

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado

PERCEPCION DE LAS PERSONAS SIN HOGAR EN ARAGON

Estudiante: **Ander Sánchez Bermúdez**

Director: Narciso Lozano Dicha

Zaragoza, febrero 2017



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

Índice

1. Introducción	4
2. Marco teórico.....	5
3. El concepto y su evolución histórica	8
a. Conceptos relacionados (exclusión, pobreza, soledad)	8
b. ETHOS (tipología europea)	11
c. Evolución histórica: perfiles de PSH	13
4. Medidas institucionales	16
a. Tipos de intervención	17
b. Evolución de la intervención	34
5. Situación actual	40
5.1 Europa	40
5.2 España	41
5.3 Aragón	45
6. Encuesta	47
7. Conclusiones.....	57
8. Bibliografía	63

1. Introducción

El pasado 25 de enero, moría en la carpa que había instalado hacía más de 30 años frente a la Casa Blanca Concepción Picciotto, una mujer viguesa que se fue a vivir a EE.UU. y que durante más de tres décadas estuvo instalada en un refugio frente a la casa presidencial de este país protestando contra las guerras y el desarme nuclear. Al igual que ella, muchas personas en su situación mueren a diario en las calle de nuestro país sin que nadie se entere. En este caso, había sido la propia Concepción la que decidió vivir de esta manera, a modo de protesta, pero existen miles de personas que viven en esta situación porque se han visto obligados a ello.

En España, la situación de crisis económica provocó, entre otros efectos, un número muy elevado de desahucios, que sumado a la creciente fragilidad de las redes familiares y sociales, ha visto notablemente aumentado los porcentajes de personas que no tienen un lugar habitual -ni acondicionado- donde pernoctar. Deben acudir a centros que ofrecen servicios de alojamiento y/o comida, o pasar la noche al raso en algún parque o zonas cubiertas como puentes o cajeros. El desconocimiento generalizado de esta situación por parte de la sociedad contribuye a que se perpetúe el estigma social que esta situación genera.

Los datos más recientes sobre Personas Sin Hogar (PSH de aquí en adelante) son los resultados de la encuesta realizada por el INE en el año 2012. Esta revela que hay aproximadamente 23.000 PSH, aunque se estima que el número es mayor debido a que la encuesta se realizó sólo con personas que acuden a los centros de alojamiento y manutención. Las políticas sociales que se llevan a cabo con respecto a este problema son insuficientes, ya que no logran detener el aumento de personas en esta situación y en ocasiones no cumplen los estándares mínimos de atención.

El objetivo de este trabajo es investigar el estado actual de las PSH que viven en la Comunidad Autónoma de Aragón, las medidas de protección que se llevan a cabo para solucionar este fenómeno; así como concienciar a la población acerca de este problema buscando una mayor implicación por parte de ciudadanos y entidades sociales y políticas. Me propongo explicar cuáles son los medios con los que cuentan las personas en esta situación, no solo para poder subsistir en el día a día, si no para volver a llevar una vida digna y plena.

2. Marco teórico

El marco teórico de toda investigación supone un compendio de aquellos conocimientos relativos al área que se va a estudiar (Bernal, 2006). En este caso se aportan una serie de datos extraídos de diferentes fuentes y estudios para ilustrar -o tratar de hacerlo- la situación actual y real de las PSH a nivel nacional.

Según la definición de la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con PSH (FEANTSA por su nombre en francés: Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri), el término Persona Sin Hogar engloba a toda “persona que no puede acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma”. Actualmente Cáritas calcula que en España hay aproximadamente unas 40.000 PSH y millón y medio de familias en infravivienda, lo que supone no disponer de los servicios mínimos que requiere un hogar. Según el informe de la Fundación Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (Foessa de aquí en adelante) de 2014, en España uno de cada veinte hogares se ve muy afectado por procesos de exclusión social. Un total de 11,7 millones de personas -3,8 millones de hogares- están afectados. 4,4% más que en 2007; de estas personas, cinco millones viven en situación de exclusión severa, un 82,6% más que en 2007. En el año 2013, la tasa de riesgo de exclusión social o pobreza en España, según un indicador de la Fundación Foessa (At Risk of Poverty and/or Exclusión: AROPE), está en 27,3%, frente al 27,2% del año anterior, confirmando la tendencia ascendente de los últimos años. Los ingresos medios de los hogares han descendido un 11% entre 2008 y 2012. También Cáritas ofreció un estudio en 2014 en el que mostraba que España es el país con el índice de pobreza infantil más alto de la Unión Europea, sólo por detrás de Bulgaria. Además de ser el tercer país europeo que presenta los indicadores de desigualdad más altos, únicamente por detrás, nuevamente, de Bulgaria y Letonia.

La dificultad de realizar un recuento exacto y/o preciso de estas personas reside en el hecho de que la mayoría no suelen permanecer mucho tiempo en las mismas localidades, por lo que las cifras suelen ser muy relativas, en función de la ciudad y la temporada en la que se realice el estudio o el recuento. El último recuento que se realizó en Madrid en 2014 refleja que en diciembre de ese año había 1.905 PSH, de las cuales 764 duermen al raso y el resto (1.141) pasan la noche en algún servicio de la red asistencial de albergues municipales y centros. Otros estudios revelan que es Barcelona la ciudad en la que más PSH residen, pero esta ciudad es la única española que cuenta a los inmigrantes sin hogar que hay en ella, por lo que los datos no son comparables.

Si nos ceñimos a los datos del INE, encontramos que según los últimos datos recogidos en el año 2012, a través de una encuesta a personas que viven en la calle, junto con los obtenidos en 2014 a centros y servicios que les atienden; aproximadamente unas 23.000 personas en España carecen de hogar, aunque hay que tener en cuenta que dichas encuestas no contemplan a las personas que viven en la calle, ocupando bajos, puentes, pasajes... El citado estudio de 2014 otorga datos, además, de que el número medio de personas atendidas en estos centros ascendió a 13.645, lo que indica un descenso del 2,8% en el total de la población atendida.

Encuesta a Personas Sin Hogar (2012)

En la *Encuesta a Personas Sin Hogar (2012)* hay que tener en cuenta que la información obtenida está sesgada debido a que la encuesta se realizó sólo con personas que acudieron a los centros que ofrecen servicios de alojamiento y/o restauración en municipios con más de 20.000 habitantes, así la población sin hogar atendida en centros asistenciales de alojamiento y restauración fue de 22.938 personas. Casi la mitad de ellos (44,5%) llevaban más de tres años viviendo sin alojamiento propio, y la causa mayoritaria de quedarse sin hogar fue la pérdida de trabajo (45%). De este total, en Aragón había un 4,1% del total de PSH, lo que equivale a 120 PSH por cada 100.000 habitantes.

Del total de personas encuestadas, el 89% pernoctan siempre en el mismo lugar y el 43,9% ha dormido en alguna ocasión en alojamientos colectivos como albergues, residencias o centros de acogida. Un 20,8% ha pasado la noche en pisos o pensiones facilitados por alguna ONG, y un 35,3% se ha alojado al margen de la red asistencial (espacios públicos o pisos ocupados). La mayoría de las personas que se alojaba en espacios públicos se aseaba en los centros donde acudían a comer o en baños públicos (62,7 y 61,5%, respectivamente), en los servicios de bares o restaurantes (54,6%) o en parques (34,7%); sólo el 22,5% de ellos lo hace en casa de algún familiar o amigo.

Si se atiende al nivel educativo se observa que el 60,3% de los encuestados ha alcanzado el nivel de Educación Secundaria Obligatoria, el 22% primarios o inferiores y el 11% estudios superiores; tan solo el 5,7% se declara sin estudios. En lo que concierne al trabajo, más de la mitad se encuentran en situación de búsqueda de empleo (52,1%): el 38% lleva entre uno y tres años y el 17% desde hace más de tres años. El 3,6% del total de encuestados tienen trabajo; de ellos, el 21% lo hacen por cuenta propia. El 32% de las PSH encuestadas recibe sus ingresos de las prestaciones públicas, como la Renta Mínima de Inserción, pensiones por desempleo, invalidez, jubilación o viudedad, o pensiones no contributivas -la Renta Mínima de Inserción (RMI), que es la prestación pública más específica para personas con problemas de integración, representa el 11,4%-. Sólo el 9,5% subsiste con las limosnas de la gente y el 8,3 y el 7,5% de ellos recibe sus ingresos de algún familiar o amigo o de una ONG, respectivamente. Estos ingresos los emplean, principalmente, para obtener comida (60,5%), ropa (21,7), transporte (21,2) o alojamiento (18,5); el 11,1 lo emplea para conseguir bebida -los porcentajes suman más de 100 porque los usuarios marcaban más de una opción-.

Este pretendía medir, además, el estado salud que representan las personas encuestadas; respecto a ello se encontró que el 58,6% declaró tener una buena o muy buena salud, en contra del 14,2% que declara tener una mala o muy mala salud. El 30,7% manifiesta tener alguna enfermedad crónica, siendo mayoritario en mujeres que en hombres (22,3 frente a un 15%); y el 15,2% tiene una discapacidad reconocida. El 91,1% de las personas con nacionalidad española dispone de tarjeta sanitaria, mientras que de las personas extranjeras un 67,3%. La mayoría declara no consumir nada de alcohol (55,9%) o tener un consumo ligero (30,5); y en cuanto a otras drogas, el 37,3% declara ser consumidora habitual. Para ambas sustancias, el porcentaje en el caso de las mujeres es siempre inferior al de los hombres.

Otro aspecto tenido en cuenta a la hora de contextualizar la vida de estas personas, es el de agresiones o situaciones delictivas a las que habían tenido que enfrentarse, donde se halló que

el 51% de las PSH encuestadas había sido víctima de algún delito o agresión. Los más frecuentes son insultos y/o amenazas (65,4%), robo de dinero, pertenencias, etc. (61,8) y agresiones físicas (40,8). El 19,4% manifestó sentirse muy discriminada (8,3% frente al 11,1 de los españoles; y los extranjeros que manifestaron no sentirse nada discriminados fueron un 55,6% frente al 44 de los nacionales). Por el contrario, un 44,7% de los encuestados han sido detenidos o denunciados alguna vez, y casi la mitad de ellos condenados, siendo el porcentaje más alto entre los españoles (55,2% frente al 32,3 de los extranjeros).

En comparación con una encuesta realizada por la misma entidad en el año 2005, se muestra un aumento del 4,8% entre los españoles sin hogar, habiéndose reducido el número de extranjeros un 0,4. El número de PSH que se encontraban en esta situación debido a la pérdida del empleo aumentó un 55%; el número de personas que buscan trabajo desde hace más de un año aumentó un 132,3% y el número de personas cuyo principal ingreso es la RMI aumentó un 199,4%.

Encuesta en centros asistenciales (2014)

En cuanto a los Servicios Sociales demandados por los usuarios de estos centros [encuesta de 2014 realizada a profesionales que trabajan en centros asistenciales], la mayoría solicitan servicio de información y acogida (79,3%), alojamiento (78), orientación y/o derivación (74,2%), atención social (71,3) y restauración (65,2). Las prestaciones orientadas a la inserción social más demandadas fueron atención psicológica (33,4%), asistencia jurídica (27,8), el taller ocupacional (24,2) y el taller de inserción (16). En estos centros, la situación que con más frecuencia atendían fue la inmigración (37,1% frente al 42,2% que reflejaba la encuesta de 2012).

Durante 2014, en España hubo un total de 619 centros que ofrecieron alojamiento, permaneciendo prácticamente todos ellos abiertos todos los días de la semana. La capacidad media de los centros alcanza las 16.684 plazas diarias, siendo mayor el número de plazas ofrecidas por centros privados que por públicos (8.830 frente a 7.854); la ocupación media en los centros fue de un 81,1% de la capacidad total -13.645 plazas ocupadas del total-. En cuanto al número de centros que ofrecían servicios de restauración descendió un 15,6% con respecto al 2012 (518 centros).

En concreto, en 2014 en Aragón se ocuparon un 70% de las 839 plazas que se disponen, siendo la inversión de la Comunidad Autónoma en este tipo de centros de 288.895€, un poco por encima de la media nacional -278.063€-.

Estos datos reflejan que las PSH en este país están muy desprotegidas por parte del Sistema de Bienestar, sobre todo si tenemos en cuenta que las situaciones anteriormente descritas corresponden a las personas que acudieron a los centros que ofrecen alojamiento y comida; en este estudio no se tuvieron en cuenta las personas que no acuden a estos centros, las cuales están en una situación mayor de desprotección.

3. El concepto y su evolución histórica

Cuando se habla de “personas sin hogar”, se emplea este término con el ánimo de visibilizar el problema y no ocultarlo. Los últimos años en España se ha empleado la expresión “transeúnte” para designar a la gente que iba de albergue en albergue, y el resultado es una falsificación de la realidad. Esta locución también puede servir para referirse a cualquier persona que está pasando por la calle, por lo que no es del todo preciso; el término “personas sin hogar” pone énfasis primeramente en el hecho de que son personas las que sufren esta condición, y en segundo lugar, pone énfasis en la situación de privación de alojamiento.

La expresión Personas Sin Hogar -o sin techo-, y por extensión sinhogarismo, derivan de los términos ingleses *homeless* -*roofless*- y *homelessness*. La socióloga Dragana Avramov define el término sinhogarismo como la falta de un alojamiento adecuado y permanente que proporcione un marco estable de convivencia.

Siguiendo la definición de FEANTSA, una **PSH** es aquella que no puede acceder o conservar un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar una vida autónoma. Esta definición la desarrolló Dragana Avramov en 1995, cuando por aquel entonces era la coordinadora del European Observatory on Homelessness (Avramov, 1995).

En referencia a las situaciones más severas de falta de vivienda, se trata de sinhogarismo *literal* o en *sentido restringido*; mientras que el resto de las situaciones que contempla la definición de FEANTSA (más adelante se detalla en la tipología ETHOS), de vulnerabilidad o precariedad en el alojamiento, son situaciones de sinhogarismo en sentido *amplio* o *extenso*.

En la actualidad, los perfiles de las PSH que viven alrededor de todo el mundo son muy diferentes, pero lo cierto es que se encuentran en cualquier país del mundo, ya sea una sociedad subdesarrollada o desarrollada y rica. El historiador y activista contra la pobreza Bronislaw Geremek se refirió a ellos como una especie de “estirpe de Caín”, que de forma misteriosa e interminable se prolonga a lo largo de los tiempos, las épocas y los sistemas políticos y culturales más diversos. Para este estudioso de la materia, el hecho de que en todas las sociedades -incluidas las más ricas- haya personas viviendo en la calle es reflejo del nivel de indignidad política y moral de las sociedades.

a. Conceptos relacionados (exclusión, pobreza, soledad)

Antes de hablar de exclusión o pobreza, es necesario conceptualizar la desigualdad y estratificación social. La **estratificación social**, según la definición de Foessa, es un sistema que otorga un desigual acceso a los recursos de una sociedad; clasifica a los grupos de personas de una manera jerárquica, persistente a través de las generaciones, que tiene su origen en la sociedad y no en las diferencias individuales. Este sistema puede encontrarse en todas las sociedades, pero lo que es desigual en una sociedad o cómo de desigual es, puede no serlo en otra. La estratificación social hace referencia también a las creencias, ya que en ciertas sociedades las diferencias y desigualdades se conciben como justas, y al igual que las diferencias varían según la sociedad, las creencias también lo hacen. Por último, el aspecto más importante de este sistema que hace que siga rigiendo en todas las sociedades es que

genera identidades compartidas, que sitúan a las personas en categorías sociales diferentes, a las cuales no pueden renunciar, ya que le vienen impuestas. La identidad sirve para proclamar una lealtad o pertenencia a una u otra categoría, lo que hace que el sentimiento de pertenencia a un grupo sea más fuerte. Normalmente, la pertenencia a un grupo u otro viene determinada por factores como la posición económica, el poder o el prestigio, u otros elementos como la etnia, el género o la edad.

La solución para frenar este fenómeno es la **inclusión social**, que es el proceso que garantiza que todos los ciudadanos de una determinada región tienen las oportunidades y recursos necesarios para poder ser partícipes plenos de la vida económica, social y política, y a su vez poder disfrutar de unas condiciones de vida normales (Foessa). Representa la posibilidad de participación equitativa de todos los miembros en todas las dimensiones sociales.

En cuanto a **pobreza**, el economista Amartya Sen -ganador del premio Nobel en 1998-, la define como la privación de las capacidades básicas, y no sólo la falta de ingresos. La pobreza tiene también relación con la falta de derechos y servicios básicos.

Existen dos tipos o situaciones de pobreza: pobreza absoluta y pobreza relativa. La **pobreza absoluta** se refiere a la carencia total de recursos que resulta de una amenaza para la vida (a menudo medida como la renta per cápita equivalente a menos de 1 dólar internacional al día) (Macionis, 2005). Esto supone carecer de los alimentos básicos necesarios para tener buena salud y sobrevivir. Se refiere a la carencia de recursos para alcanzar un mínimo vital, es decir, para cubrir las necesidades biológicas o básicas; puede conducir a la exclusión. Por su parte, la **pobreza relativa** se da cuando no se alcanza el nivel de ingresos mínimo para satisfacer todas o parte de las necesidades básicas, en función de la sociedad y el tiempo dado (Macionis, 2005). De este modo, se considerará pobre una persona que no alcance el 60% de la mediana de los ingresos de una población; se trata de la falta de recursos para alcanzar un determinado nivel de vida.

La **privación material** de un área geográfica se refiere a la falta relativa de bienes, recursos o servicios ampliamente extendidos entre la población. En España, debido a que la privación material siempre se ha medido con indicadores provenientes de otros países, la propuesta de DEMAP (grupo de investigación adscrito a la Escuela Andaluza de Salud Pública) para medir de manera adecuada la privación material, pretende emplear un índice de privación material para áreas pequeñas en España, basado en el porcentaje de analfabetos, desempleados y trabajadores manuales. La manera de proceder es asignar una puntuación a cada municipio que permita establecer una graduación continua entre las áreas geográficas.

La **exclusión social** también es uno de los procesos clave que favorecen la estratificación social y la desigualdad (Macionis, 2005). Genéricamente, se considera que supera a la pobreza, en el sentido de que no se define únicamente en términos económicos, sino que también tiene en cuenta el factor de participación social; la exclusión no se alcanza hasta que se produce una pérdida real del poder de participación social del individuo. Se trata de la negación de los derechos sociales, oportunidades vitales fundamentales, restricción o limitación de la ciudadanía y participación social; la no integración social. Es un fenómeno estructural de carácter multicausal o multifactorial y multidimensional, dinámico y relativo. Afecta en dos direcciones: en el eje de inserción económico-laboral y en el eje de inserción sociofamiliar y

relacional. Este término está relacionado con la idea de la subclase, puesto que se centra en aquellos que son apartados de la sociedad. Las dimensiones que sirven como indicadores de la exclusión son el consumo (bajos ingresos), la producción (no ocupados en actividades valoradas), la actividad política (no vota ni forma parte de ninguna organización) y la integración social (carece de apoyo moral).

A pesar de que hay similitudes entre pobreza y exclusión, son dos fenómenos diferentes, pero el primero puede derivar y/o provocar el segundo. La pobreza es un estado personal que afecta a individuos, de manera individual, y la exclusión un proceso estructural que afecta a grupos sociales; la pobreza afecta a una única dimensión (carencias económicas), y la exclusión es multidimensional (aspectos laborales, económicos, sociales, culturales, etc.). Las variables fundamentales de la exclusión son culturales y económicas, y de la pobreza únicamente laborales; los riesgos añadidos a la pobreza son la marginación social, y de la exclusión la crisis de los nexos sociales. Las dimensiones personales que provocan la pobreza son el fracaso y la pasividad, la exclusión provoca desafiliación y resentimiento; la tendencia social asociada a la pobreza es la pauperización, la asociada a la exclusión es la dualización social; por último, la evolución de la pobreza es residual y de la exclusión es expansiva.

Todos estos fenómenos, cuando afectan a la misma persona, conducen a una situación de **soledad**, que puede derivar en depresiones u otras afecciones psicológicas. Un estudio de la Universidad de Chicago, dirigido por el profesor de psicología John Cacioppo, muestra que el impacto de la soledad en la muerte prematura es casi tan importante como la posición socioeconómica desfavorecida -aumenta las probabilidades de sufrir una muerte prematura un 19%-. Este estudio muestra también que la soledad tiene consecuencias desfavorables para la salud, ya que la soledad puede interrumpir el sueño de las personas, elevar la presión arterial, incrementar la tasa de la hormona del estrés cortisol y aumentar la depresión y disminuir el bienestar subjetivo, entre otras.

Sobre esta línea se expresan también el CAF (banco de desarrollo de América Latina) y la Universidad de Oxford, quienes han elaborado un informe *-Dimensiones faltantes en la medición de la pobreza-* coordinado Mireya Vargas, en el que destacan que la baja autoestima y la soledad son también indicadores de pobreza. La pobreza, además de ser consecuencia de una escasa capacidad adquisitiva o financiera, tiene que ver también con la estigmatización y la humillación social o el aislamiento. El estudio identifica seis variables subjetivas para medir la pobreza: el empoderamiento; la seguridad física; la capacidad de desarrollarse sin sentir vergüenza; la calidad del empleo; la falta de redes de protección social o soledad; y el bienestar psicológico o baja autoestima.

Hay ciertas personas que son más propensas a sufrir estos procesos, es decir, más vulnerables. La **vulnerabilidad** es un concepto que se emplea para describir una zona intermedia entre la integración y la exclusión social: una persona vulnerable se encuentra en una situación de riesgo que podría desencadenar un proceso de exclusión social. El nivel de riesgo varía en función del grado de deterioro de las redes sociales del individuo.

