la problemática estudiada, se quiere conocer de primera mano cuáles son las barreras que las personas entrevistadas, las cuales trabajan, a menudo, mano a mano con el colectivo estudiado, suelen percibir. Seguidamente se reconducirán las barreras hacia el ámbito sanitario, buscando así los desafíos reales que las PSH se suelen encontrar para recibir una atención sanitaria adecuada en la ciudad de Tarragona.

### **Punto 10. Servicios sanitarios.**

Es importante conocer cómo la atención sanitaria de la ciudad actúa frente a las PSH, preguntando sobre el circuito que se suele seguir ante el empeoramiento de la salud de la persona. Y, más allá de la actuación sanitaria inmediata, conocer también el plan de seguimiento de salud que estas personas reciben y cómo está estructurado.

### **Punto 12. Facilitadores.**

Se quiere conocer cuáles son las mejoras que las personas entrevistadas verían oportunas a la hora de mejorar la atención hacia las PSH, extrayendo una serie de facilitadores de la atención que sean beneficiosos para las PSH y que puedan extenderse de unos servicios a otros o aplicarse desde cero.

### **Punto 11. Opinión sobre el plan de mejora planteado.**

Este punto se especifica con suma importancia para conocer la opinión de los entrevistados/as sobre el plan de mejora que se plantea en el presente trabajo, con el objetivo que den su punto de vista y propongan competencias y funciones para una enfermera específica para PSH y nuevas líneas de investigación sobre el tema estudiado.

## ANEXO 7. DECLARACIÓN RESPONSABLE



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

### Declaració responsable sobre els aspectes ètics del Treball de Fi de Màster (TFM) / Treball de Fi de Grau (TFG) proposat

Els aspectes ètics són fonamentals per a la Universitat Rovira i Virgili. Per això, cal que realitzeu la següent avaluació ètica sobre el vostre treball de fi de màster (TFM) / treball de fi de grau (TFG), segons correspongui. Responeu **SÍ** / **NO** a les preguntes que es detallen a continuació. Si totes les vostres respostes són **NO**, no es necessiten més detalls que la vostra signatura. Si, en canvi, responeu **SÍ** a alguna de les preguntes següents, es requereix, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent:

- CEIm-IISPV:..... Informe favorable
- CEEA: ..... Informe favorable
- CEIPSA: ..... Declaració responsable i compromís formal del professorat i alumnat implicat pel que fa al seguiment de la normativa aplicable, segons consta al final del document.

**Nom del professor/a responsable:**

Eva María de Mingo Fernández

**Nom de l'alumne/a:**

Soledad Hanna Olbricht Doménech y Marta Cardona Pascual

**Ensenyament:**

Grado Enfermería

**Títol del**  TFM /  TFG (marqueu la casella que correspongui)

Problemática de las personas sin hogar para el acceso a un seguimiento enfermero de atención primaria: una propuesta de mejora.

**Breu descripció del TFM / TFG** (màx. 1000 caràcters, espais inclosos):

Estudio cualitativo mediante una profunda revisión bibliográfica y en la elaboración de entrevistas semiestructuradas a personas referentes de la Fundación Bonanit, PASS, CAS Tarragona y CAP Murallas para su posterior análisis y realización de un plan de integración de la figura enfermera referente a las personas sin hogar.

Indiqueu si el TFM / TFG que voleu desenvolupar inclou algun d'aquests aspectes.

Apartat	Sí	No
1. Embrions/fetus humans		
Implica cèl·lules mare embrionàries humanes (CMEH)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implica l'ús d'embrions humans?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implica l'ús de teixits / cèl·lules fetals humanes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Éssers humans		



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Implica la participació d'éssers humans?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Són voluntaris en l'àmbit de les ciències socials o les humanitats?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Són persones incapacitades per donar el seu consentiment informat?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Són individus o grups vulnerables?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Són menors d'edat?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Són pacients?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Són voluntaris sans per a estudis mèdics?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implica intervencions físiques en els participants?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>3. Cèl·lules/teixits humans</b>		
Implica cèl·lules o teixits humans (diferents dels embrions/fetus humans de la secció 1)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>4. Dades de caràcter personal i privacitat</b>		
Implica la recollida i/o tractament de dades personals?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Implica la recollida i/o tractament de dades personals sensibles, com ara, salut, vida sexual, raça, opinió política, conviccions religioses o filosòfiques?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Implica el tractament d'informació genètica?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Implica el seguiment o observació tecnològic dels participants (com ara dades de vigilància o localització, i dades WAN, com ara adreça IP, MAC, cookies, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implica un tractament de dades personals recopilades prèviament a aquest TFG/TFM (ús secundari)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>5. Animals</b>		
Implica experimentació amb animals	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>6. Països tercers</b>		
Cas que es desenvolupi, de manera total o parcial, en països que no pertanyen a la Unió Europea, el projecte d'R+D+I planteja problemes potencials d'ètica?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teniu previst utilitzar recursos locals (per exemple, mostres de teixits animals o animals, material genètic, animals vius, restes humanes, materials de valor històric, mostres de fauna o flora en perill d'extinció, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teniu previst importar material (incloses les dades personals) de països que no pertanyen a la Unió Europea a la Unió Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Teniu previst exportar material (incloses les dades personals) des de la Unió Europea a països que no pertanyen a la Unió Europea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cas que el projecte generi beneficis i impliqui països de baixos ingressos i/o baixos ingressos mitjans, teniu previst les accions de repartiment de beneficis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Podria la situació al país posar en risc els participants?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

7. Medi Ambient/Salut i protecció		
Implica l'ús d'elements que poden causar danys al medi ambient, animals o plantes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tracta sobre la fauna i/o flora en perill d'extinció i/o àrees protegides?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Implica l'ús d'elements que poden causar danys als humans, inclòs el personal investigador?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Ús dual		
Implica productes de doble ús en el sentit del Reglament 428/2009 <sup>1</sup> o altres articles per als quals es requereix autorització?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Focus exclusiu sobre aplicacions civils		
Podria necessitar aclariments en relació amb un enfocament exclusiu sobre aplicacions civils?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Ús malintencionat dels resultats		
Té potencial perquè els seus resultats siguin utilitzats malament?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Altres aspectes ètics		
Hi ha algun altre aspecte ètic que hauria de ser pres en consideració? Especifiqueu, si us plau:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Confirmem que hem valorat tots els aspectes ètics descrits més amunt i que, en cas afirmatiu, els signataris ens comprometem formalment, segons objecte d'estudi i comitè d'avaluació i seguiment competent, a:

- CEIm-IISPV:.... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEEA: ..... Elaborar una descripció dels problemes ètics implicats i la documentació requerida, d'acord amb les indicacions de la "Guia de l'investigador/a".
- CEIPSA: ..... Actuar d'acord amb la normativa aplicable en cas que el treball en qüestió tingui implicacions ètiques i respectar les recomanacions ètiques que emanin d'aquest Comitè.

