

## ESTUDIO SOBRE LA REALIDAD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR (PSH) EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

### 1. Contexto General Sobre El Fenómeno Social De Vivir En Situación De Sin Hogar.

El conjunto de problemas que rodea a las **Personas Sin Hogar (PSH)** es uno de los ejemplos más claros y devastadores de la realidad de exclusión tanto en Europa como en nuestro entorno, por lo que la realidad de las Personas en Situación de Sin Hogar en Cádiz, no es un hecho aislado ni reciente en la sociedad gaditana, más bien es un claro ejemplo de la extrema pobreza y de la exclusión severa que se sufre en toda Europa.

A pesar de ello, sigue siendo una realidad invisible y desconocida, hasta para los pocos agentes o entidades, tanto públicos como privados, que trabajan con la misma. Las circunstancias socioeconómicas vividas actualmente en el país hacen que esta realidad vaya creciendo a cifras impensables. Se calcula unas 40.000 personas aproximadamente en nuestro país, donde cualquier persona, tras un proceso de sucesos vitales traumáticos, puede verse en situación de calle.

El informe del Grupo de Expertos y Expertas en la Atención de las Personas Sin Hogar de Andalucía de 2011 de la Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, hace referencia a que se trata de una realidad muy compleja, diversa, cambiante, multidimensional y multicausal en la que intervienen numerosos factores definidos por la acumulación de carencias en diversas esferas: recursos económicos, relaciones sociales, empleo, salud o vivienda. A dicho fenómeno se responde dando, prácticamente, las mismas respuestas a todos por igual, por medio de los escasos recursos, estrategias o alternativas existentes para paliar la dramática situación de vivir en la calle.

Es un colectivo marcado por el abandono social e institucional, por los prejuicios, los estigmas y la criminalización de su situación y esto unido a los escasos recursos y la insuficiente voluntad política, llevan a que una persona que viva en la calle, hoy por hoy, tenga muy pocas alternativas reales y efectivas para poder salir de su situación de máxima exclusión. Por ello 'se les condena' a seguir sufriendo y siendo personas en situación de sin hogar, sin techo, sin recursos, sin familia, sin apoyos, sin red, sin ser, sin participar, sin estar estando...

**¿Cómo se llega a esta situación?** Para responder a esta compleja pregunta, se debe partir de la siguiente premisa: "Todas las personas son vulnerables" y nadie queda al margen de la posibilidad de sufrir el "sinhogarismo". Las personas que viven en la calle no han nacido en ella, su **situación** es la consecuencia de un proceso en el que la persona ve disminuidos sus recursos personales y sociales para enfrentarse a las situaciones de crisis que se les plantean.

Por tanto, se puede afirmar que estar sin techo, o dando un paso más, estar sin hogar, no es una cualidad o una condición de algunas personas, no es algo inherente a ellas, es una situación a la que se llega por una serie de circunstancias que se encadenan; nadie está a salvo de llegar a vivir una situación de sinhogarismo si se dan las circunstancias coincidentes necesarias.

Las personas sin hogar viven una media de 7 u 8 sucesos traumáticos encadenados, mientras el resto de las personas sufren una media de 3 ó 4 a lo largo de su vida. Sucesos como la muerte de una persona querida, una separación sentimental, la pérdida de un empleo, la inexistencia de recursos económicos, el desahucio (y, por lo tanto, la pérdida de alojamiento), unido a la falta de apoyo familiar y social, provocan una situación de vulnerabilidad que puede llevar con facilidad a una situación de calle.

Este proceso, agravado en unas circunstancias de crisis como las actuales, cuando va acompañado de una constante falta de apoyo familiar y afectivo, puede desembocar en el plazo de un año y medio aproximadamente, en una situación en la que cualquier persona se ve inmersa en una espiral sin salida, en un pozo, un laberinto, del que resulta muy difícil salir por sí sola o con sus propios medios.

En noviembre del 2015 se ha aprobado una Estrategia Nacional para las PSH 2015-2020 que pretende marcar líneas estratégicas de intervención en España. Ésta fue aprobada por acuerdo de Consejo de Ministros de 6 de noviembre 2015, aunque aún no se ha llegado a materializar en el territorio, por lo **que se cuenta con unas políticas sociales poco trabajadas por las administraciones públicas y por ende tampoco existen muchos datos, estudios o diagnósticos** que ayuden a comprender y analizar mejor la realidad de calle.

En la ciudad de Cádiz se dispone de las memorias de los recursos existentes que recogen los datos con criterios diferentes, lo cual dificulta su análisis. Aún así, han sido las fuentes en las se ha basado la realización de este informe. Además de estas memorias y de la experiencia propia del tejido asociativo que atiende esta realidad, también se han contado con los datos recogidos en el censo oficial de PSH de la ciudad, realizado cada dos años y organizado desde la Mesa de PSH perteneciente al Consejo de Inclusión Municipal.

Tabla 1.- Cuantificación de las Personas Sin Hogar en la ciudad de Cádiz

ESTIMACIÓN TOTAL ANUAL	DIARIAMENTE	ÁMBITO/RECURSO
------------------------	-------------	----------------

<b>150 personas</b> cifra estimada sin estar corroborada cuantitativamente de forma oficial		115 personas. Fecha de realización del censo: 5 de Noviembre del 2015	<b>ÁMBITO CIUDAD</b>
<b>25 personas de media</b>		De 15 a 25 de media Fluctuando según la época del año	<b>Durmiendo en calle dentro del barrio de La Viña y atendidas por diferentes entidades de calle</b>
<b>1.052 Personas</b>	Nº Total Personas Atendidas	18 personas de media	<b>Centro de Alojamiento Municipal (CAM) P/ Macías Retes</b>
<b>777 Personas diferentes</b>	Nº Total Personas Alojadas DISTINTAS		
<b>254 Personas</b>	Nº Personas Atendidas Sin Alojamiento		
<b>575 Personas</b>	Nº Demandantes de Información y/o Atención Social		
<b>2.400 personas</b> aproximadamente El 70% son PSH, frente al 30% que pertenecen a otros grupos de riesgo: inmigrantes, desempleados de larga duración, familias, personas sin recursos económicos, mayores con pensión no contributiva (PNC)		90 Personas diarias 70% PSH	<b>Comedor Virgen Poderosa C/ María Arteaga</b>

## 2. Perfil De Las Personas Sin Hogar

Según la definición de la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con los Sin Hogar (FEANTSA), las personas sin hogar son “todas aquellas personas que no pueden 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 tener una vida autónoma”. Esta entidad tipifica el “sinhogarismo” en 16 situaciones de diferente gravedad que clarifica y permite una aproximación común a este problema.

Tabla 2.- Tipología ETHOS sobre personas sin hogar (FEANTSA)

PERSONAS QUE VIVEN...	TIPO	CONDICIONES DE VIDA
... en un espacio público abierto (sin ningún domicilio)	1	VIVIR EN LA CALLE
... en albergues de noche (sólo varias horas por día)	2	
... en centros de acogida o refugios permanentes (mujeres maltratadas....)	3	ESTAR SIN CASA
... en centros de alojamiento temporales o transitorios (demandantes de asilo...)	4	
... en instituciones (prisión, centros sanitarios...) que deben dejar en un plazo concreto, sin casa a la salida	5	
... en viviendas tuteladas, condicionadas al acompañamiento	6	
... en locales inhabitables, ‘okupados’	7	ALOJAMIENTO PRECARIO E INADECUADO
... en pensiones baratas e ínfimas	8	
... habiendo recibido una orden de expulsión	9	ALOJAMIENTO PRECARIO
... temporalmente en casa de familiares o amigos (sin elección)	10	
... bajo la amenaza de violencia (de la pareja o de la familia)	11	
... en un domicilio sin contrato de alquiler regularizado	12	
... en una estructura temporal o refugio improvisado	13	ALOJAMIENTO INADECUADO
... en caravana o casa móvil, en emplazamiento ilegal	14	
... en vivienda declarada inhabitable por la autoridad competente	15	
... en alto grado de hacinamiento, según la definición oficial de cada país.	16	

El perfil de estas personas se centra aproximadamente en estos 7 grandes grupos:

1. **Personas que proceden de ambientes vulnerables** y aquellas que llevan ya muchos años en la calle y presentan deterioro físico y psicológico importante; en ocasiones residen en infraviviendas, habitaciones de alquiler, pensiones... con adiciones al alcohol u otras drogas y generalmente vinculados a una determinada ciudad.

La **tendencia** con respecto a este perfil es la situación cada vez más cronificada, de más desarraigo, y más grave deterioro.

2. **Personas de vida itinerante**, generalmente con muchos años en esta situación, que han roto su vinculación familiar, social y geográfica, que hacen uso de recursos de tipo asistencial y presentan muchas dificultades para iniciar un proceso de arraigo social.

La **tendencia** de este grupo es la cronificación y deterioro de la persona.

3. **Personas con dependencias a sustancias adictivas y consumo activo**. Existe un número significativo de drogodependientes en tratamientos ambulatorios, con consumos esporádicos, sin recursos económicos.

Las nuevas tendencias con respecto a este perfil están generando problemas de poli-toxicomanías y patologías duales en la población joven.

4. **Personas procedentes de medios institucionalizados**, especialmente, el caso de jóvenes entre los 18 y 22 años que proceden de instituciones de protección de menores y que carecen de redes de apoyo familiar.

La tendencia es que cada vez son más jóvenes y están más deteriorados, en su mayoría con problemas de droga.

5. **Inmigrantes con dificultades para regularizar administrativamente su situación** por la complejidad legal, que acuden a los recursos para personas sin hogar y cuya integración resulta muy difícil por su situación legal.