Por último, estas personas son **invisibles** para la sociedad. Las personas, y sobre todo los medios de comunicación, tienden a invisibilizarles y ocultar su situación. Por ejemplo, el pasado mes de julio de este mismo año, los servicios sociales del ayuntamiento de Zaragoza,

junto a varios agentes de la Policía Local, desalojaron un asentamiento chabolista en la desembocadura del río Huerva, procurando también evitar un reasentamiento inmediato. El objetivo, según los propios servicios sociales, era “presentar una alternativa habitacional” mediante un “programa de atención específico desarrollado por el albergue”, pero ninguna de las 23 personas que vivían en las chabolas aceptó formar parte de este programa, a pesar de que tenían un expediente abierto en el albergue. Lo que esto refleja es una actuación motivada más por la necesidad de *limpiar* la imagen de la ciudad que por una necesidad de dichas personas. El asentamiento llevaba unos seis años levantado, durante los cuales, según la presidenta de la Asociación de Vecinos de Las Fuentes, nunca se originó ningún conflicto con dichas personas, e incluso la propia gente del barrio colaboraba con ellos en la medida de lo posible. Por acciones como esta, entre muchas otras, podemos decir que este sector de población es invisible, porque las soluciones que se plantean siempre conllevan como primer paso apartarles de las zonas donde están viviendo; porque si no se les ve, el problema no existe.

b. ETHOS (tipología europea)

ETHOS es el acrónimo inglés para European Typology on Homelessness, es decir, la Tipología Europea del Sinhogarismo.

Esta tipología trata de impulsar y sistematizar pormenorizadamente el recuento y las estadísticas de las PSH en la Unión Europea. Es una rejilla de lectura de la realidad del sinhogarismo que clasifica las distintas categorías de la exclusión residencial.

El principal objetivo de crear una tipología europea es poder distinguir dentro del sinhogarismo, entendido como un proceso de exclusión residencial, cuatro categorías principales o conceptuales, que pueden dividirse a su vez en trece categorías operativas, y estas a su vez traducirse en diversas situaciones residenciales, en función del país y sus políticas para esta situación. Las **categorías básicas** responden a la existencia o no de exclusión en tres ámbitos acerca de la calidad del alojamiento del que dispone una persona. Estos ámbitos tienen que ver con el régimen *legal* de utilización del alojamiento, la vida *social* y privada que permite, y las condiciones *físicas* de habitabilidad. De la intersección de estos tres dominios surgen las condiciones de exclusión residencial -establecidas por Luis Cortés- y que se resumen según el grado de *accesibilidad, adecuación, estabilidad y habitabilidad*. Cada uno de estos ítems debe ser entendido de manera individual, referidos a las condiciones vitales y biográficas de cada persona.

La importancia que tiene realizar un estudio siguiendo los términos de esta tipología es que permite explicar y dar cuenta de la crisis personal y social de los alojamientos en que viven tanto personas que emplean los albergues y centros de alojamiento de la red asistencial como las personas que malviven en poblados chabolistas, por ejemplo.

A continuación, se muestra en la Tabla 1.1 las diferentes categorías, que representan las situaciones que contempla esta tipología:

Tabla 1.1

ETHOS – Tipología Europea del Sinhogarismo y la exclusión residencial (Revisión 2007)

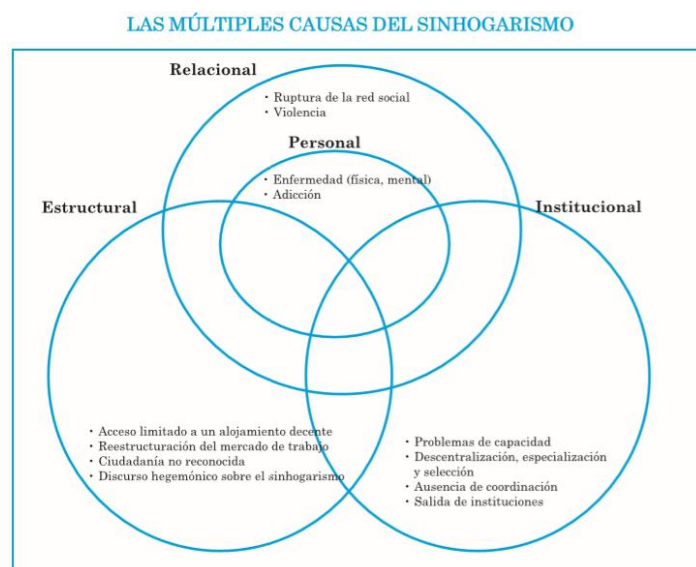
Categoría conceptual	Categoría operativa	Situación residencial	Definición
SIN TECHO	1 Viviendo en un espacio público (a la intemperie)	1.1 Espacio público y exterior	Durmiendo en la calle o en espacios públicos, sin un albergue
	2 Duermen en un refugio nocturno y/o se ven obligados a pasar varias horas al día en un espacio público	2.1 Albergue o refugio nocturno	Personas sin un lugar habitual donde residir que hacen uso de albergues o centros de alojamiento de muy baja exigencia
SIN VIVIENDA	Personas que viven en albergues y centros para gente sin hogar / alojamiento temporal	3.1 Albergues y centros de alojamiento	Cuando la estancia es entendida a corto o medio plazo y de forma temporal, no como lugar de residencia definitiva
		3.2 Alojamiento temporal y de tránsito	
		3.3 Alojamiento con apoyo	
	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 residencial temporal
	Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes	5.1 Alojamiento temporal / Centros de recepción	Inmigrantes en centros de recepción o de alojamiento temporal debido a su condición de inmigrantes / Centros de repatriación (internamiento)
		5.2 Alojamientos para trabajadores temporeros	
	Personas que en un plazo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o de internamiento	6.1 Instituciones penales (cárceles)	Sin vivienda disponible en el momento de la excarcelación
		6.2 Instituciones sanitarias (hospitales, etc.)	Estancia mayor de la estrictamente necesaria debido a su falta de vivienda
		6.3 Centros de menores	Sin vivienda a la que dirigirse al cumplir los 18 años por ejemplo
	Personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de personas sin hogar	7.1 Residencia para personas sin hogar mayores	Alojamiento con apoyo de larga estancia para personas que han vivido sin hogar
7.2 Vivienda tutelada y con apoyo a largo plazo para personas anteriormente sin hogar			

VIVIENDA INSEGURA	Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro sin pagar alquiler	8.1 Viviendo acogidos por familiares	Residiendo en un alojamiento convencional pero que no es el habitual, debido a la pérdida de su vivienda. Ocupación ilegal o sin ningún tipo de garantía jurídica para poder residir allí
		8.2 Sin tenencia legal (Ej: subalquilados)	
		8.3 Ocupación ilegal	
	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio	9.1 En régimen de alquiler	Con orden de desahucio, por impago de alquiler
		9.2 Con la vivienda en propiedad	A punto de verse expropiados, por impagos de hipoteca
	Personas que viven bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia	10.1 Con denuncias presentadas ante la policía	Cuando ha actuado la policía y/o los centros de intervención rápida para tratar de encontrar un alojamiento seguro y a salvo. Órdenes de devolución (vivienda en propiedad)
VIVIENDA INADECUADA	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales	11.1 Caravanas y similares	Casa móvil / caravana (que no es usada como vivienda de vacaciones) Alojamiento autoconstruido, chabolas, chozas o cabañas
		11.2 Edificaciones no convencionales ni pensadas para que residan personas	
		11.3 Estructuras temporales	
	Alojamiento impropio	12.1 Edificio ocupado que no es apropiado para vivir en él	Habitáculos impropios para ser usados como vivienda por seres humanos según la legislación nacional
Hacinamiento extremo	13.1 Muy por encima de los estándares habituales que marcan el hacinamiento	Por encima de las normas nacionales de hacinamiento	

Pedro José Cabrera Cabrera, *Exclusión social y desigualdad*, 2008

c. Evolución histórica: perfiles de PSH

A lo largo de la historia, han sido cientos de miles las personas que se han visto abocadas a vivir en la calle, y a pesar de que los perfiles de PSH han evolucionado, las trayectorias vitales en muchos casos siguen siendo similares. También ha ido evolucionando a lo largo de los años la visión de la sociedad acerca de estas personas, y las medidas llevadas a cabo para solucionar esta situación. Sin embargo, en todos los casos se distinguen tres ámbitos en los que suceden los procesos y transformaciones sociales claves para derivar en esta situación: razones individuales; las relaciones familiares y sociales; y la respuesta institucional.



Tomado de : L'évolution des profils des sans-abri: Une dépendance persistante à l'égard des services d'urgence en Europe: Qui et Pourquoi?. FEANTSA. 2005.

Actualmente, el perfil habitual de las personas que se encuentran en situación de calle ha cambiado; ha evolucionado y ahora los perfiles de PSH son mucho más heterogéneos. Normalmente, el perfil más habitual era un varón de mediana edad, con problemas de alcoholismo o de drogadicción, que se va moviendo de institución en institución para dormir y/o comer o recibir cualquier otro tipo de servicio. Hoy en día ese perfil ha evolucionado y ya no es el que más se repite entre las PSH.

Antes de empezar a analizar los cambios en los perfiles, es importante destacar que el número total de PSH ha aumentado notablemente, por lo que era de esperar que el perfil de estas personas hubiera evolucionado, ya que es factible que el perfil se diversifique y dé como resultado un grupo más heterogéneo. Hay una mayor diversificación en la procedencia social y laboral de las personas en situación de calle, por lo que ha aumentado el número de personas de clase media y con diferentes niveles educativos y laborales en esta situación. El término *transeúnte*, otrora muy recurrido para referirse a las PSH, cada vez se emplea menos, debido a la incorporación de otros sectores no tradicionales de PSH: salud mental, drogodependencias, indomiciliados, pensionistas...

Uno de los rasgos sociodemográficos más novedosos son las personas **jóvenes**, entre 20 y 40 años. Esta juvenalización de las PSH se debe entre otras cosas a la práctica desaparición de personas mayores de 65 años que vive en situación de calle, y el aumento de menores de 30 años, lo que ha provocado un rejuvenecimiento de este sector de población. Esto responde a que muchas de estas personas no tienen hábitos laborales ni educativos, y en muchos casos el

origen se debe a una fuga del hogar, la búsqueda de espacios y grupos de convivencia alternativos y la falta de perspectivas laborales y residenciales. Expertos que trabajan con esta población destacan que en la mayoría de casos se trata de jóvenes que han abandonado a su familia en busca de un medio de vida en comunidades de iguales.

El otro rasgo novedoso que se ha dado en los nuevos perfiles de PSH son las **mujeres**, tanto jóvenes como de mediana edad. Para muchos expertos, este proceso llevaba en marcha desde hacía un tiempo, pero los últimos años ha sufrido un aumento progresivo. Este repentino aumento es lo que ha provocado que destaque tanto este nuevo perfil, ya que, a juzgar por la tendencia que se estaba viviendo, las mujeres iban a tardar bastante en ser consideradas como un nuevo perfil dentro del colectivo de PSH. Los factores que han provocado este aumento incrementaron su influencia durante los años de la crisis, ya que la mayoría de las mujeres que se han visto abocadas a vivir en la calle en los últimos años han sufrido separaciones, son madres solteras o han sufrido malos tratos (aunque este último no es un factor novedoso). El crecimiento que está teniendo este perfil es mucho más lento que el de los jóvenes, sin embargo, es continuo y sostenido, por lo que la tendencia es que el número de mujeres en situación de calle siga aumentando durante los próximos años.

El tercer nuevo rasgo de este colectivo son las personas con **problemas de adicción**. Este fenómeno, con frecuencia, va unido a la mayor aparición de personas jóvenes en las puertas de los albergues, habiendo sustituido el clásico alcoholismo por la toxicomanía, sobre todo en los usuarios más jóvenes. El caso más habitual es un sujeto toxicómano que vive en un ambiente familiar normalizado pero que es expulsado del hogar. En general, se trata de personas adictas a la heroína que con frecuencia arrastran problemas de salud -principalmente casos de VIH-. En la actualidad, se ha detectado una mayor propensión hacia la politoxicomanía, dentro de la cual, además de las drogas habituales, han aparecido nuevas drogas de diseño. Al contrario de lo que pudiera parecer, no era muy habitual el perfil de una persona viviendo en la calle adicta a alguna sustancia psicotrópica -lo habitual es que sufriera problemas de alcoholismo-, por lo tanto se considera este perfil como uno de los nuevos que han surgido en los últimos años entre las PSH.

Otro de los nuevos perfiles que han surgido son personas con **enfermedades mentales**. En la mayoría de los casos, se trata de pacientes deshospitalizados de psiquiátricos que no deberían haber salido (debido a que, pasado un tiempo, se les da de alta de manera premeditada por la falta de recursos y así poder tratar a nuevos pacientes). Algunos expertos consideran que, en estos casos, los albergues actúan como parachoques de los psiquiátricos, ya que se encuentran con enfermos mentales que carecen de apoyo institucional. En muchos casos se enfrentan a casos con diagnósticos duales: la enfermedad mental va acompañada de problemas de adicción. Este hecho refleja la insuficiencia de los subsistemas de atención especializada, como en este caso serían la psiquiatría y las adicciones, que acaban generando un “excedente” de personas que no encuentran un lugar apropiado y acaban cayendo en la red de centros para PSH. Esto sucede porque no hay coordinación entre este tipo de servicios, que deberían estar en contacto para evitar -o al menos controlar- que se den casos de personas que abandonan el hospital o el psiquiátrico y no saben a dónde acudir, porque no tienen ningún tipo de apoyo social. El hecho de que ni los Servicios Sociales ni otras redes de protección social tengan conocimiento de este tipo de usuarios provoca que no tengan ningún tipo de apoyo que

complemente los cambios producidos en la red sanitaria, por lo que en muchos casos los avances conseguidos con el paciente pueden revertirse por completo cuando esa persona se encuentra en la situación de calle.

En el caso de las personas con enfermedades mentales -igualmente válido para las personas con problemas de alcoholismo- nunca se puede asegurar si la enfermedad mental -o el alcoholismo- son la causa o la consecuencia de vivir en la calle. Existen muchas personas que la enfermedad mental o el alcoholismo lo sufrían antes de vivir en la calle, lo que provocó que tuvieran que vivir en esta situación, pero en muchos casos, tanto las enfermedades o trastornos mentales como el alcoholismo se producen una vez que la persona está en viviendo en la calle, debido a que la persona no es capaz de controlar o manejar la nueva situación y pueden darse dos casos: que la persona comience a beber para hacer la situación más llevadera -lo que deriva en un alcoholismo, que más tarde puede generar un trastorno mental- o la persona sufre un deterioro cognitivo que provoca un trastorno o enfermedad mental. Sin embargo esto no es lo más habitual entre las personas que viven en la calle, son sólo una minoría de casos.

Por último, el nuevo perfil que está surgiendo entre las PSH son los **inmigrantes y extranjeros**, sobre todo de inmigrantes con una situación administrativa irregular. El aumento de este sector de población entre las PSH se debe a los años de la crisis, que no ha hecho sino aumentar los problemas y desigualdades de los países más pobres, cuyos habitantes no encuentran mejor solución que la de abandonar su casa para ir en busca de oportunidades a otros países. A pesar de que España siempre ha sido uno de los destinos principales de los inmigrantes procedentes de África y de países del Este o Latinoamérica, los últimos años ha aumentado el número de extranjeros que viven en la calle, debido a la falta de oportunidades que ha provocado la crisis. Lo más habitual es que estas personas no hablen el mismo idioma que los profesionales que trabajan con PSH, por lo que el trabajo con estos usuarios es mucho más complejo de lo que ya lo es a priori. Es complicado adaptarse a un país con otro idioma, otra cultura y con la imposibilidad de regresar al país de origen, lo que dificulta aún más la labor de los profesionales, los cuales coinciden en que el problema de las PSH inmigrantes habría que abordarlo de manera especial, debido a que este colectivo presenta unas características particulares.

A pesar de que la mayoría de inmigrantes con una situación administrativa irregular suelen acabar en los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE), los centros que trabajan con PSH han notado un notable aumento de estas personas entre el colectivo con el que trabajan. Esto parece indicar que el número de inmigrantes que residen actualmente en España es mucho mayor del que se cree, y por parte de la Administración pública no se ponen las medidas necesarias para subsanar una situación que vulnera varios derechos recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Esta situación resulta ser una pescadilla que se muerde la cola, ya que para conseguir el permiso de residencia en el país necesitan un contrato de trabajo más estable, pero para conseguir un contrato de trabajo estable, es necesario que tengan el permiso de residencia, por lo que muy pocos lo logran (los posibles empleadores no se arriesgan a hacerles un contrato estando en situación administrativa irregular).

4. Medidas institucionales

En un estudio realizado en el año 2000 por el profesor Pedro José Cabrera, quien se propuso elaborar un amplio y exhaustivo mapa que reflejara los centros que realizan atención a PSH - fuera del tipo que fuera-, detectó un total de 668 centros a los cuales una persona en situación de calle puede dirigirse para recibir atención y sus necesidades básicas sean atendidas.

En la tabla 1.2 se muestra la relación de plazas ofertadas por CC.AA. y el porcentaje de ocupación media que tuvieron en el año 2014.

Tabla 1.2

COMUNIDAD AUTONOMA	N de plazas	% ocupación media
Andalucía	1.545	70,2
Aragón	839	70
Asturias	435	87,9
Baleares	629	86,5
Canarias	624	99,3
Cantabria	161	73,6
Castilla y León	741	67
Castilla-La Mancha	410	69,2
Cataluña	1.543	93,7
Com. Valenciana	856	78,5
Extremadura	125	80
Galicia	855	66,9
Madrid	1.803	90
Murcia	654	54,8
Navarra	336	79,2
País Vasco	2.721	74,3
Rioja	232	64,4
Ceuta	618	128
Melilla	1.561	98,1
TOTAL	16.684	81,8

Tabla de elaboración propia con datos de la Encuesta sobre centros y servicios de atención a personas sin hogar de 2014

Si se contrastan estos datos con el porcentaje de la población de cada Comunidad Autónoma con respecto al total de España, se observa que, atendiendo al número de centros existentes, están muy infrarrepresentadas las CC.AA. con mayor población: Andalucía, Cataluña o Madrid. Estos altos porcentajes equivalen a un elevado número de personas que viven en la calle, pero muy probablemente disten mucho del número real de PSH viviendo en estas comunidades, ya que estos datos se refieren únicamente a las personas que acudieron a alguno de los centros que atienden a este colectivo. A pesar de esto, los porcentajes en prácticamente todas las Comunidades son muy altos (únicamente 5 Comunidades tienen un porcentaje de ocupación por debajo del 70%), lo que hace que la media española sea tan elevada. Es importante reiterar que estos datos hacen referencia únicamente a los usuarios que acudieron a centros que prestan asistencia al colectivo, y por lo tanto no tuvieron en cuenta a las personas que duermen en cajeros, parque, chabolas improvisadas, etc.

a. Tipos de intervención

En España no existe una ayuda o una prestación expresamente para las personas que se encuentran en situación de calle, si no que son ayudas para personas cuyos recursos económicos son insuficientes y se encuentran en situación de vulnerabilidad, para poder llevar una vida plena, pero no hay ninguna prestación o ayuda -estatal- para conseguir o recuperar una vivienda. Son prestaciones contributivas o no contributivas, que proporcionan un complemento económico, en función de las necesidades o los elementos vitales y sociales de los que carece el individuo. En España existen numerosos tipos de ayudas, como pensiones de viudedad, de jubilación, de discapacidad o prestación por desempleo, sin embargo no hay a nivel estatal un programa para integrar a las PSH de nuevo en la sociedad, ya que de eso se encargan las instituciones (que si bien hay muchas públicas, sólo realizan una función asistencial a las personas que acuden a estos centros).

Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ofrecen diversos servicios en función de las demandas. Así, nos encontramos con apartados para la *violencia de género*, para *igualdad de oportunidades*, para *discapacidad*, para *drogas y conductas adictivas*, para el *IMSERSO*, para la *juventud*, o para las *familias y la infancia*; sin embargo no hay un apartado para PSH en el que se detalle los recursos con los que puede contar una persona que se encuentra en esta situación. Para encontrar algo relacionado con las PSH (aunque en ningún momento se utiliza este término, si no que se habla de personas con carencia de alojamiento digno), es necesario acudir al catálogo de prestaciones sociales para consultar las ayudas disponibles.

El Consejo de Europa define al **Sistema Público de Servicios Sociales** como el conjunto de “organismos que tienen como misión aportar una ayuda y una asistencia personal y directa a individuos, grupos y comunidades para favorecer su integración en la sociedad; se excluyen los servicios que se ocupan únicamente de asegurar cierto nivel de vida por medio de prestaciones económicas”. Si se estudia mediante las Leyes Autonómicas, es el “conjunto de servicios y prestaciones que tienen como finalidad la promoción del desarrollo pleno y libre de la persona dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida, así como la prevención y eliminación de las causas que conducen a la marginación social”. Incluye las estructuras y servicios públicos de la Administración, tanto del

Estado como de las diferentes Comunidades Autónomas, así como de las corporaciones locales. Existen dos modalidades:

- *Servicios Sociales Básicos*: Están dirigidos a toda la población en general, independientemente de las características sociodemográficas -lleva a cabo acciones universales-. Representan el primer nivel de atención ante una necesidad o demanda. El campo de actuación de estos Servicios está circunscrito a un territorio -normalmente según los barrios o los distritos- para facilitar el acceso a los ciudadanos; desarrollan su actividad en los Centros de Servicios Sociales.
- *Servicios Sociales Especializados*: Es el nivel secundario en la atención a los ciudadanos y están dirigidos a sectores concretos y especiales de la población, marcados por la Ley -tienen un objetivo limitado y delimitado-. Complementan las acciones de los Servicios Sociales Básicos; para su instauración predominan criterios como la localización y distribución de las necesidades.

