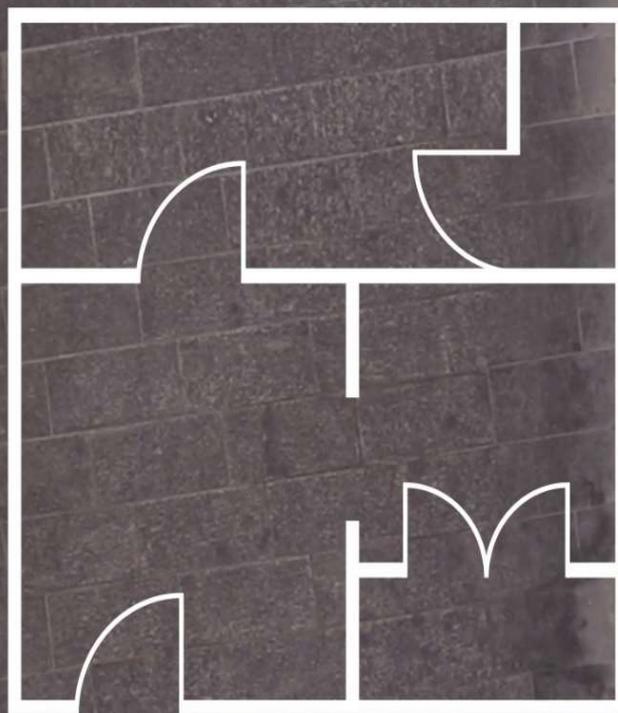


DECLARACIÓN UNIVERSAL
DE LOS DERECHOS
HUMANOS / Artículo 25

«Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure [...] la VIVIENDA, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]».



INFORME SOBRE LA SITUACIÓN
DE LAS PERSONAS SIN HOGAR CON PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL Y/O CONSUMO DE DROGAS EN VALENCIA.
ABORDAJE INTEGRADO DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.

2018-2020



Metges de Món
Comunitat Valenciana

AGRADECIMIENTOS

Desde Metges del Món Comunitat Valenciana queremos agradecer muy cordialmente el esfuerzo a todas las personas que han hecho posible la materialización de este estudio, aportando su experiencia, conocimiento, ilusión y tiempo.

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas titulares de derechos que nos han iluminado el camino, participando activamente y protagonizando este trabajo.

A todas las entidades del tercer sector, titulares de responsabilidades, que trabajan con personas sin hogar en la ciudad de Valencia, y que nos han facilitado sus espacios, así como el conocimiento y tiempo de sus profesionales.

A todas las personas con responsabilidad política, titulares de obligaciones, que nos han dado a conocer los posicionamientos y capacidades de la Administración pública, y que se enfrentan a todo lo que queda por hacer.

A las profesionales de los servicios públicos de atención social y sanitaria que atienden a titulares de derechos, recibiéndonos han mostrado su interés por hacer de sus servicios espacios de confluencia, abiertos a dar a conocer su labor y experiencia, y todas sus dificultades.

A todas las personas que a lo largo del diagnóstico han formado parte del grupo motor. Sin su implicación, ilusión y trabajo, no hubiera sido posible realizar este estudio.

A las personas voluntarias y del equipo técnico del Programa de atención de Personas sin Hogar de Metges del Món de Valencia, pues han sido facilitadores de todo este proceso.

Agradecemos de forma especial su contribución al desarrollo de toda esta investigación, así como en la elaboración del informe, al grupo IPRODES de la Universidad de Valencia, mención especial a Rafael Castelló e Inmaculada Verdeguer, que nos han acompañado y supervisado a lo largo de todo el proceso, aportando su rigor metodológico y su conocimiento sobre las Ciencias Sociales.

Muchísimas gracias a todos y todas, por su apoyo y confianza.

1. PRESENTACIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
4. ENFOQUES ESTRATÉGICOS	8
4.1. Enfoque Basado en Derechos Humanos	8
4.2. Enfoque de Género y Enfoque de Género en Salud	10
4.3. Enfoque psicosocial y de salud mental	11
5. METODOLOGÍA	12
5.1. Técnicas empleadas	13
5.2. Fases del diagnóstico.....	14
5.2.1. Primera fase. Diseño y desarrollo de las sesiones participativas de la IAP	14
5.2.2. Segunda fase. Diseño y desarrollo de las técnicas cualitativas y cuantitativas.	17
5.2.3. Cronograma según las fases del diagnóstico	19
6. MARCO LEGAL	20
6.1. Derecho a la vivienda.....	20
6.1.1 Derecho a la vivienda desde los ámbitos internacional, europeo, estatal, autonómico y local	20
6.1.2 Normativa estatal y autonómica sobre empadronamiento.....	25
6.2. Derecho a la salud y a la salud mental	25
6.3. Derecho a la igualdad de género y a una vida libre de violencia.....	30
6.4. Derecho al trabajo	36
7. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	40
7.1. PERSONAS SIN HOGAR	40
7.2. Sistema de vivienda.....	45
7.3. Sistema sanitario	49
7.4. Exclusión residencial y consecuencias para la salud	51
7.4.1. Salud mental y consumo de drogas	53
7.4.2. Sucesos vitales estresantes	56
7.4.3. Vivencias emocionales de las personas en situación de exclusión residencial.	58
7.5. Feminización de la pobreza	61
8. RESULTADOS	63

8.1. DESCRIPCIÓN DE AGENTES IMPLICADOS	63
8.1.1. Titulares de Derechos	63
8.1.2. Titulares de Responsabilidades	71
8.1.3. Titulares de Obligaciones.....	73
8.2. Análisis causal DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS	87
8.2.1. Causas inmediatas.....	92
8.2.2. Causas subyacentes.....	95
8.2.3. Causas estructurales.....	106
8.3. ANÁLISIS DE GÉNERO.....	107
8.3.1. Análisis de la situación de derechos y su interrelación.....	108
8.3.2. Análisis sobre la situación personal y relacional de las mujeres sin hogar.	111
8.3.3. Análisis causal de las vulneraciones de derechos de las mujeres.	121
Fuente: Elaboración propia	122
8.4. Análisis de papeles.	136
8.5. Análisis de capacidades.....	139
9. CONCLUSIONES	148
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
11. Anexos.....	157
11.1. Anexo I	157
11.2. Anexo II	159
11.3. Anexo III	164
11.4. Anexo IV	166
11.5. Anexo V	168
11.6. Anexo VI	169
11.7. Anexo VII.....	176
12. Acrónimos.....	185

1. PRESENTACIÓN

Médicos del Mundo es una asociación de personas voluntarias, independiente y de solidaridad internacional, con cerca de veinticinco años de presencia en la Comunidad Valenciana (Metges del Món Comunitat Valenciana), nuestro compromiso es la defensa del derecho fundamental a la salud y de una vida digna para todas las personas.

Como organización que se identifica con los valores del movimiento humanitario, nos comprometemos a ayudar a las poblaciones vulnerables, excluidas o víctimas de violencia política o catástrofe. En Valencia trabajamos con uno de los grupos en mayor situación de exclusión social de nuestra sociedad, las personas sin hogar con problemas de salud mental y/o consumo de drogas.

Con este informe hemos querido actualizar la información sobre la realidad de las personas sin hogar como titulares de derechos para revisar y reorientar nuestra intervención y establecer prioridades adecuadas a su situación, al enfoque integrado de derechos humanos y género y a las líneas estratégicas de la organización.

La metodología empleada durante este trabajo ha sido participativa. En la primera fase del diagnóstico se ha basado en el método de Investigación-Acción-Participación (IAP), y en la segunda se ha contado con métodos y técnicas de carácter cualitativo, que se han triangulado con una técnica cuantitativa. Destacar que la implicación de titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones ha sido la base de todo el proceso.

Para la supervisión externa de este diagnóstico se ha contado con la colaboración del Grupo de Investigación en Procesos de Desigualdad (IPRODES) de la Universidad de Valencia.

El Informe se estructura en cinco bloques. El primero es la parte introductoria del estudio, el porqué y para qué del trabajo realizado, los enfoques estratégicos que lo han orientado y la metodología utilizada. En el segundo se recoge de forma detallada el marco legal que ampara los derechos. El tercero es la descripción del contexto, se ofrece un análisis de la situación, aportando datos cuantitativos y cualitativos sobre la realidad de las personas sin hogar, los sistemas sanitarios y de vivienda, la exclusión residencial y el vínculo entre las mujeres y la pobreza. Los bloques cuarto y quinto son los resultados y conclusiones que se han obtenido del trabajo de estudio y diagnóstico. Los resultados se han presentado desde la visión de los agentes implicados en la

garantía de derechos (las tres titularidades), y el análisis de género, papeles y capacidades.

2. JUSTIFICACIÓN

Métges del Món Comunitat Valenciana interviene con personas sin hogar con problemas de salud mental y/o consumo de drogas desde el año 2006. Desde entonces ha habido cambios significativos tanto en la sociedad, como en la realidad de las personas sin hogar y en las prácticas de intervención de nuestra Organización.

Realizar este diagnóstico nos ha permitido actualizar la información sobre la realidad de las personas sin hogar para a su vez, reorientar nuestra intervención y elaborar una Estrategia Autonómica acorde al Enfoque de Género y Derechos Humanos y al Plan Estratégico de la Organización 2016-2022. En este Plan se recogen como ejes prioritarios de nuestra intervención, entre otros, el cambio social y la participación y protagonismo de las personas más vulnerables en los procesos de cambio.

Para conocer la situación y realizar el diagnóstico, MdM CV ha utilizado principalmente una metodología participativa desde un Enfoque Integrado de Derechos Humanos y Género (EGYBDH). En esta línea, el trabajo ha sido orientado por la Guía *“Aprender Haciendo”*. *Hacia la Aplicación de un enfoque integrado EGYBDH* de Médicos del Mundo. La elección de este método pretendía promover la participación, implicación y protagonismo de las personas sin hogar como titulares de derechos en los procesos de cambio y transformación social dirigidos a mejorar su situación y sus vidas, pasando de un papel pasivo a un rol activo en la reivindicación de los derechos.

Se consultaron los estudios disponibles sobre la realidad de las personas sin hogar en Valencia y en concreto, sobre la situación de las mujeres, llegando a la conclusión de que no existían estudios previos desde este Enfoque. Nuestra intención es incorporar esta mirada con el objetivo de trascender el enfoque de necesidades, tan arraigado en los estudios anteriores y en las intervenciones con personas sin hogar.

El Enfoque de Género nos ha dado la posibilidad de explorar la realidad de las mujeres sin hogar alejándonos de la visión androcéntrica que impera en las investigaciones sobre este ámbito, visión que en la mayoría de las ocasiones continúa identificando el sinhogarismo con la situación de sin techo, ampliamente masculinizada.

Por otro lado, integrar el Enfoque de Derechos Humanos permite no perder de vista que tanto los hombres como las mujeres deben tener las mismas posibilidades para ejercer y disfrutar de los derechos, optando a oportunidades justas que les permitan contribuir/acceder al desarrollo nacional, político, económico, social y cultural.

La incorporación de este enfoque integrado ha promovido principalmente dos procesos: por un lado, una mayor implicación y protagonismo de las personas en la identificación de las vulneraciones de derechos y por otro, el fortalecimiento de las capacidades y de la autonomía de las personas sin hogar para reconocer y reclamar los derechos que les han sido vulnerados.

Pensamos que un análisis de la realidad desde esta perspectiva nos guiará a una visión táctica que responda realmente a una intención de cambio y transformación social, identificando las causas estructurales de las situaciones de injusticia y desigualdad que afectan a las personas sin hogar con las que intervenimos. También permitirá identificar las capacidades a desarrollar tanto por las personas sin hogar como por los poderes públicos y las entidades que trabajan en el sector, para que las personas puedan acceder de forma plena a los derechos. Derechos íntimamente interrelacionados y que una vez vulnerados interfieren entre sí de forma perversa.

3. OBJETIVOS

Conocer la realidad de las personas sin hogar con problemas asociados de consumo de drogas y/o salud mental, en la ciudad de Valencia, prestando especial atención a la vulneración de los derechos relacionados con la salud, la vivienda, el trabajo y el derecho a una vida libre de violencia.

- 1) Aproximarnos al vínculo existente entre la vulneración del derecho a la vivienda, a la salud, a una vida libre de violencia y al trabajo.
- 2) Comprender la realidad de las personas sin hogar con problemas de salud mental y/o consumo de drogas.
- 3) Conocer las capacidades y la percepción de las personas titulares de derechos (TTDD), titulares de responsabilidades (TTRR) y titulares de obligaciones (TTOO) en relación a la restitución y reivindicación de los derechos vulnerados.

Cabe destacar que los derechos señalados en los objetivos surgen de las sesiones participativas realizadas en la IAP con titulares de derechos, ellos y ellas nos marcaron el camino hacia donde debía dirigirse el diagnóstico.

4. ENFOQUES ESTRATÉGICOS

Para conseguir un cambio en la sociedad y en las políticas que conduzcan a la eliminación de las causas de la vulneración de derechos de las personas sin hogar con problemas de adicciones y/o de salud mental, Metges del Món Comunitat Valenciana considera necesario trabajar desde los enfoques que mostramos a continuación, y es desde ellos desde donde hemos realizado el siguiente estudio.

4.1. ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS.

Tal y como lo define la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (2006), “el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH) es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano, centrado desde el punto de vista normativo en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto operacional en la promoción y la protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo”.

El EBDH requiere que todo el proceso de intervención (diseño, ejecución, seguimiento y evaluación) sea en sí mismo coherente con los principios de los derechos humanos, en términos de planificación esto supone que hay que garantizar que sea igualitario y que no discriminará, así como que sea participativo y transparente.

Desde este enfoque se reconoce a las personas como agentes activos en su propio desarrollo, en lugar de como receptoras pasivas o beneficiarias de bienes y servicios, la participación servirá para aumentar sus capacidades, y empoderarlas.

La participación de las titularidades implicadas: las personas sin hogar como titulares de derechos, la administración pública como titular de obligaciones y las entidades del tercer sector que trabajan con el colectivo como titulares de responsabilidades, es irrenunciable para cobrar conciencia acerca de los derechos de las personas y de las obligaciones de la Administración pública para con ellas,

En el EBDH es esencial el rol que desempeña cada una de estas titularidades:

- 1) Titulares de Derechos: El ser humano pasa de ser un sujeto de necesidades que deben ser cubiertas a ser sujeto de derechos con capacidades para ejercerlos. Es sujeto activo del desarrollo, protagonista

de los cambios y transformaciones de su comunidad. En este diagnóstico, cuando nos refiramos a titulares de derechos, nos estaremos refiriendo a las personas, hombres y mujeres, sin hogar.

- 2) Titulares de Obligaciones: Los poderes públicos. El Estado, principalmente, pasa a ser el sujeto con obligaciones jurídicas y morales en relación al cumplimiento y desarrollo efectivo de los derechos humanos. No existen derechos si no hay alguien con obligación sobre ellos.
- 3) Titulares de Responsabilidades: El ser humano, al igual que tiene derechos, tiene responsabilidades relacionadas con el cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos por el hecho de formar parte de una sociedad. Los individuos, organizaciones, autoridades locales, medios de información, donantes, asociados en actividades de desarrollo, instituciones internacionales se identifican como titulares de responsabilidades. Las titulares de responsabilidades que van a aparecer en este diagnóstico son las entidades del tercer sector que trabajan con personas sin hogar.

Durante la realización del diagnóstico se ha analizado con todas las titularidades la situación de los derechos de las personas sin hogar con problemas asociados y las causas de vulneración, y se han detectado las capacidades de los sectores involucrados para restituirlos.

En referencia a la salud, el enfoque basado en derechos humanos tiene como objetivo específico garantizar el derecho a la salud y a otros derechos humanos relacionados, según lo establecido en la legislación nacional e internacional, de forma que las políticas y planes deben integrar y promover sistemáticamente estos derechos (Médicos del Mundo Vigo, 2017). El derecho a la salud abarca tanto la atención sanitaria como los determinantes de salud, entre los que cabe citar la alimentación, el saneamiento, la vivienda, la educación y la igualdad de género.

El Enfoque de salud basado en derechos humanos es un enfoque estructural que considera la existencia de una relación bidireccional entre la satisfacción de los DDHH y el estado de salud, por tanto, integra en su análisis las relaciones de poder y la exclusión social.

4.2. ENFOQUE DE GÉNERO Y ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD.

Desde este enfoque se entiende que existe una construcción cultural y social distinta para cada sexo, la construcción de género (Velasco, 2009). El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y, por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. Género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de las personas y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él.