Seguir les directrius establertes a la "Guia de l'investigador/a" i la "Guia sobre protecció de dades personals en els Treballs de Fi de Grau i Màster de la Universitat Rovira i Virgili".

Respectar la confidencialitat de les dades personals que es puguin obtenir

<sup>1</sup> Productes de doble ús són aquells productes, inclòs el suport lògic (software), i la tecnologia que puguin destinar-se a usos tant civils com militars i que inclouen tots els productes que puguin ser utilitzats tant per a usos no explosius com per ajudar a la fabricació d'armes nuclears o altres dispositius nuclears explosius. Veure [Reglament CE 428/2009 del Consell de 5 de maig de 2009](#).



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

en l'activitat d'R+D+I, tant pel que fa a l'ús acadèmic com a la difusió pública de les mateixes. Si considerem que algun resultat de l'activitat d'R+D+I pogués arribar a afectar o pogués ser d'interès per a les persones o col·lectius participants, ho comunicarem amb antelació.

No utilitzar les dades personals obtingudes en el projecte per a altres estudis diferents. En aquest darrer supòsit, sol·licitarem abans el corresponent permís d'aquest Comitè.

Tarragona, 31/1/2025

DE MINGO  
FERNANDEZ  
EVA MARIA -

Signat digitalment  
per DE MINGO  
FERNANDEZ EVA  
MARIA - [REDACTED]  
Data: 2025.02.01  
11:00:36 +01'00'

**Signatura del professor/a responsable**

Firmado por

CARDONA  
PASCUAL  
MARTA -  
\*\*\*1297\*\*  
el dia  
31/01/2025

**Signatura de l'alumne/a**

Firmado por

SOLEDAD  
HANNA  
OLBRICHT  
DOMENECH -  
NIF:\*\*\*4370

Nota: Una vegada emplenat i signat, convertir el document a format PDF i enviar a l'adreça [carlos.garcia@urv.cat](mailto:carlos.garcia@urv.cat)

## ANEXO 8. HOJA DE INFORMACIÓN

**Título:**

“PROBLEMÀTICA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR PARA EL ACCESO A UN SEGUIMIENTO ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA: UNA PROPUESTA DE MEJORA.”

**Investigadores principales / estudiantes:**

Marta Cardona Pascual: Telf: +34 [REDACTED] - [REDACTED]@epp.urv.cat

Soledad Hanna Olbricht Doménech: Telf: +34 [REDACTED]; [REDACTED]@epp.urv.cat

**Centro:** Facultad de Enfermería, Campus Catalunya - Universitat Rovira i Virgili (URV)

**Introducción**

El presente documento está dirigido a informar sobre el estudio en el que se le convoca a participar. Mediante este documento recibirá la información sobre el estudio en el que podrá decidir si participar. Su participación es completamente voluntaria. Tiene derecho de rechazar su participación sin necesidad de justificar su decisión y de retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Este estudio está aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili.

**Descripción general del estudio:**

Se trata de un estudio cualitativo en el que los objetivos son la identificación del estado actual que existe en el circuito de atención sanitaria para las personas sin hogar mediante una profunda revisión bibliográfica y la recogida de perspectivas de personas referentes en el ámbito mediante entrevistas semiestructuradas. Posteriormente, se realiza un análisis de toda la información obtenida para detectar problemáticas y áreas clave de intervención, y así diseñar un documento que establezca las funciones y competencias específicas para una enfermera dedicada a las personas sin hogar.

**Beneficios:**

Su colaboración ayudará a desarrollar un marco de competencias y funciones que contribuirán a la mejora de la atención sanitaria del colectivo.

**Riesgos:**

El estudio no implica ningún riesgo para los participantes ni los destinatarios.

**Confidencialidad y protección de datos:**

Los datos recopilados son utilizados exclusivamente con propósitos de investigación para su posterior análisis y obtención de conclusiones.

El estudio se basa en la normativa vigente de protección de datos:

- Reglamento (UE) núm. 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que se refiere al tratamiento de

datos personales y libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).

- Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

#### **INFORMACION DE PROTECCIÓN DE DATOS**

##### **→ Responsable de tratamiento de sus datos:**

Identificación: Universitat Rovira i Virgili // CIF Q9350003A

Domicilio fiscal en la calle Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona.

Datos de contacto de los Delegados de protección de datos: [dpi@urv.cat](mailto:dpi@urv.cat)

##### **→ ¿Qué datos tratamos y con qué finalidad**

Los datos personales son tratados con el fin de participar en el Trabajo de Fin de Grado en los términos que se describen en la hoja de información al participante. En caso de que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos (incluyendo datos personales), los datos personales serán utilizados para este fin siempre que el interesado haya otorgado su consentimiento.

##### **→ ¿A qué destinatarios se comunican sus datos?**

En el marco del tratamiento mencionado, sus datos no se cederán a terceros, salvo que exista obligación legal o se indique expresamente en la hoja de información al participante.

##### **→ ¿Cuál es la legitimación para tratar sus datos?**

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento que da la persona interesada de forma expresa.

##### **→ Medidas de seguridad para aplicar el tratamiento de datos.**

La Universidad se responsabiliza de aplicar las medidas de seguridad y el resto de obligaciones derivadas de la legislación de protección de datos de carácter personal, de acuerdo con el Esquema Nacional de Seguridad, Real Decreto 3/2010.

En este sentido, la Universidad Rovira i Virgili se ha dotado de una Política de Seguridad que puede ser consultada en la sección sobre "Legislación y normativa" de la página web de la Universidad dentro de "Normativa propia" y "Otras normas", <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes>

Adicionalmente, en la Hoja de información al participante se concretan algunas medidas de seguridad específicas que se tendrán en cuenta durante la realización del estudio.

##### **→ ¿Cuáles son los derechos de los interesados?**

El interesado tiene derecho a acceder a sus datos personales, a solicitar la rectificación de los datos inexactos, a solicitar la cancelación y supresión, y en oponerse al tratamiento, incluida la elaboración

de perfiles, a limitar hasta una fecha determinada el tratamiento de sus datos y en la portabilidad de los mismos, en formato electrónico.

La persona participante puede interrumpir su participación en el estudio retirando su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones. En este caso, los datos no se podrán eliminar para garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables en el estudio, pero no será posible vincularlas a su persona.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad mediante comunicación escrita, detallando motivadamente la solicitud, dirigida al Registro General (C/Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos mediante el mecanismo que establezca. Puede consultar más información en <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Por último, le informamos que podrá solicitar información relacionada con la protección de datos personales mediante correo electrónico a nuestros delegados de protección de datos en la dirección [dpd@urv.cat](mailto:dpd@urv.cat)

**→ ¿Cuánto tiempo se conservan los datos?**

El período de conservación de los datos es de 5 años una vez finalizado el estudio. En cualquier caso, se conservarán los datos hasta la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada.

## ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Full de consentiment informat

Títol de l'estudi:<sup>1</sup>

Dades de contacte de l'investigador principal:<sup>2</sup>

Grup de recerca, si escau:

Jo .....<sup>3</sup> amb DNI.....:

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.  
 Sí  No
- <sup>4</sup>Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.  
 Sí  No
- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
  - NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
  - SÍ autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
- <sup>5</sup>Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:
  - La **destrucció** de la mostra sobrant.
  - La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

<sup>1</sup> Del TFG. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

<sup>2</sup> Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

<sup>3</sup> Indicar el nom i cognoms del participant.

<sup>4</sup> Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

<sup>5</sup> Si no hi ha tractament de mostres biològiques es pot eliminar.



<sup>6</sup> I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data ..... i lloc  
..... aquest full de consentiment:

Signatura del participant .....

<sup>7</sup> I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data  
..... i lloc ..... aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant .....

Signatura del representant legal .....

## ANEXO 10. Análisis de la adaptación al modelo de Nola Pender.

Tabla 5: Análisis de la adaptación al modelo de Nola Pender.

<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	
La ERPSH promueve hábitos saludables, realiza educación sanitaria y actividades preventivas adaptadas a las características y contexto de las PSH.	
<b>DIMENSIONES</b>	
<b>Autoeficacia percibida</b>	Se busca fortalecer la confianza de las PSH en su capacidad para cuidarse, accediendo y participando activamente en el sistema sanitario mediante un acompañamiento continuado.
<b>Barreras percibidas</b>	Se identifican obstáculos como la rigidez de los circuitos asistenciales, estigmas o la falta de documentación, y se proponen estrategias flexibles y centradas en la persona.
<b>Influencias situacionales</b>	Se tiene en cuenta el entorno físico y social de las PSH (calle, albergues, dispositivos como el PASS), y se adapta la atención a esos contextos para mejorar el acceso.
<b>Influencias interpersonales</b>	Se enfatiza la importancia del vínculo terapéutico estable con la ERPSH como motor del cambio conductual y de la adherencia al seguimiento.
<b>Afecto relacionado con la conducta</b>	Se considera el impacto emocional y psicológico que tiene la relación con el sistema de salud, fomentando una experiencia positiva y de confianza que motive la continuidad del cuidado.
<b>Experiencias previas</b>	Se reconoce que muchas PSH han tenido vivencias negativas con el sistema sanitario; el plan busca revertir esa percepción con una atención más humana, continuada y empática.
<b>Factores personales</b>	Se contempla la diversidad de las PSH: edad, género, salud mental, adicciones,

nivel cultural, origen étnico, lo cual guía una atención individualizada y culturalmente competente.

### **ABORDAJE ENFERMERO**

#### **Intervenciones específicas**

Se plantea la actuación de la ERPSH mediante visitas a terreno, coordinación con recursos sociales, seguimiento individualizado y formación en cuidados para PSH.

#### **Gestión de las intervenciones**

Se propone un modelo organizativo centrado en la continuidad del cuidado, el trabajo en red (con PASS, equipos de calle, etc.) y la flexibilidad asistencial según el perfil de las PSH, facilitando el acceso a la AP y la continuidad asistencial.

### **CONDUCTA DESEADA**

Adherencia y seguimiento sanitario por parte de las PSH.

### **EVALUACIÓN INTEGRAL**

Se propone una valoración holística del estado de salud de la persona (física, mental, emocional, social) en línea con el enfoque integral del MPS de Nola Pender.

**Fuente:** Elaboración propia.

## **ANEXO 11. PLAN DE MEJORA**

**Perfil, competencias y funciones  
de la Enfermera Referente para Personas  
Sin Hogar (ERPSH)**

**Junio del 2025**

**Autoras:**

Soledad Hanna Olbricht Doménech,  
*estudiante 4º de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.*

Marta Cardona Pascual,  
*estudiante 4º de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili.*

## ÍNDICE

PRESENTACIÓN .....	90
INTRODUCCIÓN.....	91
PERSPECTIVA ESTRATÉGICA.....	92
PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.....	95
LA ENFERMERA REFERENTE PARA PERSONAS SIN HOGAR (ERPSH) .....	97
POBLACIÓN DESTINATARIA.....	98
FUNCIONES PRINCIPALES.....	101
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN.....	104
CONCLUSIONES.....	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	107
ANEXOS.....	109

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Principios fundamentales de la propuesta de mejora ERPSH.....	96
<b>Figura 2.</b> Funciones principales de la ERPSH.....	103
<b>Figura 3.</b> Ámbitos de actuación y objetivos de la ERPSH.....	105
<b>Figura 4.</b> Horario semanal ERPSH.....	105

## PRESENTACIÓN

Esta propuesta de mejora forma parte de un proyecto de Aprendizaje-Servicio (APS) llevado a cabo junto a la *Fundació Bonanit* (1) de Tarragona, una organización que brinda atención integral a las personas sin hogar (PSH), facilitando alojamiento y comida a través de la colaboración con otras entidades. Está inspirada por la propuesta “*Perfil, competències i funcions de la infermera de salut i escola, referent de salut dels centres educatius al sistema de salut de Catalunya*” (2), adaptando sus objetivos y principios fundamentados al contexto de las PSH.

Esta idea surge de una previa investigación sobre la creciente problemática global de las PSH y la motivación de poder contribuir en su mejora desde una perspectiva de práctica enfermera. A través de la bibliografía encontrada se pudo observar que eran necesarias propuestas de mejora relacionadas con la salud de las PSH. Como estudiantes de enfermería decidimos que queríamos contribuir a la salud de este colectivo y ofrecerles un programa de mejora centrado en sus condiciones de vida. Como el programa se elabora en el contexto de la ciudad de Tarragona, se vio oportuno entrevistar a diferentes profesionales relacionados con el sinhogarismo de la ciudad. Cada uno de ellos contribuye a la causa de una forma diferente y pudo explicarnos la problemática del sinhogarismo en la ciudad de Tarragona desde sus propias experiencias.

En este contexto, resulta fundamental resaltar la relevancia y la necesidad de implementar este proyecto en el ámbito sanitario. El sinhogarismo constituye una situación de extrema vulnerabilidad que impacta directamente en la salud y exige respuestas específicas desde los servicios públicos. Incluir una enfermera dedicada a este colectivo representa una estrategia de mejora para la salud de las PSH, enfocada a un modelo de salud más inclusivo y centrado en las personas.

El presente documento pretende dar a conocer el perfil, las competencias y las funciones de la enfermera referente para personas sin hogar (ERPSH) de una manera simple y estructurada, con la finalidad de promocionar esta figura y mejorar el estado de salud de estas personas mediante la facilitación de la accesibilidad a los servicios de atención primaria (AP). Esta nueva figura tiene como objetivo principal mejorar el estado de salud de las PSH, facilitándoles la accesibilidad al sistema sanitario mediante estrategias específicas de relación terapéutica y flexibilidad asistencial. Siendo importante destacar que el objetivo final de esta actuación es introducir a las PSH en el sistema de salud convencional.