Plan Nacional Integral para las PSH (2015-2020)

El Plan Nacional Integral para las PSH (2015-2020) es el instrumento que propuso el Gobierno de España con el objetivo de dar respuesta a la situación de las PSH y crear un marco integral de actuación con el colectivo. Se basa en una serie de principios para orientar la planificación y programación de las PSH:

1. Los derechos fundamentales que tienen todas las personas y el compromiso de los poderes públicos para ejercerlos con efectividad

Estar en situación de pobreza y exclusión extrema demanda el derecho de las personas a ser protegidas por los poderes públicos. Es preciso aplicar los principios ya establecidos en las normas fundamentales universales, tanto de la Unión Europea como de España, establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (UDH), la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), la Carta Social Europea (CSE) y la Constitución España (CE). Los derechos que pueden reclamar las PSH son el derecho a la “seguridad de vida”, derecho de vivienda y derecho a la protección de la salud y ayuda social.

Derecho a la seguridad de vida

Se refiere al derecho a que se garantice la existencia y la integridad física y psíquica de los ciudadanos. Es el principal derecho que la Estrategia debe garantizar, así como movilizar la acción de los poderes públicos, de la sociedad civil y de toda la población. El primer paso para erradicar el sinhogarismo es defender la vida en los lugares donde más amenazada esté. Esto se enfoca a personas que por falta de vivienda, los medios suficientes o las capacidades sociales, son más vulnerables a accidentes, enfermedades y violencia, con una mala y pobre alimentación, escasa ropa, pérdida de las pertenencias, sin recursos para la movilidad y comunicación y con una deficiente integridad psicológica.

Derecho a la vivienda

Es el eje principal para eliminar el sinhogarismo. La seguridad que ofrece la vivienda es el mejor modo de garantizar la integridad física y psicológica de la persona; pero además impulsa

la autoestima, las expectativas y voluntad de las PSH, y permite una acción pública más eficaz y cohesionada. La Constitución Española (CE), en el artículo 47, garantiza el derecho a una vivienda digna y adecuada, siendo responsabilidad de los poderes públicos la promoción de las condiciones necesarias y el establecimiento de las normas necesarias para ejercer este derecho.

Derecho a la protección de la salud y ayuda social

En España, dentro del marco normativo de mayor valor jurídico, se proclama y se garantiza la protección de la salud, la asistencia médica y la ayuda social. En cuanto al derecho de la protección de la salud, se deben establecer los mecanismos necesarios para su ejercicio efectivo; en caso de la ayuda social, se parte de la base de que las Administraciones Públicas deben garantizar los recursos económicos mínimos para la garantía de la vida.

2. Unidad de acción

A nivel europeo, toda acción orientada a la labor con PSH se basa en una serie de aspectos:

Personalización

Los servicios de atención dirigidos a la población en general no tiene la suficiente eficacia con las PSH debido a las especiales circunstancias -y muy diferentes- que presentan los diferentes usuarios.

Cooperación

Debido a la alta movilidad geográfica de las PSH, es muy importante que exista una comunicación y una coherencia en la intervención con estos usuarios. Actualmente la desconexión existente entre los diferentes servicios impide que se realice una labor más eficiente.

Desarrollo de una red territorial

El objetivo de crear esta red es cambiar la tendencia de concentración en las grandes ciudades. Es necesaria la creación de una red territorial en las ciudades para que puedan contar con una estrategia formal y una estructura de medios suficiente para ayudar a las personas de sus localidades que se encuentren sin vivienda.

Participación

Para lograr un óptimo resultado en las actuaciones dirigidas a PSH, es necesario implicarlas en su propia intervención, para avivar y dar cauce a la participación de las PSH no sólo en sus propios procesos sino también en la mejora de los servicios y proyectos.

3. Prevención y atención temprana

Es muy importante una pronta detección para poder poner los medios necesarios para la prevención de las situaciones de calle. La prevención requiere instrumentos de detección de carencia de vivienda en diferentes servicios e instituciones, la anticipación de problemas derivados de la pérdida de vivienda y otras acciones para la recuperación de capital social y

familiar, y la información precisa de los afectados. La rapidez en los procesos administrativos, la coordinación, los protocolos de detección, y la disponibilidad de medios son los factores que logran la respuesta temprana a las situaciones de calle.

4. Un enfoque orientado a la vivienda

La estrategia se basa en el movimiento *Housing First* (explicado más adelante), que consiste en la proporción de una vivienda personal, como primer paso de la intervención, siguiendo un protocolo que compromete a la propia persona. Los resultados al aplicarse en otros países son la gran aceptación por parte de las PSH de aceptar las condiciones del contrato, una reducción del uso de servicios públicos, la mejora de la calidad de vida y una reducción del gasto público. La Estrategia plantea una implantación progresiva de este método en paralelo al conjunto plural de otros recursos como viviendas semituteladas, residencias, centros especializados, centros de acogida y alojamientos de baja exigencia.

5. Un enfoque centrado en las personas

Gestión centrada en la PSH, quien es capaz de dotar de unidad a las acciones públicas y ciudadanas. Se reorganiza la dinámica administrativa para que la intervención social tenga unidad, evite solapamientos, ahorre gastos innecesarios y transmita confianza a las personas en situación de calle. Para este tipo de gestión, se dispone de uno o dos profesionales psicosociales de referencia que acompañan al usuario a lo largo del itinerario y le ayudan a generar coherencia a la red de servicios. El acompañamiento social es esencial para la restauración, el cual se fundamenta en el asesoramiento, el seguimiento personal, la intervención integral y la ayuda personalizada. Al adaptarse a cada individuo de la mejor manera para ayudarlo, se trata de uno de los recursos más eficaces.

6. Perspectiva de género

La Estrategia ha tenido en cuenta la tendencia de los últimos años del incremento del número de mujeres que viven en la calle. La minoritaria presencia de mujeres no contribuía a la visibilización y sensibilidad necesaria para el trabajo especializado con mujeres -quienes sufren con más dureza las condiciones de las PSH-. Por este motivo, la Estrategia contemplará entre sus objetivos y medidas la visibilización y respuesta a las necesidades de las mujeres sin hogar.

7. Mejora del conocimiento y la formación

A pesar de todos los recuentos que se llevan a cabo, así como las encuestas, la información sobre el número y perfiles de PSH es insuficiente para la planificación e intervención. El planteamiento es que un enfoque basado en evidencias y en la satisfacción de las necesidades y resolución de problemas debe estar investigando continuamente, para innovar metodológica y organizativamente, desarrollar nuevas competencias y herramientas y formar de manera adecuada a los profesionales que se encargarán de aplicarlas.

Estrategias de acción

La Estrategia se basa en cinco objetivos fundamentales, los cuales se apoyan en una serie de líneas estratégicas con diferentes propuestas de acción:

1. Prevención del sinhogarismo

El sinhogarismo es el último paso de una exclusión social extrema, por ello es necesario trabajar desde antes de que se produzca esta situación. Las causas y/o caminos que llevan hasta esta situación son múltiples, sin embargo hay situaciones de riesgo que se suelen repetir en personas que viven en la calle. Así, es posible trabajar preventivamente sobre esos factores antes de llegar al punto de carecer de una vivienda.

1. Línea estratégica 1. Prevenir las causas del sinhogarismo en situaciones de riesgo

Las causas que suelen ser más habituales en los casos de exclusión severa son la pobreza de la familia de origen, problemas de salud física y/o mental, adicciones, desempleo, rupturas familiares, etc. El plan de actuación que sigue esta línea estratégica es actuar sobre estos factores, con el fin de prevenir que desemboquen en una situación de pérdida del hogar. Plantea varios tipos de actuación:

- a) Reparar y fortalecer los vínculos familiares a través del fomento de la **mediación familiar**, facilitando de este modo una mejor gestión de las rupturas y las crisis y conflictos que se produzcan, salvo en caso de maltrato o violencia; y con la promoción de **programas de reconciliación y reintegración familiar**, en caso de individuos que se encuentran en las últimas etapas del cumplimiento de condena para poder reintegrarse con éxito en su entorno familiar de origen, salvo en casos que el delito por el que cumple condena esté relacionado con la violencia o el maltrato.
- b) Establecer **servicios de asesoramiento y apoyo para evitar la pérdida de vivienda** u otros recursos que contemplen medidas como asesoramiento financiero y jurídico; asesoramiento en relación con las entidades financieras; acceso a otras alternativas de alojamiento; fortalecimiento de las ayudas económicas puntuales para pagar el alquiler y consumos domésticos.
- c) Mantener como **redes diferenciadas** la atención a emergencias sociales y la atención a PSH, evitando de este modo que las familias privadas de su alojamiento habitual puedan incorporarse de manera apropiada a una red específica de PSH.

2. Línea estratégica 2. Establecer protocolos de detección e intervención temprana del sinhogarismo

Existen numerosas entidades y servicios con los que establecer los **protocolos de actuación**, tanto en el ámbito de la Administración pública como mediante organizaciones ciudadanas. Estos protocolos se pretenden llevar a cabo en diversos ámbitos:

- a) *Ámbito judicial*, especialmente en los procesos que conlleven la pérdida de la vivienda y en separaciones y/o divorcios en los que existan condiciones de insostenibilidad de la vivienda de uno de los miembros.
- b) *Ámbito sanitario*, mediante los servicios de atención psiquiátrica o psicológica cuando se estime riesgo de pérdida o abandono del hogar; así como en los casos de alta hospitalaria que requiera una posterior convalecencia o tratamientos intensos.
- c) *Ámbito educativo*, en los centros educativos o servicios a jóvenes en los que se perciban situaciones de convivencia insostenible en el hogar.
- d) *Ámbito de la protección a menores*, mediante los programas de apoyo a la vida independiente para los jóvenes que han sido tutelados por la Administración desde que cumplen 18 años.
- e) Procesos de *salida de instituciones penitenciarias*.
- f) Procesos de *salida de centros de acogida* a refugiados o inmigrantes vulnerables.
- g) Situaciones de *protección de mujeres* víctimas de violencia de género o trata de seres humanos con fines sexuales.
- h) En los *servicios de emergencia*, entre las *fuerzas y cuerpos de seguridad*, los *servicios de limpieza de la ciudad*, y *otros servicios públicos* así como el personal de los *teléfonos de emergencia*, con el objetivo de realizar una intervención temprana desde la primera noche de alojamiento, ya sea para una pernocta en espacios públicos o inadecuados como en alojamientos temporales.

2. Sensibilización de la sociedad y defensa contra la discriminación y los delitos de odio hacia las PSH

Para lograr el apoyo a las políticas de atención a las PSH por parte de toda la sociedad es necesario superar la imagen negativa y estigmatizada que existe acerca de este colectivo. Para ello, es imprescindible una estrategia de comunicación y sensibilización de la sociedad para dar a conocer la realidad de estas personas. También se pretende eliminar las barreras que obstaculizan el ejercicio de los derechos y la igualdad de trato a este colectivo, protegiéndolas así frente a la discriminación, el odio, la intolerancia y tratos abusivos.

3. Línea estratégica 3. Promover el derecho a una imagen veraz y respetuosa de las PSH

Para lograr mejorar la imagen del colectivo y la promoción del derecho de una imagen veraz, se presentan unas líneas de actuación:

- a) Impulsar el **diálogo** entre los medios de comunicación, Administraciones públicas y organizaciones ciudadanas acerca de la autorregulación de los medios sobre el trato informativo de las PSH.

- b) Promover y apoyar las **campañas de sensibilización pública** sobre la situación de este colectivo.
- c) Fomentar el conocimiento sobre las PSH en el **ámbito educativo**, a través de la elaboración de material educativo y mediante la coordinación entre los centros educativos, los Servicios Sociales, las organizaciones ciudadanas y el propio colectivo.
- d) Promover la integración de la presencia de **voluntariado**, así como la colaboración vecinal y una ciudadanía activa en todas las fases y recursos de la intervención.

4. Línea estratégica 4. Eliminar barreras que obstaculizan el acceso a los servicios y prestaciones sociales

Debido a la existencia de barreras o a la falta de adaptación de servicios generales o especializados a las situaciones de las personas que se encuentran en la calle, impide que éstas puedan ejercer sus derechos de manera efectiva. La principal barrera que debe ser derribada es el de la igualdad de trato a PSH y protegerlas frente a la discriminación, el odio, la intolerancia y los tratos abusivos. El objetivo de esta línea estratégica es que cualquier PSH que carezca de medios pueda ejercer en todos los centros públicos del territorio español sus derechos fundamentales a la salud, la seguridad sanitaria y la asistencia médica básica, al margen de cualquier condición. Para ello es necesario adaptar los servicios y profesionales a la diversidad de condiciones en que se encuentran las PSH. También se debe promover el acceso de las personas a las prestaciones sociales de renta ciudadana, ayudas a la dependencia o prestaciones por discapacidad -es esencial que la prestación de este tipo de ayudas esté vinculada a un acompañamiento cercano, personalizado y eficaz-. Las medidas planteadas en esta línea estratégica son las siguientes:

- a) Impulsar y desarrollar la **formación de profesionales** en los diferentes ámbitos de atención, en la situación de las PSH y en el modo de trabajar con este colectivo -especialmente en los ámbitos sanitario, cuerpos y fuerzas de seguridad, servicios públicos de empleo o justicia, y en otros servicios que puedan ser relevantes, como transporte, servicios de limpieza, etc.-.
- b) Crear líneas de **cooperación** entre profesionales de la salud y quienes ejercen el papel de acompañamiento.
- c) Elaborar un protocolo de **derivación** de PSH tras el alta hospitalaria así como dotar a los centros especializados con recursos sanitarios suficientes para la atención al colectivo.
- d) Facilitar el **empadronamiento** de todas las PSH que residan habitualmente en la localidad, independientemente de su lugar de pernocta.
- e) Facilitar el acceso al **reconocimiento de la discapacidad**, así como garantizar que todos los recursos para PSH cumplen con la legislación de accesibilidad universal y están adaptados a las necesidades especiales.

- f) Favorecer el acceso a los programas de **rentas mínimas de inserción**, estableciendo en caso necesario medidas específicas y singulares que hagan efectivo dicho derecho a las PSH.

5. Línea estratégica 5. Combatir la violencia ejercida contra las PSH

Es necesario favorecer una mayor sensibilidad de todos los actores sociales, desde los centros educativos hasta los medios de comunicación, cuando informan sobre sucesos de violencia hacia las PSH. También es necesaria la implicación de operadores jurídicos y organizaciones ciudadanas. La erradicación de la violencia e indiferencia hacia las PSH requiere de diversas acciones:

- a) Mejorar la **recogida de datos** sobre crímenes de odio contra el colectivo, a través del Ministerio de Justicia, el Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Mº del Interior.
- b) Crear **guías de sensibilización** en relación a los crímenes de odio hacia PSH para la ciudadanía en general, y para profesionales sociales y jurídicos, sanitarios y de las fuerzas de seguridad.
- c) Reconocer la **“aporofobia”** (miedo a la pobreza y/o a los pobres) como un agravante en los delitos de odio, así como favorecer y apoyar su denuncia por parte de los afectados.
- d) Creación de un protocolo y unos servicios especializados para la asistencia integral y multidisciplinar que garantice la protección y atención especializada para **mujeres** que viven en la calle y sufren violencia.
- e) Crear **protocolos de colaboración** entre los Servicios Sociales y las fuerzas y cuerpos de seguridad para prevenir y erradicar la violencia ejercida contra las PSH.

3. Garantizar la seguridad de vida de las PSH

Este objetivo se refiere a garantizar la integridad física y psíquica de las PSH. Esto implica tanto la proporción de un alojamiento -como primer paso-, como la generación de una red de recursos que ofrezcan servicios para cubrir las necesidades básicas de los usuarios, como paso previo para rehabilitar su vida.

6. Línea estratégica 6. Ofrecer un sistema plural de alojamiento dirigido a que la persona pueda normalizar su vida y reincorporarse a la sociedad

Esta línea estratégica se apoya en el enfoque de *Housing First*, otorgando a la vivienda un papel fundamental en la eliminación del sinhogarismo. Para ello se plantea una serie de actuaciones:

- a) Crear un **sistema flexible y diverso de alojamiento** para adaptarse a las necesidades y opciones de las personas -viviendas unipersonales o para pequeños grupos y familias, centros residenciales de diversos tamaños, centros de acogida y alojamientos de baja exigencia-.

- b) Favorecer la **implicación de las Administraciones** con competencia en materia de vivienda para facilitar el acceso a las PSH a la vivienda pública o privada.
- c) Apostar por un **modelo de alojamiento** que reproduzca las condiciones de un hogar, evitando así la estigmatización y favoreciendo la inserción de las personas en mejores condiciones, garantizando su derecho a la intimidad.
- d) Procurar alojamiento, lo más rápido posible, a **familias con menores** a su cargo que se encuentran en viviendas autónomas, en viviendas semituteladas.
- e) Aplicar el criterio de **especialización**: o los recursos se adaptan a las diversas necesidades del colectivo -teniendo en cuenta la diversidad cultural y religiosa-, o se establecen recursos especializados de atención en función de los diferentes perfiles -en especial jóvenes, discapacitados y personas con trastornos mentales-.
- f) Favorecer el establecimiento de recursos **especializados en mujeres**.
- g) El Sistema Público de Servicios Sociales debe garantizar que los alojamientos y servicios destinados a las PSH cuenten con un **sistema de reclamaciones** y quejas por parte de los usuarios.
- h) Procurar la adecuada **aplicación de la normativa** sobre el uso de los recursos; promover el establecimiento de reglamentos de funcionamiento para centros públicos o dependientes de entidades sociales como instrumento para garantizar los derechos y deberes de los usuarios.

7. Línea estratégica 7. Aplicación del método *Housing First*

Esta estrategia emplea la vivienda autónoma como apoyo para la creación de confianza, aceptabilidad de la Red de Recursos, descubrimiento y activación de capacidades y normalización. Está dirigido primordialmente a PSH con una situación cronicada y con deterioro físico y/o psicológico grave. La aplicación de este modelo se basa en una serie de actuaciones:

- a) Ofrecer **acceso inmediato a viviendas independientes** de manera permanente e incondicional, llevando de manera paralela un proceso de intervención social basado en apoyos continuos.
- b) Favorecer la **implicación de las Administraciones** con competencias en materia de vivienda para contar con un parque de viviendas públicas que puedan ser destinadas a tal finalidad, incluyendo vivienda privada de entidades bancarias - iniciativa de la creación del Fondo Social de Vivienda en el año 2013 por parte del Gobierno-.
- c) Promover la **difusión y conocimiento** de esta estrategia a través de iniciativas como la formación de profesionales que trabajan con este colectivo, intercambio de buenas prácticas y realización de estudios que permitan evaluar la eficacia de la aplicación de este método.

8. Línea estratégica 8. Mejora de los recursos dirigidos a las PSH

Además de los recursos de alojamiento, las PSH necesitan contar con otros recursos para su activación durante el día y su atención por la noche. Se pretende evitar la discriminación que sufren y velar porque sus bienes personales no sean embargados en la calle o centros para PSH. Se debería facilitar unas consignas para que estas personas pudieran guardar sus pertenencias durante el día, como documentación u objetos esenciales. Se pueden llevar a cabo una serie de medidas:

- a) Fomentar la creación de **centros activos de día** como espacios en los que las personas reconstruyen una red de relaciones que aumenten sus habilidades y disposiciones sociales realizando actividades de mejora y participación social.
- b) Dotar a los municipios de **servicios de emergencia social** y de **trabajo en la calle**, como redes de recursos diferenciados.
- c) Promover la formación de **equipos mixtos de trabajo de calle**, compuestos por profesionales sociales y profesionales de la salud, actuando en coordinación con el conjunto de la red de recursos.
- d) Favorecer la participación de personas **voluntarias** en el trabajo de calle con PSH.
- e) Establecer un **protocolo de actuación con las fiscalías** para determinar criterios de intervención con PSH con un deterioro extremo, con el objetivo de garantizar una tutela judicial efectiva.
- f) Elaborar una **guía de recursos** con información integral, accesible y comprensible de la red de recursos existente.
- g) Favorecer **estrategias de intervención** prioritaria con **mujeres**, así como con personas con **trastorno mental severo**.
- h) Aplicar el criterio de **especialización** a estos recursos, teniendo en cuenta la diversidad cultural y religiosa de los usuarios.

4. Restaurar el proyecto de vida

La vía esencial para la recuperación de la vivienda es la restauración del proyecto de vida, que requiere tanto la provisión de recursos materiales como un trabajo personal y social para vincularse de nuevo con la comunidad. La recuperación y reforzamiento de la persona, así como la restauración del proyecto de vida, deben ser una función integrada en el modelo de intervención social de todos los servicios a los que acceda. La ayuda prestada debe estar incorporada en todas las acciones de los recursos, para favorecer la autonomía y las capacidades de cada individuo mediante su participación en la toma de decisiones, de la asunción de mayores responsabilidades y la mejora de su autoestima, así como generar capital social mediante el aumento de la confianza en la sociedad, el impulso de actividades grupales, la promoción de la participación activa en la sociedad, la mejora de habilidades sociales y la comunicación.

9. Línea estratégica 9. Aplicación del método de gestión de caso

Para garantizar el necesario acompañamiento social, se emplea el método “*case management*”, que se basa en la gestión coordinada, centrada en la persona y dotando de unidad al conjunto de actuaciones desde el primer momento en que el usuario se queda sin vivienda. Se proponen las siguientes actuaciones:

- a) Promover la **formación** en esta metodología de los profesionales que llevan a cabo el acompañamiento social.
- b) Desarrollar actividades de **divulgación y evaluación** de las prácticas realizadas con los usuarios.

10. Línea estratégica 10. Mejorar la empleabilidad de las PSH

El empleo es uno de los principales instrumentos para lograr la inserción de las personas excluidas, y sobre todo de las PSH. Las empresas de inserción social representan un marco eficaz para la adquisición de experiencia laboral y de normalización en este ámbito. Las recientes modificaciones normativas refuerzan los incentivos a la contratación, tanto por parte de estas empresas como por las empresas del mercado normalizado de trabajo, que contraten trabajadores provenientes de las empresas de inserción. Para ello se requieren las siguientes medidas:

- a) Reforzar los programas mixtos de empleo y formación, así como los de **formación laboral** y de **educación de adultos** adaptándolos a las PSH, para lo que se requiere la adaptación metodológica y de contenidos de la formación a las diversas situaciones.
- b) Promocionar la **colaboración con las empresas** a través de la mejora del conocimiento que los profesionales de la responsabilidad social corporativa tienen sobre las PSH, y el implemento de programas de *mentoring* con profesionales de PYMES y grandes empresas en sectores productivos que puedan ser adecuados y aumenten la empleabilidad de las PSH.
- c) Favorecer la **contratación** de las PSH en las empresas de inserción y en el mercado normalizado de trabajo.