Desde este enfoque es importante atender al concepto de equidad de género, es decir, que tanto los hombres como las mujeres, deberían tener la misma posibilidad de goce en el ejercicio pleno de sus derechos, pudiendo contribuir al desarrollo nacional, político, económico, social y cultural. En este sentido, la equidad de género estará orientada básicamente a ofrecer oportunidades justas a mujeres y hombres.

El Enfoque de Género en Salud, entiende que los diferentes modelos, roles e identidades de género, producen actitudes y conductas en hombres y mujeres que pueden constituir factores determinantes de vulnerabilidad de género para la salud (Médicos del Mundo Vigo, 2017.). Estos factores son particulares para cada sexo y dependen de los distintos modelos de relaciones de género en cada cultura y momento social, en nuestra sociedad existe una jerarquía que establece la superioridad de lo masculino, donde lo femenino es infravalorado o discriminado. Por lo tanto, existen relaciones de poder entre los hombres y las mujeres, y estas relaciones influyen tanto en el estado de salud como en la atención que prestan los servicios sanitarios.

En la práctica, podemos encontrar tres líneas de actuación bajo el enfoque de género en salud.

La primera, hace referencia a la salud de las mujeres. Las mujeres tienen problemas específicos que requieren una atención específica, pretende identificar las necesidades y proporcionar los recursos específicos en función de éstas.

Una segunda entiende que la situación social de los sexos es diferente y discriminatoria, siendo causa de desigualdad e inequidad. Esta línea pretende que se tomen las decisiones y medidas necesarias para alcanzar la igualdad.

Y finalmente, el análisis de determinantes de género. Las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género. Pretende transformar las relaciones de poder y las posiciones subjetivas de mujeres y hombres, es decir, los contenidos e ideales de las identidades masculinas y femeninas, los roles, las actitudes y los significados.

4.3. ENFOQUE PSICOSOCIAL Y DE SALUD MENTAL.

El enfoque psicosocial entiende los comportamientos, emociones y pensamientos de las personas y los grupos, sin aislarlos del contexto político, económico, religioso y social determinado.

Establece interdependencia entre lo psicológico y lo social, ubicando en la perspectiva psicológica los recursos internos de la persona y en lo social las relaciones entre los diferentes ámbitos de socialización.

El enfoque psicosocial parte de estas premisas:

- Enfoque preventivo, que considera la intervención como un proceso integral y permanente dirigido a incrementar la capacidad de desarrollo del ser humano, la familia y la comunidad.
- Pone el foco en la situación y no en la condición de víctima, considerando que la situación de exclusión social está determinada por la vulneración de derechos fundamentales.
- Contempla la dignidad como condición irrenunciable, entendida ésta como el reconocimiento del valor de un ser humano independientemente de su status o rol en la sociedad y de la interrelación entre los individuos y su ambiente y depende tanto de cómo nos vemos nosotras mismas y cómo somos vistas y tratadas por los demás.
- Promueve la adaptación al contexto cultural, respetando las lógicas y modos de afrontamiento que cada persona utiliza y aceptando que tanto la concepción de bienestar humano y comunitario varía en función del contexto cultural.

5. METODOLOGÍA

El diagnóstico se ha realizado principalmente con metodologías participativas y cualitativas, y en menor medida, cuantitativas. El uso de estos tres grupos de herramientas ha permitido triangular la información y aportar datos desde diferentes puntos de vista.

Nos parece importante señalar que iniciar el proceso de investigación con el método de Investigación- Acción-Participación, fue clave para poder darle forma a la metodología cualitativa y cuantitativa, que se iba a desarrollar posteriormente. Precisamente por la relevancia que esta metodología ha tenido en el presente diagnóstico, vemos necesario profundizar en el concepto de la IAP.

La IAP es una forma de estudio y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico que se realiza con la participación activa de los grupos implicados y que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio social (Eizagirre y Zabala, 2006).

La IAP proporciona un método para analizar y comprender mejor la realidad de la población (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), permitiendo planificar acciones y medidas para transformarla y mejorarla. Es un proceso que combina teoría y praxis y que posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica, el empoderamiento, el refuerzo y ampliación de las redes sociales y de la movilización colectiva.

En cada proyecto de IAP se combinan tres **componentes**:



Foto 1: Sala de MdM donde se ha desarrollado la IAP

- a) La **investigación**, que consiste en un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad con una expresa finalidad práctica.
- b) La **acción**, que no sólo es la finalidad última de la investigación, sino que ella misma representa una fuente de conocimiento, la propia realización del estudio es en sí una forma de intervención.

- c) La **participación**, significa que en el proceso están involucradas no sólo las profesionales que investigan, sino la comunidad destinataria del proyecto, que no son consideradas como objetos de investigación sino como personas activas que contribuyen a conocer y transformar la propia realidad.

5.1. TÉCNICAS EMPLEADAS.

En este cuadro se reflejan, según el orden cronológico en el que se fueron desarrollando, las diferentes técnicas utilizadas para obtener información, el número de veces que se han empleado y con quienes se han aplicado:

Nº	Técnica aplicada y titulares participantes
	Análisis documental y observación.
9	Sesiones participativas con un grupo mixto (hombres y mujeres) de titulares de derechos. Técnicas de visualización.
4	Sesiones participativas con un grupo de mujeres titulares de derechos. Técnicas de visualización.
5	Entrevistas grupales con titulares de derechos
5	Entrevistas semiestructuradas con titulares de obligaciones (responsables políticos).
	Dirección General de Inclusión Social
	Dirección General del Instituto Valenciano de las Mujeres y por la Igualdad de Género
	Concejalía de Servicios Sociales
	Concejalía de Igualdad y Políticas Inclusivas.
	Concejalía de Inserción Socio-Laboral
	Concejalía de Cooperación al Desarrollo y Migración
7	Entrevistas semiestructuradas con titulares de obligaciones (personal técnico de servicios públicos).
	Servicio de gestión de drogodependencias y otros Trastornos Adictivos
	Centro de Atención Social a Personas Sin Techo (CAST)
	Unidad de Conductas Adictivas de Guillem de Castro
	Centro de Atención Primaria de Guillem de Castro
	Unidad de Salud Mental de Pere Bonfill
	Unidad de Alcoholología de Trinitat
	Centro Mujer 24h

2	Entrevistas en profundidad con mujeres titulares de derechos.
---	---

60	Entrevistas estructuradas de género administradas a titulares de derechos (30 hombres y 30 mujeres).
----	--

2	Grupos focales con titulares de responsabilidades.
	Asociación Natania
	Cáritas Diocesana
	Asociación Valenciana de Caridad
	Comité Ciudadano Anti-SIDA
	Accem
	Misión Urbana
	Sant Joan de Deu
	Fundación Salud y Comunidad
	Amigos de la calle
	Metges del Món Comunitat Valenciana

5.2. FASES DEL DIAGNÓSTICO.

El proceso de investigación se dividió en dos fases delimitadas en función de las técnicas empleadas. Una primera fase donde se diseñó y desarrolló la IAP con titulares de derechos y una segunda fase, donde se obtuvo información mediante técnicas cualitativas y cuantitativas administradas a titulares de derechos, de responsabilidades y obligaciones.

5.2.1. Primera fase. Diseño y desarrollo de las sesiones participativas de la IAP.

Las sesiones participativas de la IAP se realizaron en su totalidad con personas titulares de derechos, en total se realizaron trece sesiones, con un tiempo máximo de duración de dos horas por taller. Nueve fueron mixtas, con hombres y mujeres, en las otras cuatro participaron solo mujeres. Se decidió realizar sesiones exclusivas con mujeres para darles mayor presencia y protagonismo debido a la mayor invisibilidad y vulnerabilidad que sufren dentro del colectivo.

En los grupos se trabajaron conceptos claros y comprensibles por las personas participantes, los talleres se realizaron en espacios habilitados para que las personas se sintieran cómodas y tuvieran las mismas oportunidades de intervenir.

Para el desarrollo de las sesiones se emplearon técnicas de visualización, éstas se utilizan para articular las múltiples visiones presentes en un contexto en función del tema que se esté trabajando. La visualización consiste en “ver” las opiniones, comentarios e ideas de las personas participantes, presentadas mediante esquemas, dibujos o matrices, registrados en soporte de papel. Se parte siempre de las experiencias vividas, para luego articularlas, ordenarlas, realizar su devolución y generar consensos. Las herramientas se combinan, por tanto, de forma simultánea (Ganuza, Olivari, Paño, Buitrago, y Lorenzana, 2010).

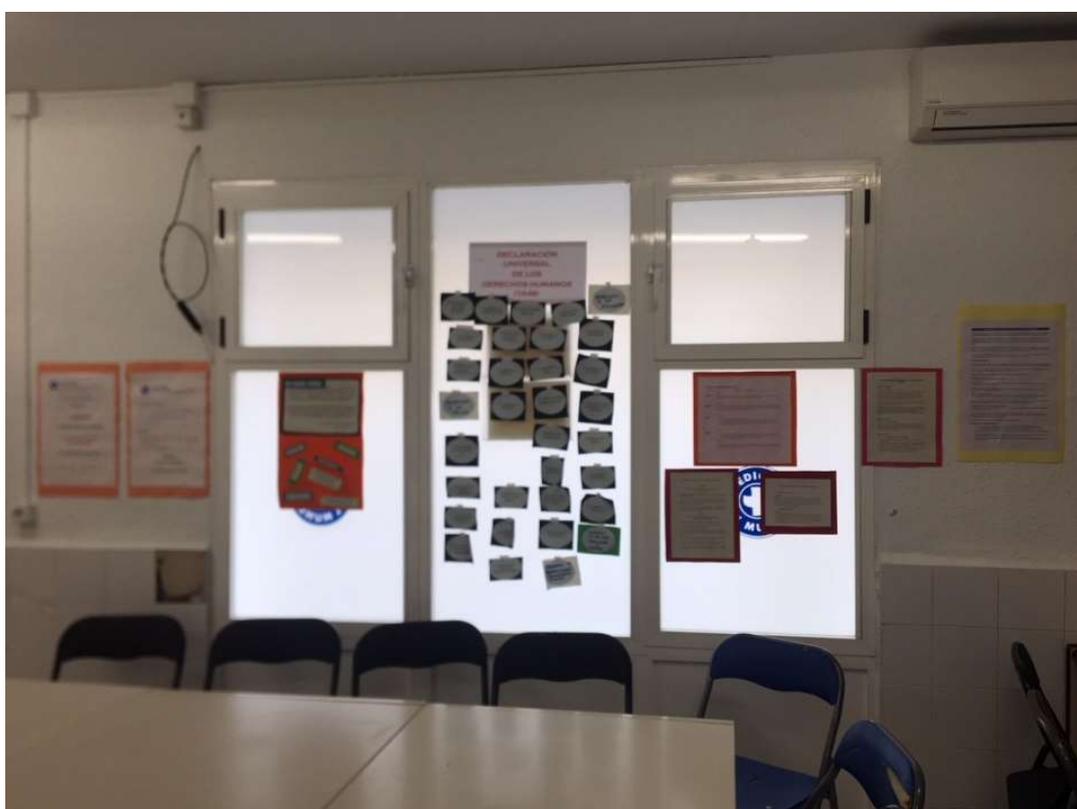


Foto 2: Marcos normativos realizados por TTDD con técnicas de visualización

La estructura básica de las sesiones fue: presentación de las personas participantes; aclaración de conceptos; dar a conocer el marco normativo que ampara los derechos; facilitar los resultados obtenidos en la sesión anterior; trabajar cuestiones concretas de la realidad con técnicas de visualización para construir miradas conjuntas.

Conceptos clave trabajados en las sesiones participativas	
Grupo mixto	Grupo Mujeres
<p>Diagnóstico participativo.</p> <p>Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos.</p> <p>Estrategia de Médicos del Mundo.</p> <p>Derechos Humanos.</p> <p>Vulneración de Derechos.</p> <p>Dimensiones de los derechos: Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad, sostenibilidad y participación.</p> <p>Causas de la vulneración de derechos (inmediatas, subyacentes y estructurales).</p> <p>Consecuencias de la vulneración de derechos.</p> <p>Interrelación entre derechos.</p> <p>Titularidades: Titular de Derechos, Titular de Responsabilidades y Titular de Obligaciones.</p> <p>Demandas.</p> <p>Acciones para reclamar demandas.</p> <p>Capacidades.</p>	<p>Derechos Humanos y vulneración de derechos</p> <p>Titularidades: Titular de Derechos, Titular de obligaciones y Titular de Responsabilidades.</p> <p>Consecuencias y causas (inmediatas, subyacentes y estructurales) de la vulneración de derechos.</p> <p>Demandas para hacer efectivos nuestros derechos.</p> <p>Acciones para llevar acabo nuestras demandas.</p> <p>Capacidades que necesitamos para poder desarrollar las acciones.</p> <p>Violencia de género.</p> <p>Machismo/Patriarcado.</p>

Marcos normativos trabajados en las sesiones	
Grupo mixto	Grupo Mujeres
<p>Declaración Universal de los Derechos Humanos.</p> <p>Constitución Española.</p> <p>Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.</p> <p>Carta de Derechos Sociales de la Comunidad Valenciana.</p> <p>Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/c 364/01)</p>	<p>Declaración Universal de los Derechos Humanos.</p> <p>Convención para la Eliminación contra la Discriminación de la Mujer.</p> <p>Declaración para la Eliminación de la Violencia hacia la mujer.</p> <p>Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo.</p> <p>Cuarta Conferencia Internacional Sobre la Mujer de Beijing.</p>

Estrategia Nacional Integral para PSH 2015-2020. Áreas de responsabilidad pública del Ayuntamiento de Valencia. Áreas de responsabilidad pública de la Generalitat Valenciana. Defensor del Pueblo.	Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
--	---

Técnicas de visualización y herramientas utilizadas	
Grupo mixto	Grupo Mujeres
Lluvia de ideas. Ranking personal de sus derechos fundamentales. Árboles como metáforas. Mapeos. Matrices	Lluvia de ideas. Ranking personal de sus derechos fundamentales. Árboles como metáforas. Matrices.

5.2.2. Segunda fase. Diseño y desarrollo de las técnicas cualitativas y cuantitativas.

En esta fase del trabajo de campo nos propusimos conocer la realidad de las personas sin hogar con problemas de adicciones y/o de salud mental, utilizando diferentes técnicas cualitativas orientadas a recoger los discursos de todas las titularidades.

Las técnicas cualitativas utilizadas fueron: las entrevistas en profundidad a mujeres sin hogar titulares de derechos para conocer cuestiones específicas de género (**anexo 1**); las entrevistas grupales mixtas (**anexo 2**) orientadas a profundizar en cuestiones específicas que no se habían podido abordar desde la IAP, tales como problemáticas de las personas migrantes, temas relacionados con la salud mental y psicosocial y con las adicciones; las entrevistas semiestructuradas tanto a titulares de obligaciones con responsabilidad política en competencias que afectan a la situación de las personas sin hogar (**anexo 3**), como a personal técnico de los servicios públicos de atención a personas sin hogar (**anexo 4**); los grupos focales con personal técnico de entidades del tercer sector que trabajan con el colectivo (**anexo 5**).

Todas las técnicas utilizadas estaban orientadas a obtener información sobre el acceso a derechos de las personas sin hogar, sobre las diferencias en función del

género, los factores de vulnerabilidad, sobre la profundización en las casusas y consecuencias de las vulneraciones de derechos, y las capacidades de las titularidades para ejercer sus respectivos papeles para la restitución de los mismos.

Esta fase se cerró con una triangulación metodológica (IAP, cualitativa y cuantitativa), mediante una entrevista estructurada cumplimentada por sesenta personas sin hogar (treinta hombres y treinta mujeres) que permitió un mayor conocimiento de las personas sin hogar que acuden a los recursos de la red asistencial. Las entrevistas estructuradas estaban diferenciadas por género, realizándose preguntas genéricas que eran iguales para ambos, y preguntas específicas en función del género (**anexo 6 y 7**). Los bloques temáticos en los que se dividió la entrevista fueron los siguientes: 1) Dónde y con quien vives. 2) Por qué motivos y desde cuando no tienes hogar. 3) Situación económica. 4) Situaciones de violencia de género (sólo a mujeres). 5) Situaciones específicas de género y situación de sin hogar 6) Mujeres sin hogar y recursos. 7) Ideas respecto a la igualdad de género y las violencias machistas (sólo a hombres).