La tendencia con respecto a este grupo es el aumento de inmigrantes carentes de permisos de trabajo y residencia. Sin embargo tienen en general buena motivación para la inserción laboral y buena preparación en muchos casos.

6. **Personas con serios y graves problemas de salud mental**. Cada vez un número mayor de personas con esta patología cronificada, abocados a estar en la calle sin tratamiento ni seguimiento profesional y sin apoyos familiares.

La tendencia es que cada vez existen más personas con este tipo de patología, sin existir recursos o dispositivos alternativos para dar respuesta a estas situaciones.

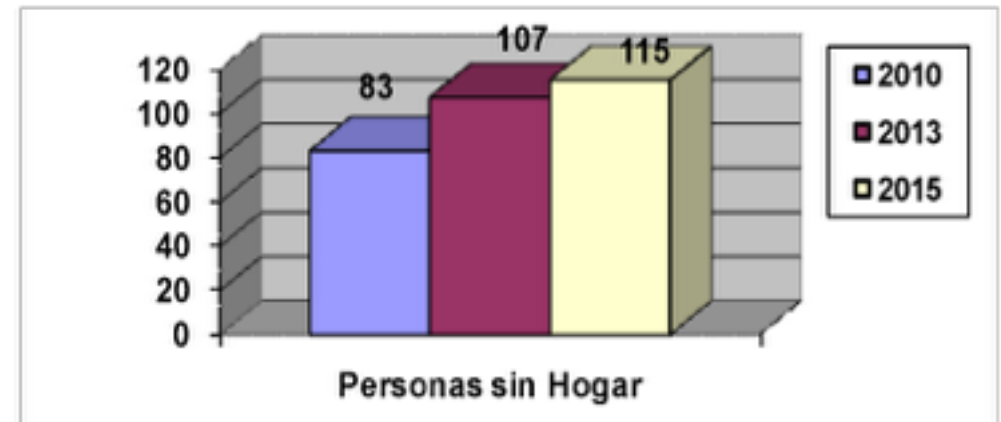
7. **Aumento en la feminización del colectivo** afectado debido a problemas laborales, toxicomanías, malos tratos, separaciones y rupturas.

La tendencia es que cada vez existen más parejas rotas, debido a los nuevos cambios sociales de una nueva concepción de la familia.

### 3. Datos extraídos del censo del 2015 sobre el total de los encuestados en Cádiz capital

Al no tener un estudio de las personas que duermen exclusivamente en el barrio de La Viña, más el hecho de ser un colectivo de alta movilidad y al encontrarse los recursos específicos más importantes en dicho barrio, los datos realizados en este censo muestran la realidad de la ciudad de la misma forma que la realidad de las personas que pernoctan en el barrio de La Viña y alrededores.

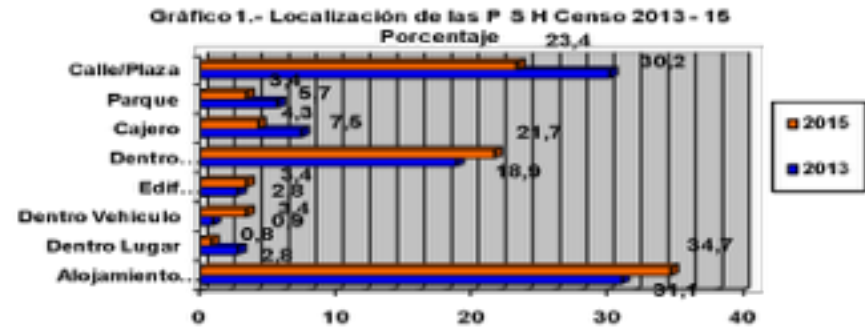
El recuento de personas en esta situación se centró exclusivamente en la categoría nº 1 de la tipología ETHOS (vivir en un espacio público o albergue y/o forzado a pasar el día en un espacio público) dando los siguientes resultados que a continuación exponemos sobre las **115 personas sin hogar que se contabilizaron ese día**, el 5 de noviembre de 2015. Este es un número aproximado al número de personas que viven en situación de calle, no se contabiliza toda la realidad al completo debido a que existe un alto número de personas que duermen en edificios vacíos, okupados o que ese día no pudieron ser entrevistadas por diferentes cuestiones. No obstante, es un dato riguroso que analiza fielmente el número aproximado de personas en situación de sinhogarismo.



En el anterior censo del 2013 fueron localizadas 107 personas y en el primero que se realizó en el 2010 se hallaron 83 personas. La evolución es claramente al alza en estos últimos años, sobre todo, después de que se fuera manifestando en la realidad cotidiana el impacto de la crisis económica que había empezado en el año 2008.

Localización:

Esta variable hace referencia al lugar donde se encontró al/la entrevistado/a y el lugar donde estaba o iba a pernoctar esa noche. De un total de 115 personas entrevistadas, dos tercios, (el 60,8%) se disponía a dormir en la calle o en un alojamiento de fortuna (puentes, túneles, coches, cajeros, etc.) y más de un tercio (el 34,7%) en un alojamiento de emergencia, un albergue.



Sexo

La mayoría de las personas sin hogar son hombres, casi 8 de cada 10. Por lo que el perfil es mayoritario de hombres que de mujeres. Éstas se suelen mover en torno al 10%.



es mayoritario de

Edad Máxima	Edad Mínima	Mediana	Moda	Edad Media
68 años	25 años	48 años	46 años	47,3 años

Edad

La edad media del recuento en Cádiz es alta, por encima de los 47 años.

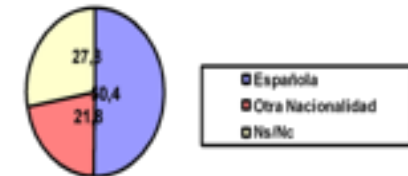
### Nacionalidad, procedencia

Hay predominio de españoles en la calle pero el grupo de extranjeros es considerable.

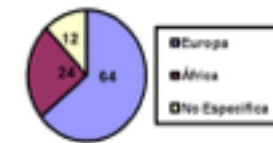
Por zonas geográficas, la mayoría son europeos, seguido por los africanos. Los extranjeros representan el 20% de los encuestados. Los foráneos se reparten en un total de 10 nacionalidades. Los más representativos son los rumanos y los marroquíes y es proporcional con las comunidades de inmigrantes más numerosas a nivel nacional.

El mayor **porcentaje de personas sin hogar son de Cádiz (27,8%)**. Más del 10% son andaluces de fuera de Cádiz, y el resto de otras zonas del territorio nacional. De los datos se desprende que la ubicación de las personas sin hogar tiene un marcado componente geográfico. Es congruente con los movimientos migratorios que están relacionados inversamente a la distancia, es mayor distancia menores movimientos.

Nacionalidad de los encuestados. Porcentaje



Por continentes. Porcentajes

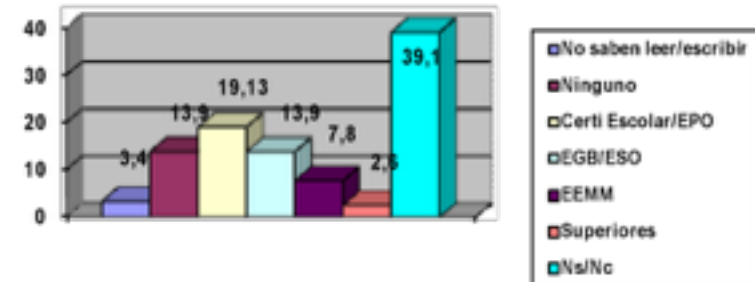


decir, a

### Nivel de estudios

Destaca que entre las personas entrevistadas los niveles de estudios terminados son bajos. El 50% total de las personas que han respondido (70 cuestionarios) llegan hasta la antigua EGB o lo que actualmente sería su equivalente la ESO. Por encima de este nivel, enseñanzas medias y universitarias, sólo se halla algo más del 10%, como muestra el gráfico.

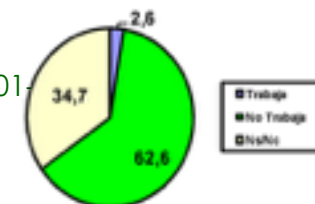
Estudios Terminados. Porcentaje



### Trabajo

La mayoría de PSH no posee trabajo y su permanencia en situación de desempleo suele ser muy

**Colegio Profesional de Trabajo Social de Cádiz.** C/Ancha, nº6, 3º. CP.: 11001. Telf.: 956275601  
cadiz@cgtrabajosocial.es www.cadiztrabajosocial.es

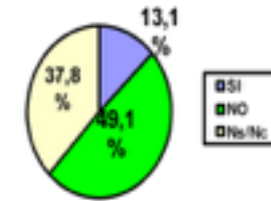




dilatada en el tiempo. Sólo algo más del 2% realiza algún tipo de trabajo remunerado.

La media de tiempo en el paro es de 5 años. De las encuestas realizadas el 80% de la muestra llevan más de 12 meses en paro y el 20% su desempleo se alarga a más de 8 años en dicha situación.

Los trabajos para los que han sido empleados cuando han trabajado han sido, en mayor medida, sectores extensivos en mano de obra pero de baja cualificación, como son la hostelería y la construcción. Entre los dos acumulan cerca del 50% de las respuestas. A distancia le siguen lo relacionado con el sector marítimo, con un 12,3%, y con las labores de mantenimiento y reparación, con un 7,6%.