11. Línea estratégica 11. Establecer medidas de re-arraigo en la comunidad

Para lograr la reintegración social de este colectivo es necesario establecer métodos innovadores para la recuperación de vínculos significativos de la persona. Se proponen las siguientes medidas:

- a) Promover programas dirigidos a la **reconciliación y reintegración familiar** mediante el asesoramiento a las PSH y sus familias.
- b) Impulsar el **asociacionismo** de las PSH y apoyar el **movimiento asociativo** que favorezca su inclusión y participación.
- c) **Capacitar y dotar de medios** a las PSH para el acceso y uso de las redes sociales.

5. Reforzar el sistema público de atención a las PSH y mejorar el conocimiento, el intercambio de información y la evaluación

En el conjunto del territorio español, el sistema de atención a PSH está fragmentado y es desigual, por lo que se requiere un esfuerzo para ordenar y mejorar un sistema público que dé respuestas a las necesidades de la sociedad, en colaboración con las organizaciones ciudadanas. Esta estrategia propone mejorar el conocimiento, el intercambio de información y la evaluación.

12. Línea estratégica 12. Reforzar el sistema público de atención a las PSH

Esta estrategia apuesta por un **liderazgo del sector público y de las administraciones locales** en cuanto a la atención a PSH se refiere, ya que son quienes ostentan y ejercen la responsabilidad más directa en la atención a PSH. El objetivo es que cada individuo en esta situación cuente con el soporte necesario y de calidad que necesite. Del mismo modo es preciso un compromiso público que garantice que en cada Comunidad Autónoma y localidad se preste la atención mínima necesaria para que los usuarios puedan sostener su vida y superar el problema de sinhogarismo, para lo cual se proponen unas líneas de actuación:

- a) Crear una acción pública en el marco del **Sistema Público de Servicios Sociales**, proporcionando una acción pública integral en cada territorio facilitando los recursos necesarios para su sostenimiento, además de aquellos medios e iniciativas que la ciudadanía quiera sumar.
- b) Elaborar una **Red de Recursos para la Atención a PSH**, compuesta por el conjunto de acciones de las administraciones y el tercer sector en todos los territorios, identificando todos los recursos, servicios y acciones que puedan dar soporte a las PSH -con el complemento de la elaboración de un directorio nacional con todos los recursos e información acerca de ellos-.
- c) Garantizar que los servicios sean realizados sujetos a las **normativas públicas** y con absoluto respeto a la dignidad de las personas.
- d) Elaborar y aprobar en los diferentes niveles de la Administración **Planes de Atención Integral a PSH**, en diálogo con el tercer sector y las propias PSH, que permitan concretar medidas y actuaciones que contribuyan a lograr los objetivos propuestos.
- e) Crear en las CC.AA. y Ceuta y Melilla **Mesas Interdepartamentales de Cooperación** en las que participen todos los departamentos con responsabilidad en las áreas relacionadas con la atención a PSH, especialmente los Servicios Sociales, salud pública, vivienda, empleo y educación, participación ciudadana y voluntariado, seguridad pública y protección civil, emergencias, estadística y limpieza urbana.
- f) Promover **mesas de coordinación** en el ámbito local en las que participen redes públicas, sociales y las propias PSH.

13. Línea estratégica 13. Mejorar el conocimiento, el intercambio de información y la evaluación

Toda la información de la que disponemos acerca de las PSH es, en la práctica totalidad, gracias a los estudios del INE y a los recuentos de PSH que se han llevado a cabo en varias ciudades por parte de Cruz Roja. Basándose en la necesidad de mejora del conocimiento sobre esta población para mejorar la eficacia en el trabajo con PSH, se prevé una serie de actuaciones:

- a) Ampliar, mejorar y sistematizar la **información disponible** relativa a las PSH.
- b) Promover los denominados **recuentos nocturnos** y favorecer la definición de una **metodología común** para que los datos puedan ser comparables entre ciudades.
- c) Promover la **recogida de datos** sobre la mortalidad y morbilidad de las PSH.
- d) Incluir **preguntas específicas** cada tres años en alguna de las **encuestas** elaboradas por el CIS, para conocer mejor la opinión de la población española sobre las PSH.
- e) Adecuar la información de la Encuesta sobre PSH y de la Encuesta sobre Centros de Atención a PSH a la **evaluación de la Estrategia**.
- f) Impulsar la organización de **Seminarios** para la **difusión, estudio e intercambio de buenas prácticas** sobre todos los aspectos relativos a las PSH.
- g) Impulsar la incorporación de la **perspectiva de género** en los estudios relativos a las PSH; llevar a cabo un estudio de mujeres sin hogar.
- h) Promover la realización de estudios sobre el **envejecimiento prematuro** que sufren las PSH, así como sobre los **jóvenes** sin hogar y las personas **mayores** en situación de calle.

INSTITUCIONES

En la mayoría de los casos, las PSH que solicitan algún tipo de prestación es porque se ha gestionado la solicitud desde alguna de las entidades que trabaja con estas personas. Principalmente porque son personas que no tienen acceso normalizado a -o desconocen- la información sobre las ayudas que pueden solicitar, así como los recursos a los que pueden acudir para satisfacer alguna de sus necesidades.

Las entidades que trabajan con las PSH pueden ser tanto de titularidad pública como privada, y a su vez, la gestión de la entidad puede ser privada o pública. Existen numerosas instituciones que realizan labores sociales con estas personas; a continuación se esquematizan algunas de las instituciones más importantes que llevan a cabo su labor en la ciudad de Zaragoza:

- **CARITAS DIOCESANA DE ZARAGOZA**

Desde las oficinas ubicadas en el Paseo Echegaray y Caballero, se lleva a cabo la asistencia a PSH. Pretende ser un centro de referencia para las personas en esta situación en la ciudad, procurando dar respuesta a las peticiones concretas, o plantear alternativas y propuestas. El

objetivo es ofrecer un seguimiento social a las personas que sufren un grave desarraigo, desestructuración personal, aislamiento social, marginación, etc., trabajando conjuntamente con el usuario. Está dirigido a personas mayores de 18 años en situación de exclusión grave y PSH.

Está abierto de lunes a viernes -excepto el miércoles- en horario de mañanas.

Los servicios que prestan son:

- a) Acogida e información
- b) Acompañamiento y seguimiento
- c) Vivienda tutelada

- **HERMANDAD DEL REFUGIO**

Este centro está ubicado en la calle Crespo Agüero -cerca del Paseo M^a Agustín-. A través de los diferentes servicios de los que dispone, ofrece orientación social y personal, tramitación de prestaciones y documentos, un régimen de pensión completa, y un servicio de higiene, en el que les lavan -y les arreglan en caso necesario- la ropa, y se les facilita ropa y útiles de higiene personal.

Tiene dos horarios distintos, uno para la acogida, de lunes a sábado a partir de las 9am; y otro para la atención social, de lunes a viernes en horario de mañana y de tarde. Está abierto durante los 365 días del año.

Los servicios prestados son los siguientes:

- a) Acogida
- b) Atención social
- c) Lavandería/Ropero
- d) Alojamiento completo/Vivienda tutelada
- e) Comedor (desayuno también para no alojados)

- **ALBERGUE MUNICIPAL**

El albergue, gestionado por el Ayuntamiento de Zaragoza, se ubica en la calle Alonso V -cerca del Coso-. Dispone de un conjunto de equipamientos destinados a procurar alojamiento temporal a PSH o personas que se han visto privadas de alojamiento de manera circunstancial y carecen de medios para procurárselo por ellos mismos. A su vez, pretenden realizar un proceso de inserción social.

Este servicio no cierra sus puertas, por lo que el horario de atención es ininterrumpido. A pesar de ello, las normas para conseguir el alojamiento son bastante restrictivas.

Los servicios prestados:

- a) Admisión/Información
- b) Atención social
- c) Alojamiento/Módulos de inserción/Vivienda tutelada
- d) Espacio de emergencias por bajas temperaturas
- e) Casa Abierta (gestión mixta)
- f) Duchas/Ropero
- g) Lavandería
- h) Comedor (desayuno y comida también para no alojados)

- **HIJAS DE LA CARIDAD DE SAN VICENTE DE PAUL**

Este centro asistencial está ubicado en la calle Miguel Molino -perpendicular a la calle Alfonso-. Este centro también tiene un horario ininterrumpido, por lo que un usuario puede acudir y ser atendido a cualquier hora del día o de la noche.

Los servicios que prestan son los siguientes:

- a) Acogida e Información
- b) Comedor social
- c) Orientación y seguimiento
- d) Centro de día/Integración comunitaria
- e) Viviendas de convivencia/integración
- f) Comunidad Terapéutica de Rehabilitación alcohólica

- **PARROQUIA DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**

Esta parroquia -uno de los centros más importantes de la ciudad- se ubica en el Paseo M^ª Agustín, junto a la Puerta del Carmen. Se ofrece un servicio destinado sobre todo a PSH, ofreciendo información y orientación, realizando trámites para prestaciones, etc., facilitando alojamiento para posibilitar el inicio de un proceso de reinserción -un requisito para permanecer allí es iniciar un proceso de reinserción- y derivando a los Servicios Sociales los casos en que sea necesario. Junto al Albergue Municipal, lleva a cabo el proyecto Casa Abierta (el Albergue aporta las instalaciones, manutención y necesidades materiales y profesionales técnicos, y la Parroquia aporta voluntariado y un trabajador que coordina el proyecto), que da cobijo a PSH con una situación muy deteriorada. También gestionan una bolsa de empleo -destinada principalmente a mujeres-.

El horario de atención es sólo de mañanas, de 9 a 14h.

Los servicios que prestan en la parroquia son:

- a) Acogida/Orientación
 - b) Comedor social
 - c) Ropero
 - d) Alojamiento tutelado
 - e) Casa Abierta (gestión mixta)
 - f) Centro de Rehabilitación para alcohólicos
- **FUNDACION LA CARIDAD - Centro de Día *El Encuentro para PSH con enfermedad mental***

El Centro de Día de esta fundación se encuentra en la calle Moret -al lado de la Plaza los Sitios-. Está destinado para PSH y personas con Trastorno Mental Severo. Ofrece diversas oportunidades de atención garantizando uso mínimos de salud, hábitos, economía, ocupación, autonomía y seguimiento médico-psiquiátrico; todo ello orientado a una mejora de la calidad de vida de los usuarios. Pretende generar una vinculación afectiva y una rutina que dé estructura a su día a día, que sirva de base para trabajar otros aspectos posteriormente. Facilita la experimentación y el aprendizaje de habilidades, generando unos cimientos que sirvan de apoyo para una inserción social. De manera más directa, garantiza una alimentación y una pernocta adecuada (con los propios recursos del usuario o con otros recursos de la ciudad).

El horario de atención es entre semana de 10 a 17h, y los sábados de 12 a 16h.

Los servicios prestados son los siguientes:

- a) Programa médico-psiquiátrico, enfermería, atención social, autocuidado, educación para la salud y psicoeducación, etc.
 - b) Terapia ocupacional
 - c) Servicio de comedor para usuarios y posibilidad de cenas
 - d) Viviendas tuteladas
- **CENTRO SOCIAL SAN ANTONIO**

Se ubica en la calle Fray Julián Garás -detrás del parque Pignatelli, cerca del Hospital San Juan de Dios-. Además de atender al colectivo de PSH, también ofrece servicios para mejorar la situación de familias en situación de necesidad, gracias al trabajo en red que llevan a cabo con otras entidades de la ciudad, complementando la aportación de bienes básicos con acciones socioeducativas. A través del centro de día, proporciona a las PSH la posibilidad de un desarrollo personal y una integración sociolaboral, potenciando habilidades básicas. Consideran el servicio de comedor como clave para posteriormente ofrecer otros servicios -

con muchos usuarios, cuando acuden al comedor es la mejor oportunidad de trabajar con ellos para mejorar otras áreas como higiene, alimentación saludable, relaciones sociales, etc.-.

El horario para la atención al público es de mañanas, de 9 a 15h.

Estos son los servicios que presta este centro:

- a) Acogida y acompañamiento
 - b) Inserción sociolaboral
 - c) Café-calor
 - d) Comedor
 - e) Duchas/Ropero
 - f) Lavandería
 - g) Atención sanitaria
 - h) Dinamización comunitaria
- **CRUZ ROJA - Atención integral a PSH**

Este servicio de la Cruz Roja tiene la oficina en la calle Allúe Salvador -al lado de la Plaza los Sitios-. La labor más importante que realiza la Cruz Roja es la Unidad Móvil de Emergencia Social, que se trata de “patrullas” formadas tanto por profesionales como por voluntarios que recorren las calles de Zaragoza por las noches buscando a personas que duermen en la calle, para ofrecerles comida, mantas o ropa, e informarles acerca de los servicios y centros a los que pueden acudir. Además realiza una atención y un acompañamiento social con aquellos usuarios que requieren de esta intervención, coordinándose con otros servicios de la ciudad para hacer más completa la labor.

El horario depende de los servicios ofrecidos, ya que cada uno de los servicios que realiza tiene un horario diferente:

- a) Atención social (lunes a viernes por las mañanas)
 - b) Acompañamiento social (en función de la necesidad del usuario)
 - c) Unidad Móvil de Emergencia Social (lunes a viernes de 21h a 1am)
- **CENTRO DE DÍA SAN BLAS**

Se ubica en la calle San Blas -al lado de la Plaza San Pablo-. Es un proyecto que forma parte de la “Asociación para la asistencia a personas sin techo en Aragón”, mediante el cual ofrecen una consigna para guardar las pertenencias, desayuno y merienda/cena, sacos de dormir, mantas o ropa de abrigo, un espacio de convivencia, y diversas actividades (desde clases de matemáticas o castellano hasta talleres ocupacionales).

Su horario de atención es todos los días de 10 a 13h y de 17 a 20h.

Los servicios que ofrece son los siguientes:

- a) Acogida
- b) Consigna
- c) Reparto material

- **CAFA. DUCHAS Y LAVADORAS**

Este es un servicio muy concreto, que se ubica también en la calle San Blas. Se recoge la ropa sucia que las personas sin recursos necesitan lavar, y posteriormente se procede al secado y arreglo -si fuera necesario-; también ofrecen un espacio en el que poder ducharse y realizar tareas de higiene personal. Además de estos dos servicios, se informa y orienta sobre otros servicios o recursos al que pueden acudir.

Dispone de un horario para cada uno de los servicios:

- a) Servicio de duchas (lunes a sábados de 10 a 12:30h y de 16 a 18:30h)
- b) Servicio de lavadoras y recogida de ropa (de 10 a 12h)

b. Evolución de la intervención

Ya desde tiempos de la Edad Media, era habitual dar limosna a los pobres que pedían -y muy probablemente también vivían- en la calle, pero no con la intención altruista de ayudar a esas personas, si no por la “obligación” cristiana de ayudar al que se encuentra en una situación desfavorable. Por su parte, estas personas debían estar agradecidas con la ayuda que recibían de otras personas y asumir su condición de pobre -porque era el “castigo” divino que le había tocado vivir-. En esa época, se tenía la creencia de que las causas de que hubiera personas que vivían en la calle eran las propias personas, ellos eran los primeros y únicos responsables de su situación; el problema era parte intrínseca de los pobres, las causas se debían más al carácter de la persona que a las causas sociales, y por lo tanto tenían la “obligación cristiana” de asumir su situación y aceptar y conformarse con la ayuda -limosna-. Es decir, la ayuda que recibían las personas en situaciones más desfavorables era puramente asistencialista, no eran más que parches para cubrir una pronta necesidad, pero sin ninguna garantía de futuro.

La atención a personas que viven en la calle continuó siendo la limosna hasta el siglo XIX. La Revolución Industrial, provocada por el surgimiento del capitalismo, afectó a la organización social y los modos de vida, así como a las condiciones de trabajo y las corrientes culturales y de pensamiento. El Trabajo Social se empieza a desarrollar y a formarse como profesión para erradicar las situaciones de desigualdad y pobreza que este tipo de mercado había provocado -coincidiendo también con el surgimiento del Movimiento Obrero-. La profesionalización de esta disciplina consiste en crear escuelas que formen a los futuros profesionales y que la ayuda caritativa se comience a organizar y pueda llegar a todos los necesitados. Surgen en Inglaterra las primeras *COS* (Sociedad de la Organización Caritativa, por sus siglas en inglés) y las *Settlement Houses*, donde llevaron a cabo su labor pioneras del Trabajo Social como Mary Richmond y Jane Addams, respectivamente. Estos son dos movimientos que surgen a raíz de la Revolución Industrial en Inglaterra, los cuales quieren convertir la caridad en una actividad

científica, buscando la profesionalización, pero pronto llegarían también a EE.UU. Estos movimientos fueron el preludio de lo que finalmente se consagró como la disciplina de Trabajo Social. A continuación, una breve explicación de en qué consistieron estos dos movimientos que posteriormente derivaron en el Trabajo Social:

COS: Eran organizaciones que pretendían organizar y controlar la ayuda que se ofrecía a los pobres. Ponían en práctica procesos de ayuda personalizados -Trabajo Social de casos-. Los profesionales vivían fuera de los barrios en los que trabajaban, eran ajenos a ellos. Pretendían lograr la eficacia racionalizando el caos existente mediante organizaciones caritativas y religiosas. La ayuda ofrecida era metódica y prolongada hasta que la familia o individuo volvía a la normalidad, por lo tanto no consistía en una ayuda temporal. Los profesionales que trabajaban en estos centros recibían las instrucciones por escrito, y se formaban mediante lecturas y periodos prácticos (los que formaban y supervisaban a los voluntarios eran los más experimentados). El asistido es el principal agente de su propio restablecimiento, y en ese objetivo se involucraba a pacientes, vecinos y amigos. Las instituciones tienen un fichero con los datos de los asistidos para facilitar el trabajo: cada caso era sometido a una encuesta cuyos resultados pasaban a un informe que era evaluado por una comisión que decidía sobre las medidas a tomar. Normalmente se solicitaba la colaboración y cooperación de las diversas instituciones para tener un fichero central, facilitando de este modo el trabajo. Pretendían eliminar las instituciones parásitas, orientar las intervenciones y descubrir las lagunas en las organizaciones benéficas. Surgió en 1840 en Inglaterra y en 1870 en EE.UU. (entre 1887 y 1892 se crearon 92 asociaciones en EE.UU. y Canadá).

Los creadores de la COS defendían que la caridad indiscriminada era inconveniente porque fomentaba la mendicidad y porque fragmentaba los recursos y los hacía ineficientes. Creían que la ayuda ofrecida debía provocar o fomentar la independencia de la persona ayudada.

Settlement houses: Consistían en barrios en los que vivían los profesores y alumnos universitarios acomodados junto con los pobres, con el objetivo de sensibilizar a la población y visibilizar el problema, para que la gente acomodada se involucrara en la labor para con los pobres (poner en contacto a la gente que había recibido educación con los pobres). El primero se creó en 1888 en Londres, de la mano del matrimonio Barnett, quienes convirtieron la parroquia a la que fue destinado Samuel en la primera sede del movimiento (Toynbee Hall). Él y su mujer vivían en el mismo barrio donde trabajaban, pudiendo comprender mejor las aspiraciones y necesidades de sus habitantes. Empleaban la técnica del “visitador amistoso”, que consistía en realizar visitas a los domicilios, con el objetivo de conocer mejor el entorno y las condiciones de vida de las personas atendidas. Viviendo en los propios barrios, llegaron a conocer mejor los problemas de los vecinos, y de este modo llevar a cabo una intervención más eficaz. Algunos de los objetivos que tenía el movimiento eran la educación y el desarrollo cultural, dar información a los estudiantes y residentes sobre las condiciones de los pobres y la necesidad de llevar a cabo reformas sociales, despertando así el interés en los problemas sociales. Se impartían cursos de economía, lectura, escritura, etc., y había una biblioteca con libros donados por la gente. Proporcionaban procesos de autoayuda y las bases para que se defendieran por si solos. Les interesa más el individuo que la doctrina y la acción más que la teoría. Los primeros Settlement Houses surgieron en Chicago y Nueva York en 1889.

Hoy en día, más de un siglo después del surgimiento del Trabajo Social y estos movimientos en pro de las personas desfavorecidas, la intervención que se realiza con las PSH sigue siendo, en la inmensa mayoría de centros, puramente asistencialista. No son si no parches para cubrir heridas momentáneamente, pero estas heridas son más profundas de lo que las ayudan pueden cubrir. Durante todos estos años han surgido centros o instituciones, desde comedores sociales y refugios hasta roperos y centros con servicio de lavandería. Sin embargo, estos centros que disponen de plazas para el alojamiento, ofrecen servicios de manera temporal, que van desde 1-3 meses hasta incluso dos años en los casos más severos.

Una adecuada intervención con PSH debería comenzar por asegurar el pilar fundamental del que carecen estas personas: un hogar. Cuando una persona se ve abocada a vivir en la calle, se siente desprotegida, no tiene un lugar en el que refugiarse y hacer su vida; por ese motivo muchas personas que viven en la calle acaban sufriendo algún tipo de trastorno mental y/o psicológico como consecuencia de la situación que viven, o incluso desarrollando una adicción al alcohol u otro tipo de droga, y no al revés -que la causa de que hayan tenido que vivir en la calle sea un trastorno o una adicción- como dice la creencia popular, aunque en algunos casos es cierto que una adicción o enfermedad sea la causa del sinhogarismo.