Aunque a nivel cuantitativo puede considerarse que la muestra no es totalmente representativa del colectivo de hombres y mujeres en situación de exclusión residencial, consideramos que sí lo es en la parte cualitativa ya que se ha accedido a los diferentes recursos donde las personas son atendidas, recogiendo la mayor representación posible de situaciones y de discursos. A lo largo de ambas entrevistas, tanto la dirigida a hombres como la dirigida a mujeres, se plantearon un gran número de preguntas abiertas, con el objetivo de no delimitar ni coaccionar las posibilidades de respuesta.

5.2.3. Cronograma según las fases del diagnóstico.

Fase 1. Octubre-diciembre 2018.

Actividad	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.
a.1. Constitución del equipo de trabajo	■			
a.2. Formación sobre el enfoque GYBDH y metodologías de trabajo	■			
a.3. Búsqueda de apoyos externos		■	■	
a.4. Recogida de información contextual	■			
a.5. Diseño de la IAP	■			
a.6 Observación participante e invitación de titulares de derechos	■			
a.7 Diseño de la IAP		■		
a.8 Desarrollo de la IAP			■	
a.9 Sistematización de los resultados de las IAP				■
a.10 Devolución de los resultados de las IAP				■
a.11 Planificación de la segunda fase del diagnóstico				■

Fase 2. Febrero-noviembre 2019 (el diagnóstico se paralizó durante los meses de agosto, septiembre y octubre).

Actividad	F	M	A	M	J	J	N
b.1. Elección y diseño de herramientas	■	■					
b.2. Trabajo de campo y transcripciones.		■	■	■	■		
b.3. Análisis de resultados					■	■	■
b.4. Sistematización de la experiencia							■
b.5. Seguimiento y evaluación							■

6. MARCO LEGAL

Presentamos una relación de los reconocimientos legislativos que amparan los derechos de las personas a la vivienda, la salud, la salud mental y al trabajo. Así como el derecho de las mujeres a la igualdad de género y a una vida libre de violencia.

Mostramos dichos reconocimientos ordenados por estándares internacionales (mundiales y europeos), nacionales y locales.

6.1. DERECHO A LA VIVIENDA.

El apartado “derecho a la vivienda” se subdivide en derecho a la vivienda desde ámbitos internacional, europeo, estatal, autonómico y local y otro apartado más específico sobre la normativa estatal y autonómica sobre empadronamiento.

6.1.1 Derecho a la vivienda desde los ámbitos internacional, europeo, estatal, autonómico y local.

Las referencias a la legislación sobre el derecho a la vivienda en los ámbitos internacional, europeo y estatal y los comentarios sobre la misma están extraídos literalmente de Gámez Ramos (2017).

Ámbito internacional:

- 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 2, 16, 17 y 25).
- 1965. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (incisos v y vi) del párrafo d) e inciso iii) del párrafo e) del artículo 5.
- 1966. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (párrafo 1 del artículo 2, artículos 3, 8, 16 y 17, párrafo 4 del artículo 23 y artículo 26).
- 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párrafo 2 del artículo 2, artículo 3 y párrafo 1 del artículo 11) E/CN.4/2003/55 página 7.
- 1979. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Párrafo 2, Artículo 14. Y artículo 1, párrafo f del artículo 2, artículo 3 y párrafo a) del artículo 5.
- 1995. Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párrafo 58.

- 1996. Declaración de Estambul y el Programa de Habitat adoptados en la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos; párrafo 40. Desde esta Declaración, además, se pide a los diferentes gobiernos estatales que den su apoyo a aquellas políticas y proyectos cuyo objetivo sea eliminar aquellas barreras que dificultan al acceso a las mujeres a viviendas asequibles, así como la propiedad de tierras. Además, se pide a los Estados que elaboren mecanismos que protejan a aquellas mujeres que corren riesgo de quedarse sin vivienda tras la muerte de su cónyuge (inciso g) del párrafo 78).
- 2000. Objetivos Del Milenio. Promovidos y elaborados por la Organización de Naciones Unidas, en relación con el acceso igualitario de las mujeres a una vivienda digna. En el Plan de Aplicación aprobado por la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible no sólo se reconoce el derecho de la mujer a una vivienda digna, sino que se considera fundamental para el logro de los Objetivos del Milenio.
- 2003. Kothari, Relator Especial de las Naciones Unidas, recomienda que se amplíen los estudios y los análisis respecto a la relación entre las mujeres y la vivienda. Identifica, además, una serie de medidas que es necesario contemplar en estas investigaciones. Entre ellas, considera que deben consultarse de manera más frecuente a las instituciones y la sociedad civil para proteger información y experiencias que faciliten prácticas adecuadas. Del mismo modo, considera que deben perfeccionarse cuestiones como la metodología y la prevención de la discriminación de las mujeres en el acceso a la vivienda, de manera que se amplíen los estudios incluyendo los derechos de las mujeres a la tierra, a la propiedad y a la herencia.

Ámbito europeo:

- 1950. Convenio Europeo de Derechos Humanos (art. 5, 8 y 14) y sus Protocolos nº1 (art.1) y nº8 (art.8).
- 1996. Carta Social Europea revisada (art. 31)
- 2000. Reunión del Consejo de Ministros en Lisboa. Planes de Acción Nacionales. Objetivos 1.2: “acceso para todos a una vivienda decente y en condiciones saludables”; y 2: “políticas que buscan prevenir crisis de vida que pueden llevar a situaciones de exclusión social, tales como la pérdida de la Vivienda”.

- 2000. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/c 364/01). El artículo 34 en su apartado 3 “Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho comunitario y las legislaciones y prácticas nacionales”.
- 2008. Declaración sobre la resolución del problema de las personas sin hogar instaladas en la vía pública. Firmada por el Parlamento, en la que se instaba al Consejo Europeo a adoptar un compromiso a nivel de la Unión Europea para resolver el problema de las personas sin hogar antes del 2015.
- 2010. Campaña “Terminar con el sinhogarismo” (“Ending homelessness”), elaborada por la Federación Europea de Asociaciones que Trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) a nivel europeo con la que pretenden devolver la dimensión estructural al problema de la vivienda, afirmando que sólo se resolverá mediante estrategias integradas y conjuntas.

Ámbito estatal:

- 1978. Artículo 47. Título Tercero de la Constitución española. “Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada. Los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación. La comunidad participará en las plusvalías que genere la acción urbanística de los entes públicos”.

El artículo 53.3 dispone que este tipo de derechos sólo podrán reclamarse de manera judicial conforme a leyes que elaboren su desarrollo. Es decir, aunque se trata de un reconocimiento administrativo importante, sólo es a efectos reales un principio rector, no reclamable de momento, judicialmente.

Amnistía Internacional (2011), ya advirtió que el derecho a la vivienda goza de menores garantías que otros ya que, a pesar de que es posible su exigibilidad, las disposiciones legales y actuaciones políticas -a nivel estatal y autonómico- no determinan el contenido de este derecho ni qué organismos se hacen responsable de su garantía.

El artículo 137 de la Constitución española especifica que “el Estado se organiza territorialmente en municipios, en provincias y en las Comunidades Autónomas”. Entre el catálogo de competencias de los territorios autonómicos se encuentran las relativas a la ordenación del territorio, el urbanismo y la vivienda (artículo 148.1. 3.ª).

- 2018. RD 106/2018 por el que se regula en Plan Estatal de vivienda 2018-2021. (Art 1. Objeto y régimen jurídico. Párrafo 1. “Este real decreto tiene por objeto regular el Plan Estatal de Vivienda 2018-2021”. Párrafo 2. “Las aportaciones previstas en el presente Plan Estatal se destinan al mantenimiento de las ayudas de subsidiación de préstamos convenidos concedidas al amparo de planes estatales anteriores y a la concesión de nuevas subvenciones para la rehabilitación de edificios y viviendas y la regeneración y renovación de áreas urbanas y rurales, incluidos los supuestos de infravivienda y chabolismo; para facilitar el acceso a la vivienda en régimen de alquiler a sectores de población con dificultades económicas; para ayudar a quienes sean objeto de desahucio o lanzamiento de su vivienda habitual; así como para el fomento de la promoción y/o rehabilitación de edificios de viviendas destinadas al alquiler o a personas mayores o con discapacidad. Las citadas aportaciones se destinan también a la concesión de nuevas subvenciones para ayudar a los jóvenes, con escasos recursos económicos, en su acceso a la vivienda, ya sea en alquiler o mediante adquisición”. Capítulo III Programa de ayuda al alquiler de vivienda. Art 10. “Objeto del programa. Este programa tiene por objeto facilitar el disfrute de una vivienda en régimen de alquiler a sectores de población con escasos medios económicos, mediante el otorgamiento de ayudas directas a los inquilinos”. Art 11. “Beneficiarios. 1. Podrán ser beneficiarios de las ayudas contempladas en este programa las personas físicas mayores de edad que reúnan todos y cada uno de los requisitos siguientes: a) Ser titular, en calidad de arrendatario, de un contrato de arrendamiento de vivienda formalizado en los términos de la Ley 29/1994, de 24 de noviembre, de Arrendamientos Urbanos.

Observamos que esta normativa, que en principio está destinada a hacer accesible el derecho a la vivienda a personas vulnerables de sufrir exclusión residencial, desampara y excluye a las personas que ya se encuentran en esa situación, no reconociéndolas en el texto.

Ámbito autonómico.

- 2017. Ley 2/2017, de 3 de febrero, de la Generalitat, por la función social de la vivienda de la Comunidad Valenciana.

Tal y como se explica en la web de la Generalitat, la Ley tiene como objetivo hacer efectivo el derecho a una vivienda asequible, digna y adecuada, así como para dar respuesta a la demanda ciudadana al generar políticas públicas de vivienda, ampliar el parque público, y evitar, en la medida de las competencias de la autonomía, los desahucios de los sectores más desfavorecidos de nuestra sociedad.

Se consigue hacer efectivo un principio constitucional en un verdadero derecho, vinculando la propiedad de la vivienda a su función social.

Además, este derecho será exigible ante la Administración, y dispondrá de las garantías de reclamación previstas en el ordenamiento jurídico.

- 2019. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana. (Capítulo II. Art. 54. Párrafo 1. La coordinación entre el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y la Consellería competente en materia de vivienda comprenderá el conjunto de actuaciones y prestaciones destinadas a las personas con necesidades relativas a la vivienda por carencia, accesibilidad o mejora de su infraestructura. 2. Para procurar una atención más eficiente y mayor sinergia y aprovechamiento de las prestaciones, los servicios sociales y los de vivienda garantizarán su complementariedad, evitando duplicidades y ofreciendo una atención integral para facilitar el acceso a la vivienda y evitar desahucios de las personas y familias en situación de vulnerabilidad, especialmente, en los espacios vulnerables de acuerdo al artículo 25 de esta ley.

Ámbito local:

- Plan de Servicios Sociales de la Ciudad de Valencia 2019-2023.
OBJETIVO 2.2. Situar en el centro de las atenciones a las personas y la vivienda como factor de integración social básico y espacio donde tienen lugar las principales relaciones familiares y personales, asegurando que tenga condiciones dignas y su mantenimiento.

2.2.1. Continuidad de los programas de acceso a la vivienda mediante un proyecto de creación de viviendas de emergencia social y de rehabilitación de viviendas para colectivos de especial vulnerabilidad.

2.2.4. Promoción del incremento del parque de viviendas municipales para personas en especiales situaciones de exclusión y vulnerabilidad: personas sin hogar, con movilidad reducida, mujeres en situación de violencia de género sin recursos, etc.

6.1.2 Normativa estatal y autonómica sobre empadronamiento.

- Ley 4/1996, que modifica la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local.
- R.D. 1690/1690/1986, por el cual se aprueba el Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales, modificado por el R.D. 2612/1996.
- Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, que modifica la Ley 7/1985, de 2 de abril, a efectos de perfeccionar la información contenida en el Padrón municipal relativa a los extranjeros empadronados.
- Resolución de 16 de marzo de 2015 de la Subsecretaria, por la cual se dispone la publicación de la Resolución de 30 de enero de 2015, de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística i de la Dirección General de Coordinación de competencias con las comunidades autónomas y las Entidades Locales, sobre instrucciones técnicas a los Ajuntamientos sobre la gestión del padrón municipal.
- Normas complementarias del Consejo de Empadronamiento.

6.2. DERECHO A LA SALUD Y A LA SALUD MENTAL.

Ámbito internacional:

- 1948. **Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25)**: toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos

de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

- 1966. **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (art.12. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental).
- Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988.
- 1991. Principios de las Naciones Unidas para la protección de las personas con enfermedades mentales y para la mejora de la atención en salud mental que concreta en el año 1996 con los **Diez principios básicos sobre legislación en atención a salud mental**.
- 2008. **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo**: herramienta esencial para fundamentar las legítimas pretensiones de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales.
- 2013. OMS. **Plan de acción sobre Salud Mental (2013-2020)**. concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto.
- 2016. Consejo General de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas: **Resolución sobre salud mental y derechos humanos** en la que reafirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental y pone de relieve que la salud mental es una parte esencial de ese derecho.
- 2016. **Informe Mundial sobre las Drogas**: pone especial énfasis en situar la política internacional de drogas en sintonía con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y subraya que, para que las políticas de drogas apoyen el cumplimiento de los ODS, deben estar en plena consonancia con los derechos humanos internacionales e incorporar la perspectiva de género.

Ámbito europeo:

- 2000. **Carta de los derechos fundamentales de la unión europea (2000/c 364/01)**. (Art. 34, párrafo 2. Toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de seguridad social y a las

ventajas sociales con arreglo al Derecho comunitario y a las legislaciones y prácticas nacionales. Y Art. 35 Protección de la salud_a) Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana).

- 2005. Conferencia de Helsinki. **Declaración europea de salud mental: enfrentando los desafíos, construyendo solución**, en la que se considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social.
- 2008. **“Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar”**, suscrito en la Conferencia de Alto Nivel “Juntos por la Salud y el Bienestar”, organizada por la Comisión Europea y la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en Bruselas.
- 2007. la Comisión Europea estableció el **Comité de Políticas y Acciones Nacionales sobre Alcohol**.
- 2013-2020. **Estrategia Europea sobre Drogas** basada en las Convenciones de las Naciones Unidas que constituyen el marco jurídico internacional para hacer frente, entre otros, al consumo de drogas ilegales, así como en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Ámbito estatal:

- 1978. **Constitución española**. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo III. Art 43 en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud y la competencia de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.
- 1986. **Ley 14/1986**, del 15 de abril, **General de Sanidad**: establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución española.
- 1995. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud.
- 2009. **Estrategia de Salud Mental** del Sistema nacional de salud (2009-2013): con las siguientes líneas estratégicas: promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental, la atención a los trastornos

mentales, la coordinación intrainstitucional e inter-institucional y la formación del personal sanitario.

- 2017. **Estrategia Nacional sobre drogas (2017-2024)**: marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales que trabajen en el ámbito
- 2018. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el **acceso universal al Sistema Nacional de Salud**.

Ámbito autonómico:

- Decreto 132/1996, de 7 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se **asignan competencias respecto a los enfermos mentales entre la Conselleria de Sanidad y la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales**, señala que los enfermos mentales crónicos generan necesidades tanto sociales como sanitarias y que ambos tipos de necesidades deben ser atendidas por las diferentes Consellerías de forma coordinada, mediante la creación de recursos sociosanitarios específicos.
- 1997. **Ley 3/1997**, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre **Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos**.
- 2001. Decreto 110/2001, de 12 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el **Observatorio Valenciano sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos**: órgano colegiado de carácter científico, al objeto de asesorar a la Generalitat Valenciana en materias técnicas relacionadas con el problema generado por las drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Valenciana.
- 2003. Decreto Legislativo 1/2003, de 1 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el **Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos**.
- 2006. **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de **Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** como un conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas.
- 2010. Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre **registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos**, en la Comunidad Valenciana. Garantiza la asistencia en régimen ambulatorio de todas las

personas afectadas por un trastorno adictivo mediante las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y Unidades de Alcoholología (UA).