## INTRODUCCIÓN

La problemática de las PSH es una realidad que afecta a muchas personas en todo el mundo y representa uno de los mayores desafíos sociales y sanitarios. Según los últimos datos de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con las Personas sin Hogar (FEANTSA) (3), se observa un incremento en el número de personas sin hogar, tanto a nivel nacional como internacional. Se estima que existen más de 1.287.000 personas sin hogar en Europa.

En España, las cifras no son menos alarmantes, en el último recuento de 2022, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (4), se contabilizaron 28.552 PSH. Este colectivo enfrenta no solo la falta de un lugar seguro donde vivir, sino también una compleja intersección de problemas sociales, económicos, de salud y acceso a servicios básicos.

En el caso concreto de Tarragona, los últimos datos de 2024 de la *Atenció a Persones Sense Sostre de l'Institut Municipal de Serveis Públics de Tarragona* (PASS) (5) indican que 91 personas viven sin hogar en la ciudad, datos que van en aumento según las estadísticas que se publican desde el 2017, año en el que se decidió hacer un recuento bianual de las PSH de la ciudad de Tarragona.

Los datos evidencian que las PSH enfrentan múltiples problemas de salud que requieren una atención especializada y adaptada. Sin embargo, suelen acceder al sistema sanitario de forma tardía, acudiendo a los servicios de urgencias hospitalarias cuando su situación ya es grave, en lugar de recurrir a los centros de atención primaria en etapas más tempranas o de forma preventiva. Este escaso seguimiento de salud es un indicador que explica que la mortalidad entre este colectivo aumente de 3 a 4 veces el de la población en general, estableciéndose su esperanza de vida media entre los 42 y los 52 años, 30 años inferior al resto de la población (6, 7).

La atención primaria (AP) es el primer nivel de contacto de los individuos con el sistema de salud y desempeña un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el tratamiento de condiciones crónicas. Sin embargo, las PSH presentan diferentes barreras para acceder al sistema sanitario, lo que resulta un desafío para poder ser intervenidas y garantizar un seguimiento de salud adecuado.

## **PERSPECTIVA ESTRATÉGICA**

La “Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo en España 2023-2030” (8) tiene como objetivo principal abordar el sinhogarismo como una forma extrema de exclusión social y garantizar los derechos fundamentales de las personas afectadas. Fue aprobada el 11 de julio de 2023 y se estructura en cuatro ejes principales:

1. **Prevención:** Se centra en evitar que las personas lleguen a situaciones de sinhogarismo, con medidas específicas para prevenir la cronificación de estas situaciones y ofrecer respuestas rápidas a los perfiles más vulnerables.
2. **Promoción de la autonomía:** Busca proteger el derecho a la vivienda, fomentar la inclusión activa y garantizar el acceso a la salud y el bienestar, especialmente para quienes enfrentan mayores necesidades.
3. **Respuestas adaptadas y personalizadas:** Propone soluciones específicas y ajustadas a las necesidades individuales de las personas sin hogar.
4. **Gobernanza y conocimiento:** Incluye mecanismos de coordinación, seguimiento y evaluación para asegurar la efectividad de las políticas implementadas.

La presente propuesta de mejora se integra plenamente en los objetivos establecidos por el la “Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo en España 2023-2025”, consolidándose como una línea de actuación clave para enfrentar el problema del sinhogarismo. Esta iniciativa aborda la cuestión desde una perspectiva de salud, alineándose con los principios establecidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que regula la autonomía del paciente y los derechos y deberes en cuanto a información y documentación clínica. En particular, se hace énfasis en el Artículo 2, Principios básicos, y específicamente en su Punto 5, que establece: "Todo paciente o usuario tiene derecho a rechazar un tratamiento, salvo en los supuestos previstos por la Ley. Dicha negativa deberá constar por escrito" (9).

- **Objetivo específico 5.** Garantizar el derecho a la salud y el bienestar de las personas sin hogar especialmente a aquellas con mayor necesidad que requieren apoyos en materia de salud mental, adicciones, discapacidad y protección frente a la violencia de género.

**Líneas de actuación:**

5.1. Desarrollo de protocolos de actuación mixtos y mecanismos de coordinación entre servicios para personas sin hogar y las redes de atención sanitaria para facilitar su permanencia en los recursos adecuados, incluyendo la atención a adicciones y problemas de salud mental.

5.2. Acciones dirigidas a garantizar el acceso de personas atendidas por la red de atención a personas sin hogar al sistema nacional de salud.

5.4. Medidas de educación y promoción de la salud dirigidas a personas sin hogar.

5.6. Programas de formación y sensibilización dirigidas al personal sanitario para mejorar el trato y la atención que se ofrece a las personas en situación de calle y otros grupos atendido por la red atención a personas sin hogar.

- **Objetivo específico 8.** Ofrecer soluciones de alojamiento y apoyos adaptados a las necesidades y deseos de las personas mediante una intervención profesionalizada.

**Líneas de actuación:**

8.7. Promoción de una agenda de personalización de los servicios y ayudas prestadas a las personas en situación de sinhogarismo que contemplen las necesidades específicas de las personas en función de su singularidad (por ejemplo: diseño de las intervenciones y servicios basados en los intereses, expectativas y metas de las personas; oferta de cuidados, acompañamiento y apoyos según las necesidades de las y los usuarios; modelos de intervención flexibles y adaptables, atención al trauma y violencia de género; nuevas metodologías para abordar las adicciones, entre otros).

8.9. Reducción de las barreras de acceso al sistema de atención a personas sin hogar (por ejemplo, la exclusión por consumo de drogas) y simplificación de los trámites (unificación de la puerta única, canalización de necesidades a través de los servicios sociales, comunicación con otras redes de protección, agilización de procesos, etc.).

- **Objetivo específico 9.** Reorientar el sistema de atención a personas en situación de sinhogarismo hacia recursos comunitarios que fomenten la autonomía, trabajen desde la óptica del proyecto de vida de las personas y la desinstitucionalización.

**Líneas de actuación:**

9.8. Refuerzo de profesionales en atención primaria de servicios sociales, atención sanitaria y mediación en vivienda para el apoyo y acompañamiento en itinerarios personalizados, acompañamiento en el Programa Individual de Intervención y los procesos de restauración de los vínculos sociales y afectivos en el entorno comunitario (y en la familia en los casos que esto sea posible), y seguimiento de las intervenciones en sinhogarismo.

## **PRINCIPIOS FUNDAMENTALES**

El presente plan de mejora se rige bajo unos principios fundamentales que se han desarrollado a partir de la información adquirida durante la previa investigación llevada a cabo en el presente trabajo. Estos constituyen las bases sobre las cuales se desarrolla el plan de mejora, desarrollados a continuación y resumidos en la Figura 1.