A principios de los años 90, en EE.UU., surgió un movimiento llamado *“Housing First”* (literalmente, la vivienda primero), que se trata de ceder viviendas que se encuentran deshabitadas a personas que viven en la calle, y ofrecer un acompañamiento social. Posteriormente, una vez que los usuarios están habitando una vivienda, comienza el proceso de reinserción, trabajando de manera individual con cada uno de los usuarios. De este modo es más fácil -y más rápido- conseguir una reinserción en la sociedad, ya que, sobre todo psicológicamente, es fundamental para una persona que ha estado viviendo en la calle poder recuperar un hogar en el que vivir. Y a partir de ahí, las posibilidades de conseguir empleo son más grandes -muchos usuarios de refugios no pueden acceder a un trabajo por la falta de domicilio fijo-, segundo paso importante para la recuperación total de la normalidad.

Este modelo fue ideado por un psicólogo griego afincado en los EE.UU., llamado Sam Tsemberis, en el año 1992. Sam es profesor en la Universidad de Columbia y dirige la organización Pathways to Housing, con la que expande su modelo por todo el país. Se dio cuenta de que la labor que se llevaba a cabo con este colectivo no era la adecuada cuando trabajaba en un servicio de emergencias móvil de un hospital para ayudar a las PSH; se percató de que muchas personas que acudían a hospitales, entraban en prisión o pasaban por un centro de desintoxicación, acababan de nuevo a los mismos cartones entre los que vivían antes de acudir a estas instituciones. Muchas de estas personas mejoraban notablemente, pero el problema residía en que luego volvían a vivir en la calle, y por lo tanto el sistema que había entonces establecido no servía. Los usuarios que atendía en el servicio de emergencia no querían ir al hospital, ni al dentista, ni a un centro de desintoxicación; lo que querían era una casa donde poder reemprender su vida. De este modo Sam cayó en la cuenta de cuál era la solución más eficaz para estas personas, y decidió fundar su ONG.

Al principio consistió en ceder un hogar a las PSH más crónicas que padecían enfermedades mentales y adicciones. Lo más controvertido del modelo es que no se les exigía antes que estuvieran sobrios; eso viene después, una vez que han salido de la calle y se han instalado en una vivienda adecuada. Según Tsemberis, con este modelo se ahorra dinero de Servicios

Sociales, ya que el empleo de servicios sociales por parte de las PSH -ambulancias, urgencias, cárcel, centros de desintoxicación, etc.- tiene un coste que puede alcanzar los 100.000 euros al año; y si se aloja al usuario en un piso al que acuden los Servicios Sociales, el gasto se reduciría hasta los 15.000 euros al año. Además admite que el antiguo sistema, aunque ineficaz, no es totalmente inútil, ya que tiene éxito en el 30-40% de los casos, por eso plantea la necesidad de unir los dos modelos para lograr un éxito aún mayor. Mediante el antiguo sistema es posible detectar un usuario con alguna enfermedad mental o adicción, pero si la primera condición para acceder a una vivienda es curarse, es muy posible que esa persona no logre jamás acceder a una vivienda. Pese a la enfermedad mental o haber pasado muchos años viviendo en la calle, al entrar en una vivienda las personas recuperan la capacidad de vivir de manera autónoma. Pero lo más importante para este psicólogo es el hecho de recuperar la dignidad como persona a través de la vivienda; vivir en la calle degrada mucho tanto física como psicológicamente, pero también degrada a nivel social, y tener un hogar en el que poder refugiarse y sentirse seguros es muy importante para la salud mental y la dignidad de estas personas. En definitiva, dejan de ser invisibles.

Este tipo de programas, según la Estrategia Nacional de Intervención para PSH, son científicamente muy efectivos para integrar a las PSH más resistentes a la intervención social, ya que más del 80% de las personas que entran en este programa continúan viviendo en la vivienda cuatro años después. En EE.UU., el programa ha logrado reducir, entre sus usuarios, un 83% el uso de emergencias sanitarias, un 77% los ingresos a prisión -y reducir en casi la mitad el tiempo de condena- y un 75% las hospitalizaciones por motivos psiquiátricos; las discapacidades físicas se han reducido en un 30%, el consumo de alcohol un 57% y la salud mejora de manera general en el 97% de los usuarios.

A lo largo del continente europeo, en países como Holanda, Hungría, Dinamarca, Escocia, Portugal, Italia o Francia ya funcionan proyectos con el modelo Housing First, y según datos de RAIS Fundación, el 50% de los usuarios al cabo de unos años es autónomo, y un 10% de ellos fallece -debido a problemas de salud o edad avanzada-. En España, este movimiento ha llegado más tarde -hace tan solo unos pocos años- de la mano de la Fundación RAIS. Esta Fundación desarrolla actuaciones de Housing First a través del programa *Hábitat* en Madrid y Barcelona, desde el año 2014, y desde mediados del año 2016, se han unido también Sevilla y Málaga y Zaragoza. En las primeras ciudades, comenzaron a trabajar con este programa contando con un total de 38 viviendas, en las cuales siguieron residiendo, pasado un año, la totalidad de usuarios que comenzaron la intervención. RAIS Fundación cuenta con una red de 117 pisos en varias ciudades, y tras un año y medio aplicando este modelo, el 96% de los usuarios -que llevaban nueve años de media viviendo en la calle- siguen alojados. El coste para la Administración, según la organización, es de 34€ al día, mientras que una plaza de albergue cuesta de media en España 39€ al día. Sólo existen tres condiciones para acceder a este programa: no molestar a los vecinos, permitir la visita del equipo profesional al menos una vez a la semana, y, en caso de tenerlos, el usuario deberá aportar el 30% de sus ingresos para sufragar el servicio.

En Zaragoza, el pasado mes de noviembre de 2016, el Ayuntamiento, gracias a la firma de un convenio con la Fundación RAIS, cedió diez viviendas que eran de propiedad municipal -cinco ese mismo año y cinco en 2017- para llevar a cabo el proyecto de *Housing First*, junto a varias

entidades sociales y en colaboración con RAIS España. El consistorio aportó durante el primer año el 30% del gasto total, lo que supone las cinco viviendas, aportadas por la sociedad Zaragoza Vivienda, y la Fundación el resto, es decir, el equipo profesional; a partir de 2017 el gasto se divide a partes iguales. Sin embargo, de momento el número de viviendas son insuficientes, ya que el Ayuntamiento tuvo que realizar un sorteo entre los candidatos, al duplicar estos el número de viviendas disponibles. Esta medida se llevó a cabo debido a que los servicios municipales se dieron cuenta de que los recursos disponibles no eran suficientes para dar respuesta a las necesidades de este colectivo, según afirma la consejera municipal de Derechos Sociales Luisa Broto. Tanto Cruz Roja como el albergue municipal y la parroquia del Carmen realizaron una lista de posibles candidatos a ocupar esas viviendas, cuyos requisitos eran llevar más de dos años viviendo en la calle -situación de exclusión crónica- y sufrir una adicción o padecer una discapacidad, enfermedad mental o adicción. Son personas que debido a la exclusión tan severa que padecen que no son capaces de aprovechar los recursos disponibles. Mediante este proyecto, los servicios sociales municipales pueden derivar a aquellas personas que cumplan los requisitos, y entonces una comisión mixta -formada por dos técnicos municipales, dos trabajadores de Zaragoza Vivienda y dos miembros de RAIS España- lleva a cabo un seguimiento de los casos. La estrategia aboga por destinar a programas de *Housing First* vivienda privada, que actualmente se encuentra vacía, procedente de entidades bancarias.

El Ayuntamiento ha comenzado a llevar a cabo labores de mediación para evitar desahucios y la captación de pisos vacíos de propiedad privada para destinarlos a alquileres sociales. Mediante este último programa, que lleva a cabo en coordinación con el Gobierno de Aragón, se han tramitado 217 expedientes de cesión. El plan de captación de vivienda plantea el pago de entre 3,75 y 4,25€ al mes por metro cuadrado para los propietarios, recibiendo hasta 6.000€ para obras de rehabilitación y el pago del 50% del IBI; en caso de los inquilinos, destinan a la renta hasta el 30% de sus ingresos. Los alquileres son para tres meses renovables y los dueños pueden recuperar la posesión de la vivienda pasados tres años. La bolsa municipal de solicitantes de vivienda social ha aumentado hasta superar las 1.500 personas.

A pesar de que es pronto para evaluar resultados, ya se pueden observar grandes avances entre los usuarios que fueron beneficiarios de este programa. La Fundación RAIS, junto al Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo, evaluó los efectos del modelo, y en sólo 6 meses se dieron resultados relevantes: el 15% recupera el contacto con su familia y el 25% la hace más frecuente; de un 35,7% de usuarios que recibían insultos o amenazas se redujo en 6 meses a un 7,1; del 17,9% que se sentía constantemente discriminado descendió al 3,6; un 53,6% declaraba dejar de comer más de un día a la semana, y en 6 meses eran el 14,3%; y del 25,9% que sentía soledad descendió al 11,1%. También se detectó que la autopercepción de discapacidad se redujo, así como una mejora de la salud mental, una reducción del consumo de sustancias tóxicas y un aumento de la calidad de vida.

La intervención con PSH resulta muy complicada, porque los centros y/o instituciones que trabajan con esta población no tienen las medidas ni los apoyos necesarios para realizar un trabajo eficiente, y sobre todo porque no existe coordinación ni comunicación entre los diferentes centros ni entre los centros y los Servicios Sociales. Muchas son las personas que acuden a un centro en busca de alojamiento, comida y algún otro servicio y residen allí hasta

que se acaba el plazo para la estancia; en ese momento cogen sus bártulos y continúan su camino, que generalmente les conduce hasta un centro o institución en la que alojarse durante unos pocos días más. Son muchas las PSH que tienen ya establecido un recorrido por los diversos centros que existen en una Comunidad o región en concreto, y simplemente van vagando entre ellos, permaneciendo en cada uno el tiempo límite permitido. Sin embargo, cuando una persona acude a un centro que atiende a PSH, los profesionales que trabajan allí desconocen por completo la historia del usuario y el trabajo que se ha llevado a cabo con él en otros centros, por lo tanto, en el nuevo centro al que ha acudido deben comenzar desde cero con el usuario. Este hecho no es bueno ni para los usuarios, que reciben una pobre intervención, ni para los profesionales, que desconocen por completo la situación que viven y el trabajo que han realizado con ellos y por lo tanto trabajará los aspectos que él mismo considere necesarios, aunque es muy posible que ya hayan trabajado con el usuario en esa dirección en otros centros a los que ha acudido.

5. Situación actual

5.1 Europa

Debido a la falta de acuerdo -o diferencias entre países- a la hora de definir el sinhogarismo, no es posible dar una cifra exacta del número de personas que vive en la calle, ya que en cada país consideran como PSH diferentes perfiles o situaciones (no todos los países toman en cuenta la tipología ETHOS). Por ejemplo, hay países que contabilizan como PSH tanto a personas que duermen en algún albergue o centro destinado para estas personas como en la calle -en algún espacio público o cajeros automáticos, por ejemplo-, así como a personas que viven en asentamientos, chabolas o vehículos abandonados; y en otros países sólo contabilizan las personas que acuden a albergues y demás centros -de esta manera el recuento es más sencillo y rápido, pero mucho menos preciso-. También afecta a este hecho las variaciones en la calidad de los datos y la disponibilidad de estos, debido a las dificultades con las que se encuentran las personas que se encargan de realizar los recuentos. Y no se puede descartar la posibilidad de que una persona, debido a la movilidad de este tipo de población, sea contabilizada dos veces en un mismo recuento, en dos sitios diferentes.

Desde la década de los 90, en Europa se ha venido observando un aumento del número de PSH o que viven en condiciones inadecuadas. De acuerdo con el informe presentado por el European Observatory on Homelessness (EOH) en el año 2014, la tendencia con respecto al número de personas que viven en la calle en este continente está aumentado, así como cambiando los perfiles habituales. El sector de población que se está viendo más afectado por estos cambios son los jóvenes entre 20 y 44 años, el cual ha visto elevado el número de PSH sensiblemente, sobre todo en el caso de mujeres jóvenes. En ciertos países este crecimiento ha sido notablemente superior que la media de la Unión Europea, llegando incluso a duplicar las cifras. Es el caso de Dinamarca (16%), Francia (50%), Alemania (21%), Holanda (17%), Suecia (29%) o en Brno, República Checa, con un aumento del 44% de jóvenes que viven en la calle en los últimos años. El aumento de PSH dentro de la Unión Europea ha aumentado a un ritmo ligeramente superior al que lo han hecho las cifras resultantes de otros parámetros sociales, como la pobreza relativa, por ejemplo, lo que denota que el sinhogarismo tiene su propia tendencia y necesita medidas específicas para poder frenar este fenómeno. El único país en toda Europa donde el número de PSH no ha aumentado es Finlandia, donde las políticas sociales han llevado a la reducción de dicha tasa con medidas como el modelo *Housing First*, que se trata de un programa de ayuda para estas personas que prioriza la vivienda como pilar básico del trabajo realizado con el colectivo de PSH.

Entre los factores que han provocado el aumento de personas viviendo en la calle en el viejo continente están la falta de vivienda asequible, así como el aumento de barreras a la hora de acceder a una vivienda, el desempleo o los efectos de la crisis económica, como los recortes en el Sistema de Bienestar que han llevado a varios países (entre ellos España) a situaciones muy precarias, sobre todo en materia social y de salud.

En los últimos años, el número de inmigrantes que viven en la calle ha aumentado notablemente, lo que supone, junto al aumento de jóvenes en esta situación, un cambio en el perfil de Persona Sin Hogar en Europa. Los países en los que el número de extranjeros viviendo en la calle más ha aumentado son Francia y España.

5.2 España

Según la EAPN (European Anti-Poverty Network), si España continúa con la tendencia que existe actualmente, tardará 221 años en erradicar la pobreza relativa. Actualmente la tasa de pobreza relativa se sitúa en un 22,1% (0,1 punto por debajo del nivel de año pasado). A pesar de este dato un tanto esperanzador, la pobreza severa afecta -según un informe de Cruz Roja sobre el estado de la pobreza- a 3,5 millones de personas en todo el país, cifra que lleva aumentando desde el año 2009. Al margen de la pobreza relativa, tal como afirma Carlos Susías -presidente de EAPN España-, la pobreza, en cualquiera de sus dimensiones, afecta al 28,6% de la población española, a uno de cada tres niños y se ha producido un aumento de “trabajadores pobres” (9,4% en 2013 al 14,8 en 2016). Según Susías, la causa principal de esta acentuación se debe al cambio en el modelo laboral; defiende que es necesario que se recupere la “función integradora” del trabajo en la sociedad española, que ha ido perdiendo poco a poco gracias a las reformas laborales que han regulado las condiciones de empleo y los salarios.

Desde los años 80 -fecha en la que se hizo el último gran estudio sobre PSH en España-, se han producido una serie de cambios que han modificado la estructura de las diferentes sociedades europeas, teniendo especial incidencia en las diferentes formas de exclusión social. En España se han producido numerosas transformaciones en la *estructura demográfica* (descenso de la natalidad, reducción del tamaño medio de la familia, cambios en los tipos de familia -aumento de familias monoparentales y de personas que viven solas-, aumento de rupturas familiares, etc.); han aumentado de manera muy notable las *tasas de desempleo*, acompañadas de un empeoramiento de las condiciones laborales -precariedad laboral-, lo que dificulta enormemente el acceso a la vivienda, especialmente entre los jóvenes (la vivienda se ha convertido en un bien inalcanzable para muchas personas); las *reformas en políticas de bienestar social* siguen teniendo lagunas que dejan a muchos grupos y/o colectivos sociales desprotegidos ante las adversidades que se les pueden plantear en su vida diaria.

Existen determinados grupos de personas más desfavorecidos que tienen grandes dificultades para acceder a los recursos económicos y sociales, los cuales tienen carencias de todo tipo -económicas, laborales, educativas, culturales, de salud-. Todo ello impide o disminuye sus posibilidades de participación política y social, conduciéndoles inevitablemente a la precariedad y la exclusión social. Tanto en España como en la mayoría de países europeos -países ricos- se hace más evidente la acumulación de riqueza por parte de una minoría muy privilegiada, lo que provoca una dualización social cada vez más importante; los ricos son cada vez más ricos y los pobres cada vez más pobres. En nuestro país, esto se refleja tanto en el eje económico-laboral como en el eje socio-relacional, lo que implica un debilitamiento de la integración y la inserción social.

Todos estos cambios en la sociedad española han provocado que se produzca también un cambio en el perfil de las PSH que viven en nuestro país. En el imaginario colectivo, una persona que vive en la calle es una persona con aspecto tosco, desaliñado, sucio, que va mendigando por las calles y que sufre algún tipo de problema psíquico, pero lo cierto es que este perfil representa una inmensa minoría dentro del colectivo de PSH. El perfil típico que se conocía en España era el de varón solitario de mediana edad con problemas de alcoholismo, un origen social desfavorecido y un bajo nivel tanto formativo como educativo. Los últimos años, este tipo de PSH se ha transformado, dando lugar a nuevos perfiles (Cabrera 2000:165):

varones jóvenes o de edad intermedia separados/divorciados o con problemas familiares, o con problemas de drogadicción; mujeres jóvenes o de mediana edad que han sufrido malos tratos y están separadas o divorciadas, o con problemas de drogadicción; se han detectado personas con un mayor nivel educativo y cultural, personas con enfermedades mentales, y personas inmigrantes. Por lo tanto, las tendencias que se están observando en España en los últimos años son una juvenalización, feminización, soledad legal, toxicomanías, aumento del nivel educativo y formativo, y una internacionalización (mayor número de inmigrantes).

La mayoría de personas que viven en la calle en nuestro país lo hacen en zonas eminentemente urbanas (el 72% de los centros para PSH se ubican en poblaciones que tienen más de 20.000 habitantes; tan sólo el 9% se encuentra en poblaciones menores de 5.000 habitantes). En poblaciones con menos de 500.000 habitantes disponen de un tercio de los centros destinados a PSH. Estos centros, en su inmensa mayoría, son privados, tanto en la titularidad como en la gestión. Aunque es necesario hacer una distinción, ya que existen centros que aún siendo titularidad de una diputación provincial -entidad pública-, por ejemplo, lo gestiona una entidad privada.

En los últimos años han surgido nuevos servicios ofrecidos en estos centros. Los servicios primordiales que ofrecen son de albergue, de comedor y ropero y/o ducha, pero desde hace un tiempo la red asistencial ha crecido considerablemente y los servicios que ofrece son mayores y más heterogéneos. Estos nuevos servicios son: Centro de Acogida, Centro temporal (corta estancia), Centro de inserción (larga estancia), Servicio de emergencia social, Talleres ocupacionales, Centro de Día, Centro de alojamiento permanente (crónicos), Pisos tutelados, Servicio de atención a drogodependientes, Coordinación de proyectos, Centro de baja exigencia nocturno, Trabajo de calle, Servicio de atención a alcohólicos, Servicio de salud mental, Empresa de inserción, Talleres profesionales, y Servicio de atención a ludopatías. No obstante, los servicios mayoritarios son los comedores (30%), los roperos (28) y los albergues (25%); lo más habitual actualmente es un centro que combine varios de estos servicios, en lo que se denomina Centro de Acogida (40%). El hecho de que hayan surgido servicios como Centros de Día, Centros de baja exigencia o servicios de talleres o trabajo en la calle es una señal inequívoca de que el sentido de la acción social para con las PSH está evolucionando hacia una inserción total y definitiva para estas personas, dejando atrás el asistencialismo que se ha venido ejerciendo durante muchos años, aunque el ritmo de evolución es demasiado lento. A pesar de este dato, casi la mitad de centros que ofrecen plazas de estancia (algo más del 40%), lo hacen de manera provisional, por lo que las personas que acuden a estos centros sólo pueden permanecer en ellos de una a cinco noches. Es decir, casi la mitad de los centros que ofrecen estancia ofrecen una asistencia de sólo emergencia, por lo que en la inmensa mayoría de los casos son simplemente parches que les sirve para estar bien durante los días que pueden permanecer en el centro, pero ese parche volverá a caerse en el momento que la persona vuelva a la calle y continúe su camino hacia ninguna parte, que normalmente les conduce a otro albergue o centro en el que residir durante unos días. La atención ofrecida, juzgada por el tipo de prestaciones concretas que se procuran, está encaminada básicamente a garantizar la subsistencia, en lugar de promover la recuperación y una reinserción total. Esto se debe a la escasez de recursos con los que cuenta la red para llevar a cabo una labor inclusiva con este colectivo: servicios como alimentación, alojamiento y/o primera acogida, ropero e

higiene son mayoritarios con respecto a servicios laborales y educativos, o atención psicológica.

La administración pública tiene una presencia más bien débil en este tipo de servicios, por lo que las instituciones privadas, principalmente las de carácter religioso, son las que toman el protagonismo en la atención de este colectivo. Dentro de estas instituciones, la que tiene una mayor presencia en muchos aspectos y servicios es Cáritas, que cuenta con centros por todo el país y cubre numerosos tipos de servicios. A pesar de esto, el presupuesto que reciben para llevar a cabo su labor es insuficiente, y no cubren todo lo que les gustaría cubrir, ya sea por la falta de personal o por un amplio número de personas a atender, que con las infraestructuras de las que dispone Cáritas se hace imposible llegar a toda la población. Por otra parte, otro factor que afecta a la calidad de la atención ofrecida es la poca coordinación y comunicación existente entre las instituciones de la red asistencial de PSH. En muchos lugares, esta red está desconectada internamente, lo que provoca que tanto los usuarios como los propios trabajadores de la red desconozcan la totalidad de servicios que puede haber en una localidad. Esto es muy importante para que el trabajo conjunto realizado tenga el mayor éxito posible, sobre todo teniendo en cuenta que los usuarios, en la mayoría de los centros, sólo pueden permanecer durante unas pocas noches y a continuación acuden a otro centro. Si en este nuevo centro al que acude un usuario procedente de otro se conocieran de antemano su historia y el trabajo que se ha realizado con él en el centro del que proviene, se podría ajustar la intervención en este nuevo centro o incluso derivarlo a otro más acorde con sus necesidades. Pero como no existe esta coordinación, cada vez que llega un usuario nuevo a un centro, proceda o no de otro servicio, se comienza la intervención partiendo de cero, lo que hace muy difícil lograr una plena reinserción.