- 2012. Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la **Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana**. (Capítulo IV. Art 19. Del derecho a la sanidad y a la protección de la salud.
- 2014. **Ley 10/2014 de 29 de diciembre de Salud de la Comunitat Valenciana**: configura el marco regulador de la salud. regula en el art. 58.1 los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad mediante “la promoción, prevención, atención integral y temprana, rehabilitación e integración mediante recursos ambulatorios, de día, hospitalarios, residenciales y unidades especializadas para atender las necesidades de las personas con discapacidad, enfermedades crónicas o mentales. Para ello, se elaborarán planes individualizados de atención y programas diseñados y ejecutados por equipos multidisciplinares”.
- 2014. **III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos** de la Comunitat Valenciana (2014- 2015): cuyo objetivo es mejorar la calidad de los programas de tratamiento asistencial y adaptar la cartera de servicios a las necesidades de grupos vulnerables a través de la elaboración de planes terapéuticos personalizados y mejora en la estrategia de seguimiento de los mismos.
- 2016. **Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2016-2020)**. Fortalecer la labor de los dispositivos de atención socio-sanitaria a población drogodependiente, con especial incidencia en aquellos servicios o unidades encargadas de la atención a grupos de enfermos drogodependientes en situación de especial vulnerabilidad, tales como consumidores en activo y/o con problemas jurídicos penales”
- 2016. Síndic de Greuges: **Informe Especial sobre la Atención Residencial a Personas con Problemas de Salud Mental en la Comunidad Valenciana** con treinta y una recomendaciones para la mejora de la atención en este ámbito
- 2016. **Estrategia Autonómica de Salud Mental (2016-2020)**: entre cuyos objetivos prioritarios figura la elaboración de un Plan de Atención Integral a las personas con problemas de salud mental graves y la coordinación con todas las administraciones.
- 2019. **Ley 3/2019**, de 18 de febrero, de la Generalitat, **de Servicios Sociales Inclusivos Comunidad Valenciana**: configura el marco jurídico de actuación de los poderes públicos valencianos en el ámbito de los servicios sociales, se

ordenan y regulan los servicios sociales en la Comunitat Valenciana, y se planifica y se estructura el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

- 2019. Decreto 24/2019, de 22 de febrero, del Consell, por el que se crea y regula el **Consejo Autonómico de Salud Mental de la Comunitat Valenciana**: órgano consultivo, de seguimiento y coordinación que sirva de cauce para proponer, informar, coordinar, velar y asesorar en materia de salud mental, incluyendo las conductas adictivas, en el que se encuentren representadas las administraciones públicas, las asociaciones de pacientes y familiares y las sociedades científicas, así como los profesionales que trabajan en este ámbito

Ámbito local:

- 2016. **Plan Municipal sobre Trastornos Adictivos 2016-2021**. Plasma los objetivos generales y concretos para los ámbitos de actuación como son la prevención comunitaria, la prevención familiar, la prevención escolar y las alternativas de ocio y tiempo libre,
- 2018. **Plan de Servicios Sociales de la Ciudad de Valencia 2019-2023**: pretende dotar a los Servicios Sociales municipales de un marco estructurado que dé coherencia a la acción social que se desarrolla en la ciudad de València. Desde este Plan se opta por una perspectiva participativa de los Servicios Sociales de forma que se tenga en cuenta a todos los actores sociales que existen en el territorio y, por último, que se basa en un compromiso decidido con la igualdad entre las personas, especialmente con la que debe existir entre hombres y mujeres.

6.3. DERECHO A LA IGUALDAD DE GÉNERO Y A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA.

Ámbito internacional:

- 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 1)
- 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 3)
- 1979. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (Art.1 "A los efectos de la presente Convención, la expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el

reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”. Art. 2 “Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a: a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio; b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer; c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación; d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación; e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas; f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer; g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer”. Art. 3 “Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre”. Art 4.1. La adopción por los Estados Partes de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de facto entre el hombre y la mujer no se considerará discriminación en la forma definida en la presente Convención, pero de ningún modo entrañará, como consecuencia, el mantenimiento de normas desiguales o separadas; estas medidas cesarán cuando se hayan alcanzado los objetivos de igualdad de oportunidad y trato. Art. 5 Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de

hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres;

- 1993. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. (Art. 1 “A los efectos de la presente Declaración, por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. Art 4 “Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”.

Ámbito europeo:

- 2000. Carta de los derechos fundamentales de la unión europea (2000/c 364/01). (Art. 3, 6, 21 y 23).

Ámbito estatal:

- 1978. Constitución española (art.9 y 14)
- 2004. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (Art. 1. Párrafo 1 “La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. Párrafo 2. “Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia”. Y párrafo 3. “La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

- 2003. Ley 9/2003, de 2 de abril, para la igualdad entre hombres y mujeres.
- 2007. Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Artículo 1. Párrafo. “Las mujeres y los hombres son iguales en dignidad humana, e iguales en derechos y deberes. Esta Ley tiene por objeto hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, en particular mediante la eliminación de la discriminación de la mujer, sea cual fuere su circunstancia o condición, en cualesquiera de los ámbitos de la vida y, singularmente, en las esferas política, civil, laboral, económica, social y cultural para, en el desarrollo de los artículos 9.2 y 14 de la Constitución, alcanzar una sociedad más democrática, más justa y más solidaria”. Y párrafo 2 “A estos efectos, la Ley establece principios de actuación de los Poderes Públicos, regula derechos y deberes de las personas físicas y jurídicas, tanto públicas como privadas, y prevé medidas destinadas a eliminar y corregir en los sectores público y privado, toda forma de discriminación por razón de sexo”).

Ámbito autonómico:

- 1982. Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (Art 10 y 11).
- 2012. Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana (art.20 y 21)
- 2012. Ley 7/2012, de noviembre, de la Generalitat, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la comunidad valenciana. (Art 1. “Es objeto de la presente ley la adopción de medidas integrales para la erradicación de la violencia sobre la mujer, en el ámbito competencial de la Generalitat, ofreciendo protección y asistencia tanto a las mujeres víctimas de la misma como a sus hijos e hijas menores y/o personas sujetas a su tutela o acogimiento, así como las medidas de prevención, sensibilización y formación con la finalidad de implicar a toda la sociedad de la Comunitat Valenciana”. Art.8, 11, y art. 17, en el que se habla del derecho a la vivienda de estas mujeres “La Generalitat garantizará a las víctimas de violencia ejercida por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia, el acceso a la vivienda y al régimen de ayudas económicas para ello, en los casos y términos que se disponen en el artículo 57 de esta ley, y en las normas de desarrollo reglamentario que se establezcan”. Y el art. 57 en

esta materia estable “acceso preferente a una vivienda de promoción pública o cualquier otra vivienda que posibilite las condiciones de acceso en la modalidad de compra o arrendamiento, o cesión por cualquier título en los términos que se establezca reglamentariamente”, art.28, que habla de los mecanismos que utilizará la Generalitat para promover la empleabilidad de estas mujeres. Art 42, en referencia a su salud “la Conselleria competente en materia de sanidad garantizará a las mujeres víctimas de cualquier manifestación de violencia contemplada en la presente ley el derecho a una atención y asistencia sanitaria especializada y gratuita, hasta el total restablecimiento de su salud, tanto física como psíquica”. Art.54, habla de atención psicosocial “La asistencia psicosocial a las víctimas será gratuita y su prestación se integrará en la asistencia y atención integral especializada, procurando la recuperación psicológica y social para alcanzar su autonomía, con el fin de evitar nuevas situaciones de riesgo de maltrato”. Y por último, el art.73 establece que “La Generalitat promoverá la elaboración de protocolos de actuación en los ámbitos judicial, policial, sanitario, social o cualquier otro que considere oportuno para garantizar a las víctimas de violencia sobre la mujer una actuación coordinada de todos ellos”.

Ámbito local:

- Plan Marco de Igualdad entre mujeres y hombres. Ayuntamiento València. (2018-2019).
 - 1.1 Prevenir la incidencia de la violencia de género y machista.
 - 1.1.1 Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la información sobre violencia de género y machista.
 - 1.1.2 Desarrollar acciones preventivas relacionadas con la formación para la detección precoz de situaciones de violencia de género y machista.
 - 1.1.2.1 Formación a profesionales de diversas instituciones o áreas para la detección precoz de situaciones de violencia de género y machista.
 - 1.1.2.2 Realización de jornadas o encuentros y debates de profesionales que permitan aumentar la formación e intercambio de buenas prácticas.
 - 1.1.3 Desarrollar acciones preventivas para el tratamiento psicológico educativo de hombres en situación de crisis y/o que presenten actitudes machistas y violentas.

1.1.3.1 Talleres o cursos que fomenten actitudes igualitarias y nuevas masculinidades.

1.1.3.2 Promover programas específicos de intervención con maltratadores.

1.1.4 Detectar situaciones de violencia de género y machista a través de profesionales de servicios sociales.

1.2 Dar soporte a las mujeres víctimas y a sus hijas e hijos.

1.2.1 Acercar el acompañamiento y el apoyo psicológico, social, laboral y jurídico a mujeres víctimas, hayan realizado o no denuncia.

1.2.2 Dar apoyo a través de tratamiento integral, psicológico especializado y social a mujeres víctimas y a sus hijas e hijos y familiares.

7.1 Impulsar medidas de apoyo económico a las mujeres en situación de necesidad económica y vulnerabilidad asociada.

7.1.1 Favorecer el acceso a las prestaciones básicas de servicios sociales a mujeres que tienen discriminaciones múltiples.

7.1.1.1 Introducción de criterios o argumentos de la puntuación en el baremo para el acceso a las prestaciones municipales de colectivos como:

- Mujeres sin hogar, vivienda precaria o ruinosas.
- Mujeres mayores de 65 años que viven solas sin apoyo familiar.
- Mujeres gitanas sin formación y en desempleo.
- Familias monoparentales femeninas y con rentas mínimas.
- Mujeres con problemáticas de adicciones.
- Mujeres con enfermedad mental.
- Mujeres en situación de prostitución y/o tráfico.
- Mujeres transexuales en situación de prostitución.
- Mujeres extranjeras no regularizadas y en desempleo.
- Mujeres con diversidad funcional en desempleo.
- Mujeres víctimas de violencia de género.
- Otras mujeres en situación de doble discriminación.

7.1.2 Favorecer el acceso a vivienda a mujeres en situación de vulnerabilidad.

7.4 Impulsar medidas de formación básica e inserción laboral.

7.4.2 Impulsar la contratación de mujeres en situación de riesgo o exclusión social.

7.4.2.1 Derivación de mujeres al proyecto “València Inserta”.

7.6 Facilitar la disponibilidad de plazas de alojamiento a mujeres en riesgo o exclusión.

7.6.1 Coordinar plazas residenciales para mujeres en riesgo y/o exclusión.

7.7 Fomentar la realización- de estudios e investigaciones de colectivos de mujeres en riesgo o exclusión social.

- Plan de Servicios Sociales de la Ciudad de Valencia 2019-2023.

OBJETIVO 2.4. Aplicar el enfoque de género en las intervenciones que se realicen desde los servicios sociales con el fin de que sean efectivamente equitativas, dado que todas las circunstancias que afectan a las personas en situación de necesidad se agravan cuando se trata de mujeres.

2.4.3. Introducción de criterios o aumento de la puntuación en los baremos para el acceso a las prestaciones municipales de colectivos de mujeres que sufren discriminaciones múltiples.

6.4. DERECHO AL TRABAJO.

Ámbito internacional:

- 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 23 “Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses”.)
- 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art.6 21. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho. 2. Entre las medidas que

habrá de adoptar cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico-profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana”. Art 7. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial: a) Una remuneración que proporcione como mínimo a todos los trabajadores: i. Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; en particular, debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres, con salario igual por trabajo igual; ii. Condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto; b) La seguridad y la higiene en el trabajo; c) Igual oportunidad para todos de ser promovidos, dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad; d) El descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las variaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos”).

- 1998. Declaración de la Organización Internacional del Trabajo relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo.

Ámbito europeo:

- 2000. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (Artículo 15. “Libertad profesional y derecho a trabajar: i. Toda persona tiene derecho a trabajar y a ejercer una profesión libremente elegida o aceptada. ii. Todo ciudadano de la Unión tiene la libertad de buscar un empleo, de trabajar, de establecerse o de prestar servicios en cualquier Estado miembro. 18.12.2000 Diario Oficial de las Comunidades Europeas C 364/11 ES iii. Los nacionales de terceros países que están autorizados a trabajar en el territorio de los Estados miembros tienen derecho a unas condiciones laborales equivalentes a aquellas que disfrutaban los ciudadanos de la Unión”. Artículo 34 “Seguridad social y ayuda social.1. La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo,

según las modalidades establecidas por el Derecho comunitario y las legislaciones y prácticas nacionales”.)

Ámbito estatal:

- 1978. Constitución Española. (“Título I. Capítulo tercero. De los principios rectores de la política social y económica. Artículo 35 1. Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo. 2. La ley regulará un estatuto de los trabajadores”.)
- 1980. Estatuto de los trabajadores.
- 2015. Real Decreto Legislativo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (2/2015).
- 2015. Real Decreto Legislativo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Empleo (3/2015).

Ámbito autonómico:

- 1982. Ley Orgánica de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. (Artículo 11. “La Generalitat, conforme a la Carta de Derechos Sociales, velará en todo caso para que las mujeres y los hombres puedan participar plenamente en la vida laboral, social, familiar y política sin discriminaciones de ningún tipo y garantizará que lo hagan en igualdad de condiciones. A estos efectos se garantizará la compatibilidad de la vida familiar y laboral”. Artículo 16. “De las personas que sufran marginación, pobreza o exclusión y discriminación social. 1. Los poderes públicos de la Comunitat Valenciana orientarán sus políticas públicas a la atención social a personas que sufran marginación, pobreza o exclusión y discriminación social, con el fin de lograr su integración social, laboral y económica. 2. Con el fin de luchar contra la pobreza y facilitar la inserción social, la Generalitat garantiza el derecho de los valencianos y las valencianas con mayores necesidades a la solidaridad.
- 2000. LEY 3/2000, por la que se crea el Servicio Valenciano de Empleo y Formación (SERVEF). [2000/3223]
- 2019. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunidad Valenciana. (Artículo 53. Coordinación, colaboración y cooperación entre el Sistema Público Valenciano de Servicios

Sociales y el Sistema Valenciano de Empleo y Formación. 1. La coordinación, colaboración y cooperación entre el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y el sistema valenciano de empleo y formación se establecerá de acuerdo con la normativa sectorial reguladora en materia de inclusión social e inserción laboral, entre otras. 2. La Generalitat y las entidades locales establecerán los mecanismos, protocolos, vías formales o instrumentos jurídicos de colaboración entre sí y con otras administraciones públicas en materia de empleo, formación y servicios sociales. 3. Las consellerías competentes en materia de empleo y formación y en servicios sociales establecerán protocolos de colaboración y coordinación de las actuaciones conjuntas para impulsar el empleo con apoyos para personas en situación de vulnerabilidad, asegurar la formación ocupacional, la inserción laboral y la inclusión social".)

Ámbito local:

- Plan de Servicios Sociales de la Ciudad de Valencia 2019-2023.
 - OBJETIVO 2.3. Contribuir a que las personas con más dificultades objetivas en el mercado laboral puedan integrarse en él, desde el punto de vista de que el empleo es el factor más importante en la inclusión social y que el desempleo es una situación injusta para las personas que pueden y quieren trabajar.
 - 2.3.1. Continuidad y refuerzo de los programas de apoyo a la inclusión social y laboral de colectivos con especiales dificultades:
proyecto Valencia Inserta, proyecto Ocupació Jovens, otros dirigidos a personas en exclusión, inmigrantes sin recursos, mujeres víctimas de violencia de género o con doble vulnerabilidad (mujer, inmigrante, en exclusión...), etc.
 - 2.3.4. Coordinación con los servicios de empleo municipales y autonómicos, aunando esfuerzos para la inserción laboral de colectivos vulnerables.

7. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

7.1. PERSONAS SIN HOGAR.

Médicos del Mundo hace uso del término “sin hogar” expuesto por la Federación Europea de Asociaciones que Trabajan con Personas sin Hogar. Entendemos que la situación de privación de estas personas no se limita únicamente a la ausencia de un lugar de residencia y pernocta (“sin techo”) sino que incluye también la pérdida o el deterioro de elementos familiares, sociales, afectivos y relacionales, perjudicando la capacidad de la persona para llevar una vida autónoma. De este modo, entendemos, por persona sin hogar, tal y como lo define la FEANTSA a “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 llevar una vida autónoma”.

Al abordar un diagnóstico sobre las personas sin hogar en nuestro país lo primero que debe advertirse es la escasez de datos referidos a las mismas: son pocos los estudios existentes y poco generalizables y los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sobre las personas atendidas en los centros que ofrecen alojamiento o restauración, como se verá más adelante, son difícilmente extrapolables a toda la población que está sin hogar.