### **1. Derecho a una atención sanitaria**

Garantizar que todas las PSH tengan acceso a una atención sanitaria inclusiva, respetuosa e integral.

### **2. Accesibilidad**

Promover programas de atención donde se facilite el acceso a los servicios sanitarios independientemente de las condiciones de la persona usuaria.

### **3. Flexibilidad**

Adaptar protocolos y las intervenciones sanitarias a las circunstancias particulares de las PSH, asegurando una atención personalizada y acorde a las necesidades específicas.

### **4. Sensibilización**

Promover la consciencia y el compromiso entre los profesionales sanitarios y sociales para atender a las PSH desde una perspectiva inclusiva, empática y libre de prejuicios.

Además de dar a conocer el sinhogarismo a la población en general, como un problema en creciente que debe promoverse como consciencia social.

### **5. Vínculo terapéutico**

Fomentar relaciones de confianza y acompañamiento entre las PSH y los profesionales de salud, estableciendo relaciones sólidas que favorezcan la atención inmediata y el seguimiento.

### **6. Reducción de barreras asistenciales**

Minimizar los obstáculos a los que las PSH se enfrentan a la hora de paliar sus necesidades asistenciales.

### 7. Adaptación de las necesidades

Identificar y responder de manera adaptada a las necesidades asistenciales de las PSH, considerando sus situaciones personales y situacionales.

### 8. Valoración integral

Realizar una evaluación completa que contemple todas las dimensiones, incluyendo aspectos físicos, mentales, sociales y emocionales, para garantizar una atención efectiva y personalizada.

**Figura 1.** Principios fundamentales de la propuesta de mejora ERPSH



**Fuente:** elaboración propia

## **LA ENFERMERA REFERENTE PARA PERSONAS SIN HOGAR (ERPSH)**

La ERPSH es una figura clave en el ámbito de la atención primaria y comunitaria, orientada a la detección y respuesta de las necesidades específicas de salud de las PSH. Este perfil profesional actúa como puente entre los servicios sociales y sanitarios, promoviendo un acceso y una continuidad asistencial para un colectivo que se encuentra en condiciones de extrema vulnerabilidad.

La ERPSH también trata de actuar con una visión comunitaria y no solo como respuesta a los problemas de salud individuales. Por esto mismo, la enfermera se encontrará integrada en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y trabajará en colaboración con el un equipo multidisciplinar.

El **objetivo principal** de esta figura es ofrecer una atención personalizada, coordinada y continuada, que promueva la salud y el bienestar de las PSH, adaptando sus intervenciones a las condiciones en las que se encuentran las personas de este colectivo.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las necesidades de salud específicas de las PSH.
- Coordinar de forma efectiva los recursos sanitarios, sociales y comunitarios.
- Diseñar planes de atención individualizados y comunitarios.
- Fomentar la prevención y promoción de la salud.
- Promover la formación de los profesionales.
- Visibilizar el sinhogarismo como un determinante social de la salud.
- Contribuir en el desarrollo de políticas públicas más inclusivas.

## **POBLACIÓN DESTINATARIA**

El presente plan de mejora está principalmente dirigido a atender a las personas en situación de sinhogarismo, priorizando especialmente la parte más visible del sinhogarismo (10):

1. **Personas sin hogar:** aquellas que viven en la calle o en lugares no aptos para habitar.
2. **Personas sin vivienda:** quienes se encuentran en albergues temporales o centros de acogida, en una situación de falta de acceso a una vivienda estable.

No obstante, el servicio será inclusivo y accesible para todas las tipologías definidas en el marco ETHOS, incluyendo:

- **Personas en viviendas inseguras:** bajo amenaza de desalojo o expuestas a violencia doméstica.
- **Personas en viviendas inadecuadas:** enfrentando condiciones no dignas o de hacinamiento extremo.

Este enfoque busca garantizar que todas las PSH puedan beneficiarse del proyecto, sin importar su circunstancia específica, con especial énfasis en los grupos que experimentan más riesgos situacionales.

## **PERFIL Y COMPETENCIAS PROFESIONALES**

La ERPSH debe cumplir unos requisitos y competencias para garantizar el desarrollo de su labor de manera eficaz. Este perfil combina la formación académica, los conocimientos específicos y la experiencia profesional en atención comunitaria.

En lo que refiere al perfil profesional, es imprescindible la disposición de la diplomatura o grado en Enfermería y aunque no es obligatorio, se recomienda y se valora de manera positiva la especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria, ya que proporciona herramientas clave para ofrecer una atención en un ámbito comunitario. Además, es importante que la ERPSH cuente con formación específica y continuada relacionada con las funciones que desempeña, como cursos sobre salud mental, drogodependencias o atención sanitaria en contextos de exclusión, entre otros.

Por otro lado, la enfermera debe tener conocimientos sobre la situación actual del fenómeno del sinhogarismo, desde una perspectiva tanto sanitaria como social. Del mismo modo, es importante que conozca el circuito asistencial y los recursos disponibles para las PSH de la ciudad con el fin de facilitar el acceso y la coordinación.

Aunque no se exige experiencia previa para el desempeño de la labor como ERPSH, se valora positivamente haber trabajado anteriormente en atención comunitaria, especialmente en contexto de servicios a colectivos en situación de alta vulnerabilidad.

Asimismo, la ERPSH debe reunir habilidades y aptitudes para desempeñar su labor de forma efectiva. Estas competencias profesionales permiten una atención integral y adaptada las necesidades de las PSH.

- **Competencias sociales y de relación**

- Comunicación empática y basada en la escucha activa.
- Actitud asertiva.
- Generación de vínculos de confianza y acompañamiento.
- Habilidades en el establecimiento de relaciones terapéuticas sólidas.
- Adaptación del lenguaje según contexto.
- Capacidad de gestión emocional y resiliencia, pudiendo manejar situaciones emocionalmente desafiantes y recuperarse frente a la adversidad.

- **Competencias éticas y humanísticas**
  - Respeto por la dignidad de las personas y sus derechos humanos.
  - Aplicación de los principios éticos en la práctica sanitaria (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).
  - Capacidad de gestión de dilemas éticos.
  - Respeto por la religión y creencias personales.
  - Sensibilidad social, mediante la comprensión de la diversidad social en la atención a PSH.
- **Competencias intersectoriales**
  - Coordinación efectiva entre diferentes servicios.
  - Trabajo en colaboración con un equipo multidisciplinar.
  - Participación activa con instituciones y organizaciones.
- **Competencias para la gestión y liderazgo**
  - Capacidad de organización de equipos.
  - Destreza para gestionar proyectos.
  - Potencial de supervisión.
  - Capacidad de mentoría, actuando como referente formativo.
  - Actitud investigadora.
  - Proactividad en la búsqueda de información y soluciones, y el aprendizaje continuo.
- **Competencias técnicas y operativas**
  - Habilidad para realizar evaluaciones clínicas integrales.
  - Gestión de documentación relacionada con las PSH.
  - Capacidad para implementar intervenciones sanitarias adaptadas.
  - Conocimientos de gestión de recursos en contexto de atención comunitaria y contextos de exclusión.
- **Competencias para la resolución de problemas**
  - Innovación en estrategias de atención que se adapten a los problemas complejos del sinhogarismo.
  - Capacidad analítica y pensamiento crítico.
  - Habilidad para mediar y manejar desacuerdos.
  - Aptitud para anticipar posibles obstáculos de atención.