Otro de los factores que afectan a la calidad y efectividad de la labor con las PSH es el elevado número de voluntarios que actúan en los diferentes centros. Según Cabrera (2000:93) el número de voluntarios dentro de la red asistencial es casi del 80% del total del personal, porcentaje que aumenta ligeramente cuando se trata de instituciones privadas (84%) y disminuye considerablemente en los centros públicos, hasta alcanzar tan sólo un 19% del total del personal. Este puede ser un factor positivo si consideramos el altruismo de la sociedad española, que se refleja en la cantidad de voluntarios que hay en el país; pero puede ser un factor negativo si se considera que la mayoría de estos voluntarios no tienen una formación específica -y en algunos casos tiene otro tipo de formación o ninguna formación- en referencia a las PSH, por lo que la atención que ofrezcan no será todo lo efectiva que sería si la realizase un profesional formado para atender a esta población. Por otra parte, el voluntariado es una estrategia que llevan a cabo numerosas entidades privadas, que emplean a todos los voluntarios que puedan para ahorrarse el contratar a un profesional -cuando realmente muchos de estos voluntarios son estudiantes de alguna carrera relacionada con el trabajo de la entidad que realizan el mismo trabajo que un profesional-, o lo que sería más preocupante aún, emplean voluntarios porque no pueden permitirse contratar más profesionales. En este caso, estaríamos hablando de una falta de apoyo institucional que favoreciera a entidades sociales tanto privadas como públicas para que pudiera contratar profesionales, garantizando de esta manera un trabajo más eficiente por parte de las personas que se encuentran en los diferentes centros que trabajan con PSH. A pesar de que estos datos son de hace 16 años, la tendencia de emplear voluntarios para realizar las tareas de profesionales sigue existiendo, por

lo que muy probablemente los porcentajes hayan variado muy poco -no hay un estudio reciente del número de voluntarios que actúan en instituciones sociales en España-.

Siguiendo los datos recabados por el INE desde el año 2006 con las encuestas a los centros que atienden a PSH, se puede observar la evolución en cuanto a las plazas ofertadas por los centros y las plazas que fueron ocupadas. De este modo se observa cómo tanto el número de plazas ofertadas como el número de plazas ocupadas ha ido en progresivo aumento desde hace 10 años. Un dato muy interesante es que entre el año 2006 y el año 2008 el número de usuarios que emplearon estos centros aumentó en poco más de 1.000, cuando era muy poco probable que los efectos de la crisis se empezaran a notar -ya que la crisis comenzó en el año 2008-. Durante los siguientes cuatro años este aumento ha continuado, desde los 11.844 usuarios en 2008 hasta 14.036 usuarios en 2012, aunque en la encuesta de 2014 el número se redujo hasta los 13.645 usuarios. La ocupación media ha ido descendiendo progresivamente desde el año 2010, cuando la ocupación media fue del 86,8%, mientras que la del año 2014 fue del 81,8% (en el 2012 fue del 85,9).

El número de inmigrantes que fueron atendidos en estos centros descendió más de un 10% entre 2012 y 2014, lo que puede deberse a que han migrado de este país buscando más oportunidades en otros países de Europa, o a que se encuentran en Centros de Internamiento para Extranjeros (CIE). Sin embargo el número de mujeres víctimas de violencia de género no ha variado de un año a otro (18,1%), pero el número de personas atendidas con adicciones a alcohol u otras drogas ha aumentado considerablemente (del 11,1% en 2012 al 16,6% en 2014; y del 9,5% al 17,1%, respectivamente).

El número de centros que es de titularidad pública aumentó un 0,5% del 2012 al 2014, lo que hace indicar que poco a poco la Administración se va involucrando en la atención a PSH. El número de centros financiados por las Administraciones Públicas ha aumentado un 4% entre 2012 y 2014 -79,2% de los centros en 2014-.

La ocupación media de los centros ha descendido desde el 2012 (del 86% al 81,8% en 2014), lo que puede deberse a que ha habido más plazas ofertadas o a que han acudido a estos centros menos usuarios. En concreto en Aragón el número medio de plazas ofertadas aumentó en más de 100 plazas, y la ocupación media descendió más de un 10%.

El tipo de servicios que ofrecen estos centros en su mayoría son servicios asistenciales, tales como información, acogida y orientación, o alojamiento, sin embargo son muy pocos los centros que ofrecen servicios destinados principalmente a construir un futuro fuera de la calle para estas personas, como podrían ser talleres ocupacionales, cursos de educación primaria o formación profesional. Estos servicios asistenciales son muy importantes, pero es necesario que una vez prestados estos servicios de emergencia se comience a realizar un trabajo reestructurador que permita a los usuarios poder tomar las riendas de su propia vida y no depender de este tipo de servicios.

5.3 Aragón

Para conocer mejor, y de manera más detallada, la situación económica que atraviesa la Comunidad Autónoma de Aragón, emplearemos el indicador europeo AROPE, realizado por la EAPN (Red Europea Contra la Pobreza, en inglés European Against Poverty Net), que mide el riesgo de pobreza y exclusión social. Para ello, el indicador tiene en cuenta tres factores: la pobreza relativa, la privación material y la intensidad de trabajo o desempleo -las horas que trabajan en relación con las que podrían trabajar; por ejemplo, si una persona podría trabajar 8 horas al día pero tiene un contrato de sólo dos horas-. Por este motivo, el indicador AROPE está considerado como uno de los más completos. Según el informe, España acumula el 11% de los europeos en riesgo de pobreza y exclusión social, y su AROPE es del 28,6% -13.334.573 personas, un 0,6% menos que en 2014-. A pesar del descenso, el informe muestra un incremento de 1.062.084 nuevas personas en riesgo de pobreza y exclusión social entre 2011 y 2015, lo que se traduce, en palabras de Carlos Susías, presidente de EAPN España, “en un empeoramiento paulatino de las condiciones de vida de la mayoría de la población”. Siguiendo dicho informe, comenzamos a analizar la situación de Aragón.

El informe se ha elaborado teniendo en cuenta los datos extraídos durante el periodo 2009-2015. A fecha de 1 de enero de 2015, la población de Aragón es de 1.317.847 habitantes, de los cuales 140.183 son personas extranjeras, lo que supone un 10,6% del total de la población. Desde el año 2013, un 19,3% de los extranjeros que residían en la Comunidad han regresado a sus países de origen -o a otros-, impulsados por los efectos de la crisis.

Un dato muy positivo es que Aragón es la tercera Comunidad Autónoma con menor tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social con un 17,7% de la población total aragonesa, superada por Navarra y País Vasco. La cifra es casi 11 puntos porcentuales inferior a la media nacional. En Aragón hay 189.754 personas en situación de pobreza; en el periodo de años en que se elaboró el informe, el riesgo de pobreza ha aumentado en aproximadamente 37.000 personas. En cuanto a la tasa de Pobreza Extrema, la comunidad aragonesa presenta la tasa más baja del país, siendo esta de 2,1%, unas 28.000 personas aproximadamente. En los dos últimos años la tasa de Pobreza Extrema apenas ha variado. El sector de población que más se ve afectado por esta tasa son las personas mayores de 65 años; debido a que los ingresos de estas personas dependen en la práctica totalidad de las pensiones, su situación de pobreza dependerá del importe que reciban por la pensión: el importe del 45,7% de las pensiones está por debajo del umbral de pobreza, lo que supone que 134.000 personas de las que se cuentan en la tasa de pobreza son mayores de 65 años.

Para medir el nivel de pobreza de la población española, se emplea un umbral nacional -común para todas las Comunidades- y un umbral regional -que determina el número de personas pobres en función de la mediana de los ingresos de cada región-. En el caso de Aragón, en el año 2015 el umbral regional de pobreza fue 1.749€ superior al nacional, por lo que las personas que percibían entre 9.760 y 8.011€ fueron considerados pobres, es decir, la tasa de pobreza con umbrales regionales en Aragón fue del 20,6%, 6 puntos porcentuales superior a la tasa nacional. Lo que estos datos reflejan es que dependiendo de los datos que se comparen, la tasa de pobreza será más alta o más baja en una región en concreto. Al comparar las tasas de pobreza de la Comunidad de Aragón con la media nacional, esta es menor porque el umbral de pobreza nacional es más bajo, pero si se compara en proporción a los datos de la propia Comunidad, la tasa de pobreza es más alta, debido a que el umbral de pobreza ha aumentado.

En el año 2015 el 2,2% de la población aragonesa vive en situación de Privación Material Severa; esta tasa es la más baja de España junto con Navarra, 4,2 puntos por debajo de la media nacional -unas 29.000 personas-. El 4,6% no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado cada dos días, y el 5,1% no puede mantener la vivienda caliente en invierno con la calefacción y el 29,7% de la población no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.

Aragón tiene el índice más bajo de toda España de población menor de 60 años que reside en un domicilio con una baja intensidad de empleo, con una tasa del 6,9%. Durante los últimos años, había reflejado una evolución similar a la media nacional, pero desde el año 2012 se aprecia un prolongado descenso que le hace alejarse de la media en 8,5 puntos. Esta Comunidad ha sido la única -junto a Galicia- en la que se ha producido un aumento nominal de la renta media por persona en los últimos años; en el año 2015, la renta media por persona es de 12.427€ al año, 16€ más que en el año 2009.

6. Encuesta

Edad:

Sexo:

Nacionalidad:

Nivel de estudios:

Trabajo:

1. ¿Conoce el término Persona Sin Hogar?
2. ¿Conoce o ha tenido contacto con alguna persona en esta situación?
3. En caso afirmativo en la anterior pregunta, ¿le ofreció algún tipo de ayuda?

- a. No
- b. Comida
- c. Ropa
- d. Mantas
- e. Compañía (estar un rato hablando con él o ella)
- f. Indicarle una o varias instituciones a las que podría acudir
- g. Otro: _____

4. ¿Qué instituciones y/o servicios conoces que trabajen con Personas Sin Hogar?

- a. Refugio
- b. Albergue Municipal
- c. Misión evangélica urbana de Zaragoza
- d. Duchas y lavadoras CAFA
- e. Centro de Día San Blas
- f. Hijas de la Caridad San Vicente
- g. Caritas
- h. Cruz Roja
- i. Fundación La Caridad
- j. Centro Social San Antonio
- k. Parroquia de Nuestra Señora del Carmen
- l. Otros: _____

5. ¿Cómo conociste estas instituciones?

- a. Medios de comunicación
- b. Conocido que ha recurrido a alguno de ellos
- c. Voluntariado
- d. Carrera universitaria
- e. Otros: _____

6. Desde tu punto de vista, ¿cuáles son las principales causas por las que las personas llegan a esta situación?

- a. Problemas económicos
- b. Problemas familiares
- c. Problemas sociales
- d. Enfermedad mental y/o discapacidad intelectual
- e. Problemas de consumo y adicción (alcoholismo u otro tipo de drogadicción)
- f. Porque quieren (cuestiones filosóficas y/o modo de vida)
- g. Porque son unos vagos y no quieren trabajar
- h. Porque el sistema los ha dejado de lado y ha permitido que lleguen a esa situación
- i. Situación de desempleo de larga duración
- j. Otro: _____

7. ¿Qué soluciones consideras más adecuadas para erradicar esta situación?

- a. Abrir más comedores sociales
- b. Abrir más albergues municipales
- c. Subvencionar más proyectos cuyo objetivo es mejorar la vida de estas personas
- d. Mejorar los servicios que existen actualmente
- e. Aportar más dinero público para los servicios existentes o servicios nuevos
- f. Desarrollar un plan a largo plazo que implique la participación activa de estas personas en su propia recuperación
- g. Visibilizar más el problema para concienciar y sensibilizar a la población
- h. Mejorar las prestaciones sociales en general

- i. Desarrollar políticas sociales que impidan que los ciudadanos caigan en esta situación
- j. Ofrecer limosna a las personas que piden en la calle
- k. Fomentar la caridad
- l. Otro: _____

8. ¿Qué consecuencias consideras que supone esta situación?

- a. Reducción de la participación en la vida diaria
- b. Consecuencias físicas y/o psicológicas
- c. Desvalorización y percepción negativa por parte de la sociedad; son vistas como inadaptadas
- d. Baja autoestima, depresión, poca motivación, ansiedad, aislamiento, falta de identidad, etc.
- e. Desnutrición, mala salud, mayor mortalidad, etc.
- f. Reducción de la esperanza de vida
- g. Provoca segregación y fractura social, así como descenso de la natalidad y aumento de las migraciones
- h. Aumenta la economía sumergida
- i. Se quiebra el principio de igualdad, la garantía de derechos fundamentales, y el principio de participación ciudadana
- j. Problemas políticos y administrativos

9. ¿Dónde pasan la noche la mayoría de estas personas de tu ciudad?

- a. En parques
- b. En un banco por el centro de la ciudad
- c. En un banco por los barrios periféricos
- d. En el albergue u otra institución similar
- e. Chabolas improvisadas
- f. Debajo de algún puente
- g. Una casa o local abandonado

10. ¿Cuál es el problema de mayor urgencia al que se enfrentan estas personas?

- a. Falta de un lugar seguro y caliente donde dormir
- b. Falta de recursos para conseguir comida o ropa
- c. Falta de compañía
- d. Degradación física y/o psicológica
- e. Pérdida de los lazos con la sociedad
- f. Otro: _____

11. ¿Este fenómeno es un problema de toda la sociedad?

- a. Sí, todos deberíamos colaborar para tratar de paliar esta situación
- b. No, es un problema del que debe hacerse cargo el Gobierno y las instituciones públicas

12. ¿La situación de estas personas está visibilizada en la sociedad -sobre todo a través de los medios de comunicación-?

- a. Sí
- b. No, la sociedad tiende a invisibilizarles

13. ¿La prolongación de esta situación puede deberse a la falta de recursos por parte de las instituciones?

- a. Sí, las instituciones no tienen los suficientes recursos como para combatir esta situación de manera efectiva
- b. No, las instituciones tienen los suficientes recursos como para cubrir las necesidades de todas estas personas

14. ¿Consideras que el Gobierno emplea todos los medios suficientes para ayudar a estas personas?

- a. Sí, los presupuestos destinados a acción social son suficientes
- b. No, deberían priorizar más en asuntos sociales

15. ¿Crees que sería posible llevar a cabo programas a nivel europeo para paliar esta situación?

- a. Si, sería posible coordinarse entre países para llevar a cabo un proyecto común
- b. No, sería demasiado complicado y es mejor que cada país realice sus proyectos

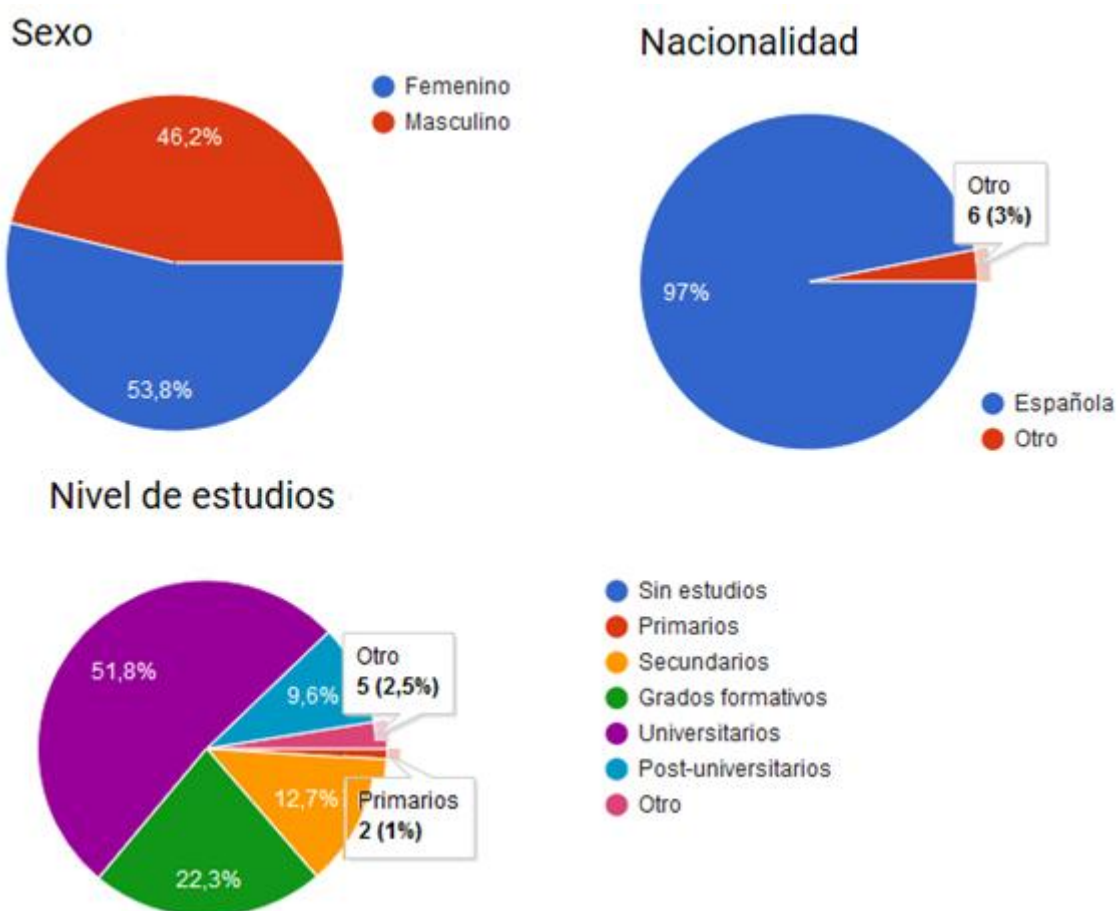
16. ¿Crees que el proyecto de *Housing First* es factible y positivo? (Se trata de un modelo en el que el primer paso es facilitar una vivienda a las Personas Sin Hogar para posteriormente trabajar en el resto de campos que afectan a cada persona)

- a. Si, es un proyecto que se puede llevar a cabo perfectamente y será muy positivo
- b. Si, es una idea muy buena pero no creo que se pueda llevar a la práctica
- c. No, es totalmente inviable y no creo que fuese la solución

Resultados

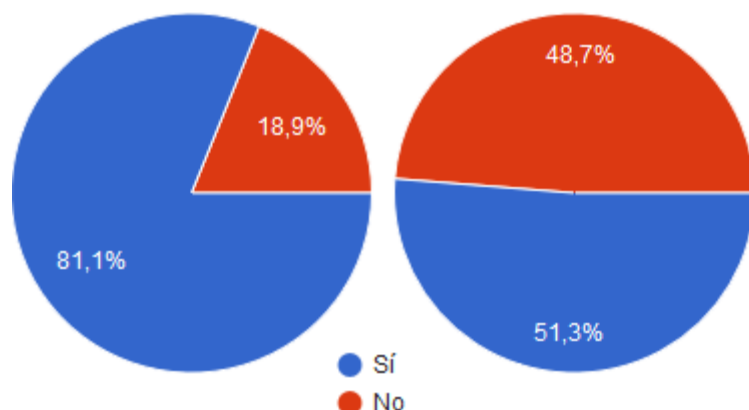
La encuesta tiene un error muestral del 6,89% y un nivel de confianza en torno al 90% aproximadamente.

Fue respondida por un total de 197 participantes, con edades comprendidas entre los 16 y los 74 años. La media de edad de los participantes es de 29,46 años, debido al gran número de participantes entre 20 y 30 años. Las profesiones de los participantes varían desde funcionario administrativo, trabajador social, auxiliar de enfermería o profesor hasta monitor de tiempo libre, comercial, autónomo o camarero, y un gran número de ellos que aún son estudiantes. En cuanto al sexo, nacionalidad y nivel de estudios se detallan en estos gráficos:



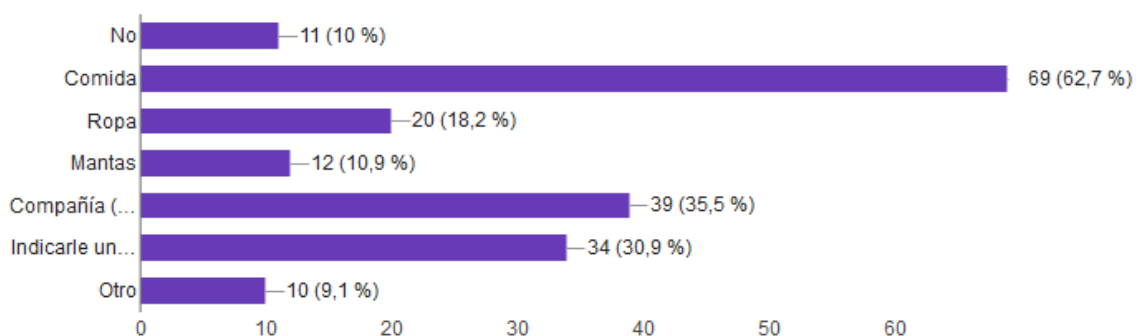
Los participantes con nacionalidad distinta a la española, la indicaron francesa, argentina (2), rumana (2) e italiana. Todos ellos residen actualmente en Aragón.