La grave crisis económica y financiera que se vivió a nivel mundial del año 2008 al 2014, tuvo como principales consecuencias en España: niveles altos de desempleo, la caída de los salarios reales y un aumento de la desigualdad.

Este contexto de crisis económica ha creado unas condiciones que favorecen el aumento de personas sin hogar. El Observatorio Europeo de Sinhogarismo (EOH) de la FEANTSA, hizo público a finales de 2014 un documento en que estimaba las tendencias en la Unión Europea. El EOH3 concluía que el número de personas sin hogar ha aumentado durante el periodo de crisis en todos los países de la Unión Europea, con la única excepción de Finlandia. Entre los motivos de dichos incrementos el EOH destaca las pérdidas de vivienda y los problemas de acceso a la misma, el desempleo –muy especialmente el desempleo juvenil-, así como los recortes en ayudas sociales y los obstáculos para el acceso a servicios sociales y de salud.

En España es difícil medir este aumento. Desde el año 2004 el INE comenzó a realizar una encuesta a personas sin hogar (EPSH), pero se limita a usuarios de

centros asistenciales de alojamiento y restauración. Las personas sin hogar que no asisten a dichos centros no son encuestadas.

El INE, en su última EPSH realizada en 2012, contabilizó 22.938 personas sin hogar que estaban siendo atendidas en centros asistenciales de alojamiento y restauración.

Otra fuente para conocer el total de personas sin hogar son los llamados recuentos nocturnos organizados en distintas ciudades. Las situaciones en cada ciudad o comunidad autónoma no son comparables con las demás, pero pueden aportar una aproximación. Las extrapolaciones de recuentos se moverían, por tanto, en un intervalo de 27.500-33.000 personas sin hogar en España. 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 30.250-36.300 personas sin hogar, con una media de 33.275 personas (esta cifra no deja de ser una estimación que hay que tomar con mucha precaución, pues no tiene en cuenta a las personas sin hogar que se alojan o duermen en lugares no visibles).

En **Valencia**, en 2019, las entidades que formaban parte de la Plataforma “Sense Llar”, entre ellas Metges del Món Comunitat Valenciana promovieron la realización de un censo de personas sin hogar de la ciudad.

La noche del 24 de octubre de ese año, se identificó a **939 personas** sin hogar en la ciudad, entre las albergadas (403) y las que dormían en la calle (536), la gran mayoría de las personas censadas pernoctaban en las zonas de Ciutat Vella, Extramurs y el Antiguo Cauce del río Turia.

De ese total, 433 respondieron a una encuesta, de la que se obtuvieron estos datos:

En referencia al **perfil**:

- Un 21% eran mujeres y un 79% hombres.
- La edad media era 44 años, destacar también que un 6% eran menores de 21 años.
- Un 58% eran personas extranjeras y 42% españolas.
- El 60% estaban empadronadas.

En cuanto a los **factores de vulnerabilidad** los resultados fueron:

- Un 48% había estado menos de un año en la calle y un 14% más de 10 años.
- El 81% había sufrido algún tipo de violencia física o verbal.
- El 25% de las mujeres había sufrido violencia sexual.

- El 57% de las personas en calle tenían tarjeta sanitaria, en el caso de las personas albergadas esta cifra aumentaba hasta el 97%.
- El 39% de las personas en calle padece enfermedades crónicas o graves.

Por otro lado, los datos aportados por Metges del Món Comunitat Valenciana en su memoria de 2019 indicaban que en ese año se habían atendido en su programa a un total de 377 personas titulares de derechos.

El programa de Personas sin Hogar recoge en su memoria del año 2019 los siguientes datos acerca de las 377 personas atendidas en el programa:

- En cuanto al **género**, un 82,5% (311) eran hombres y un 17,5% (66) mujeres (dos de ellas transgénero).
- La media de **edad** más representativa en los hombres fue la franja de entre 45 a 54 años, representando el 26% de los mismos, en cambio, la media de edad más representada entre las mujeres fue la franja de entre 35 y 44, representando el 42,4% de las mismas.

Edad	Hombres	Mujeres	Total
18-24 años	8,4%	10,6%	8,8%
25-34	22,2%	18,2%	21,5%
35-44	24,8%	42,4%	27,9%
45-54	26,0%	16,7%	24,4%
55-64	16,1%	10,6%	15,1%
>65	2,6%	1,5%	2,4%

Tabla 1: Edad personas atendidas programa personas sin hogar de Metges del Món.

- Con relación al **origen** un 44,3% (167) de las personas eran españolas y un 55,7% (210) extranjeras. Es interesante desagregar estos resultados por género, pues entonces apreciaremos que las proporciones se invierten, mientras que los hombres españoles suponen el 41,5%, frente al 58,5% de los hombres extranjeros, las mujeres españolas suponen el 57,6% (incluidas las dos mujeres transgénero), frente al 42,4% que representan las mujeres extranjeras.

Por nacionalidad, de las 48 diferentes de las personas atendidas, las más representativas para los hombres en orden ascendente son España, Rumania,

Marruecos, Argelia, Polonia, Colombia e Italia. Mientras que para las mujeres son España, Rumanía, Bulgaria y Cuba:

País	Hombres	Mujeres	Total
España	41,5%	57,6%	44,3%
Rumania	9,3%	10,6%	9,6%
Marruecos	9,0%	0,0%	7,4%
Argelia	5,8%	0,0%	4,8%
Polonia	3,2%	1,5%	2,9%
Colombia	2,6 %	1,5%	2,4%
Bulgaria	1,3%	6,1%	2,1%
Italia	2,6%	0,0%	2,1%
Cuba	0,3%	4,5%	1,1%
Otras	24,4%	18,2%	23,3%

Tabla 2: País de origen personas atendidas programa personas sin hogar Metges del Món.

Si observamos los datos del origen desde áreas geográficas más extensas, también podemos observar diferencias interesantes respecto al género. Mientras, no hay representación femenina de África del norte y Asia, y es muy minoritaria en África subsahariana (3,0%), hay una representación significativa, incluso más representativa que para los hombres, de Latinoamérica, las mujeres latinoamericanas suponen el 13,6% de las atendidas, frente al 7,7% de los hombres. En cambio, en los hombres, hay una amplia representación africana (21,6%).

Áreas geográficas	Hombres	Mujeres	Total
Europa Occidental	5,8%	1,5%	5,0%
Europa del Este	22,2%	24,2%	22,5%
Latinoamérica	7,7%	13,6%	8,8%
África Subsahariana	5,5%	3,0%	5,0%
Norte África	16,1%	0,0%	13,3%
Asia	1,3%	0,0%	1,1%
España	41,5%	57,6%	44,3%

Tabla 3: Área geográfica de origen de las personas atendidas en el programa de personas sin hogar Metges del Món

Es de destacar que las personas de Europa del Este están ampliamente representadas, siendo el 22,2% de los hombres y el 24,2% de las mujeres.

- **Situación de salud mental:** Respecto al diagnóstico principal por el que las personas acceden al Programa un 51,2% (193) era la drogodependencia a sustancias ilegales y consumo abusivo de alcohol, un 18,0% (68) problemas graves de salud mental (problemas psicológicos y/o trastornos mentales y del comportamiento), y el 14,9% (56) presentaban patología dual.

Diagnóstico principal	Hombres	Mujeres	Totales
Drogas	52,4%	45,5%	51,2%
Salud Mental	15,8%	28,8%	18,0%
Patología Dual	12,5%	25,8%	14,9%
Problemas Psicosociales	19,3%	0,0%	15,9%

Tabla 4: Diagnóstico principal de las personas atendidas en el programa de personas sin hogar de Metges del Món

- **Situación de consumo:** Parte de las personas con problemas de drogodependencia eran policonsumidoras. La sustancias de consumo principal fueron:

Sustancia consumo	Hombres	Mujeres	Totales
Alcohol	52,1%	53,3%	52,3%
Benzodiacepinas	1,8%	0,0%	1,6%
Cannabis	26,4%	23,3%	25,9%
Cocaína	8,0%	3,3%	7,3%
Crack	4,3%	16,7%	6,2%
Heroína	3,7%	3,3%	3,6%
Metadona	2,5%	0,0%	2,1%
Mezcla (heroína + cocaína)	1,2%	0,0%	1,0%

Tabla 5: Principal sustancia de consumo en las personas usuarias de drogas en el programa de personas sin hogar de Metges del Món

7.2. SISTEMA DE VIVIENDA.

El derecho a la vivienda es uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar, al igual que la educación, la sanidad o los servicios sociales. Las posibilidades de acceder a un hogar digno las determina el sistema de vivienda, es decir, el marco en el que confluyen e interactúan todos los agentes (públicos y privados) con intereses y competencias en este ámbito (Bosch y Trilla, 2019). La Administración pública condiciona la evolución del sistema con sus decisiones, las características específicas de cada sistema de vivienda están definidas por el tamaño y la fuerza de los distintos actores. La eficacia de esta estructura para dar respuesta a los derechos y necesidades de la población dependerá del tipo de relaciones que tengan entre sí y del marco legal que los regule.

Tal y como nos señalan los autores, en el caso español, la entrada tardía en un régimen de políticas públicas encaminadas al Estado del bienestar ha causado una evolución del sistema de vivienda más lenta que en otros países del entorno. Además, la Administración ha priorizado otras políticas sociales, más que las enfocadas a garantizar el acceso a una vivienda digna. Esta falta de protección en materia de vivienda ha tenido un efecto devastador en numerosas familias a raíz de la burbuja inmobiliaria y el posterior estallido de la crisis económica.

Desde el año 2000 hasta que estalló la burbuja, en 2008, los precios de la vivienda en España siguieron –como en la mayoría de los países europeos– patrones especulativos, encareciéndose un 93%. La subida fue muy superior a la de los salarios, lo que empeoró progresivamente la accesibilidad económica de las viviendas y obligó a las familias a redoblar los esfuerzos para asumir el coste residencial. Con el estallido de la burbuja, a pesar de la bajada de precios, la situación empeoró debido al repentino aumento del paro y a los recortes salariales, en un entorno de alta deuda hipotecaria en muchos hogares.

En estas circunstancias, el sistema de vivienda español presenta grandes dificultades para asegurar un hogar en condiciones al conjunto de la población. Según el Defensor del Pueblo, en 2013 había en España unas 400.000 personas esperando para acceder a una vivienda protegida.

En España el alquiler ha sido tradicionalmente minoritario y tenido en menos por las políticas públicas en materia de vivienda, que han tendido a apostar por la propiedad. Con un sistema residencial marcado por un altísimo índice de propietarios, un 76,6% según el INE de 2017.

En la actualidad, el peso de la vivienda de alquiler social respecto al total de viviendas en España es de los más bajos de Europa. Según Amnistía Internacional (2015), en España las viviendas de alquiler social representan tan solo el 1,5% del parque de viviendas. En Europa, solo Letonia (con un 0,4%) y Grecia y Chipre, que no tienen, presentan registros inferiores. En la parte alta, los Países Bajos (30%), Austria (24%) y Dinamarca (20%) son los países que disponen de mayor oferta.

El escaso desarrollo del parque público o social de vivienda ha sido un rasgo distintivo del entorno español y es un factor más que contribuye a entender los problemas para satisfacer las necesidades de alojamiento.

Siguiendo al mismo artículo, destacamos que, de los principales pilares que sostienen el estado del bienestar en España, la vivienda es el componente que tiene –y que tradicionalmente ha tenido– menor consideración dentro de los gastos de protección social. En España, el presupuesto en protección social supone el 40% del total del gasto público (en 2016). Las pensiones, la asistencia sanitaria y las prestaciones por desempleo se llevan la mayor parte de este presupuesto de protección social, mientras que el gasto en vivienda queda por debajo del 0,1% del gasto público total y del 0,2% del gasto social. En cambio, la media que se le dedica en el conjunto de países de la Unión Europea es mucho más alta, ya que se sitúa en el 2,6% del gasto social.

Como consecuencia, los autores (Bosch y Trilla, 2019) señalan, que el bajo gasto social en vivienda provoca unos desajustes que, paradójicamente, sobrecargan otras prestaciones del Estado del bienestar, lo que a su vez afecta a las arcas del Estado. Numerosos estudios coinciden en que la falta de una vivienda digna afecta a la calidad de vida de numerosas familias, puesto que unas buenas condiciones residenciales se relacionan con mayores niveles de bienestar físico y psicológico. Por el contrario, no disponer de una vivienda digna y apropiada en cuanto a condiciones físicas y económicas afecta negativamente a la salud, al desarrollo educativo de los niños y niñas y a las necesidades de asistencia y de servicios sociales de las personas más vulnerables del hogar.

Según los datos que ofrece el Ministerio de Fomento, en el año 2018, el número de calificaciones definitivas de vivienda protegida, en planes estatales y planes autonómicos fueron 5.191, mientras que, en 2014, 15.046, y en 2010, 58.311. El Consejo económico y social de España en su informe 2015 “La vivienda social en España” ya exponía que la importancia de la inversión pública del Estado se había ido reduciendo progresivamente en favor de la realizada por las comunidades autónomas, que elaboran sus propios planes de vivienda en función de sus necesidades

específicas. Así, del total del presupuesto en la función vivienda en 2015 (1.310 millones de euros), el 69 por 100 corresponde al conjunto de las comunidades autónomas y el 31 por 100 al Estado.

La falta de vivienda social, junto al desempleo y a los salarios insuficientes generan procesos de expulsión de muchos ciudadanos y ciudadanas de sus hogares, vulnerándose el derecho a la vivienda, en lo que se denominan situaciones de **exclusión residencial**.

Tal y como explica Provivienda en su informe “Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud pública” (2018). Una situación social con claroscuros y un mercado de vivienda excluyente generan situaciones de exclusión residencial; esto se da cuando las condiciones que articulan la construcción social de las necesidades de alojamiento no se cumplen de forma adecuada. Los criterios aplicados al análisis son: la habitabilidad, la adecuación, la estabilidad y la accesibilidad (Cortés, Antón, Martínez, y Navarrete, 2008).

Vamos a utilizar también el concepto de exclusión residencial a lo largo del informe porque este concepto hace hincapié en las cuestiones estructurales de la organización social para explicar el fenómeno, contraponiéndose al concepto de persona sin hogar que basa su centralidad en la persona.

Para clasificar las diferentes situaciones de exclusión residencial, está ampliamente aceptada la clasificación ETHOS (Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial). Tal y como lo define FEANTSA en su Informe Europeo (2008): El papel de la vivienda en el sinhogarismo. ETHOS clasifica a las personas sin hogar según su situación residencial:

- **ETHOS 1:** Sin techo (que no tiene alojamiento de ningún tipo, vive en un espacio público).
- **ETHOS 2:** Sin casa (que vive en alojamiento temporal, en instituciones o albergues).
- **ETHOS 3:** En alojamiento inseguro (que vive bajo amenaza severa de exclusión por desahucio, arrendamiento precario o violencia doméstica).
- **ETHOS 4:** En alojamiento inadecuado (que vive en chabolas de asentamientos ilegales, en vivienda no apta para su habitabilidad según la normativa, o donde existe una situación de hacinamiento).

Las diferentes situaciones de exclusión residencial se han visto incrementadas en los últimos años, tanto en Europa como en el Estado Español. La Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020, estima que la cifra de personas en situación de sin hogar es de 33.275 personas. El número de personas sin hogar ha aumentado en todos los países de la Unión Europea (excepto en Finlandia) durante el periodo de crisis económica. Este contexto no solo ha supuesto un incremento a nivel cuantitativo, sino que ha tenido un impacto en la forma de concebir la exclusión social. Las políticas europeas han centrado sus esfuerzos en reducir los efectos de la crisis desde las necesidades del neoliberalismo, lo que ha creado un escenario institucional de aceptación de la exclusión social como parte del sistema (García, 2013).

Tradicionalmente, el colectivo de personas en exclusión residencial ha sido señalado como un colectivo mayoritariamente masculino, pues la situación de los hombres ha sido más visible, ya que se alojan más que las mujeres a la intemperie o temporalmente en albergues (ETHOS 1 y 2), y por la ausencia de la perspectiva de género en los acercamientos tanto teóricos como prácticos a estas realidades, es importante analizar la situación específica de las mujeres, para entender su invisibilidad. En la actualidad, recientes estudios, tal y como señala Gámez Ramos (2017) autora de “Personas sin hogar. Un análisis de género del sinhogarismo”, hablan de “Sinhogarismo encubierto” como una serie de tipos de alojamiento más característicos en el caso de las mujeres. Es decir, todo lo relacionado con obtener recursos en el mismo lugar donde se vive (prostitución, trabajo como interna), vivienda provisional con personas conocidas o familiares, o incluso con personas desconocidas a cambio de acuerdos informales. Todas estas situaciones son situaciones de sinhogarismo, según lo indica la tipología ETHOS, por lo que las mujeres parecen ser más representativas en las categorías de vivienda insegura y vivienda inadecuada (ETHOS 3 y 4), en las cuales se encontrarían algunas de las situaciones mencionadas.