## **FUNCIONES PRINCIPALES**

A continuación, se establecen funciones que la ERPSH debe tener presentes y que facilitaran que el profesional alcance los objetivos que su figura representa. En la Figura 2 se resumen estas funciones para que sean más visuales.

### **1. Función asistencial**

- Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales, minimizando barreras asistenciales.
- Realizar una valoración integral de salud de la persona usuaria.
- Identificar las necesidades sanitarias y sociales específicas de las PSH.
- Realizar seguimiento de las PSH con problemas de salud crónicos o agudos.
- Llevar a cabo intervenciones comunitarias preventivas, como vacunación y detección de enfermedades infecciosas.
- Cuidar la salud del usuario de forma personalizada e integral respetando sus valores y creencias.
- Realizar acciones que den solución o reduzcan los problemas de salud.
- Realizar actividades de educación sanitaria adaptadas a las condiciones de las PSH.
- Capacitar al individuo para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
- Realizar actividades de rehabilitación y reinserción social.
- Establecer una relación terapéutica adaptándose a las circunstancias del usuario.
- Promover hábitos de autocuidado mediante intervenciones adaptadas a la realidad de las PSH.
- Participar en campañas de salud pública adaptadas a las PSH.
- Fomentar la adherencia a los tratamientos.
- Control de las constantes vitales para detectar posibles alteraciones.
- Realizar curas de heridas o lesiones cutáneas.

## **2. Función docente**

- Formar en materia de vulnerabilidad y sinhogarismo al resto del equipo asistencial.
- Realizar sesiones clínicas o talleres formativos centrados en la salud y patologías prevalentes en las PSH.
- Sensibilización sobre el estigma y las barreras de salud que enfrentan las PSH.
- Promover la importancia de la figura de ERPSH.
- Actuar como mentora para estudiantes de enfermería y enfermeras graduadas, aportando los valores relacionados con la profesión.
- Contribuir a la difusión de la problemática mediante participación en congresos o jornadas relacionadas con la salud y el sinhogarismo.

## **3. Función investigadora**

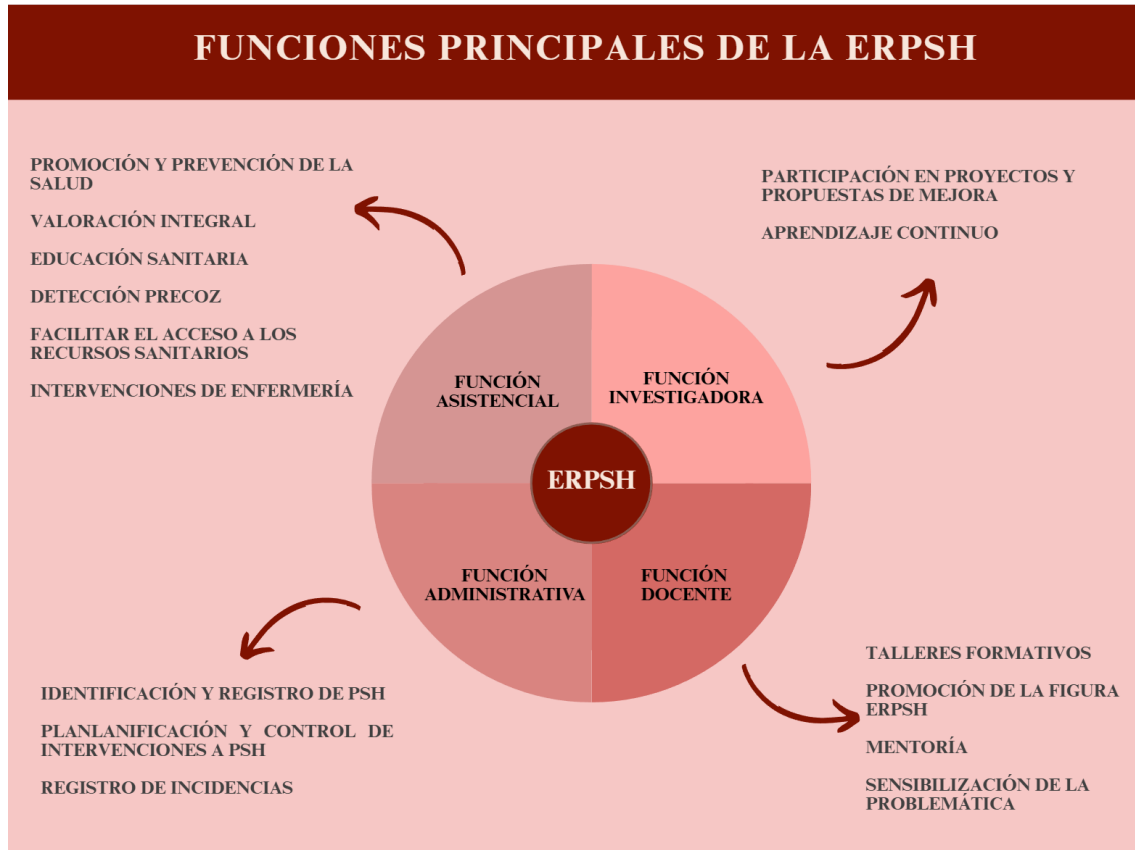
- Plantear nuevas propuestas de mejora para las PSH y los colectivos en situaciones de alta vulnerabilidad.
- Participar en proyectos dirigidos a la mejora de la calidad de vida de las de PSH.
- Contribuir a la mejora de protocolos y circuitos asistenciales según necesidades detectadas entre las PSH.
- Actualizarse continuamente sobre los conocimientos y prácticas efectivas en la atención a PSH.
- Detectar desigualdades en el sistema de salud para las PSH a través del análisis de casos y proponer mejoras.
- Participar en el análisis y discusión de la situación de salud del colectivo.

## **4. Función administrativa**

- Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales, minimizando barreras asistenciales y simplificando los procesos para las PSH.
- Optimizar los recursos sanitarios y sociales para maximizar su alcance entre las PSH.
- Mantener registros que faciliten la continuidad de la atención sanitaria de las PSH.
- Planificar y controlar los cuidados que se realizan.
- Elaborar un informe periódico de actividad y evaluación de resultados.