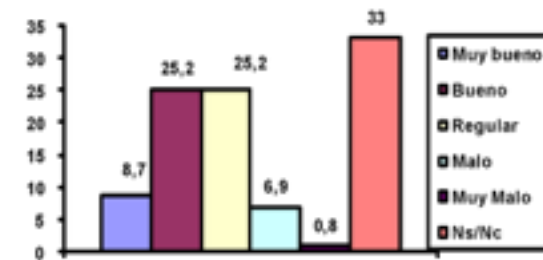


### Percepción económica

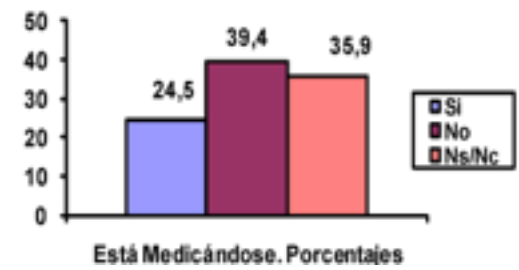
Del 13% que recibe prestación se reparte entre: el 4% que recibe la Renta Activa de Inserción (RAI), el 7% que tiene una Pensión No Contributiva (PNC) y cerca del 2% que percibe una pensión de jubilación.

### Salud

De las personas que contestaron en la encuesta que consideran su salud Regular, Mala o Muy Mala, se les pedía que identificaran cuál era la causa de su estado de salud. De las 32 razones que mencionaron, **una de cada tres estaba relacionada con la salud mental**. Entre los síntomas que alegaron para describir su malestar estaban: la depresión, la ansiedad, insomnio, nervios o, genéricamente, problemas mentales. La segunda explicación que más se repetía era ser portador del VIH. La lista de dolencias comprenden las siguientes causas:



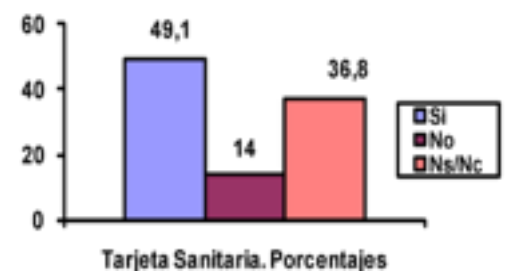
- Agotamiento
- Alcoholismo y consumo de sustancias adictivas
- Asma
- Cáncer de médula
- Problemas de corazón
- Problemas graves de salud bucal (generalizado)
- Desviación de espalda
- Diabetes
- Epilepsia
- Hernias
- No tener medicación
- Problemas oculares/visión
- Problemas circulatorios
- Problemas óseos y musculares
- Problemas pulmonares
- Problemas de estómago



- Cirrosis
- ....

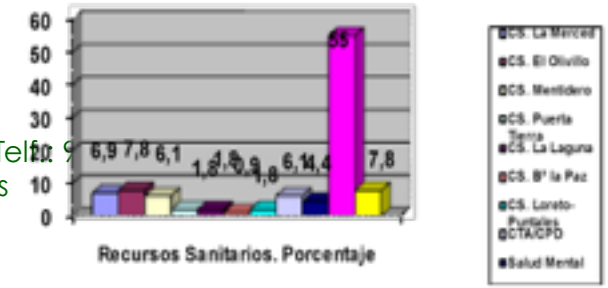
**MEDICACIÓN:** Sólo una cuarta parte de los encuestados está recibiendo medicación. Se plantea un problema grave para esta población ya que los síntomas que han descrito son en su mayoría graves. La vida en la calle y los graves problemas de salud que padecen son las explicaciones más contundentes del gran deterioro que suelen sufrir las personas sin hogar.

**TARJETA SANITARIA:** tienen tarjeta sanitaria la mitad de los encuestados y un 14% no. Hay un porcentaje alto de No Respuesta, cerca del 37%.



la tiene.

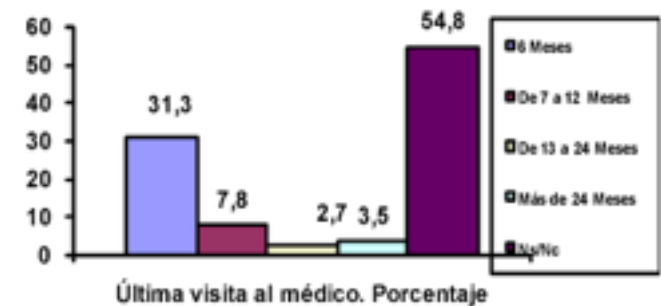
**RECURSOS SANITARIOS UTILIZADOS:** Los recursos sanitarios que más frecuentan centros de salud y en especial el **centro de salud El Olivillo**, debido a que la mayoría para poder acceder a estos deben poner la dirección del albergue municipal para poder ser atendidos, el cual se encuentra en La viña. La respuesta Otros, la mayoría hace referencia



son los

al Hospital Puerta del Mar que se sitúa en igual porcentaje que el centro de salud de El Olivillo. Los recursos de Salud Mental y CTA les siguen en porcentaje, lo que hace relación al tipo de enfermedades o circunstancias a las que hace referencia, no obstante el uso de estos recursos es bajo.

**ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO:** Según las respuestas, han visitado el médico, más o menos la mitad. La otra mitad no ha respondido. De las 52 personas que contestaron, un tercio lo hizo dentro de los últimos 6 meses. Cerca del 40% fue a consulta en el último año. La media de meses en acudir se sitúa cerca de los 10 meses. Resulta llamativo que la escasa asistencia médica de estas personas, más teniendo en cuenta su edad y su deterioro físico. La falta de control médico es otra causa que provoca deterioro en la salud de las personas que viven en la calle.



Para más profundización y complementación de estos y otros datos se pueden consultar el censo municipal del 2015 ([enlace](#))

#### 4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN MATERIA DE SALUD INTEGRAL

##### ***LA CALLE MATA: LAS PERSONAS SIN HOGAR NO DISFRUTAN DE SALUD FÍSICA, MENTAL NI SOCIAL***

Los datos e información disponibles sobre las personas en situación de sin hogar, tanto en la ciudad de Cádiz como en el propio barrio de la Viña, son insuficientes, limitados o parciales y muy localizados en el espacio y el tiempo lo cual dificulta conocer su perfil socio demográfico.

La carencia de datos suele suplirse con el mantenimiento de tópicos sobre las personas que están en esa situación. Tópicos en su mayoría estigmatizantes, que cuando se manejan a nivel coloquial, lejos de acertar en las interconexiones de causas y efectos de esta forma de manifestación de la exclusión social, se conforman como un ruido altamente peligroso que frecuentemente distorsionan la comprensión del fenómeno. En el peor de los casos incluso afecta a la integridad física de las personas que se hallan en esta situación.

Es por ello que nos remitimos también a datos empíricos e informes realizados por fuentes fiables tanto públicas como privadas que han realizado estudios en el territorio andaluz o nacional, los cuales son totalmente extrapolables a la realidad del barrio de la viña, ya que esta información no responde a la realidad de un barrio en concreto sino a un fenómeno social globalizado como es el sinhogarismo.

Por otra parte, queremos resaltar la inexistencia en la ciudad de Cádiz de equipos de calles socio-sanitarios profesionalizados, más allá de entidades sociales voluntarias que trabajan tanto en el barrio de La Viña como en toda la ciudad. Las situaciones sociales y la salud en general de este colectivo constituyen unas de sus mayores necesidades sentidas, demandadas o no. Estos aspectos, junto con la carencia de recursos especializados, dificultan la posibilidad de una intervención sociosanitaria integral de calidad desde la calle, dónde se encuentran la mayor parte de personas afectadas.

En lo relativo a la salud de la persona, el simple hecho de tener o poder acceder a diagnósticos fiables, recibir atención médica de calidad, poder cumplir con los tratamientos, trabajar la prevención sanitaria o poder llevar un seguimiento adecuado a sus enfermedades son grandes dificultades para que estas personas tengan un nivel de salud adecuado. Hay que tener en cuenta que este grupo de personas no suelen acudir por su propia voluntad debido a sus circunstancias personales y por el hecho de vivir en la calle hace que pierdan sus propias habilidades para el autocuidado. Otros de los factores son los impedimentos al empadronamiento y, como consecuencia, la obtención de la tarjeta sanitaria que da derecho al acceso al sistema sanitario.

Entendemos pues, que estas personas sufren y padecen no solamente una exclusión severa, sino que se encuentran **solas** por la propia dejadez y “maltrato” institucional al no intervenir y prevenir esta realidad con recursos públicos y desde criterios de dignidad y calidad de la intervención necesaria para ello.

A continuación, exponemos algunos de los datos de esos informes a los que se ha hecho referencia:

[ESTRATEGIA NACIONAL PARA LAS PSH 2015-2020 QUE PRETENDE MARCAR LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN EN ESPAÑA, ESTA FUE APROBADA POR ACUERDO DE CONSEJO DE MINISTROS DE 6 DE NOVIEMBRE 2015 \(Datos nacionales, se adjunta Estrategia\)](#)

Fuente: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>

La Estrategia Nacional Integral para las Personas Sin Hogar 2015-2020 (ENI-PSH) es el instrumento que propone el Gobierno para dar respuesta a la situación de estas personas y crear un marco integral de actuación con este colectivo. Las condiciones que sufren las personas sin hogar constituyen probablemente el peor rostro de la exclusión social en nuestro país y, además, el más visible. No obstante dicha visibilidad, el sinhogarismo es uno de los fenómenos peores conocidos y que ha adolecido de falta de políticas integrales en su intervención. La ENI-PSH es un marco de enfoque, método y acción compartido, en cooperación con el conjunto de las comunidades autónomas, entidades locales y entidades del tercer sector, en cuya elaboración se ha consultado, también, a personas sin hogar.

Existe una gran carencia de datos e información relativa a este fenómeno, pero analizando las encuestas del INE junto con otras fuentes

significativas como son los diversos recuentos nocturnos y otros estudios españoles y europeos, es posible aventurar cuáles son las características y tendencias más relevantes que perfilan la situación de las personas sin hogar en España y que constituyen el marco en el que se inserta esta Estrategia.