Cabe destacar, que precisamente por la mayor visibilidad masculina, los recursos públicos disponibles para la atención a las personas sin hogar, en general, son recursos masculinizados pensados y organizados mayoritariamente para hombres lo que, de entrada, limita la disponibilidad y el acceso de las mujeres.

El sinhogarismo femenino, tal y como se señala en el informe de 2015, de la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar (Barcelona), es un fenómeno afectado por causas estructurales diferentes y con dificultades añadidas en relación con el masculino. Los diferentes factores que inciden sobre las decisiones vitales y las vulnerabilidades de

las personas se encuentran marcados por el género de manera decisiva. Entre las causas más frecuentes del sinhogarismo femenino, encontramos los malos tratos, las dificultades de la mujer para acceder a un puesto de trabajo y, hechos como rupturas y divorcios en aquellos casos en los que existía una fuerte dependencia económica de la pareja.

Respecto al factor ocupacional, Díaz (2014) en su estudio sobre mujeres sin hogar, incide en que la segregación de género en las distintas ocupaciones constituye un elemento clave para entender la desigualdad dentro del propio fenómeno del sinhogarismo. Por consiguiente, la trayectoria y desarrollo de las personas sin hogar estará diferenciada por sexos, siguiendo los patrones culturales establecidos durante el proceso de socialización.

En la Estrategia Nacional Integral para personas Sin Hogar 2015-2020 existe una línea específica con el fin de eliminar las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios y a las prestaciones sociales, sin embargo, no incluye la perspectiva de género por lo que se vuelve a invisibilizar la situación de las mujeres y se obstaculiza su acceso a los servicios y prestaciones que la Estrategia pretende hacer accesibles.

7.3. SISTEMA SANITARIO.

En la actualidad, la Sanidad se rige por el Real Decreto-Ley, de 27 de julio de 2018, sobre el Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud (SNS). Este Real Decreto-Ley da la titularidad del derecho a la salud y a la atención sanitaria a las personas con nacionalidad española y a los extranjeros que tengan residencia en España, y garantiza la asistencia sanitaria a colectivos excluidos por el RDL 16/2012.

Hasta esa fecha, la normativa vigente en el ámbito era Real Decreto Ley 16/2012, aprobado el 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Esta ley, vinculó el derecho a la asistencia sanitaria y la financiación pública de los medicamentos a la situación administrativa y de empleo de los ciudadanos, rompiendo con el modelo de Sistema Nacional de Salud existente hasta ese momento, que es el que se ha querido recuperar con la nueva norma aprobada.

Esta norma (RDL 16/2012), supuso la salida del sistema sanitario de muchas personas (se retiraron 800.000 tarjetas), especialmente de las personas más desfavorecidas y

vulnerables, entre ellas, las que carecen de recursos económicos y las extranjeras sin permiso de residencia.

Esta Ley se caracterizaba por eliminar el derecho universal a la sanidad y vincular el mismo al hecho de ser afiliado y/o beneficiario del Sistema Nacional de Salud. Solo en caso de ser menor, embarazada o estar en situación de urgencia se realizaría la asistencia de manera universal y gratuita.

El Gobierno Valenciano, no afín a esta norma, legisló el Decreto Ley 3/2015 que regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Este decreto tenía por objeto establecer, en el ámbito del sistema sanitario público valenciano, los requisitos que garantizaran el acceso a las prestaciones sanitarias, en igualdad de condiciones de acceso y calidad que el resto de la población asegurada, a aquellas personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España y con residencia efectiva en la Comunidad Valenciana, que no tuvieran la condición de aseguradas ni de beneficiarias del sistema nacional de salud. Este Decreto fue declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional en diciembre de 2017.

En este momento, el Real Decreto ley que rige la sanidad no está desarrollado y además se traspasa su aplicación a las Comunidades Autónomas, creando más confusión si cabe. Por lo tanto, en la C. Valenciana nos regimos actualmente por las instrucciones que desarrollaron el Decreto Ley 3/2015.

Este baile legislativo ha supuesto una confusión absoluta entre el personal sociosanitario, generándose el incumplimiento de la normativa vigente, y por tanto privándose del derecho al acceso a la cobertura sanitaria de muchas personas. En la ciudad de Valencia se continúan detectando casos de barreras de acceso, es el caso de embarazadas o menores a las que se les exige los tres meses de empadronamiento, las confusiones en el mostrador SIP de los centros de salud sobre los protocolos a seguir, las facturaciones en casos de urgencias, así como las dificultades a obtener tarjetas sanitarias aún en situaciones especiales, de enfermedad, etc. donde prima el cumplimiento de requisitos administrativos y no la situación de salud de la persona.

La exigencia de empadronamiento, es una barrera importante, para las personas en situación de exclusión residencial, y que afecta de manera transversal a muchas gestiones administrativas que dan acceso a derechos, no sólo a la atención sanitaria. Pese a las normativas (Ley 4/1996, R.D. 1690/1690/1986, Ley Orgánica 14/2003,

Resolución de 16 de marzo de 2015 de la Subsecretaría), que se han ido desarrollando para facilitar el empadronamiento de todas las personas que habitan la ciudad, no se ha conseguido generar un mecanismo facilitador del mismo, sino que continúa siendo un trámite muy exigente para las personas que se encuentran en situación de gran vulnerabilidad y exclusión residencial, o exclusión social severa.

No obstante, en lo que respecta al ámbito sanitario, constatamos que, en la ciudad de Valencia, existen diferentes casos donde no se cumplen instrucciones que desarrollaron el Decreto Ley 3/2015, ni mucho menos la nueva ley sanitaria. Las negativas a las expediciones de tarjetas, las facturaciones en urgencias y los problemas de atención en los mostradores SIP en la ciudad, así como las dificultades para obtener tarjetas sanitarias aún en situaciones especiales, de enfermedad, menores, embarazadas, etc., ocurren a menudo en la ciudad, donde prima el cumplimiento de requisitos administrativos y no la situación de salud de la persona.

7.4. EXCLUSIÓN RESIDENCIAL Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.

El hecho de no tener acceso a la vivienda o de vivir en una infravivienda tiene consecuencias en todos los ámbitos de la persona. Por un lado, desequilibra la estabilidad psíquica y emotiva, debido a la falta de arraigo, provoca angustia ante la permanente incertidumbre de no saber dónde acudir a dormir, a comer, etc. Por otro lado, aparecen enfermedades orgánicas derivadas del frío, la humedad, la falta de higiene, etc. Todo esto puede desembocar en una serie de trastornos que en ocasiones incluyen el abuso de alcohol y otras sustancias. Por otro lado, las personas en estas situaciones deben soportar una elevada estigmatización social, que todavía hace más difícil su incorporación al mercado laboral o a cualquiera de los ámbitos básicos del individuo.

De acuerdo con el informe HATENTO (2015), casi la mitad de las personas sin hogar habrían sufrido agresiones, humillaciones e intimidaciones motivadas por la intolerancia y los prejuicios de sus agresores hacia su situación de extrema exclusión social. Dormir y vivir en la calle tiene un componente de violencia estructural, que además se ve agravado por la violencia directa de la que son objeto estas personas.

También Cáritas en su informe "La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas" (2013) mostraron que las personas que se encuentran en situación de exclusión residencial ven reducida su esperanza media de vida en veinte años respecto al resto de la población y presentan entre dos y cincuenta veces más

problemas de salud físicos que la población en general. Además, las condiciones de vida de este colectivo son un agravante, dando lugar a enfermedades o cronificando las ya existentes. La prevalencia de enfermedades como la tuberculosis o el VIH son elevadas en relación al resto de la población. Del mismo modo, en España diversos estudios sobre salud mental entre personas en situación de sin hogar sitúa la tasa de esquizofrenia entre un 4 y un 13% y la de depresión mayor entre un 2 y un 20% (Herrero y Pérez-Lozao, 2014).

Según los datos de la encuesta a personas sin hogar efectuada por el INE en 2012, el 30,7% de las personas sin hogar manifiesta tener alguna enfermedad crónica, el 16,6% trastornos mentales y un 15,2% tiene alguna discapacidad reconocida.

Atendiendo a estos datos del INE, las mujeres sin hogar tienen peor percepción de su estado de salud que los hombres, dado que solo el 49,7% de las mujeres creía tener una salud buena o muy buena, frente al 60,7% de los hombres. Del mismo modo, las mujeres muestran una mayor incidencia de enfermedades crónicas, especialmente de trastornos mentales (22,3% de las mujeres frente al 15% de los hombres), así como de enfermedades de transmisión sexual.

Entre las consecuencias que supone para las mujeres el hecho de estar en situación de sin hogar, nos encontramos el padecimiento de múltiples violencias. Según los datos ofrecidos por el INE, el 40% de las mujeres sin hogar en 2012 habían sufrido algún tipo de agresión, el 24% habían sido víctimas de agresiones sexuales, y el 61% había sufrido robos. La situación de calle supone una desviación absoluta de las expectativas sociales, y produce consecuencias directas en la autopercepción y la autoestima de las mujeres.

Ya en el año 2006, L'Associació Prohabitatge y la FEANTSA, en su informe "Salud y sinhogarismo" advertían que la mayoría de las personas sin hogar no acceden a los servicios de atención primaria, sino que son atendidas a través de los servicios de urgencias en una situación grave o extrema, cuando las posibilidades de solución a su enfermedad son más escasas.

En esta línea, y de acuerdo con la Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía (2015), pues desde nuestros programas también lo observamos, en muchas ocasiones cuando el acceso al sistema de salud se realiza desde las unidades de urgencias hospitalarias, las personas son dadas de alta, sin que se realice una correcta derivación y coordinación, ni con las unidades de referencia, ni con los servicios de emergencias sociales. En los casos de personas sin hogar con patología dual, es

especialmente importante esta cuestión para no perder la intervención hasta ese momento realizada, y una valiosa oportunidad de alcanzar una inclusión social más efectiva.

Del mismo modo, el INE señalaba que un 24,3% de las personas sin hogar de nacionalidad española y un 75,7% de otras nacionalidades no tenían tarjeta sanitaria. Respecto al acceso a medicamentos, la Encuesta INE 2012 señalaba que un 76,8% de las personas sin hogar tenían dificultad a la hora de acceder a los medicamentos.

7.4.1. Salud mental y consumo de drogas.

Cuando hablamos de salud mental en el colectivo de personas sin hogar, hacemos referencia por un lado a los signos y síntomas correspondientes a trastornos de salud mental incluidos en las diversas clasificaciones diagnósticas y por otro, a aquellos malestares psicológicos y experiencias psíquicas producto de la interacción entre la persona sin hogar y el contexto social, cultural y político.

Siguiendo a Navarro Lashayas (2013), partimos de una visión más amplia y compleja de los “problemas de salud mental” en la que no hay que olvidar que la exclusión extrema que sufren las personas que viven en la calle produce unos efectos psicológicos que precipitan la aparición de problemas de abuso de sustancias y de salud mental.

La calle puede ser el destino de personas con problemas de salud mental o abuso de sustancias que no cuentan con una red social de apoyo lo suficientemente sólida, fundamentalmente la familia, y donde han fallado también las redes institucionales encargadas de proveer apoyo, fundamentalmente la red sanitaria y de protección social.

Si ponemos el foco en los determinantes sociales de la salud, observaremos que hay una relación circular entre los problemas de salud mental y las situaciones de marginalidad, exclusión y desventaja social, las primeras refuerzan las segundas y viceversa.

Uno de los temas que más investigación ha generado es el papel que juegan los problemas de salud mental y de abuso de sustancias en la etiología y mantenimiento de la situación sin hogar. Diversos estudios evidencian que es necesario considerar el consumo de sustancias y los problemas de salud mental como un componente

imprescindible respecto a la caracterización del colectivo de personas en situación de sin hogar.

De forma subjetiva resulta evidente que los hábitos de vida y la presión de la vida en la calle no son la mejor forma de tener una buena salud. También, es cierto que es más probable que una persona con enfermedad mental tenga una situación social más cercana a la exclusión, tanto por la ruptura con las redes sociales y familiares como por las barreras para su acceso al empleo, al ocio y a una participación ciudadana activa.

Respecto a la relación entre los trastornos de salud mental y sinhogarismo, Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) intentaron clarificar si los trastornos mentales habían aparecido antes, durante (en el mismo año en que las personas llegaron a la situación de sin hogar por primera vez) o después. Los datos de su investigación mostraron que la mayoría de las PSH habían sufrido sus primeras crisis de salud mental, incluidos los problemas de abuso de alcohol, antes de la llegada a la situación de SH. De esta forma, los problemas de salud mental, si no son causa, si que tienen un efecto muy importante en cuanto a la pérdida de la vivienda y de las relaciones sociales. De esta manera parece que la situación de SH responde no solo a un déficit personal sino a un fracaso de las instituciones y de los servicios de prevención y atención.

De acuerdo con Seena y Fazel, las primeras crisis de salud mental más frecuentes antes de la situación de Sin Hogar estarían relacionadas con la depresión y con el consumo de alcohol y de drogas, mientras que durante la situación de Sin Hogar los más frecuentes serían dependencia de alcohol y otras sustancias, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos y depresión mayor.

La entidad SMES-Madrid (2008) afirma que se ha producido un incremento en la proporción de sin techo con patología mental, sobre todo esquizofrenia, adicción a las drogas y al alcohol en las grandes ciudades de los países desarrollados. Como ejemplo mencionan que, de entre las 700 personas que viven en las calles de Barcelona y otras 900 en Madrid, entre un 4% y un 10% de ellos sufre esquizofrenia, trastorno bipolar y de la personalidad, depresión grave y estrés postraumático. Además, un 30% abusa de sustancias o de alcohol.

También apuntan que la razón por la que un alto porcentaje de personas sin hogar tiene trastornos mentales hay que buscarla en su mayor susceptibilidad, sobre todo si se trata de enfermedades como la esquizofrenia ya que hay dificultades añadidas en esta patología que les hacen más vulnerables a terminar en la calle.

En relación a los **trastornos adictivos**, siguiendo la tendencia de la población en general, entre las personas en situación de sin hogar el alcoholismo es la problemática principal. Otra realidad a tener en cuenta entre las personas en situación de sin hogar es la poliadicción (Fajardo, 2011).

En España, las investigaciones sobre personas sin hogar muestran porcentajes variados de consumo de alcohol, de forma que mientras distintos trabajos han situado la tasa de dependencia o abuso de alcohol en más del 40% (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995), el INE (2012) señalaba que el 9,5% de las personas sin hogar indicaba tener un consumo de alcohol moderado y solo el 4,1% un consumo alto o excesivo. Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) observaron que el 43,1% de las personas sin hogar en Madrid y el 23,5% de un grupo de riesgo señalaron haber bebido en exceso en alguna época de su vida. Según datos de la última encuesta del INE realizada en el año 2012 sobre las personas sin hogar, el 44% de las personas encuestadas consumían alcohol frente al 37% que consumían otras drogas. Respecto al consumo de otras drogas consumidas en el último mes destacaba entre los resultados el consumo de porros de marihuana o hachís, con un porcentaje que ascendía al 90%, un 25% de personas manifestaba haber consumido cocaína y el 13% heroína. Además, la mayoría de las personas sin hogar habían tenido problemas de consumo de alcohol con anterioridad a encontrarse en la situación sin hogar (Panadero, Vázquez y Martín, 2017).

Según estos mismos autores, el consumo abusivo de alcohol se considera un hándicap en el proceso de cambio de las personas en situación de sin hogar, ya que observaron que las personas en situación de sin hogar que habían padecido problemas relacionados con el consumo de alcohol se habían encontrado más veces en situación de sin hogar. Este hecho podría estar relacionado con la falta de adecuación de los recursos sociosanitarios a los que este perfil de personas acude, ya que presentar problemas relacionados con el consumo de alcohol puede dificultar el acceso o permanencia en ellos.