En cuanto al término de PSH, las respuestas a las preguntas ¿Conoce el término PSH? -gráfico izquierdo- y ¿Conoce o ha tenido contacto con alguna persona en esta situación? -gráfico derecho-, los datos obtenidos son los siguientes:

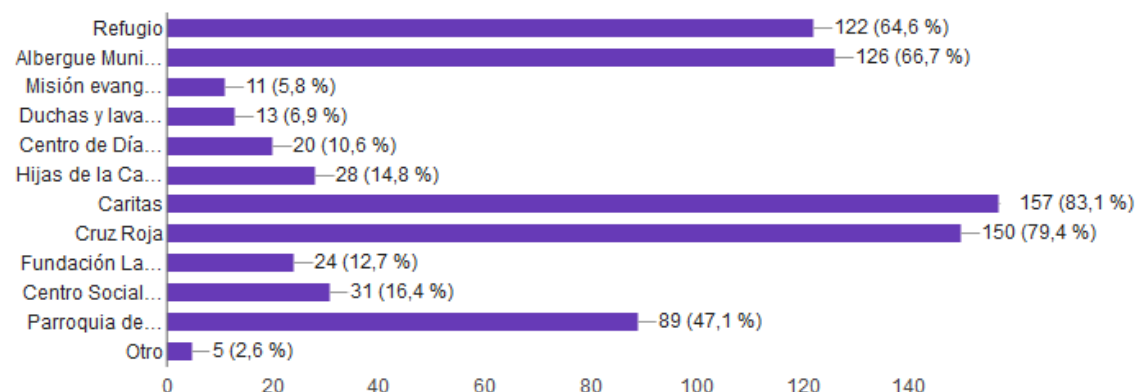


Acerca del tipo de ayuda que le ofrecieron a estas personas y las instituciones que trabajan con esta población, los participantes respondieron lo siguiente:

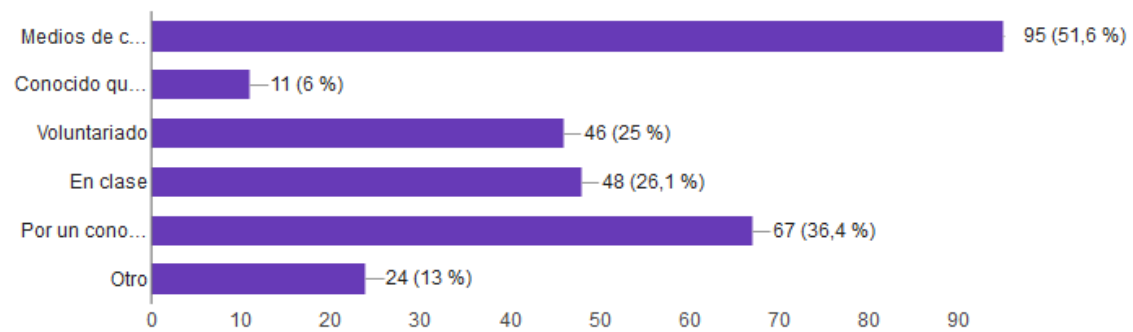
En caso afirmativo en la anterior pregunta, ¿le ofreció algún tipo de ayuda?



¿Qué instituciones y/o servicios conoces que trabajen con PSH?

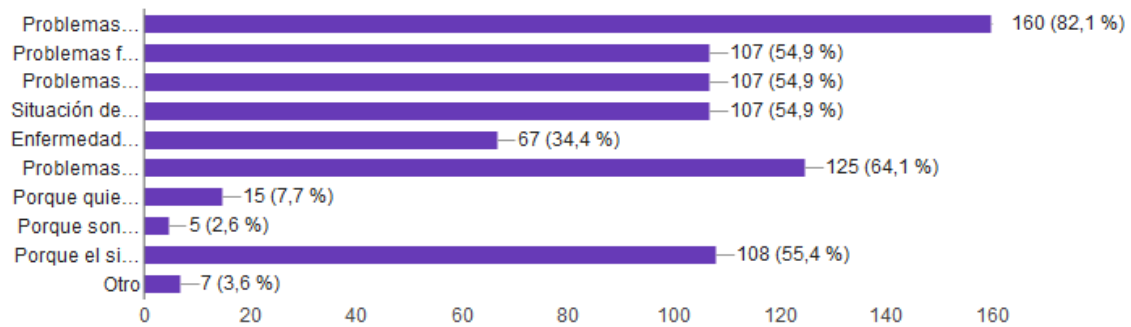


¿Cómo conociste estas instituciones?

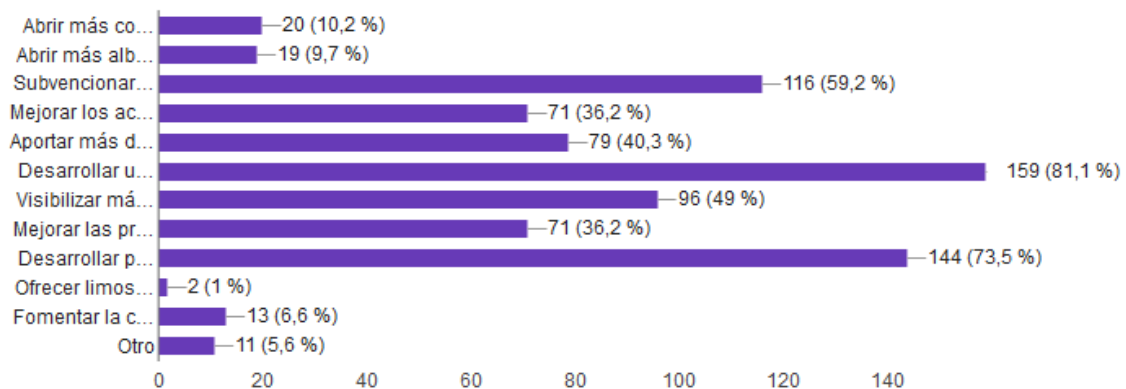


A continuación fueron preguntados por las causas, soluciones y consecuencias que consideran tienen las personas que viven en esta situación, así como por el lugar donde pasan la noche y el problema de mayor urgencia. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

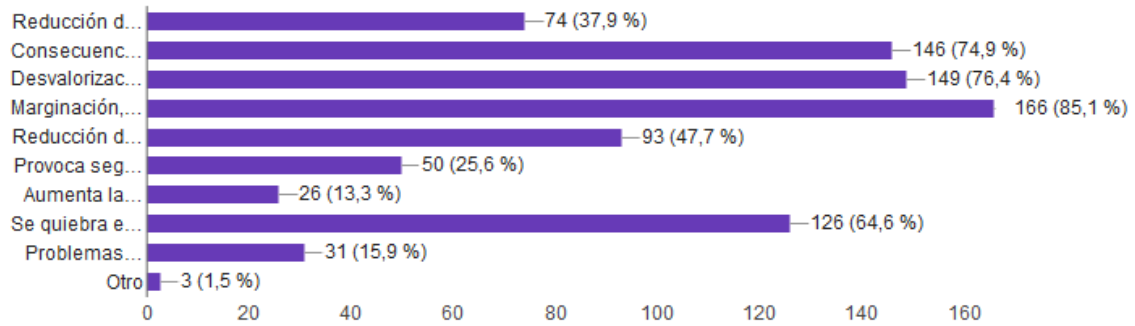
Desde tu punto de vista, ¿cuáles son las principales causas por las que las personas llegan a esta situación?



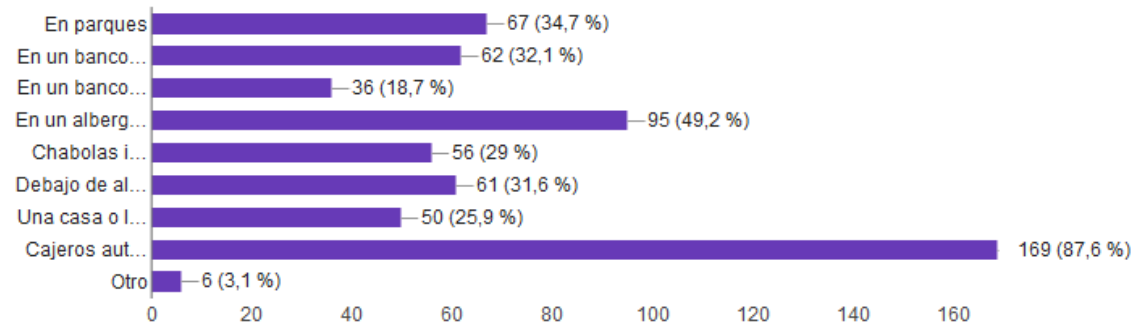
¿Qué soluciones consideras más adecuadas para erradicar esta situación?



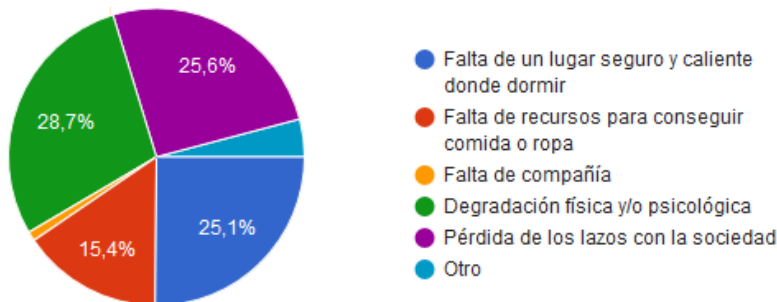
¿Qué consecuencias consideras que supone esta situación?



¿Dónde pasan la noche la mayoría de estas personas en tu ciudad?



¿Cuál es el problema de mayor urgencia al que se enfrentan estas personas?



Tras estas preguntas, el cuestionario se torna hacia la sociedad, la visibilización del fenómeno y sobre las instituciones y el Gobierno, con los siguientes resultados:

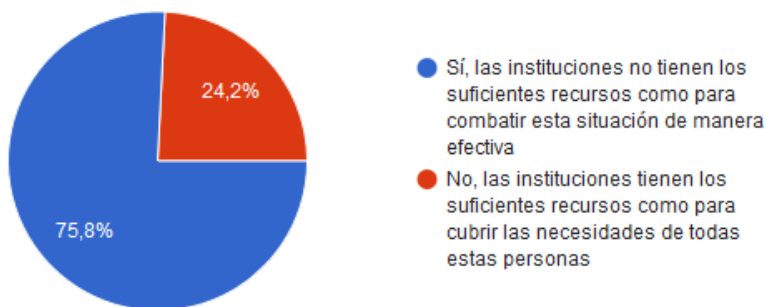
¿Este fenómeno es un problema de toda la sociedad?



¿La situación de estas personas está visibilizada en la sociedad -sobre todo a través de los medios de comunicación-?



¿La prolongación de esta situación puede deberse a la falta de recursos por parte de las organizaciones que trabajan con este colectivo?



¿Consideras que el Gobierno emplea todos los medios suficientes para ayudar a estas personas?

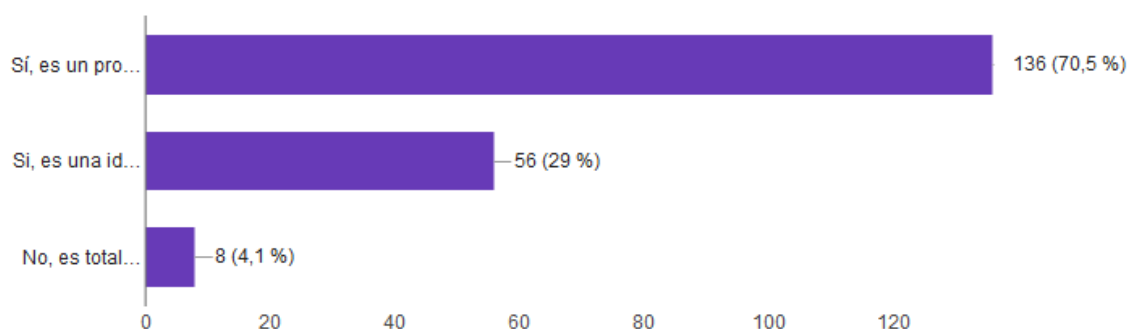


Por último, las dos últimas preguntas del cuestionario versaban acerca de programas a nivel europeo y el modelo Housing First:

¿Crees que sería posible llevar a cabo programas a nivel europeo para paliar esta situación?



¿Crees que el programa Housing First es factible y positivo? (Se trata de un modelo de proyecto en el que el primer paso es facilitar una vivienda a las PSH, para posteriormente comenzar a trabajar en el resto de aspectos que afectan a las personas en esta situación)



7. Conclusiones

Tras la elaboración de este trabajo, y en base a las respuestas obtenidas en la encuesta, he extraído un total de seis conclusiones, que a continuación voy a exponer por orden de importancia.

La primera conclusión que extraigo es obvia: queda mucho trabajo por hacer; **el trabajo que se está llevando a cabo con esta población es insuficiente**, y en muchos casos se puede decir que hasta **ineficaz y equivocado**. Muchas de las personas que duermen a diario en las calles de Zaragoza prefieren hacerlo entre cartones, en cajeros o bajo puentes antes que ir al albergue municipal, por las restricciones, normas y horario. Teniendo en cuenta que estas personas lo han perdido todo y no tienen dónde ir, lo último que se debe hacer en el inicio de la intervención es marcar de manera rígida horarios y normas -deben existir unas normas de convivencia y uso del albergue y servicios, pero que no de manera tan restrictiva-. Por ejemplo, las personas que practican la mendicidad no acuden al albergue porque cierra sus puertas a las 20h, y estarían perdiendo muchas oportunidades de captación de dinero, especialmente en los fines de semana que es cuando más gente transita a partir de esas horas por la ciudad. El ayuntamiento, a través del programa municipal de erradicación del chabolismo (ASSI), es el encargado de solicitar a la Policía Local el desalojo de los campamentos improvisados -alguno no lo son tanto- y manden a las personas que residan en ellos al albergue municipal, pero en la mayoría de los casos esas personas no acuden al albergue, si no que buscan otro lugar en el que construir nuevamente su refugio -no pueden volver al anterior asentamiento porque la Policía acordona la zona y pone en marcha dispositivos de vigilancia para evitar el realojo-.

El pasado mes de julio de 2016, los Servicios Sociales, junto a varios agentes de la Policía Local, desmantelaron un asentamiento chabolista en Echeagaray y Caballero -en la desembocadura del río Huerva, bajo el puente -. En él vivían unas 23 personas, todos hombres de origen magrebí que se dedicaban a la recogida de fruta; todos tienen expediente abierto en el albergue pero ninguno de ellos ha acudido, ya que muchos consideran el albergue como una solución temporal. El asentamiento llevaba unos 6 años y formaba ya parte del paisaje urbano, e incluso eran los propios vecinos los que les ayudaban, con alimentos o con ropas y mantas; no era una zona conflictiva ni hubo nunca ninguna queja o denuncia.

Es un claro ejemplo de que no se están haciendo las cosas bien cuando unas personas que viven en chabolas improvisadas prefieren continuar viviendo en la calle antes que acudir al albergue, porque ahí se les van a marcar las pautas -obligadas- que deben seguir para su "recuperación". Considero esto un error, ya que poner condiciones para iniciar una ayuda (que no demandan) es alejar y menospreciar a la persona que se pretende ayudar; deberían marcarse las pautas conjuntamente entre ambas partes. Como se ha expuesto en el trabajo, el porcentaje de éxito del modelo de *Housing First* deja en evidencia que el modelo aplicado no funciona. Esto invita a que éste debería ser el modelo a seguir en la labor con las PSH, ya que lo que la mayoría necesita es un punto fijo donde poder comenzar a redirigir su vida, pero sobre todo y lo más importante, que se dirija en la dirección y velocidad que la propia persona decida. Frente a una persona que ha perdido todo no se puede iniciar el acercamiento con exigencias para que, si cumple lo pedido, se le premien con servicios o soluciones a su situación. Esto supone una invitación a buscar otros medios para obtenerlos, que no será por supuesto a través de los servicios sociales públicos o privados. **Esto indica claramente una**

tendencia a la perpetuación del problema. También es necesario tener en cuenta que muchas de estas personas se encuentran de paso, se dedican a trabajos de temporeros, aunque algunas personas viven de manera fija en los asentamientos chabolistas. Es importante la labor que hacen los Servicios Sociales junto a la Policía Local para la localización de personas que viven en la calle, pero la solución más adecuada sería que los dirigiesen a proyectos que siguieran el modelo *Housing First*.

Durante el Recuento de PSH que llevó a cabo Cruz Roja la noche del pasado 17 de noviembre, como refleja Heraldo de Aragón en su edición del día siguiente, los voluntarios se encontraron muy variados perfiles de personas que estaban durmiendo o pidiendo en la calle en el momento del Recuento. Uno de ellos era un chico de 23 años que llevaba en la calle desde los 18, momento en el cual salió del centro menores en el que se encontraba; dormía en cajeros o salas de espera de hospitales, y decía que por llevar tanto tiempo viviendo en la calle había perdido toda esperanza, y no tenía metas ni objetivos, no quería pedir ayuda ni pensaba encontrar un trabajo o un hogar. Por el contrario, también entablaron conversación con un hombre de 37 años que estaba pidiendo en la calle; este señor, que se vio en la calle por cuestiones financieras, se recorría la ciudad todos los días repartiendo currículums, aunque por el momento sin mucha fortuna.

Estos dos son claros ejemplos de que el trabajo que se debe realizar con este colectivo ha de ser individualizado y ajustado a las necesidades y características de cada persona, ya que cada uno tiene una historia y unos propósitos.

También existen casos de PSH, como Giovanne o Ismael, quienes pasan el día pidiendo en la Plaza de España y prefieren quedarse a dormir en la calle con sus mascotas porque en el Albergue no se permite la entrada con animales. Sin embargo, como informaba el Heraldo de Aragón el pasado diciembre, el Ayuntamiento está estudiando la posibilidad de cambiar esa normativa y permitir el acceso a los usuarios acompañados por sus mascotas -que en la inmensa mayoría de casos suelen ser perros-. Supondría un avance importantísimo en la labor con el colectivo, puesto que muchas personas no evitan acudir al albergue por las restricciones, si no porque no pueden acceder con su “amigo”, por lo tanto se está perdiendo una oportunidad de acercamiento para acompañar el proceso, aunque siendo realistas en el Albergue tampoco es que sean muy elevadas.

Todo esto evidencia que el trabajo que se debe acometer con las personas que se encuentran en esta situación debe basarse en las necesidades y características de cada uno de ellos. Debe hacerse un trabajo personalizado e individualizado, cada persona tiene una historia y circunstancias personales muy complejas que no se solucionan con medidas genéricas. Por la misma razón que si una persona que vive en la calle tiene una adicción al alcohol u otra sustancia tóxica, el primer paso para acceder a una vivienda no puede ser que se desintoxique. Este es un proceso muy complicado, que según el caso puede ser también bastante largo, y mientras este proceso está en marcha, la persona sigue viviendo en la calle; si no encuentra una motivación no va a continuar con el tratamiento y jamás se desintoxicará, y por lo tanto nunca podrá acceder a una vivienda.

La segunda conclusión es que **la intervención apenas ha evolucionado con el paso del tiempo;** no se ha ido adaptando a los nuevos tiempos ni a las nuevas necesidades de la sociedad. La

intervención que se realiza a día de hoy es puramente **asistencial y caritativa**, lo que equivale a un parche para una herida que no para de sangrar. El índice de éxito que se obtiene con el trabajo de las instituciones es muy bajo en proporción a la densidad de personas que viven en la calle en España. A pesar de que han pasado casi dos siglos desde que comenzara la intervención con las personas que vivían en la calle -en el siglo XIX-, el modelo de intervención apenas ha evolucionado; no se ha ido adaptando a las nuevas necesidades de la sociedad. Día a día, las asociaciones sin ánimo de lucro que trabajan por ayudar a estas personas, lanzan iniciativas y mensajes a la población solicitando la ayuda y participación de la ciudadanía, lo cual es importante porque es una labor que debe implicarnos a todos, pero es erróneo, ya que están fomentando la caridad y la mendicidad, debido a que un ciudadano medio poco más puede hacer que ofrecer algo de dinero o comida; deberían ser las instituciones públicas las que dieran una respuesta que respaldase lo suficiente a esta población. Queda demostrado que el sistema de intervención es insuficiente y no es capaz de dar respuesta a todas las personas que se encuentran en esta situación. Y lo mismo sucede en general en todo el continente europeo, ya que las estadísticas demuestran que las últimas décadas el número de personas que viven en la calle en Europa ha aumentado, y en algunos países incluso la cifra se ha duplicado. El único país en el que las cifras no han aumentado ha sido en Finlandia, casualmente el único país europeo que adoptó el modelo de intervención *Housing First*, lo que demuestra una vez más que el actual modelo es inadecuado.

Un dato esclarecedor es el hecho de que a pesar de que el perfil de las personas que viven en la calle ha ido cambiando a lo largo de los años, los ámbitos que suelen fallar en todos ellos son los mismos -individual, familiar y social, e institucional-. Sin embargo el trabajo que se lleva a cabo con el colectivo apenas ha variado, y esto es un error teniendo en cuenta que se conocen de sobra los puntos que determinan que una persona acabe en esta situación.

Hace unas décadas, las Hermanas de San Vicente de Paúl abrieron un albergue para PSH en Zaragoza, frente a la casa de Amparo. Debido a las normas tan restrictivas que imponían para la pernocta, no acudía ninguna persona a dormir a ese albergue. Al final renunciaron y hoy en día es una residencia de ancianos. Esto demuestra que la intervención no se adapta a las necesidades de las personas y no evoluciona al ritmo que lo hace la sociedad. **Y ratifica la apreciación anterior de que el sistema actúa para perpetuar el problema.**

La siguiente conclusión es que **el Estado apenas interviene activamente**. Todo el trabajo que se lleva a cabo para con las PSH se realiza desde instituciones privadas o que están ligadas a alguna orden religiosa. La Administración delega en este tipo de instituciones la labor de atender a estas personas en vez de potenciar los Servicios Sociales para poder efectuar un trabajo más eficaz y eficiente.

Además de estas instituciones, son las personas de manera individual y altruista quienes abordan el problema de manera directa. Generalmente, cuando alguna persona que duerme en la calle lo hace a diario en una zona concreta, son los propios vecinos o propietarios de establecimientos cercanos (básicamente los de hostelería) los que les ayudan ofreciéndoles mantas, ropa, comida o incluso libros y revistas, y les permiten emplear los lavabos de los bares para realizar su higiene personal. Estos gestos son actos desinteresados que ni mucho menos están cerca de erradicar el problema, y quizás también ayuden a la cronificación, pero cuando menos, ayudan a sobrellevar de manera más positiva la situación en la que están. Ya

que los ciudadanos de a pie poco pueden hacer para solucionar esta labor, hemos de ser los profesionales y entidades sociales (ya se dediquen específicamente a trabajar con este sector o no), y por supuesto la Administración Pública, quien debe aportar los medios humanos, materiales y financieros necesarios para llevar a cabo dicha labor.