**1. Aumenta el número total de personas sin hogar en España así como el número de personas que pernocta en espacios públicos.**

- El contexto de la grave crisis económica ha creado unas condiciones que favorecen el aumento de personas sin hogar. El Observatorio Europeo de Sinhogarismo (EOH) de la Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) hizo público a finales de 2014 un documento en que estimaba las tendencias en la Unión Europea.
- El número total de PSH en España estaría aproximadamente entre 25.000 y 30.000 personas, estimación que puede tomarse como referencia junto con otras valoraciones. Si se considerara que hay un 10% de personas sin hogar durmiendo en espacios públicos que no son localizadas por los recuentos, se estaría en un intervalo de 30.250 a 36.300 personas sin hogar, con una media de aproximada de 33.000 personas.

**2. Más jóvenes y más mayores sin hogar: aumenta el número de personas jóvenes en la calle y también los mayores de 45 años sin hogar.**

- En Europa el Observatorio Europeo de Sinhogarismo detecta un incremento de jóvenes que caen en esta situación. Los datos en España –con las limitaciones expuestas- muestran también que los jóvenes sin hogar aumentan en calle aunque disminuyen como usuarios de centros asistenciales.

**3. Aumenta la proporción de mujeres sin hogar especialmente entre los jóvenes.**

**4. Menor presencia de ciudadanos europeos entre el contingente de extranjeros sin hogar y aumento de los no europeos.**

**5. Aumento del sinhogarismo por impagos, pérdida de vivienda y desempleo.**

- La encuesta a PSH de 2012 pone de manifiesto el aumento de las personas sin hogar como consecuencia de la pérdida de su vivienda por diferentes causas, la pérdida de trabajo y la imposibilidad de pagar su alojamiento. Entre 2005 y 2012, las personas que no pudieron mantener el pago de su vivienda aumentaron en un 58%, los que están sin hogar como consecuencia de la pérdida de la vivienda se incrementaron el 38% y los que atribuyen su situación a la pérdida de empleo aumentaron un 35%. Otra causa que se apunta significativamente es la de que alguien se quedó sin hogar al no poder prorrogar más el alquiler de una vivienda.

**6. Mayor cronificación de las situaciones de sinhogarismo y de la búsqueda de empleo.**

- Las encuestas del INE permiten conocer cuánto llevan las personas sin alojamiento propio. La evolución entre 2005 y 2012 aporta un aumento de la cronificación.

#### **7. Fuentes de ingresos para las personas sin hogar.**

- Las fuentes de ingresos han variado sustancialmente desde 2005 a 2012. En 2005, el 27,3% de las PSH tenía como principal fuente de ingresos la derivada de su propio trabajo. Como consecuencia de la crisis económica, el trabajo de las PSH se redujo exactamente a la mitad y sólo permitía vivir al 13% y de una manera más intensa entre las PSH que ejercían trabajos sin ninguna cualificación.
- La encuesta del INE recoge que aumentó en más del 97% el número de PSH que carecen de cualquier tipo ingreso (ni siquiera prestaciones ni ayudas de ningún tipo): eran el 0,6% las PSH en 2005 y el 19,6% en 2012. Por su parte, aumentaron el 80% las ayudas proporcionadas por las ONG (un 1,5% de PSH tenían en ellas su principal fuente de ingresos y en 2012 era el 7,5%) y el 47% las prestaciones públicas procedentes de Rentas Mínimas, prestaciones de desempleo, pensiones u otras prestaciones.
- Los extranjeros sin hogar en España también se encuentran en situación diferente a la de quienes tienen la nacionalidad española.

#### **8. Tendencia a un mayor uso de pisos y pensiones en relación a quienes solicitan acudir a dormir en centros.**

- Al observar la evolución de la pernoctación, se ponen de manifiesto las siguientes tendencias entre 2005 y 2012: aumenta el alojamiento en pisos y pensiones, y disminuye el porcentaje de encuestados por el INE que duermen en lugares imprevistos del espacio público o lugares de fortuna. En cambio, el alojamiento en albergues o residencias para PSH aumenta del 38,6% al 43,2%.
- Las tendencias de alojamiento además de mostrar un aumento en el uso de pisos y pensiones ponen de manifiesto que se incrementa un 18% la proporción de personas que manifiestan no querer refugiarse en centros. Las razones son cada vez más desconocidas pero apuntan mayoritariamente a su desconfianza respecto a las personas que allí pernoctan. Entre las PSH encuestadas por el INE, la mitad porcentual de jóvenes deja de pernoctar en espacios públicos y en cambio un tercio de mayores sin hogar deja los alojamientos colectivos y se triplica su presencia durmiendo en espacios públicos.

#### **9. Situación sanitaria de las personas sin hogar.**

- Se puede distinguir dos aspectos diferenciados: la situación administrativa y la salud, objetiva y subjetiva, de las personas sin hogar. En relación con el primer aspecto, se aprecia una mejora en cuanto al acceso a la atención sanitaria. De 2005 a 2012 aumentó la proporción de personas sin hogar que estaban empadronadas y tenían la tarjeta sanitaria que daba acceso a los servicios sanitarios. Por lo que respecta a la percepción subjetiva de su salud, se han contraído las situaciones extremas: son menos los que consideran que su salud es muy buena (del 19,2% en 2005 al 16,9% en 2012) y también quienes juzgan que es muy mala (bajó al a mitad, del 6,9% al 3,2%). A la vez, se detectó descenso de los consumos de alcohol y drogas y son más los que perciben que tienen buena salud.

- Donde sí se advierten cambios profundos es en el consumo de alcohol y drogas, que de acuerdo con la encuesta de personas sin hogar del INE de 2005 y 2012, descendieron con carácter general. Subió un 27% el grupo de quienes no consumen nunca alcohol. El fuerte impacto del descenso en uso de alcohol y el más moderado en consumo de drogas, hace que aumente un cuarto el colectivo de PSH que no consume alcohol ni tampoco drogas.
- Lamentablemente, no existen datos para conocer cuál es la **mortalidad y morbilidad** asociada a las personas sin hogar en España, pero en los últimos años ha habido estudios en diversos países que permiten formarse una idea aproximada (Hibbs et al., 1994; Hwang et al., 1997; Barrow et al., 1999; Cheung & Hwang, 2004; O'Connell, 2005; Morrison, 2009) 13. Las conclusiones principales son las siguientes: (a) Existe una persistente relación entre la carencia de vivienda y el aumento de mortalidad. (b) Las personas sin hogar tienen una mortalidad entre 3 y 4 veces superior al de la población general.

#### 10. **Personas sin hogar con rasgos demográficos cada vez más similares a cualquier persona “integrada” en la sociedad.**

- Esta última tendencia, añadida a todas las anteriores, permite concluir ya que en 2012, el conjunto de personas sin hogar muestra características más similares a la media del conjunto de la población.

#### 11. **Personas sin hogar más familiares.**

- Entre 2005 y 2012 ha aumentado un 20% el porcentaje de PSH que tienen pareja y también, aunque ligeramente, las que tienen hijos: en 2012, se puede decir, que la mitad de las personas sin hogar tienen pareja y tienen hijos. Este incremento se debe en mayor medida a los varones extranjeros no europeos que están en esa situación.
- También se advierte una mayor intensidad de vinculación familiar cuando se observa la frecuencia de los contactos con sus parientes. Aumentó el porcentaje de PSH que en el último mes en que les encuestaron habían estado en contacto con sus familiares (con todos sus familiares excepto con su padre).

#### 12. **Mejor valoración subjetiva de los servicios para PSH, mayor contacto con profesionales sociales en pisos y pensiones y menor entre quienes pernoctan en calle.**

- El aumento de contacto con profesionales se debe a su presencia en centros de alojamiento; por el contrario, hay un tercio menos de PSH en calle que han tenido contacto con profesionales de lo social. Se observa mucho menor contacto con profesionales entre quienes duermen en espacios públicos o alojamiento de fortuna.

#### 13. **Tendencia a más agresiones y delitos contra personas sin hogar, especialmente jóvenes y mujeres.**

- Al comparar los datos de las encuestas del INE respecto a agresiones, se advierte un aumento generalizado entre 2005 y 2012. En ese periodo, el porcentaje de personas sin hogar agredidas ha aumentado el 36% (del 26,2% al 40,8%), hay un 35% más de PSH que han sido robadas (del 40,3% al 61,8%), un 37% más ha sufrido agresiones sexuales (del 3,5% al 5,6%), un 33% más ha sido timado (del 19% al 28,3%) y un 36% más ha recibido insultos o amenazas (del 41,9% al 65,4%).
- Anualmente se producen en España 85 muertes de personas sin hogar recogidas en la prensa, tal y como contabilizó la Fundación Mambré15, y se estima además que la cifra real puede ser el doble ya que gran parte de los incidentes permanecen ocultos o su apariencia no suscita la atención de los medios. El 73% de esas muertes sucedieron en espacios públicos, lo cual arroja un dato llamativo: cada 6 días una persona sin hogar muere en un espacio público de España.

#### 14. Aumento de los recursos para atender a personas sin hogar pero disminución del porcentaje de personas sin hogar al que se logra atender.