Por último, en referencia a la **patología dual**, (conurrencia en un mismo individuo de dos trastornos mentales, siendo uno de ellos un trastorno adictivo), se estima que, en población general, al menos un 37% de las personas que abusan del alcohol, y un 53% de las personas que abusan de drogas, pueden sufrir otro trastorno mental.

La existencia del consumo de sustancias acompañada de enfermedad mental, supone una dificultad en el diagnóstico y tratamiento, lo que obliga a un abordaje especializado, teniendo en cuenta que la patología dual es mucho más compleja que

la simple suma de ambos trastornos. Esta complejidad conlleva a que estas personas presentan una mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social y puede suponer un factor precipitante para la situación de sin hogar.

7.4.2. Sucesos vitales estresantes.

La exclusión no surge sólo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida del sujeto. Tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa, la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuente son determinantes en dicho proceso. Las líneas de investigación en este ámbito se han centrado en determinar el número y el tipo de **sucesos vitales estresantes** (SVE) que viven las PSH en comparación con grupos de población general y de personas con domicilio económicamente desfavorecidas. Se ha completado la visión del papel que los sucesos vitales estresantes juegan en la aparición y mantenimiento de la situación sin hogar, al incluir la perspectiva subjetiva en algunos estudios (Navarro Lashaya, 2018).

A la hora de definir los sucesos vitales estresantes, la literatura es confusa en cuanto a los sucesos vitales estresantes y el trauma. Ambos conceptos se entrecruzan y se utilizan de manera indistinta.

Las definiciones de trauma nos remiten a una vivencia extraordinaria, un choque emocional producto de situaciones incontrolables que produce una herida, un daño de carácter duradero y negativo.

Los sucesos vitales estresantes se definen como momentos traumáticos en la vida de una persona que, debido a la fuerte carga emocional que suponen, le afectan psicológicamente, tales como el fallecimiento repentino de un ser querido, problemas de salud, problemas económicos, etc. (Muñoz y Vázquez, 1999)

En otras palabras, se trataría de experiencias objetivas, en general incontrolables, que implican un reajuste sustancial en los comportamientos, influyendo en la forma de relacionarse consigo misma, con las demás personas y con el mundo que les rodea, jugando un papel clave en la vida de las personas.

Vemos que, tanto la definición de trauma como la de sucesos vitales estresantes, destacan aspectos como la importancia del hecho o acontecimiento que se produce, la carga emocional y las consecuencias psicológicas negativas que tiene.

La característica que define un hecho como traumático no es tanto el acontecimiento en sí, como la percepción subjetiva que tiene la persona sobre dicho acontecimiento y factores personales, interpersonales y contextuales.

En el estudio de Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003) realizado en España, al pedir a las personas que sitúen temporalmente los acontecimientos vitales estresantes de su vida con relación al primer episodio sin hogar, la mayoría de los sucesos (una media de 8) ocurrían antes o durante su transición a dicha situación sin hogar, disminuyendo de forma muy importante su ocurrencia posterior, lo que apunta a una posible relación causal entre el padecimiento de sucesos vitales estresantes y la situación de exclusión residencial.

Considerando conjuntamente la frecuencia de aparición y la causalidad percibida por los propios sujetos, durante la edad adulta encontraban los siguientes acontecimientos, ordenados en función del impacto: problemas económicos graves; problemas de desarraigo social y personal; abuso de alcohol y drogas; problemas de salud propios y de personas cercanas; enfermedad mental y hospitalizaciones psiquiátricas; ingresos en instituciones de todo tipo; y problemas legales.

En la infancia y primera adolescencia los sucesos mencionados con más frecuencia eran: drogas en padres, abandono de padre/madre o ambos, actitud alejada de los mismos, orfanato, fuga de casa, expulsión, muerte padre/madre.

En cuanto a las mujeres sin hogar, a los sucesos mencionados anteriormente habría que añadir el abuso y malos tratos durante la infancia y la adolescencia y la violencia de género y violencia física sufrida en la edad adulta.

Es obvio que no todas las PSH sufren todos los sucesos, pero en el estudio encontraron que la media de sucesos padecidos por los sujetos antes de los 30 años es de cinco de los que se han mencionado más arriba frente a la población en general suele vivir un máximo de tres.

De acuerdo con esto las PSH no constituyen un grupo especial de personas. Podríamos decir que son personas a las que les han sucedido a lo largo de su vida adversidades que les han puesto en una situación difícil, tan complicada que tanto los recursos personales como de los que dispone la sociedad, desde la familia a los recursos sanitarios, sociales, de vivienda, de empleo, etc., no han sido suficientes para prevenir o reducir el impacto que tales acontecimientos tienen en su vida.

En muchas personas sin hogar encontramos un bloqueo de afrontamiento que se podría relacionar con el número de SVE experimentados a lo largo de la vida. Si una persona se ha visto expuesta a un alto número de sucesos estresantes con sus consiguientes reajustes, que en muchas de las ocasiones no han sido eficaces, puede darse un deterioro en la eficacia de hacerles frente y una percepción de incontrolabilidad de dichos sucesos, pudiendo llegar a afectar a distintos ámbitos de la vida, aumentando su pasividad, vulnerabilidad y amenazando la adaptación tanto individual como social, pudiendo desembocar en una cronificación de la situación de exclusión social, como en el caso de las personas sin hogar.

7.4.3. Vivencias emocionales de las personas en situación de exclusión residencial.

La vivienda es una necesidad básica que cumple funciones como la de ser un espacio cerrado que nos protege del exterior y donde establecemos nuestra vida y referencias sociales. En él construimos nuestra intimidad y convivimos con el grupo familiar o afectivo más próximo y realizamos actividades sociales, convirtiéndose por tanto en un espacio de socialización.

La falta de vivienda genera una situación de inseguridad, desarraigo y falta de intimidad en la persona que le conduce a procesos de gran deterioro personal y de sus relaciones sociales.

Tal y como muestra el informe de FEANTSA (2008), el acceso a una vivienda, como espacio propio abre la posibilidad de reconstruir la confianza en uno mismo, la generación de participación social, así como de construcción de identidad (Menéndez, Markez, Gay y Armañanzas, 2013).

En relación a las personas migrantes sin hogar y sus vivencias emocionales, Navarro Lashaya, en un estudio realizado en 2013, identificó las vivencias emocionales relacionadas con las relaciones sociales, la dignidad y la deshumanización, emociones negativas, identidad personal y control de la vida y perspectiva de futuro, que detallamos a continuación.

- **Relaciones sociales.**

Muchas de las personas prefieren estar solas como estrategia para evitar problemas. Sin embargo, muchas veces el aislamiento no es una decisión personal sino consecuencia de la vergüenza que supone el “fracaso”, tanto más si este fracaso está asociado al estigma de ser un dependiente o un parásito social.

En la situación de sin techo, la dureza de la vida en la calle facilita el **aislamiento social** al incidir en la visión que se tiene de las relaciones con los demás. De este modo desaparece “el colchón” que toda comunidad debiera suponer como factor amortiguador y protector frente a la ansiedad y el miedo que genera la lucha por la subsistencia.

- **Dignidad y deshumanización.**

Numerosas investigaciones apuntan a la dificultad de mantener una **dignidad personal** cuando no se tiene casa. La experiencia de dignidad es una interrelación de los individuos con su ambiente, depende tanto de cómo nos vemos nosotros mismos y cómo somos vistos y tratados por los demás.

La imagen que los demás proyectan sobre nosotros, nuestra propia percepción de nuestro estado físico (suciedad, problemas físicos, etc.) y mental (el sentimiento de no importar a la sociedad, etc.), junto a las condiciones de degradación y deshumanización que conlleva la situación de sinhogarismo son variables que están influyendo en que algunas personas se vean deshumanizadas, más cerca de los animales que de las personas. En algunos casos se da un extrañamiento de este mundo. Muchas de las personas entrevistadas en el estudio de Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003), ven la calle como un mundo paralelo al mundo de los “integrados” de las personas “normales” provocando un cierto sentido de pertenencia a ese “submundo” de los excluidos.

- **Emociones negativas.**

En algunos estudios realizados sobre los efectos psicológicos de la exclusión social se llega a la conclusión de que genera aplanamiento afectivo o un estado de neutralidad emocional. Sin embargo, esto no ocurre en todas las personas ya que muchas de ellas muestran fuertes sentimientos de tristeza y frustración unidas al miedo y vergüenza por la situación que están pasando.

En referencia al uso de la violencia, ésta se asocia al abuso de alcohol y otras sustancias y a la gravedad de algunos problemas de salud mental, pero también hay numerosas referencias que vinculan la agresividad existente en la calle con la propia situación social que provoca que las personas se encuentren nerviosas, no puedan pensar bien y respondan de manera violenta a cualquier provocación.

Por otro lado, el uso de la violencia se considera una herramienta para hacerse respetar y ser reconocido.

- **Identidad personal.**

Algunos autores hablan de la forma en que la calle hace perder el sentido de la autoestima, autoeficacia e identidad en las personas o los efectos que el sentimiento de la despersonalización y la estigmatización tiene en la personalidad.

Los cambios en la identidad producidos por las condiciones de vida son lo que llevan a algunos autores a afirmar que la calle tiene un alto potencial traumático en las personas.

- **Control de la vida y perspectiva de futuro.**

La motivación para establecer metas y formular planes de futuro está relacionada con la creencia que cada uno tiene en las posibilidades de controlar los acontecimientos que suceden en su vida.

En el caso de las personas sin hogar se ha remarcado su falta de **motivación** para el futuro, su falta de expectativas debido al fuerte condicionamiento del entorno social, lo que lleva a considerar a algunos autores la indefensión aprendida en las personas sin hogar (Burn, 1992).

La mayoría de las personas entrevistadas para el estudio de Muñoz, Vázquez y Vázquez (2003), consideraban que podían salir de la situación en la que se encontraban y que para ello era fundamental la ayuda de las asociaciones, así como la suerte, saber moverse y aguantar hasta que les llegara su oportunidad.

Por otro lado, pocas muestran una **desesperanza total** que haría referencia al momento de quiebre total y abandono personal, en el que se asume la condición y se deja de luchar por cambiar las condiciones que le rodean. La cronificación de la situación de sinhogarismo llega a modificar la identidad personal de quien la sufre, al perder toda esperanza de cambio.

El intento de dar un sentido a lo que se está viviendo junto con la búsqueda de salidas es lo que provoca que se dé continuamente vueltas a la cabeza. La **rumiación** de la propia situación está muy presente en las personas entrevistadas.

Sin embargo, no todas las vivencias en la calle son negativas. Las personas también describen **cambios positivos y estrategias** para salir de la situación. Además, la mitad de las personas creen que pueden hacer pequeñas acciones que les permiten controlar su vida, la mayoría cree que va a salir de la situación en la que se encuentran y también son narrados aprendizajes y experiencias positivas de solidaridad en la calle.

7.5. FEMINIZACIÓN DE LA POBREZA.

La feminización de la pobreza, entendida como, el predominio creciente de las mujeres entre la población empobrecida es el resultado de las dinámicas de género que impone el sistema patriarcal, “un sistema de organización y dominación de los hombres sobre las mujeres en los más diversos ámbitos: económico, social, político y cultural, que se asienta entre otros en el desigual acceso a los recursos económicos, como la tierra, el capital o el empleo. Ello conlleva una mayor pobreza y precariedad para las mujeres. Con la consiguiente limitación de su autonomía y libertad, además del sometimiento a múltiples formas de violencia y la perpetuación de la división sexual del trabajo” (Alonso, 2014)

La feminización mundial de la pobreza está ampliamente reconocida por múltiples estudios, la ONU realizó en 2018 una estimación, que reconocía que en el mundo existen 122 mujeres, entre los 25 y 34 años, viviendo en extrema pobreza por cada 100 hombres del mismo grupo de edad. En esta línea, y en relación con el Objetivo de Desarrollo del Milenio “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”, las Naciones Unidas afirman que “si bien entre 2000 y 2015 se produjeron avances a nivel mundial con relación a la igualdad entre los géneros, las mujeres y las niñas siguen sufriendo la discriminación y la violencia en todos los lugares del mundo”.

Según datos de la Organización Internacional del Trabajo en 2018 las mujeres ganaron a nivel mundial alrededor de un 18.8% menos que los hombres y en concreto, en España un 14,9%.

Podemos afirmar que la pobreza en el mundo y en España tiene “rostro de mujer”. El mayor riesgo de pobreza en las mujeres viene determinado por diferentes causas, pero principalmente, por sus menores posibilidades de entrar en el mercado laboral, debido a los roles de género asignados tradicionalmente (especialización en el ámbito privado y los cuidados), que además las provee de menores capacidades y recursos (activos económicos, sociales y culturales) para desenvolverse en el ámbito público. Así como la menor posibilidad de acceso a puestos laborales con responsabilidad en la toma de decisiones y con mayores remuneraciones (techo de cristal), lo que deriva en menores posibilidades de acceso a recursos económicos. Esta cuestión aumenta la vulnerabilidad de las mujeres cuando tienen que enfrentar rupturas familiares o en la pareja, situación en la que, también se espera de ellas que sigan asumiendo la

responsabilidad de hacerse cargo de sus hijas e hijos. Esta realidad tan común entre las mujeres, ya en 1990 fue definida por Amartya Sen con el concepto “posición de ruptura”.

En relación a las familias monoparentales, cabe destacar que, ya suponen el 10,1% del total de las familias en España, y el 81,9% de las mismas están encabezadas por mujeres. Estos hogares experimentan las tasas de riesgo de pobreza relativa más alta, el 42,9%, según el estudio de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza, sobre familias monoparentales perceptoras de rentas mínimas (2019).

Si observamos las estadísticas laborales recientes, podremos observar que la brecha continúa desfavoreciendo a las mujeres, por ejemplo, si cogemos el segundo trimestre del año 2019, la EPA nos muestra que la tasa de paro en España para los hombres era del 12,5%, mientras que en las mujeres era del 15,8%.

Es de destacar, que en relación a las reformas y ajustes económicos de tinte neoliberal que se llevan a cabo en contextos de crisis económicas, se hacen sentir más agudamente, en términos de la feminización de la pobreza, tal y como lo describe Clara Murguialday (2005), en los siguientes escenarios:

- a) “En el ámbito de la reproducción. Como consecuencia del menor acceso familiar a los bienes y servicios del mercado, las mujeres han visto aumentar de manera notable su tiempo de dedicación al trabajo no remunerado, tanto en el cuidado del hogar y las criaturas como en el llamado trabajo de parentesco (actividades tendentes a mantener fuertes vínculos de solidaridad entre los miembros de la familia extendida) y en la gestión comunitaria de servicios. Surgen interrogantes acerca de la probabilidad de que la inversión que las mujeres hacen de su tiempo y energías en el trabajo familiar y vecinal no remunerado les sea retribuido en forma de sostén y asistencia en épocas de necesidad.
- b) En el trabajo remunerado. La inversión en capital humano sigue manteniendo un sesgo desfavorable para las mujeres y las niñas, en tanto el mayor desempleo femenino y su creciente presencia en el sector informal generan fuertes disparidades entre los sexos en lo que se refiere a la disposición de activos económicos.
- c) En la dotación de capital social o activos sociales (vínculos sociales del individuo que le facilitan el acceso a ingresos, bienes y servicios), así como de activos culturales (educación formal y conocimientos culturales

que permiten a una persona desenvolverse satisfactoriamente en su entorno).

- d) En las políticas gubernamentales. Es evidente que los recortes en los gastos sociales –característicos de los programas de ajuste estructural– han mermado el acceso de las mujeres a los servicios básicos necesarios para desempeñar sus funciones de producción y reproducción social, lo que les ha impuesto mayores cargas de trabajo y privaciones que a los hombres”.

8. RESULTADOS

En este apartado se presentan datos obtenidos con todas las titularidades, en el desarrollo de todas las técnicas y herramientas utilizadas a lo largo del diagnóstico. Estos datos no son generalizables al colectivo de personas sin hogar, solo hacen referencia a las personas en situación de exclusión residencial que acceden a los recursos que atienden a este colectivo.

8.1. DESCRIPCIÓN DE AGENTES IMPLICADOS.

8.1.1. Titulares de Derechos.

En cuanto a su localización en calle, las personas titulares de derechos ubicaron a las personas sin hogar en todos los distritos céntricos de la ciudad, en concreto en Ciutat Vella, Eixample, Extramurs, Campanar, La Saïdia, el Pla del Reial, Jesús, Els Poblaters Maritims, y en el viejo Cauce del río Turia.