- Registrar incidencias relevantes con el fin de establecer mejoras.
- Colaborar con instituciones para actualizar el mapa de recursos disponibles para las PSH.

**Figura 2.** Funciones principales de la ERPSH



Fuente: elaboración propia

## ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

La actuación asistencial de la ERPSH estará completamente adaptada a las necesidades específicas de las PSH. Este colectivo, que se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad, a menudo no prioriza su bienestar físico y mental, e incluso puede carecer de la consciencia necesaria para identificar sus propias necesidades asistenciales o acudir a citas programadas (7, 11).

Debido a las limitaciones que enfrentan las PSH para adaptarse al sistema sanitario ordinario, que suele estar diseñado para personas en contextos menos vulnerables y con mayor capacidad de cumplir con sus protocolos rígidos, resulta indispensable desarrollar programas de integración social y sanitaria especialmente diseñados para ellas.

En este contexto, el presente programa propone la figura de una ERPSH como herramienta clave para flexibilizar la asistencia sanitaria y ajustarla de forma efectiva a las necesidades del colectivo. Para lograrlo, se desarrollará una estrategia basada en la proximidad, trasladando la actividad asistencial a puntos estratégicos de la ciudad donde se pueda desarrollar su impacto.

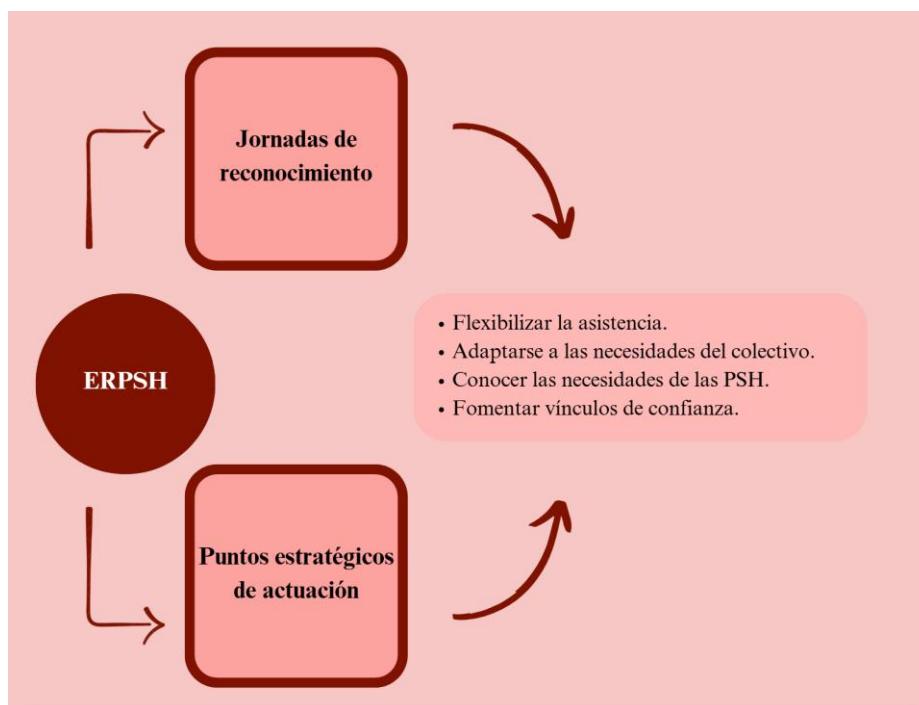
Inicialmente, se planifica que la ERPSH actúe desde ubicaciones clave, como el PASS, en horarios y días específicos que sean comunicados tanto a las PSH como a los profesionales que trabajan con este colectivo. Este enfoque permitirá consolidar un punto de referencia estable y accesible para las PSH, facilitando su acceso a los servicios asistenciales.

Adicionalmente, se contempla la organización de un día de reconocimiento a pie de calle. En esta jornada, la ERPSH liderará un equipo de intervención comunitaria que se desplazará por las áreas donde residen las PSH, con el propósito de:

- Identificar a las personas que viven en la calle y comprender sus condiciones de vida.
- Documentar sus necesidades asistenciales y sus circunstancias personales.
- Fomentar el acercamiento y dar a conocer la presencia y disponibilidad de la ERPSH, estableciendo un vínculo de confianza con las PSH.

En la [Figura 3](#) se ofrece un resumen de las actuaciones de la ERPSH y los objetivos que con ellas se quieren alcanzar.

**Figura 3.** Ámbitos de actuación y objetivos de la ERPSH.



**Fuente:** elaboración propia

En la Figura 4 se propone un horario semanal que puede seguir la ERPSH y que englobaría todas las prácticas principales que esta figura debe llevar a cabo. Este horario se puede modificar y ajustar a las condiciones del ámbito territorial donde la profesional desarrolle sus funciones.

**Figura 4.** Horario semanal ERPSH.

PROPUESTA DE HORARIO SEMANAL PARA LA ERPSH			
	ACTIVIDAD PRINCIPAL	HORARIO SUGERIDO	DETALLES
LUNES	 Consulta en punto estratégico	08:00 - 15:00	Lugar fijo: albergues, centros de día, comedores sociales, etc. Actividad asistencial.
MARTES	 Actividades académicas	08:00 - 15:00	Formación continua, divulgación, investigación, talleres.
MIÉRCOLES	 Gestión y coordinación	08:00 - 15:00	Reuniones con organizaciones y otros profesionales, planificación de actividades, derivaciones, etc.
JUEVES	 Consulta en punto estratégico	08:00 - 15:00	Lugar fijo: albergues, centros de día, comedores sociales, etc. Actividad asistencial.
VIERNES	 Reconocimiento de calle	23:00 - 07:00	Identificación de personas vulnerables y atención inmediata. Elaboración informes.

**Fuente:** elaboración propia

## CONCLUSIONES

El plan de mejora que se ofrece en este documento ofrece un programa innovador que contribuye a mejorar la calidad asistencial de las PSH y, en consecuencia, su calidad de vida. Garantizando un acceso a los servicios sanitarios, flexibilizando la asistencia y adaptándose a las condiciones de los usuarios destinatarios del programa, se promueve la equidad e inclusividad sanitaria. Para fortalecer el programa es fundamental implementar mecanismos de evaluación continua que permitan analizar el impacto de la propuesta, identificar áreas de mejora y ajustar su desarrollo conforme a los resultados obtenidos.

Además, para garantizar la viabilidad del programa, se propone llevar a cabo una prueba piloto en la ciudad de Tarragona, las bases de la cual encuentran en el anexo 1. Esta prueba piloto servirá como punto de partida para evaluar el alcance del proyecto, y en caso de obtener resultados positivos, permitirá la extensión del programa a otras ciudades a nivel autonómico o incluso estatal.