- Siete de cada diez centros privados tienen en la financiación pública su fuente única, mayoritaria o prioritaria. En su conjunto, el 69% de los 794 centros son de titularidad privada pero dos tercios (66%) de los centros privados se financian total o mayoritariamente con fondos de la Administración pública (el 21% únicamente y el 45% de forma mayoritaria). Otro 3,4% tiene los fondos de la Administración como fuente prioritaria de financiación. El 21,2% de los centros privados se financian única o mayoritariamente por sus propios medios (el 4,2% únicamente con ellos y el 17% mayoritariamente). A pesar de la inversión pública y privada los resultados de inclusión real de estas personas son muy escasos en comparación con la inversión. Por lo que la eficacia de esta inversión se encuentra en entredicho.

#### CÁRITAS Española. Campaña NADIE SIN SALUD 2013 (enlace):

- Los problemas de salud pueden provocar la exclusión (causa), o aparecer después (efecto). En ambos casos, las personas en situación de sin hogar ven **reducida su esperanza media de vida en 25 años** respecto al resto de la población.
- **Especial relevancia de la enfermedad mental en las personas en situación de sin hogar (30%).**
- El estigma y la discriminación que sufren las personas sin hogar en razón de sus enfermedades, los convierten frente a la sociedad en 'personas indignas'. **La discriminación que sufren les limita el acceso al derecho de salud.**
- **El 15%** de las PSH tiene alguna **discapacidad reconocida.**
- El **16,2%** de la PSH están **casadas o tienen pareja.** El **28%** están **separadas o divorciadas,** el **51,7%** **solteras** y el **3,9%** **son viudas.**
- **El 51%** de las personas sin hogar **ha sido víctimas de algún delito o agresiones:** insultos y amenazas, robos y agresiones.



**GRUPO DE EXPERTA Y DE EXPERTOS EN LA ATENCIÓN DE LAS PSH EN ANDALUCÍA. CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. 2011. ([enlace](#)).**

- El grupo de PSH **presenta más problemas de salud físicos que la población en general** debido a una dieta deficiente y a la falta de alojamiento, así como a una atención médica y farmacológica muy deficiente.
  - **Atención socio-sanitaria** Las PSH tienen una significativa menor esperanza de vida que la población general. Los problemas de salud que presentan generalmente son múltiples y complejos y pueden ser causa y/o consecuencia de su situación. Las PSH están más expuestas, son más vulnerables por sus hábitos y condiciones de vida (falta de alojamiento, mala nutrición, ausencia de medidas de higiene, etc.), pueden incluso fallecer por razones tan evitables como la hipotermia. Sus problemas de salud tienden a cronificarse por las circunstancias adversas mantenidas y por las dificultades de acceso al sistema sanitario. Frecuentemente sufren problemas concomitantes, enfermedades físicas, problemas de salud mental más o menos severos y problemas relacionados con el abuso de sustancias que normalmente generan algún grado de discapacidad.
- ✓ Un problema añadido es la carencia de documentación sanitaria y la no adscripción a un centro de atención primaria, casi el **70% de la población en situación de sin hogar** se encuentra en esta situación, por lo que las urgencias hospitalarias se convierten en el único recurso al que pueden ir a solicitar atención sanitaria. Como media, acuden a urgencias cada seis semanas, la mayor parte de las veces, para consultas que se podrían resolver en atención primaria.
  - ✓ Esta situación conlleva un escaso seguimiento de las enfermedades y de los tratamientos, sus condiciones de vida dificultan poder tomar la medicación prescrita, seguir unas normas básicas de alimentación e higiene, e imposibilita, en muchas ocasiones, el acceso a los medicamentos, que han de comprar.
  - ✓ **BARRERAS ENCONTRADAS:**
    - **En el sistema sanitario:** servicios burocráticos y rígidos, no adaptados a las necesidades de las personas que carecen de domicilio y documentación sanitaria. Se carece de la coordinación adecuada para el seguimiento y continuidad en los cuidados, después de haber recibido un alta hospitalaria vuelven a la calle, careciéndose de recursos intermedios de carácter sociosanitario donde realizar una recuperación, en muchos tratamientos es una premisa básica disponer de un alojamiento, una adecuada alimentación e higiene, carecer de ello supone que la persona recaiga y la enfermedad se cronifique.
    - **En los profesionales sanitarios:** se discrimina a las personas por su aspecto físico, negándose, en muchos casos, la asistencia, se pone como excusa un prejuicio muy generalizado, creer que se utilizan los servicios sanitarios para el aseo, alimentación y alojamiento. El profesional sanitario desconoce a la población en situación de exclusión social.
    - **En las propias personas que se encuentran en situación de calle:** ya que en muchas ocasiones, el consumo de tóxicos dificulta la atención, realizan la demanda de forma inadecuada, lo que genera tensiones durante la asistencia, las experiencias

negativas anteriores hacen que no vuelvan a acudir, que desconfíen de las instituciones y profesionales sanitarios. Las personas en situación de exclusión social minimizan los problemas de salud, tienen escasa conciencia de enfermedad y mala adherencia a los tratamientos.

- **Atención a la Salud Mental:** Cuando se ha utilizado la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) como metodología diagnóstica, los resultados tienden a unificarse y se puede decir que en torno a un **30% de la población en situación de sin hogar sufre un Trastorno Mental Grave**, cifra que se incrementa considerablemente si se considera cualquier otro tipo de trastorno mental. Es fácil que aparezcan cuadros depresivos y ansiosos por el simple hecho de la dureza de vivir en la calle, por todo lo que significa tener la incertidumbre, todos los días, de si va a poder comer, donde va a poder refugiarse para dormir sin ser agredido y, en el caso de las mujeres, si va a sufrir una violación.

✓ Dos hipótesis vienen a avalar la alta concentración de trastornos mentales en la población en situación de exclusión:

1. La de la selección social, válida para explicar por qué los Trastornos Mentales Graves, como es la esquizofrenia, tienden a darse más en los sectores socialmente excluidos, la exclusión social no es la causa sino el resultado de un proceso, debido al deterioro cognitivo progresivo que la enfermedad genera en la persona, la falta de motivación, un empobrecimiento generalizado que dificulta el mantenimiento de lazos familiares, del empleo, de relaciones sociales, derivando la persona a situaciones de exclusión a medida que la enfermedad progresa. Mientras que la esquizofrenia tiene una prevalencia de un 1% en la población en general, en las PSH es de un 10%.
  2. La causa social vendría a explicar las patologías menores como los cuadros depresivos y ansiosos, que podrían elevar los trastornos mentales en la población en situación de exclusión social, en algunos estudios, hasta el 80%.
- **Atención a los problemas de drogodependencias y adicciones.** Muchas de las PSH presentan dependencia a una o varias sustancias tóxicas y/ o padecen otro tipo de adicciones. La adicción puede ser tanto la causa del inicio del proceso de exclusión social, como una de sus consecuencias. Estas personas sufren una doble estigmatización, por el hecho de encontrarse en la calle y por tener un problema de dependencia, siendo en muchos casos los más excluidos dentro de los excluidos.

Tanto es así, que frecuentemente son rechazados por los propios servicios “normalizados” de atención a las PSH, al no poder asumir, por sus problemas de dependencia, los requisitos de funcionamiento que se imponen, entre ellos la abstinencia. El consumo de sustancias tóxicas, además de los efectos sobre la vida social, tiene un gran impacto sobre la salud física y mental de la persona, acentuándose por la precariedad de las condiciones de vida de la PSH. Además de las enfermedades producidas directamente por el efecto de las sustancias en el organismo (cirrosis, alteraciones cardiovasculares, úlceras, enfermedades neurológicas, etc.), las alteraciones psico-emocionales y conductuales (producidas por el consumo prolongado, síndrome de abstinencia o intoxicación aguda), las enfermedades mentales graves (producidas, desencadenadas o agravadas por los tóxicos), las prácticas no seguras en la administración de la droga o en las relaciones sexuales plantea un serio problema de salud pública dado el alto riesgo de contraer y transmitir numerosas enfermedades infecto-contagiosas como hepatitis, VIH/SIDA, etc.

- **Atención psico-social.** Uno de los principales problemas administrativos encontrados a la hora de trabajar con personas en situación sin hogar es que no suelen estar empadronados y para que una persona pueda acceder a derechos básicos que ofrece una ciudad necesita estar empadronado. Por otra parte, la soledad y la ausencia de relaciones fiables afectan a ámbitos personales muy importantes, como la autoestima, para mantener un equilibrio.
  - ✓ Cuando se habla de lo social en este informe, se refiere a los procedimientos administrativos necesarios para formar parte de la ciudadanía (tramitación DNI, pensiones, ayudas económicas, empadronamiento,...), a la cobertura de necesidades primarias, a la participación en actos/ actividades sociales (partidos de baloncesto, conciertos, visitas a museos...)
  - ✓ La atención psicológica abarca el plano puramente subjetivo: la autoestima, el autoconcepto, y la participación en el sistema relacional más cercano: aprendizaje de habilidades sociales, aprender a vivir con otros y a desarrollar actitudes compatibles con la autonomía personal y con la convivencia social.
- **Atención socio-laboral.** Cuando se habla de exclusión social, es referente a un concepto que afecta no sólo a la persona en todas sus dimensiones. Se describe como exclusión una situación concreta fruto de un proceso dinámico de acumulación, superposición, y/o combinación de diversos factores de desventaja o vulnerabilidad social que puede afectar a personas o grupos, generando una situación de imposibilidad o dificultad intensa de acceder a los mecanismos de desarrollo personal, de inserción comunitaria y a los sistemas preestablecidos de protección social. Y en este contexto de exclusión social se encuentra una característica común: **la problemática de acceso al mercado laboral de este colectivo se ve incrementada por la realidad de vivir en la calle.**

## 5. Principales factores que influyen en la Exclusión Social de las personas en situación de sin hogar en Cádiz y por ende en el barrio de la Viña

Variables y tipología para la categorización de las personas en riesgo de exclusión en la ciudad de Cádiz. (Fuente Cáritas)