A pesar de que, frente a la mendicidad, dar limosna solo ayuda a cronificar la situación, en ocasiones se dan situaciones que, aún tratándose ciertamente de caridad, ayudan en una mayor medida que el dinero, ya que la recompensa es inmediata. Me refiero, por ejemplo, al dueño de una cafetería de Oviedo, quien cada noche cuando cierra deja a la puerta del establecimiento en una caja de cartón las tapas que le han sobrado del día, envueltas individualmente y acompañadas de un cartel que reza: "Pinchos del día para llevar (coge lo que te apetezca)". Existen otros bares o cafeterías que lo que hacen es facilitar a los clientes para dejar un café o una tapa pagada, para que pueda acudir una persona que vive en la calle a desayunar o almorzar. Otro ejemplo es el Padre Ángel, fundador de la ONG Mensajeros de la Paz y Premio Príncipe de Asturias de la Concordia en 1994, quien el pasado año abrió un restaurante en el barrio de Chamberí (Madrid), en el que durante el día atiende a clientes que acuden a su establecimiento a comer, y por la noche, con los beneficios obtenidos, ofrece cena gratis a las personas más necesitadas, como si de un comedor social se tratase. Planea abrir más establecimientos de este tipo en Asturias, Toledo o Ciudad Real, bien como propiedad de Mensajeros de la Paz o a través de un convenio.

Estos actos chocan con datos como que, según cálculos de la FAO y la Comisión Europea de 2015, en España se tira anualmente 385 millones de kilos de comida. Y a pesar de que pueda parecer lo contrario, en las tiendas es donde menos se derrocha, tan solo un 5% del total; es en los hogares donde más se desperdicia (42%), seguida de las fábricas (39%) y los restaurantes (14%). Estos datos responden a un modo de vida de la población española de un consumismo sin medida, pero lejos de poder cambiar estos hábitos, si estos alimentos en lugar de ser desperdiciados en la basura se destinasen a comedores, ONG u otras entidades que trabajan con PSH, al menos contribuirían a la supervivencia diaria de estas personas.

En cuanto a la participación de la Policía Local en la labor para con las PSH se reduce a patrullar la ciudad para informar a los transeúntes sobre los centros a los que pueden acudir o para forzar el desalojo de asentamientos chabolistas -orden que viene desde el Ayuntamiento-. Me parece oportuno compartir las palabras de un oficial de la Policía Local de Zaragoza, del sector 2 de la ciudad: "Hace treinta años (la actuación) era más de retirada de la vía pública, de represión. Con el paso del tiempo se fue fomentando la formación y sensibilización de los agentes y cada vez hay una mayor coordinación con los servicios sociales". Dentro de que realmente las fuerzas de seguridad del Estado poco pueden hacer para erradicar la situación, es muy positivo que los agentes estén formados -o tengan un cierto conocimiento- en materia social y conozcan sobradamente las entidades sociales que actúan en cada zona de la ciudad.

La cuarta conclusión es que **existe muy poca bibliografía referente al tema de PSH**. La mayoría de textos disponibles son libros redactados por profesionales que trabajan en instituciones dedicadas al trabajo con PSH en los que cuentan la experiencia de trabajar con esta población a través de vivencias y encuestas que se han realizado a pie de calle o en diferentes instituciones. Sin embargo hay muy pocos trabajos a nivel de estudio sociológico o psicosocial que puedan servir de base a la hora de llevar a cabo un proyecto o tratar con este colectivo; la

mayoría de los textos disponibles son estudios psicológicos acerca de los efectos de vivir en la calle. Además, dentro de la poca bibliografía que existe, hay muy pocos trabajos recientes - excepto los recuentos que lleva a cabo Cruz Roja, habiendo sido el último en 2016-, o no son del todo objetivos o representativos, ya que, en el caso de muchas encuestas, se llevan a cabo únicamente entre los usuarios o profesionales de albergues, comedores sociales o instituciones similares, sin contar con la opinión de las personas que no acuden a estos centros habitualmente. En el caso de los recuentos elaborados por Cruz Roja también están sesgados, ya que el recuento se realiza una sola noche al año, por lo que los datos están subordinados a la época del año en la que se realiza el recuento, la climatología de ese día (en caso de ser una noche de lluvia habría más usuarios de lo habitual en los albergues) o incluso a la suerte que tengan los voluntarios de encontrar o no a todas las PSH que se encontraban esa noche en las zonas recorridas. Por ello, los datos de los que disponen las instituciones suelen variar de unas a otras, que aunque sean variaciones mínimas hace indicar que es muy complicado tener un censo exacto de las PSH que residen en España.

Sería interesante que se realizase un estudio del modelo *Housing First* que se lleva aplicando en EE.UU. desde hace 24 años y del que ya se podrían apreciar diferencias en los resultados obtenidos, y por consiguiente comenzar a sacar conclusiones acerca de la implantación de este modelo. De esta manera se podría vislumbrar si el modelo propuesto por Tsemberis tiene la misma eficacia a la hora de erradicar esta situación o los resultados son similares.

Otra conclusión extraída es que **a nivel europeo la tendencia es la misma**. Salvo en el caso de Finlandia, que, gracias a la implantación del modelo *Housing First*, está consiguiendo reducir las cifras de PSH que viven en sus calles. Sin embargo el trabajo que se lleva a cabo en el resto de países europeos es muy similar; puramente asistencial y momentáneo, resultando este ineficaz e insuficiente.

En cuanto al empleo del **voluntariado** es evidente que, a juzgar por los altos porcentajes de voluntarios en las diferentes instituciones, se abusa considerablemente de este perfil. Es un dato positivo en el sentido de que demuestra que la población española tiene un espíritu altruista muy fuerte, pero negativo en el sentido de que este hecho propicia que a profesionales recién licenciados les resulte más complicado encontrar un trabajo en el ámbito social. En mi opinión, las instituciones se aprovechan del sentimiento altruista para obtener medios humanos de manera gratuita, lo que provoca que los estudiantes que realizan estudios sociales se sientan forzados a colaborar de manera voluntaria con alguna entidad para poder tener alguna oportunidad profesional cuando acaben la carrera -a menos que se presenten a una oposición y obtengan una plaza en una institución pública-. Y esto beneficia enormemente a las instituciones privadas, puesto que cuentan con personal cualificado -o están en proceso de cualificación- de manera totalmente gratuita. Realizan el trabajo de un profesional, pero sin serlo.

Considero que las personas voluntarias deberían ser personas que tienen una ocupación y deciden emplear su tiempo libre en ayudar a los demás; pero en ningún caso la labor de un voluntario puede sustituir la labor de un profesional -ya que este se ha formado específicamente para ello-. Parafraseado a Cabrea (2002:91): “Es verdad que, muchas veces, los voluntarios, como resultado de la altísima tasa de paro existente entre algunas titulaciones universitarias, son personas con una elevada cualificación educativa, pero no es ésta la vía para

expandir la profesionalización de unos centros y servicios que requieren capacitación específica, tanto en medios materiales, en recursos personales y en filosofías de trabajo”.

Por último, se pueden extraer de la **encuesta** realizada varias conclusiones. La primera es que **existe bastante desinformación** respecto de esta población y sus recursos, ya que las instituciones que más conocía la gente (con una diferencia muy significativa con respecto a las otras) son las típicas y famosas: el refugio y el albergue, Cáritas y Cruz Roja. Sin embargo la mayoría reconoce que haber conocido estas instituciones a través de los medio de comunicación; por lo que podemos extraer que los medios de comunicación dedican poco espacio para hablar del trabajo de estas instituciones, y cuando lo hacen, es mayoritariamente sobre las instituciones más famosas y que tienen detrás respaldo político y/o religioso. La mayoría de los encuestados piensa que la **principal causa** de vivir en la calle son problemas económicos o de consumo, y con menos frecuencia pero la misma proporción, problemas sociales, familiares o situaciones de desempleo de larga duración. Así pues, las **soluciones más adecuadas** que consideran los encuestados son -por orden de frecuencia- desarrollar un plan a largo plazo que implique la participación activa del usuario, desarrollar políticas sociales que protejan a la ciudadanía de acabar viviendo en la calle y subvencionar más proyectos sociales que tengan como objetivo erradicar esta situación. Las **consecuencias** que los encuestados creen que son más importantes son de carácter psicológico y físico, así como marginación y aislamiento por parte de la sociedad; y el **mayor problema** al que se enfrentan es una degradación física y/o psicológica, seguido de la falta de un lugar seguro donde dormir y la pérdida de contacto con la sociedad. El **sitio más frecuente en el que pasan la noche** -en opinión de los encuestados- son los cajeros automáticos, seguido, con mucha diferencia, por el albergue, aunque este no dista mucho del resto de lugares (parques, chabolas, en un banco...). Los encuestados prácticamente coinciden en que **este fenómeno es un problema de toda la sociedad** y que **su situación está invisibilizada**; así como que **la prolongación del problema se debe a la falta de recursos** y que **la Administración no emplea todos los medios disponibles para ayudar a erradicar el fenómeno**. Finalmente, la mayoría de los encuestados opina que sería posible **llevar a cabo un programa a nivel europeo**, y coinciden en que **el modelo de Housing First es el más adecuado**.

Además de las conclusiones, también me permito desarrollar varias **propuestas**.

La primera es **involucrar más a la Universidad en la realización de investigación social acerca de este problema: no de meros recuentos**, de modo que se genere una base documental de interés “real” para la intervención con PSH. Más concretamente debería ser la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, ya que es en esta facultad donde se imparte el Grado en Trabajo Social, que es la disciplina que mayoritariamente actúa con esta población, y la que más trabajos realiza a nivel de investigación social. Deberían llevarse a cabo trabajos acerca de las causas que llevan a estas personas a la situación de vivir en calle y acerca del éxito real de las personas que han recibido ayuda por parte de las instituciones. De esta manera se estaría estableciendo una base sólida y segura sobre la que trabajar con este sector de población, y así llevar a cabo una intervención de manera más eficiente y eficaz.

La segunda propuesta es que se debería **visibilizar más el problema** a nivel de sociedad, para que los y las ciudadanos/as consideren este “su” problema y facilitemos que dejen de ser invisibles. Así podrían adentrarse en las causas del problema, y colaborar en su eliminación.

Como consecuencia de esto, las personas que viven en la calle cobrarían mayor importancia y recibirían más ayuda, tanto por parte de la Administración como por parte de los ciudadanos que llevan a cabo gestos altruistas.

La última propuesta es **implicar más a la Administración Pública**, para que colabore en la intervención con PSH. La manera de lograrlo es sensibilizar a la población para de esta manera hacer suyo el problema, y que esta preocupación de toda la sociedad pase a ser un problema del Estado. Lo ideal sería que se llevaran a cabo campañas como las de la DGT sobre el consumo de alcohol u otras drogas al volante o las del Ministerio del Interior contra la violencia de género, pero para que este nivel de sensibilización llegue a la Administración, es necesario antes que el problema llegue a la población en general. Se deberían hacer campañas de sensibilización a pie de calle, charlas informativas acerca de la situación de estas personas e instituciones que trabajan con ellos, o campañas de propaganda a través de las redes sociales, que a día de hoy tienen un alcance mucho mayor que cualquier otro medio. También podría realizarse, por parte de las instituciones que tienen una mayor influencia, una recogida de firmas para elaborar una Iniciativa Legislativa Popular que permitiera hacer llegar a la Administración Pública las inquietudes y problemas de esta población. Porque una PSH no es una enfermedad o patología alguna, es una situación en la que puede verse abocado cualquier ciudadano a lo largo de su vida por la confluencia de diversas circunstancias, independientemente de su estatus económico y social.

8. Bibliografía

- Howe, D. (1999) *Dando sentido a la práctica. Una introducción a la teoría del Trabajo Social*. Granada: Editorial Maristan.
- Miranda Aranda, M. (2004) *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y Trabajo Social*. Zaragoza: Mira Editores.
- Zamanillo, T.; Gaitán, L. (1991) *Para comprender el Trabajo Social*. Estella: Editorial Verbo Divino.
- Últimos, P. (2009) *Marco de intervención con personas en grave situación de exclusión social*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Servicio de estudios de Cáritas Española (1999) *Personas transeúntes/sin techo en la provincia de Ciudad Real*. Madrid: Lerko Print, S.A.
- Servicio de estudios de Cáritas Española (2009) *Modelo de Acción Social*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Servicio de estudios de Cáritas Española (1975) *Transeúntes, el contexto social de una marginación*. Valencia: Cáritas Española Editores.
- Linares, E.; Lorenzo, F.; López, J.J.; Olea, S.; Villalón, T; Vedrí, A.; Miquel, C.; Herrera Martín, P; Matas Moreno, M; Castellanos González, M. T.; Gaya, J; Bermúdez, T; Santos Toba, G. J.; González Martínez, J. M.; García-Carpintero Broto, G.; Nieto León, M. C.; Jiménez Jiménez, J. A.; Moreno Montes, C; Rodríguez, J.; Breva, J. M. (2012) *“Acompañado...nos” Mirada, acción y propuestas de Cáritas con personas que están sin hogar*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Plujà i Calderon, M. (2011) *Con techo y sin hogar*. Madrid: Cáritas Española Editores.
- Fajardo Bullón, F. (2010). Madrid: Cáritas Española Editores.
- Macionis, J. J.; Plummer, K. (2010) *Sociología*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Departamento de Intervención Social (2011) *Estudio sobre las personas sin techo en Zaragoza 2010*. Zaragoza: Imprenta Germinal.
- Departamento de Intervención Social (2013) *Estudio sobre las personas sin techo en Zaragoza 2012*. Zaragoza: Imprenta Germinal
- Departamento de Intervención Social (2015) *Estudio sobre las personas sin techo en Zaragoza 2014*. Zaragoza: Imprenta Germinal. Mediterrània.
- Defensor del Pueblo Andaluz (2006) *Vivir en la calle: la situación de las personas sin techo en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- Cabrera Cabrera, P. J. (2000) *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Gráficas Don Bosco, S.L.

- Cabrera, P. (dir.); Malgesini, G.; López, J. A. (2002) *Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Romanyà/Valls, S.A.
- Ayala Cañón, L.; Benito Martínez, J.; Cabrera Cabrera, P. J.; del Pueblo Bernabé, M. L.; Caselles Pérez, J. F.; Esteban Yago, M. A.; Fernández Torres, M. J.; Galindo Lucas, A.; García Luque, O.; García Olivares, C.; Hernández Pedreño, M.; Lafuente Lechuga, M.; Losa Carmona, A.; Mira Albert, S.; Oláz Capitán, A. J.; Ortega Cañabate, J. L.; Sánchez-Mora Molina, M. I.; Serrano Rodríguez, I.; Solano Lucas, J. C.; Vicente Giménez, T.; Zamora, J. A. (2008) *Exclusión social y desigualdad*. Murcia: Compobell, S.L.
- Montserrat Montesdeoca, C.; Escorihuela Lahoz, S. R. (2010) *Personas sin hogar y voluntariado*. Madrid: Fiselgraf - XK S.L.
- Thorpe European Services (2008) *El papel de la vivienda en la exclusión residencial. Vivienda y sinhogarismo*. Bruselas: Ed. Thorpe
- Busch-Geertsema, V; Benjaminsen, L.; Filipovič Hrast, M.; Pleace, L. (2014) *Extent and profile of homelessness in European Members States. A statistical update*. Bruselas: Ed. Thorpe.
- Cabrera, P. J.; Rubio, M. J. (2008) Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 1(75), 51-74.
- Matulic Domandzic, M. V. (2009) Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad. *Documentos de Trabajo Social*, 1(43), 9-30

Webgrafía:

- RAIS Fundación. Recuperado el 3 de septiembre de 2016, www.raisfundacion.org
- RAIS Fundación. Programa hábitat. Recuperado el 4 de septiembre de 2016, www.raisfundacion.org/es/que_hacemos/habitat
- Fundación San Martín de Porres. Recuperado el 3 de septiembre de 2016, de <http://www.fundacionsmp.org>
- Arrels Fundació. Recuperado el 3 de septiembre de 2016, de www.arrelsfundacio.org
- Europa Press (2016). El Ayuntamiento ofrecerá diez viviendas a los sin techo que participen en el 'Housing First'. Recuperado el 5 de septiembre de 2016, de <http://www.europapress.es/aragon/noticia-ayuntamiento-ofrecera-diez-viviendas-techo-participen-programa-housing-firts-20160802150041.html>
- Heraldo de Aragón (2016). Unos 50 millones de niños viven lejos de su hogar y en riesgo, según Unicef. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de <http://www.heraldo.es/noticias/nacional/2016/09/07/unos-millones-ninos-viven-lejos-hogar-riesgo-segun-unicef-1046961-305.html>
- Maluenda, A. (2016). Desmantelado el asentamiento chabolista en Echegaray y Caballero donde vivían 23 sintecho. Recuperado el 7 de septiembre de 2016, de <http://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2016/07/27/retiran-las-chabolas-echegaray-caballero-donde-vivian-sintecho-982601-301.html>
- Bayona, E. (2016). Aragón prohíbe dejar sin casa, luz, agua ni gas a familias que cobren menos de 1.553 euros al mes. Recuperado el 27 de septiembre de 2016, de <http://www.publico.es/sociedad/aragon-prohibe-dejar-casa-luz.html>
- Gracia, M. (2013). Pedro José Cabrera: "La crisis no te lleva directamente a la calle pero sí complica la salida". Recuperado el 27 de septiembre de 2016, de http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/pedro-jose-cabrera-la-crisis-no-lleva-directamente-calle-si-complica-salida_906999.html
- Europa Press (2016). España tardará 221 años en erradicar la pobreza si se mantiene el ritmo actual, según EAPN. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de <http://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-espana-tardara-221-anos-erradicar-pobreza-si-mantiene-ritmo-actual-eapn-20161014122521.html>
- Europa Press (2016). La pobreza severa sigue aumentando en España y ya afecta a más de 3.500.000 de personas, el 7,6% de la población. Recuperado el 19 de octubre de 2016, de <http://www.europapress.es/epsocial/cooperacion-desarrollo/noticia-av-pobreza-severa-sigue-aumentando-espana-ya-afecta-mas-3500000-personas-76-poblacion-20161013134207.html>

- Blanco, S. (2016). Sam Tsemberis, el hombre que empezó la revolución por el techo. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://elpaissemanal.elpais.com/confidencias/sam-tsemberis/>
- Bayona, E. (2016). Zaragoza cede pisos a personas sin techo para rehacer sus vidas. Recuperado el 15 de noviembre de 2016, de <http://www.publico.es/sociedad/zaragoza-cede-pisos-personas-techo.html#http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>
- Gil, A. (2015). Housing First, el modelo de esperanza para los ‘sin techo’. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de http://www.expansion.com/2014/12/16/entorno/aula_abierta/1418726494.html
- Vidal, F. (2015). “Housing First”: una revolución para personas sin hogar. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de http://elpais.com/elpais/2015/10/08/3500_millones/1444280400_144428.html
- Heraldo de Aragón (2016). Zaragoza se une al programa ‘Housing First’ para atender a personas sin hogar. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de <http://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2016/08/02/zaragoza-une-programa-housing-first-para-atender-personas-sin-hogar-994266-301.html>
- Civieta, O. (2016). Zaragoza pone en marcha ‘Housing First’ para dar un hogar a “los más excluidos”. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de http://www.eldiario.es/aragon/sociedad/Zaragoza-marcha-Housing-First-excluidos_0_543846268.html
- Alvarez, E. (2016). Zaragoza reduce en un 10% los ‘sin techo’ que siguen en la calle. Recuperado el 27 de noviembre de 2016, de http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/aragon/zaragoza-reduce-10-sin-techo-siguen-calle_1162645.html
- Clavero, J. (2016). El Ayuntamiento estudia admitir mascotas en el albergue. Recuperado el 23 de diciembre de 2016, de <http://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2016/12/22/prefiero-dormir-zulo-que-albergue-separado-perro-1149524-301.html>
- Puebla, P. (2016). La Policía Local de Zaragoza recibe la orden de velar por los indigentes durante el invierno. Recuperado el 7 de enero de 2017, de <http://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2016/12/27/la-policia-local-recibe-orden-velar-por-los-indigentes-durante-invierno-1149684-301.html>
- Abenia, A. (2017). Salvi, el indigente que murió de frío en Nochevieja entre cartones. Recuperado el 7 de enero de 2017, de <http://blogs.20minutos.es/adriana-abenia/2017/01/05/salvi-el-indigente-que-murio-de-frio-en-nochevieja-entre-cartones/>
- Puebla, P. (2016). Cajeros, chabolas o salas de espera: ¿cómo es Zaragoza para un sin techo? Recuperado el 7 de enero de 2017, de

<http://www.heraldo.es/noticias/aragon/zaragoza-provincia/zaragoza/2016/11/18/duermen-cajeros-chabolas-salas-espera-pero-como-trata-zaragoza-los-sin-techo-1143231-301.html>

- Asenjo, I. (2016). Un Robin Hood de los alimentos. Recuperado el 8 de enero de 2017, de <http://www.lasprovincias.es/sociedad/201611/21/robin-hood-alimentos-20161121002724.html>
- Ejerique, R. (2015). Con lo que tiran los supermercados a la basura comería toda Málaga un año. Recuperado el 8 de enero de 2017, de http://www.eldiario.es/sociedad/comida-Espana-tira-basura_0_392661014.html
- López Iturriaga, M. (2015). El bar que dona los pinchos que le sobran. Recuperado el 8 de enero de 2017, de http://elcomidista.elpais.com/elcomidista/2015/09/14/articulo/1442244485_751457.html
- Canto, P. (2015). El 'experimento' de una cafetería de Oviedo para no tirar comida: dejar a la puerta los pinchos que sobran. Recuperado el 8 de enero de 2017, de http://verne.elpais.com/verne/2015/09/14/articulo/1442221039_516306.html