Con estas bases, el programa busca ser una solución replicable y sostenible que no solo impacte positivamente en la salud y calidad de vida de las PSH en Tarragona, sino que también establezca un modelo que inspire su implementación en otros contextos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fundació Bonanit [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://fundaciobonanit.com/es/inicio/>
2. Perfil, competències i funcions de la infermera de salut i escola, referent de salut dels centres educatius al Sistema de Salut de Catalunya [Internet]. Departament de salut, Generalitat de Catalunya. 2024 jun [cited 2025 Mar 17]. Available from: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11592/perfils\\_competencies\\_funcions\\_infermera\\_salut\\_escola\\_referent\\_salut\\_centres\\_educatius\\_sistema\\_salut\\_catalunya\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/11592/perfils_competencies_funcions_infermera_salut_escola_referent_salut_centres_educatius_sistema_salut_catalunya_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Fondation Abbé Pierre-FEANTSA 2024 NINTH OVERVIEW OF HOUSING EXCLUSION IN EUROPE. 2024. Available from: [https://www.feantsa.org/public/user/Activities/events/2024/9th\\_overview/Rapport\\_EN.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Activities/events/2024/9th_overview/Rapport_EN.pdf)
4. Encuesta a las personas sin hogar. Año 2022 [Internet]. 2022 Oct [cited 2025 Mar 16]. Available from: [https://www.ine.es/prensa/epsh\\_2022.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsh_2022.pdf)
5. Atenció a Persones Sense Sostre (PASS). Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS). [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/centres-serveis-socials/punt-datencio-a-persones-sense-sostre-1>
6. Roca Lahiguera D. A propósito de un caso. Sinhogarismo. Un abordaje desde Atención Primaria. AMF-semFYC [Internet]. 2021 Mar [cited 2025 Mar 19]. Available from: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/sinhogarismo-abordaje-desde-la-atencion-primaria>
7. Amor Loscertales A, Puig Oliván C, Aguilera Enguita N, Gómez Vicente FJ, Carrillo López R, Torres García E. PERSONAS SIN HOGAR ANÁLISIS DE UNA PROBLEMÁTICA EN SALUD. MONOGRÁFICO. Revista Sanitaria de Investigación (RSI) [Internet]. 2023 Sep 19 [cited 2025 Mar 18]; Available from: [https://revistasanitariadeinvestigacion.com/personas-sin-hogar-analisis-de-una-problematica-en-salud-monografico/?form=MG0AV3#google\\_vignette](https://revistasanitariadeinvestigacion.com/personas-sin-hogar-analisis-de-una-problematica-en-salud-monografico/?form=MG0AV3#google_vignette)
8. Estrategia Nacional para la lucha contra el Sinhogarismo en España [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 17]. Available from: [https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Estrategia.2\\_PSH20232030.pdf](https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/Estrategia.2_PSH20232030.pdf)

9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. 2002 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
10. Tipología ETHOS sobre sinhogarismo y exclusión habitacional [Internet]. 2005 [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion?bcParent=27>
11. Sánchez P, Nieto V. L'ACCESSIBILITAT ALS SERVEIS SANITARIS DE LES PERSONES SENSELLAR A VILANOVA I LA GELTRÚ. UN ESTUDI QUALITATIU. 2024.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1.** Propuesta de Prueba Piloto para el Plan de Mejora en la Ciudad de Tarragona.

#### **Introducción**

Como parte del plan de mejora propuesto, se considera fundamental realizar una prueba piloto con el fin de evaluar la viabilidad y efectividad preliminar de la figura de una enfermera especializada en la atención a PSH en la ciudad de Tarragona. Esta prueba permitirá detectar posibles barreras, ajustar el enfoque de intervención y garantizar una implementación más eficiente del plan definitivo.

#### **Objetivos de la prueba piloto**

- Evaluar la factibilidad del despliegue de una enfermera especializada.
- Identificar las principales barreras de acceso a los servicios de salud durante el periodo piloto.
- Recoger datos cuantitativos y cualitativos sobre el impacto de la intervención.
- Obtener retroalimentación por parte de los usuarios y profesionales implicados.

#### **Metodología**

- Duración: 3 meses.
- Ubicación: Ciudad de Tarragona, en coordinación con los CAP y entidades sociales que trabajan con PSH.
- Población objetivo: PSH identificadas por los servicios sociales municipales y las asociaciones colaboradoras.
- Equipo profesional: ERPSH, en colaboración con otros profesionales de salud y personas referentes para las PSH.

#### **Indicadores de evaluación**

Se ha definido un conjunto de indicadores que permitirán valorar el impacto y funcionamiento de la prueba piloto. A continuación, se presenta una tabla con los principales aspectos a medir:

**Tabla 1: Indicadores propuestos para la evaluación de la prueba piloto.**

<b>Indicador</b>	<b>Meta esperada</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Fuente de datos</b>	<b>Responsable</b>
<b>% de PSH contactadas que acuden a consulta ERPSH</b>	60% de PSH objetivo	Mensual	Registro de intervenciones	ERPSH
<b>Tiempo medio desde el primer contacto hasta consulta (en días)</b>	< 15 días	Trimestral	Fichas de intervención	ERPSH
<b>% de PSH con seguimiento continuado (≥3 contactos)</b>	30% de PSH objetivo con continuidad	Trimestral	Registro de atención	ERPSH
<b>% de PSH adherentes al tratamiento prescrito</b>	≥ 50% de las PSH atendidas	Trimestral	Evaluación clínica / entrevistas	ERPSH
<b>Reducción de visitas a urgencias por causas evitables</b>	Reducción del 50% en casos conocidos	Final del piloto	Historial sanitario	ERPSH
<b>Nivel de satisfacción de las PSH atendidas (encuesta 1-5)</b>	≥ 4 sobre 5	Trimestral	Encuestas anónimas	ERPSH / Colaboradores / Coordinación del proyecto
<b>Nº de reuniones de coordinación con entidades sociales</b>	≥ 6 reuniones en 3 meses	Mensual	Actas o registros de reuniones	Coordinación del proyecto
<b>Nº de conferencias realizadas por la ERPSH</b>	≥ 3 conferencias en 3 meses	Final del piloto	Registro de las conferencias	Coordinación del proyecto
<b>Nº de personas que se benefician de las conferencias</b>	30 personas en 3 meses	Final del piloto	Registro de las conferencias	Coordinación del proyecto
<b>Nivel de aceptación del modelo por parte de entidades sanitarias (1-5)</b>	≥ 4 sobre 5	Final del piloto	Encuestas o entrevistas a directivos	Personas coordinadora del proyecto

**Fuente:** Elaboración propia.

### **Evaluación y seguimiento**

Al finalizar la prueba piloto, se realizará una evaluación conjunta con los diferentes profesionales implicados, valorando los resultados obtenidos a partir de los indicadores anteriores. Esta evaluación servirá como base para la toma de decisiones respecto a la implantación definitiva de la figura de la ERPSH en el sistema de salud local.