INDIVIDUALES	RELACIONALES	CULTURALES	ECONÓMICO-LABORALES
--------------	--------------	------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermedad física o mental</li> <li>✓ Adicciones</li> <li>✓ Antecedentes penales</li> <li>✓ Nacionalidad</li> <li>✓ Víctima de violencia</li> <li>✓ Separaciones y divorcios</li> <li>✓ Viudedad y orfandad</li> <li>✓ Baja autoestima</li> <li>✓ Actitud pasiva y de acomodo</li> <li>✓ Pesimismo</li> <li>✓ Depresión</li> <li>✓ Motivación débil</li> <li>✓ Variables negativas de edad y sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desarraigo</li> <li>✓ Conflictos y rupturas familiares</li> <li>✓ Falta o fragilidad de redes y vínculos familiares y de amistad</li> <li>✓ Familias monoparentales</li> <li>✓ Solteros</li> <li>✓ Aislamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estigmatización</li> <li>✓ Inmigrantes económicos</li> <li>✓ Problemas culturales y lingüísticos</li> <li>✓ Analfabetismo</li> <li>✓ Baja instrucción</li> <li>✓ Falta de derechos sociales</li> <li>✓ Alienación</li> <li>✓ Individualismo negativo</li> <li>✓ Pertenencia a minorías étnicas y raciales</li> <li>✓ Racismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingresos irregulares, insuficientes o sin ingresos</li> <li>✓ Prestaciones básicas</li> <li>✓ Sin vivienda</li> <li>✓ Paro e inactividad laboral</li> <li>✓ Empleos precarios</li> <li>✓ Baja o falta de cualificación</li> </ul>
---	--	--	--

Tipología	Redes Sociales y Familiares	Recursos Económicos	Alojamiento	Tiempo en la calle	Salud
Crónicos	Inexistentes	Inexistentes, mendicidad, Prestaciones	Calle	Varios años	Muy Mala (deterioro, enfermedad mental, crónica, adicciones)
Severos	Mínimas o inexistentes	Mendicidad/ prestaciones	Calle o temporales	Entre 1 y 3 años	Mala (deterioro, crónica, adicciones)
Riesgo	Frágiles o muy frágiles	Escasos, esporádicos, prestaciones	Vivienda precaria, insegura, apoyo de reyes	Menos de un año o en riesgo inminente	Regular-buena
Nómadas	Esporádicas o coyunturales	Escasos o esporádicos	Calle o temporales	Más menos un año	Buena

## 6. CLAVES METODOLÓGICAS para el abordaje sociosanitario de las PSH:

- La intervención con personas en situación de sin hogar requiere de un cambio de concepto y de modelo de atención que pase de la asistencia, de la emergencia y sobre todo de la caridad para centrarse en una intervención integral que trabaje conjuntamente aspectos bio-psico-sociales, personalizados caso por caso y cuyo objetivos sea una verdadera integración de cada una de las personas que sufren dicha realidad.

- Para hacer frente a la exclusión social que sufren estas personas en la ciudad de Cádiz se necesita un Modelo de Actuación flexible, que se adapte a una realidad compleja y cambiante, radicalmente comunitaria, basado en la búsqueda activa, centrado en la persona, en la prevención y progresiva eliminación de las causas de la exclusión social.
- Para poder iniciar un proceso de acercamiento al modelo anteriormente esbozado, habría que realizar una serie de cambios estructurales de gran calado en las normas administrativas municipales y en los métodos de intervención que, en la actualidad, rigen la lucha por la inclusión social. Habría que adecuar los recursos de toda índole (sanitarios, sociales, formativos, laborales, residenciales...) a las necesidades de las personas destinatarias y no seguir insistiendo en que sean estas quienes se adecuen a los recursos y prestaciones que les ofrecemos.
- Además, es imprescindible desarrollar una labor de sensibilización social, que favorezca la lucha contra el estigma que sufre el colectivo de personas en situación de exclusión social. Todos estos cambios y la consiguiente dotación de recursos han de venir acompañados por la participación efectiva de las personas afectadas.
- El nuevo modelo de actuación ha de realizar una apuesta decidida por garantizar el acceso a todos los servicios de los cuales son excluidos por diversas razones. Sus actuaciones han de estar basadas en la búsqueda activa, la cercanía, la comprensión, el acompañamiento, trabajando por unir aquellos servicios, que fragmentados, son necesarios para responder a las necesidades de cada una de las personas de manera individual. Debe existir una planificación consensuada con cada una de las personas afectadas, una evaluación permanente de las actuaciones realizadas y que los servicios recibidos sean de calidad, además de garantizar una defensa activa de sus derechos y dignidad.
- La lucha contra la exclusión social, excepto la urgente y graciable, tiene escaso recorrido, hay mucho camino que recorrer, en lo teórico y en lo práctico, muchos prejuicios, modelos y métodos de trabajo que superar, no se puede obviar las experiencias, los avances y mejoras habidas, sustentadas, la mayor parte de las veces, en la voluntad de los profesionales y voluntarios. Pero aún son muchas las dificultades e insuficiencias que hay de superar:
  - La Administración Pública tiene una débil presencia, en el marco normativo y en el diseño del modelo de actuación. No existe un plan integral de atención a estas personas, el cual es una necesidad imperiosa para eliminar barreras institucionales y estructurales.
  - La escasez de recursos financieros, materiales y humanos hace que la necesidad de ampliarlos sea inminente, la atención socio-sanitaria de calidad a estas personas no está garantizada.

- o La carencia de equipos multidisciplinares y recursos integrales promocionales que trabajen desde una perspectiva interdisciplinar y que centren su intervención desde la propia calle. La atención en calle está solo en manos del voluntariado que, con muchísimo corazón y solidaridad, no cuentan con formación o coordinación, ni con recursos eficaces que ofrezcan oportunidades reales para salir de la calle. Las personas sin hogar se encuentran solas y abandonadas en la calle a su suerte, incluso muchos encuentran su muerte en ella.
- o Hay poca coordinación real y desconexión entre las instituciones y organizaciones que trabajan en el campo de la exclusión social en nuestra ciudad, cuentan con criterios muy dispares y con muy escasa formación profesional.
- o Existen múltiples barreras, en la administración, en la sociedad, en los profesionales y en las propias personas sin hogar, que dificultan el acceso a los recursos y el ejercicio de derechos.
- o El estigma social, que les sitúa como personas de “segundo orden”, convierte a estas personas en los últimos de los últimos de la sociedad gaditana lo cual hace que sufran abandono social y maltrato institucional.

## **7.- CONCLUSIONES DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR EN CÁDIZ**

1. El perfil de las PSH de Cádiz y su problemática sociosanitaria coinciden con los referentes nacionales.
2. Se estima que en Cádiz viven unas 150 PSH. Esta cifra es suficientemente importante como para considerar el sinhogarismo un problema relevante de la ciudad. No obstante, este fenómeno social debe entenderse como una realidad cualitativa más que cuantitativa.
3. Se ha constatado una tendencia ascendente en los últimos años.
4. La esperanza de vida de estas personas es mucho menor que la del resto de la población. La calle MATA.
5. Las PSH no tienen cubiertas sus necesidades más básicas, a excepción de la alimentación, para una vida digna y autónoma: vivienda, empleo, recursos económicos, redes familiares y sociales...
6. Presentan niveles bajos de salud aunque la autopercepción no es muy negativa.
7. Predominan las enfermedades y trastornos del área de la salud mental.
8. La utilización, por parte de estas personas, de los servicios socio-sanitarios específicos o normalizados es nula o muy deficiente.
9. En gran medida solo utilizan los recursos sanitarios en situaciones extremas y por la vía de urgencias.
10. Muchas de las enfermedades que sufren no son tratadas medicamente o no se cumple el seguimiento adecuado y muchas ni siquiera están diagnosticadas.
11. Al no existir un trabajo de calle profesionalizado, la atención socio-sanitaria recae en el tercer sector y en el voluntariado.

12. La soledad y el abandono son las principales características de las personas que sufren la realidad de calle.
13. La mayoría de las PSH de Cádiz viven en intramuros, aunque hay un gran porcentaje en extramuros que no usa los recursos existentes.
14. Los principales recursos especializados están ubicados en intramuros, tanto en el barrio de La Viña, como en los alrededores.
15. Estos recursos responden más al activismo social o la iniciativa privada que a las instituciones públicas.
16. Existe gran escasez de recursos y de profesionales que garanticen la atención sociosanitaria a estas personas.
17. Los recursos existentes, en su mayoría, son asistenciales y no ofrecen alternativas reales al hecho de poder salir de la calle definitivamente.
18. La mayoría de PSH no posee trabajo y su permanencia en situación de desempleo suele ser muy dilatada en el tiempo.
19. La mayoría de las PSH de Cádiz son hombres, aunque también hay presencia femenina.
20. La edad media de las PSH de Cádiz es de 47 años. El predominio de edades avanzadas aporta un factor de mayor gravedad y deterioro en términos de salud.
21. La mayor parte de las PSH de la ciudad son de Cádiz o nacionales. De los extranjeros predominan los europeos seguidos de los africanos. Destaca el marcado componente geográfico.
22. El perfil de las PSH de Cádiz se caracteriza por bajo nivel de estudios, tiempo prolongado de desempleo, escasa o nula percepción de ayudas económicas y carencia de documentación administrativa (empadronamiento y tarjeta sanitaria).

## 8.- PROPUESTAS DE ACTUACIÓN EN LA CIUDAD DE CÁDIZ

En Cádiz es necesario trabajar por instaurar el tan solicitado **Plan Municipal Integral y Operativo de Inclusión de PSH**, aprobado en Pleno Municipal en el mes de Abril de 2015, como modelo normativo municipal que ayude a superar las muchas barreras y dificultades que encontradas para poder paliar la situación de los vecinos y vecinas sin hogar.

Este Plan, entre otros objetivos, deberá intentar cumplir las líneas estratégicas aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros Español de 6 de noviembre 2015. Dicha estrategia se estructura en cinco objetivos que se enuncian a continuación, para el cumplimiento de los cuales se derivan una serie de líneas estratégicas con varias propuestas de actuación en cada una de ellas. Su enunciación aquí es una manera de apostar por una determinada línea de trabajo, de metodología y de enfoque en las políticas dirigidas a la mejora de las condiciones de vida de las personas sin hogar en España y, en lo posible, la erradicación de este fenómeno en la ciudad de Cádiz. Para complementar la información de cada una de estas líneas remitirse al siguiente link: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>

## **OBJETIVOS, LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN DE LA ESTRATEGÍA NACIONAL DE PSH**

### **OBJETIVO 1. PREVENCIÓN DEL SINHOGARISMO**

- Línea estratégica 1. Prevenir las causas del sinhogarismo en situaciones de riesgo
- Línea estratégica 2. Establecer protocolos de detección e intervención temprana de sinhogarismo.

### **OBJETIVO 2. SENSIBILIZACIÓN DE LA SOCIEDAD Y DEFENSA CONTRA LA DISCRIMINACIÓN Y LOS DELITOS DE ODIO DIRIGIDOS A LAS PERSONAS SIN HOGAR**

- Línea estratégica 3. Promover el derecho a una imagen veraz y respetuosa de las personas sin hogar
- Línea estratégica 4. Eliminar barreras que obstaculizan el acceso a los servicios y a las prestaciones sociales.
- Línea estratégica 5. Combatir la violencia ejercida contra las personas sin hogar

### **OBJETIVO 3. GARANTIZAR LA SEGURIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS SIN HOGAR**

- Línea estratégica 6. Ofrecer un sistema plural de alojamiento dirigido a que la persona pueda normalizar su vida y reincorporarse a la sociedad
- Línea estratégica 7. Aplicación del método housing first (PRIMERO VIVIENDA)
- Línea estratégica 8. Mejora de los recursos dirigidos a las personas sin hogar

### **OBJETIVO 4. RESTAURAR EL PROYECTO DE VIDA**

- Línea estratégica 9. Aplicación del método de gestión de caso
- 
- Línea estratégica 10. Mejorar la empleabilidad de las personas sin hogar



- 
- Línea estratégica 11. Establecer medidas de rearraigo en la comunidad

**OBJETIVO 5. REFORZAR EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS SIN HOGAR Y MEJORAR EL CONOCIMIENTO, EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y LA EVALUACIÓN**

- Línea estratégica 12. Reforzar el sistema público de atención a las personas sin hogar.
- Línea estratégica 13. Mejorar el conocimiento, el intercambio de información y la evaluación

**9.- RECURSOS EXISTENTES EN EL BARRIO DE LA VIÑA:**

Las personas sin hogar son muy asiduas en el barrio de La Viña debido a que algunos de los escasos recursos específicos de PSH que atienden a toda la realidad de ciudad están situados en dicho barrio. Estos son los siguientes:

<b>CENTRO DE LA ALOJAMIENTO MUNICIPAL (MEMORIA CAM)</b>		
Excmo. Ayto. de Cádiz		<b>TITULARIDAD</b>
P/ Macías Retes o Portería de Capuchinos 23		<b>DOMICILIO</b>
Recurso de alojamiento temporal y atención social municipal		<b>DESCRIPCIÓN</b>
365 días al año. 20-26 camas, ampliable en campaña de frío. Horario de 18 de la tarde a 8 de la mañana Corta estancia: 3-5 noches seguidas Media o larga estancia: anteriormente se establecía el máximo de tiempo en un año bajo criterios de valoración social y con objeto de iniciar procesos de intervención social. Posibilidades de gestión propia o en coordinación con otros recursos públicos o privados.	<b>ALOJAMIENTO</b>	<b>SERVICIOS QUE PRESTA</b>

<p>Atención individualizada municipal: Se atiende a toda la población de personas sin hogar de la ciudad según demanda, sin distinguir entre personas que están alojadas en el recurso o no.</p> <p>Personal que atiende: 1 trabajadora Social en horario de mañana. Realización de todo tipo de gestiones e intervenciones sociales y de coordinación con otros recursos para llevar a cabo una intervención lo más integral posible en base a las <b>demandas planteadas</b>: empleo, vivienda, atención sanitaria, estancias de corta y larga duración, desintoxicación, residencias de mayores, prestaciones económicas, empadronamientos, gestiones judiciales, mediación familiar, gestiones con instituciones de inmigrantes, gestiones con instituciones de jóvenes, atención específica a personas sin hogar o discapacitados, mujeres, mediación con la DMAS para objetivos varios...</p>						<b>ATENCIÓN SOCIAL</b>
Se contemplan ayudas por este concepto en base al reglamento interno y supuestos relacionados a temas judiciales, derivaciones a recursos específicos o por oferta laboral.						<b>Desplazamiento</b>
Se cubre todos los gastos de medicación que sean demandas con receta médica.						<b>Farmacia</b>
Hasta la actualidad solo se empadronaba según los criterios establecidos por reglamento interno propio del CAM, SSSS y del Censo Municipal. Actualmente se está llevando a cabo una modificación para ampliar las posibilidades de empadronamiento en base a la ley a todo el colectivo que desee y necesite de empadronamiento, debido a los problemas encontrados de este colectivo a la hora de poder acceder a sus derechos más básicos.						<b>Empadronamiento</b>
%	<b>DENEGADAS</b>	%	<b>CONCEDIDAS</b>	<b>DEMANDAS</b>	<b>DATOS CAM</b>	<b>Estadísticas de prestaciones</b>
22.3%	221	77,6%	768	989	<b>Alojamiento</b>	
00.0%	0	100%	336	336	<b>Farmacia</b>	
84.9%	90	15,1%	16	106	<b>Desplazamiento</b>	
83.7%	46	16,3%	9	55	<b>Empadronamiento</b>	

### RESUMEN INDICADORES CAM. AÑO 2015 (datos cedidos por el CAM)

TOTAL	DIC	NOV	OCT	SEP	AGO	JUL	JUN	MAY	ABR	MAR	FEB	ENE	<b>PERSONAS ATENDIDAS</b>	
1052	82	71	94	95	99	84	94	86	76	100	89	82	Nº Total Personas Atendidas	1.1.

254	5	5	29	24	27	20	22	26	21	25	24	26	Nº Personas Atendidas Sin Alojamiento	1.2.
575	26	33	50	58	53	44	52	55	48	57	51	48	Nº Demandantes de Información y/o Atención Social	1.3.
<b>ALOJAMIENTO</b>													<b>2.</b>	
808	77	66	65	71	72	64	72	60	65	75	65	56	Nº Total Alojamientos concedidos	2.1.
777	65	65	63	66	76	60	70	58	64	70	64	56	Nº Total Personas Alojadas DISTINTAS	2.2.
245	17	23	17	21	26	25	14	15	22	27	22	16	Nº Total Personas Alojadas Primera Vez	2.2.1
532	48	42	46	45	50	35	56	43	42	43	42	40	Nº Total Personas Alojadas Anteriormente	2.2.2
640	50	56	48	54	60	48	58	50	55	61	51	49	Nº Total de Hombres	2.3.
137	15	9	15	12	16	12	12	8	9	9	13	7	Nº Total de Mujeres	2.4.
15	1	1	1	1	1	2	2	2	0	1	2	1	Nº Total Parejas Alojadas	2.5.
592	51	50	53	52	58	48	56	43	48	50	40	43	Nº Total de Españoles	2.6.
185	14	15	10	14	18	12	14	15	16	20	24	13	Nº Total de Extranjeros	2.7.
<b>PERMANENCIA</b>													<b>3.</b>	
6778	598	577	584	511	502	564	588	601	562	597	533	561	Nº Total de estancias	3.1.
702	62	58	57	60	71	54	63	51	59	65	56	46	Nº Personas Corta Estancia (1 a 7 días)	3.2.
29	1	1	1	1	1	2	3	3	3	4	4	5	Nº Alojamientos Larga Estancia (Programa Luz y Sal)	3.3.
46	2	6	5	5	4	4	4	4	2	1	4	5	Nº Alojamientos Larga Estancia (CAM)	3.4.
8,79	9,2	8,87 7	9,27	7,742	6,605	9,4	8,4	10,36	8,78 1	8,529	8,32 8	10,02	Promedio Días Estancia/ Usuario	3.5.
<b>OCUPACIÓN</b>													<b>4.</b>	

18,57	19,29	19,23	18,84	17,03	16,19	18,19	19,6	19,39	18,73	19,26	19,04	18,1	Media Ocupación Diaria	4.1.
92,87 %	#####	### ##	##### #	##### #	##### #	### ###	##### #	##### #	##### #	##### #	##### #	#####	Media Ocupación Mensual	4.2.

### ASOCIACIÓN CALOR EN LA NOCHE (MEMORIA CALOR EN LA NOCHE)

Obra Social de la Salle Viña	<b>TITULARIDAD</b>
C/ Regimiento de Infantería s/n (Puerto Chico)	<b>DOMICILIO</b>
Entidad sin ánimo de lucro que ofrecer calor y acompañamiento humano a todas aquellas personas que se encuentran en situación de calle.	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Salen todos los viernes un gran grupo de voluntarios a atender a estas personas desde un trabajo de calle, ofreciéndoles calor, alimentación y enseres necesarios para pasar la noche a la intemperie. Realizan seguimientos individualizados y acompañamientos en hospitales. Dentro de los límites del barrio de La Viña atienden actualmente a unas <b>12 personas de media</b> tras el desalojo de la Caleta, ya que el número anteriormente era mayor. Esta cifra unida a zonas como San Rafael, El Balón o zona Parque Genovés se ve ampliado a unas <b>25 personas de media</b> . En época veraniega este número aumenta al igual que en el resto de la ciudad. Las zonas de La Viña y alrededores dónde duermen en grupos o siempre permanece alguien, están localizadas en escaleras y plaza de Portería de Capuchinos, bajos del balneario de la Caleta, pisos militares y paseo de Santa Bárbara. Tienen contabilizadas un total de <b>1.486 asistencias</b> en todo Cádiz Centro.	<b>SERVICIOS QUE PRESTA</b>
Realizan campañas de recogida de materiales entre otras y reparten enseres al colectivo para mejorar sus condiciones en calle (mantas, casetas, sacos de dormir...). Por otro lado cubren cierta parte de las necesidades básicas o de higiene que estas personas tienen diariamente (ropa y ropa interior, kit de higiene, zapatos, maletas...). Proporcionan otro tipo de ayudas económicas y recursos de forma individualizada o en coordinación con otros recursos.	<b>Atención en la noche y acompañamiento</b>
Poseen unas instalaciones nuevas dónde han comenzado a ofrecer diariamente los desayunos a todo el colectivo de calle. Estas dependencias se encuentran en los alrededores de La Viña. Asisten una media de 55 personas cada día, y se sirve 70 desayunos diarios aprox.	<b>Cobertura básica</b>
Ofrecen un servicio de asistencia y acompañamiento médico dos veces a la semana, gestionado por personal sanitario cualificado.	<b>Servicio de desayunos</b>
	<b>Atención médica</b>

Trabajan campañas de sensibilización en centros educativos, principalmente tienen una relación muy estrecha con el colegio de la Salle Viña de dónde nace dicha asociación.	<b>Sensibilización</b>	
<p>“El pasado mes de octubre hacíamos realidad un sueño, abrir un comedor social para que las personas sin hogar pudieran tomar nada más levantarse un buen desayuno. Algo imprescindible para toda persona. Creíamos que era necesario ya que en Cádiz esto era inexistente. ¡Y por fin se hizo realidad!. Ahora, desde la perspectiva que tenemos, nos damos cuenta cuán necesario era y es, porque nuestros usuarios no solamente van a desayunar, sino que estamos viendo cómo gozan de un rato de convivencia, hablando y comentando unos con otros. Se ven felices. Esto nos hace preguntarnos, ¿para cuándo la estancia diurna para ellos, que puedan estar y dialogar y en cierta medida retomar algo del hogar perdido? Nosotros cada día constatamos que es así. Llegamos a servir casi 70 desayunos diarios, ya que lo normal es que en muchos casos repitan hasta dos y tres veces mientras dialogan. Estamos muy contentos pero insatisfechos ya que siguen tendiendo muchas carencias. Una de las más importantes es la necesidad de unos servicios públicos, con sus imprescindibles duchas, y como ya hemos mencionado, un “hogar” donde ellos se puedan realizar como personas conviviendo unos con otros. Y no hablemos de un posible trabajo, aunque sea temporal, ya que es imprescindible para la dignidad de toda persona”</p>	<b>VALORACIÓN PROPIA DEL RECURSO</b>	

<b>COMEDOR SOCIAL VIRGEN PODEROSA (MEMORIA COMEDOR)</b>		
Hijas de la Caridad de san Vicente de Paúl		<b>TITULARIDAD</b>
C/ María Arteaga nº 23		<b>DOMICILIO</b>
Comedor Social que atiende tanto a personas sin hogar como a personas y familias con escasos recursos y necesidades específicas. Ofrece una atención personalizada e integra a aquellas personas, familias o grupos sociales que se encuentran en situación de exclusión social en la ciudad de Cádiz, dando respuestas a sus necesidades básicas, de desarrollo, de promoción e inserción a través del acompañamiento y trabajo en red con otros organismos.		<b>DESCRIPCIÓN</b>
<p><b>2.400 atenciones</b> sociales realizadas en el año. 1 Trabajadora social que realiza todo tipo de gestiones e intervenciones sociales y de coordinación con otros recursos para llevar a cabo una intervención lo más integral posible. <b>El 70% son PSH</b>, frente al 30% que pertenecen a otros grupos de riesgo: inmigrantes, desempleados de larga duración, personas sin recursos económicos, mayores con PNC</p>	<b>A c o g i d a y Atención Social</b>	<b>SERVICIOS QUE PRESTA</b>

<p>Servicio de comedor social tanto a familias como a PSH.  <b>90 Personas diarias. 70% SON PSH</b>          El comedor ofrece comida compuesta por 1º plato, 2º plato, pan, agua y postre de lunes a sábado, ofreciendo los domingos bocadillos.          Estadísticas comidas 2015</p>													<b>Comedor social</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>DIC</b>	<b>NOV</b>	<b>OCT</b>	<b>SEP</b>	<b>AGO</b>	<b>JUL</b>	<b>JUN</b>	<b>MAY</b>	<b>ABR</b>	<b>MAZ</b>	<b>FEB</b>	<b>Ene</b>		<b>MES</b>
<b>2144</b>	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144	2144		<b>COMIDAS</b>
<p><b>2.273 atenciones</b> realizadas en ropería en el 2015</p>													<b>Higiene y Ropería</b>	
<p>En el 2015 han visto reducida su capacidad de respuesta a este programa debido a la elevada demanda.          N° de procesos acompañados 2015: 27          N° de procesos finalizados: 3</p>													<b>Atención de promoción personal</b>	
<p>Sin duda el año 2015 se ha caracterizado por un notable aumento de la demanda de ayuda en alimentación por parte de las familias a las que atendemos, realidad de dificultad que cada día va más en aumento.          A su vez, las acciones realizadas reflejan cómo se inician procesos nuevos de promoción, dando continuidad y seguimiento a los ya establecidos, orientados a la formación, inserción laboral, ingreso en centros, reinserción en las familias, procesos de rehabilitación...          No resultando tarea fácil dicha labor, recogemos el año habiendo dado respuestas a muchas de las necesidades planteadas, abriendo a la vez nuevos frentes de trabajo y expectativas hacia las que orientar el trabajo futuro.</p>													<b>Valoración propia del recurso</b>	

### ASOCIACIÓN ALBERGUE HOGAR DESPERTARES (MEMORIA DESPERTARES)

Asociación Albergue Hogar Despertares	<b>TITULARIDAD</b>
SOCIAL: Avd./ Andalucía nº 64-5ª 11008; Domicilio Local Ropería; C/ Cruz s/n	<b>AD</b>
Entidad sin ánimo de lucro que atiende los sábados noche a las personas sin hogar desde la calle. Amplían sus atenciones a familias y personas sin recursos.	<b>DOMICILIO</b>
	<b>DESCRIPCIÓN</b>

Atienden a psh para la realización de gestiones e intervenciones sociales. Cuentan con una trabajadora social voluntaria para ello que realiza una labor de acompañamiento y asesoramiento para la búsqueda de recursos sociales, sanitarios y legales en colaboración con otras entidades.													<b>Atención social</b>	<b>SERVICIOS QUE PRESTA</b>
Realizan más de <b>3.915 atenciones</b> según los datos que nos han presentado, más 1.820 atenciones a personas sin recursos que no pertenecen al colectivo de calle. El <b>82% de las personas que atienden son PSH</b> , frente a un 18% que pertenecen a otros grupos de riesgo: bajos recursos, inmigrantes, desempleados...													<b>Atención en la noche y acompañamiento</b>	
<b>TOTAL</b>	DICI	NOV	OCT	SEP	AGO	JUL	JUN	MAYO	ABR	MAR	FEB	ENE	<b>Atenciones en calle 2015</b>	
<b>3.915</b>	360	350	340	290	300	310	310	310	330	330	340	345		
Disponen de un local donde reparten enseres y ropa con un total de <b>1.820 atenciones anuales</b> .													<b>Higiene y Ropería</b>	
Reparten alimentos y enseres, entre otros tipos de ayudas a personas sin hogar y personas con escasos recursos.													<b>Alimentos y otro tipo de ayudas</b>	
En el 2015 han visto reducida su capacidad de respuesta a este programa debido a la elevada demanda. Nº de procesos acompañados en 2015: <b>6</b> Nº de procesos finalizados: <b>2</b>													<b>Atención de promoción personal</b>	
En el 2015 se ha notado un aumento en la demanda de personas en situación de exclusión. Han observado un aumento el número de psh que pernoctan a la intemperie. Y de igual forma analizan un aumento en el número de familias con necesidades básicas, las cuales intentan cubrir desde la asociación en la medida de sus posibilidades.													<b>VALORACIÓN PROPIA DEL RECURSO</b>	

\* **Existen otras entidades que no teniendo sede en el barrio de La Viña, igualmente atienden en la noche en este barrio a las personas sin hogar. Estas entidades son Cruz Roja, la Ronda de los Sin techos de la Cofradía de Columna o entidades como las Mujeres de Acero entre otras que realizan una labor de ayuda individualizada a estas personas. No obstante a efectos de datos estadísticos el número de personas atendidas es prácticamente el mismo.**

**Cádiz a 7 de Noviembre de 2016**

Informe elaborado por María Jesús Romero Ruiz  
Trabajadora social y colaboradora del equipo de PSH del Plan de Salud  
Colegio Profesional de Trabajo Social de Cádiz