Se comentó que dormir junto a más personas tenía la ventaja de estar más protegido y protegida ante agresiones, aunque también podía resultar problemático en ocasiones por conflictos surgidos entre las personas que comparten el espacio. Por lo tanto, existen las dos tendencias, zonas en las que las personas duermen en grupo y dispersión de personas por toda la ciudad que buscan la soledad.

Se muestran **diferentes categorías de sinhogarismo según el género**. El 63,3% de las mujeres se encontraba en la categoría de sinhogarismo ETHOS 3 y 4, es decir, en vivienda inadecuada o insegura (sólo el 13,3% de los hombres se hallaba en estas categorías), mientras que el 46,7% de los hombres se encontraban en el momento de

la entrevista, en la categoría ETHOS 1 (frente a un 10% de las mujeres entrevistadas), es decir, durmiendo en la calle.

Dónde se alojan/duermen	Mujeres	Hombres
En la calle	10,0%	46,7%
En una infravivienda/chabola	0,0%	3,3%
En un recurso de alojamiento (vivienda tutelada, albergue...)	23,3%	23,3%
En una vivienda ocupada	13,3%	6,7%
En casa de amigos, conocidos, familiares de manera provisional, en condiciones inadecuadas o inseguras.	20,0%	0,0%
Duermen en un albergue de baja exigencia, y pasan el resto del día en la calle.	3,3%	16,7%
Otros (sin condiciones de habitabilidad)	3,3%	0,0%
Habitación alquilada en viviendas inadecuadas o inseguras	26,7%	6,7%

Tabla 6: Donde se alojan o duermen las personas entrevistadas.

Por **edad**, se observa que las mujeres entrevistadas se concentran más que los hombres en la mediana edad (86,7%), los hombres presentan más diversidad encontrándose representados a lo largo de todo el ciclo vital.

Edad	18-29 años	30-44 años	45-59 años	Más de 60 años
Mujeres	2,0%	46,7%	40,0%	6,7%
Hombres	30,0%	26,7%	30,0%	13,3%

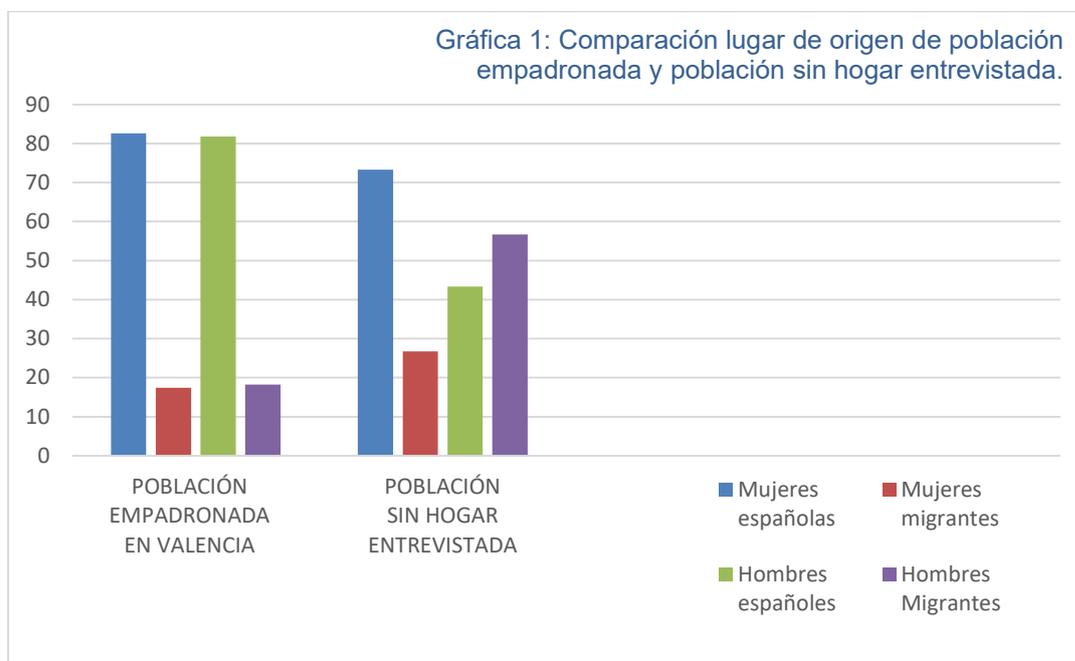
Tabla 7: Edad de las personas entrevistadas

Respecto al **lugar de origen**, es destacable que las mujeres españolas están mucho más representadas que los hombres españoles, suponiendo el 73,3% de las entrevistadas. En general los hombres vuelven a tener un perfil mucho más diverso, un 56,7% son extranjeros y un 43,3% españoles.

Lugar de origen	Mujeres	Hombres
España	73,3%	43,3%
Europa del Este	3,3%	20,0%
Europa Occidental	3,3%	3,3%
Latinoamérica	16,7%	16,7%
África Subsahariana	3,3%	10,0%
Norte de África	0,0%	6,7%

Tabla 8: Lugar de origen de las personas entrevistadas

Si comparamos estos datos con los de la población general empadronada en Valencia podemos observar que hay una mayor representación de personas migrantes que se encuentran en situación de exclusión residencial. Si tomamos los datos del anuario estadístico 2018 de la ciudad, el número de hombres extranjeros supone un 18,2% del total de hombres y las mujeres extranjeras representan el 17,4% de las mujeres empadronadas.



En cuanto a la **diversidad funcional**, hay que destacar que el 30% de las personas entrevistadas (el 36,7% de las mujeres y el 23,3% de los hombres) presentan diversidad funcional, este dato prácticamente duplica la cifra en referencia a la

población empadronada en la ciudad de Valencia, de la cual presentan diversidad funcional el 16%, según el mismo anuario.

Como vemos en la siguiente tabla, la diversidad funcional en mujeres es considerablemente más alta que en los hombres, un 36,7% frente a un 23,3%.

Diversidad funcional	Mujeres	Hombres
Reconocida o en trámite	36,7%	23,3%
Sin diversidad funcional	63,4%	76,7%

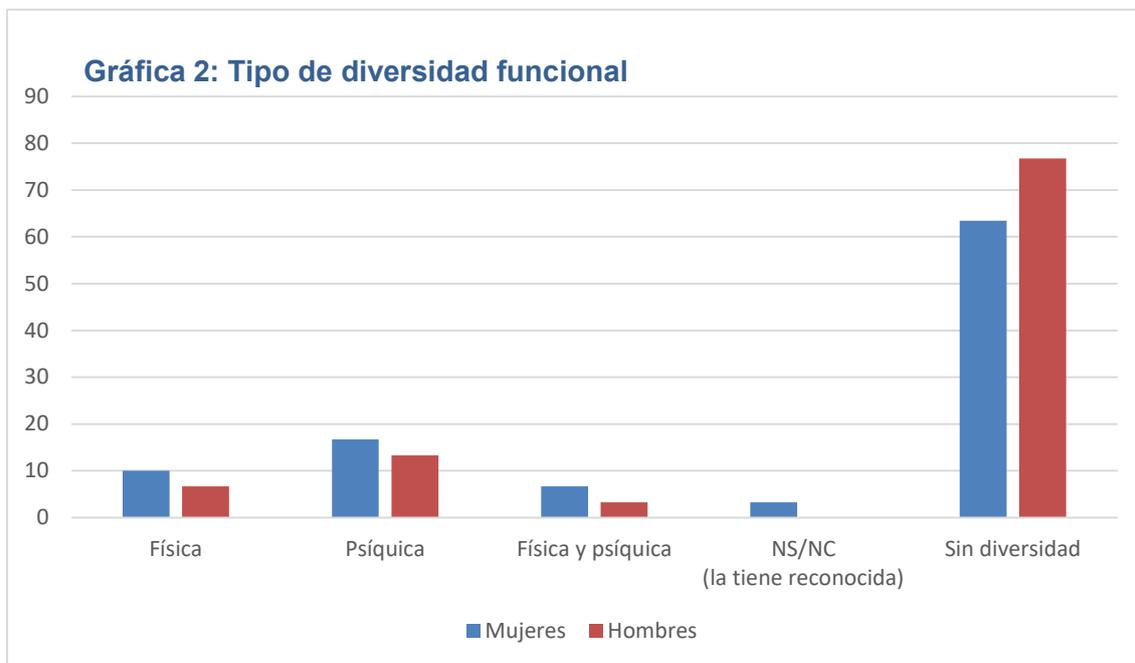
Tabla 9: Personas entrevistadas con diversidad funcional

Por otro lado, cabe destacar, la elevada incidencia de problemas de salud mental, pues del total de personas que tenían reconocida o en trámite la diversidad funcional, el 66,7% lo tenía asociado al reconocimiento a algún tipo de diversidad intelectual y/o psíquica (el 63,7% de las mujeres y el 71,4% de los hombres).

Tipo de diversidad funcional	Mujeres	Hombres	Total
Física	27,3%	28,6%	27,8
Psíquica	45,5%	57,1%	50,0%
Física y psíquica	18,2%	14,3%	16,7%
NC	9,1%	0,0%	5,6%

Tabla 10: Tipo de diversidad funcional de las personas entrevistadas

Estos datos respecto al total de las personas entrevistadas suponen que el 23,4% de las mujeres y el 16,6% de los hombres, tenían reconocida o en trámite su diversidad funcional asociada a problemas de diversidad intelectual y/o psíquica.



Respecto a los **ingresos económicos**, el 30% de los hombres y el 33,3% de las mujeres no tenían ningún tipo de ingreso económico.

En relación a las fuentes de ingresos (esta pregunta se planteó como multirrespuesta), el 33,3% de las personas entrevistadas cobraba alguna prestación social. Eran el 40,0% del total de las mujeres y el 26,7% del total de los hombres.

Cabe destacar que los hombres (40,0%) presentan más diversidad en las fuentes de ingresos que no provenían de vínculos relacionales o prestaciones económicas públicas (trabajos puntuales, cuidar a otras personas, aparcar coches, pedir, recoger chatarra...) que las mujeres (26,6%).

Ellas en cambio manifiestan recibir más ayuda de familiares, amigos o personas conocidas, representando el 13,3% de las mujeres, frente al 6,7% de los hombres. Lo que nos muestra que las mujeres tienen mayor dependencia económica de vínculos relacionales, y prestaciones económicas públicas, y los hombres presentan más independencia de estos, desarrollando otras estrategias.

Fuentes de ingreso	Mujeres	Hombres	Total
Trabajos puntuales	0,0%	3,3%	1,7%
A cambio de cuidar o hacer compañía a otras personas	3,3%	6,7%	5,0%
Pedir en la calle, aparcar coches	10,0%	26,7%	18,3%
Prestación social (pensión, subsidios, ayudas sociales...)	40,0%	26,7%	33,3%
Ayuda de familiares/amistades/personas conocidas	13,3%	6,7%	10,0%
Otras (recoger chatarra...)	0,0%	3,3%	1,7%

Tabla 11: Fuentes de ingresos de las personas entrevistadas con ingresos.

En cuanto al tiempo en situación de sin hogar, tanto en hombres como en mujeres se detecta una **cronicidad elevada**. En el momento del estudio, un 58,3% de las personas entrevistadas llevaban más de dos años en situación de sin hogar; si desagregamos por género estos datos observamos que, prácticamente la mitad de las mujeres (46,6%) lleva más de dos años en situación de exclusión residencial (13,3 de 2 a 5 años y 33,3% más de 5 años), y casi tres cuartas partes de los hombres (70%), se encontraba en esta misma situación (26,7% de 2 a 5 años; y un 43,3% más de 5 años).

Tiempo sin hogar	Mujeres	Hombres
Menos de un mes	0,0%	6,7%
Entre 1 y 6 meses	20,0%	10,0%
Entre 6 meses y 2 años	30,0%	13,3%
De 2 a 5 años	13,3%	26,7%
Más de 5 años	33,3%	43,3%
NC	3,3%	0,0%

Tabla 12: Tiempo en situación de sin hogar de las personas entrevistadas

A parte de los datos demográficos obtenidos, también se han identificado los grupos de **titulares de derechos** que presentan un número más elevado de **factores psicosociales de vulnerabilidad en la situación de exclusión residencial**.

Grupos de personas sin hogar en situación de mayor vulnerabilidad	
1.	Mujeres
2.	Personas con diversidad funcional
3.	Jóvenes que cumplen la mayoría de edad
4.	Personas exreclusas
5.	Personas mayores
6.	Migrantes

Fuente: Elaboración propia

Mujeres. Todas las titularidades señalaron que las mujeres presentan una alta vulnerabilidad cuando se hallan en situación de exclusión residencial por su mayor exposición a sufrir situaciones de violencia machista.

Personas con diversidad funcional especialmente con problemas de salud mental grave. Los datos recogidos en las entrevistas estructuradas muestran que las personas con diversidad funcional presentan un porcentaje más elevado entre las personas sin hogar si las comparamos con el conjunto de la sociedad valenciana. Por ello entendemos que precisamente el mismo factor de vulnerabilidad que ha favorecido su situación de exclusión residencial, actúa como mantenedor de su situación de sinhogarismo.

Las personas titulares de derechos entrevistadas que padecían alguna enfermedad grave de salud mental aludían a su mayor vulnerabilidad cuando se encuentran en situación de sin hogar, por afectarles de manera más significativa que al resto de personas, el estrés que conlleva esta situación.

Jóvenes que cumplen la mayoría de edad. Se trata de personas que han estado en centros de menores hasta su mayoría de edad, momento en el que se quedan sin recurso residencial y sin protección, a pesar de no haber finalizado su proceso de preparación y desarrollo de capacidades para llevar a cabo una vida autónoma.

Desde las entidades del tercer sector se ha detectado un aumento de personas jóvenes en situación de sin hogar en los últimos años y destacan, que los recursos no están pensados para este perfil que tiene inquietudes y necesidades vitales propias.

Las personas titulares de derechos, por un lado, percibían a este colectivo como personas con pocas habilidades para poder sobrevivir en situación de exclusión residencial, así como para salir de ella, y por otro se detectaba en ellos también

comportamientos y actitudes violentas, que perturbaban a otros titulares de derechos. Entendemos que estos comportamientos y actitudes posiblemente surjan como una respuesta adaptativa a este contexto de exclusión social severa.

Personas ex reclusas. En las entrevistas grupales con titulares de derechos y en los grupos focales con personal técnico de las entidades sociales, se evidenciaron las dificultades que tiene este colectivo, fuertemente estigmatizado, para abandonar el ámbito de la exclusión residencial y social, más aún si existen problemas de adicciones y/o de salud mental.

También se apelaba a la escasez de recursos de reinserción social y laboral a la salida de prisión y a la falta de recursos económicos de quienes acaban de conseguir la libertad (incluso quienes tengan derecho al subsidio de excarcelación pueden estar hasta un mes, sin ningún tipo de ayuda).

Personas mayores. Las personas titulares de derechos destacaron que las personas mayores son más vulnerables ante agresiones, que tienen más complicaciones de salud y que podrían no ser atendidas o no ser socorridas en caso de necesitar auxilio, dada su invisibilidad.

Por otro lado, desde las titularidades de responsabilidades se detecta la falta de recursos adaptados a personas mayores con problemas de adicciones.

Migrantes. En las sesiones participativas con titulares de derechos, así como en las entrevistas con titulares de obligaciones se evidenció la complejidad de la situación de las personas migrantes en situación administrativa irregular y la desprotección que este hecho conlleva. Sobre todo, en aquellos casos en los que su regularización no es viable pese a llevar la mayor parte de su vida en el Estado Español. Esta cuestión genera de facto la total imposibilidad de abandonar el ámbito de la exclusión social, lo que a nivel personal genera complicaciones psicoemocionales tales como el desánimo, abandono...

Otros factores de vulnerabilidad de las personas migrantes son el desconocimiento del idioma, de los códigos culturales y del sistema de funcionamiento de la Administración pública, así como de sus derechos.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos en las entrevistas estructuradas, las personas migrantes muestran un porcentaje elevado dentro del colectivo de personas sin hogar (en concreto los hombres), lo que nos indica que el

hecho de ser migrante es en sí mismo un factor más de vulnerabilidad añadido a estar en situación de exclusión residencial.

8.1.2. Titulares de Responsabilidades.

Las personas titulares de derechos han identificado dieciséis entidades (titulares de responsabilidades) a las que se dirigen para cubrir necesidades directamente relacionadas con la vulneración del derecho a la vivienda, a la salud y al trabajo.

En esta tabla se enumeran las entidades identificadas indicando sus servicios y su localización.

Entidades privadas identificadas por las personas titulares de derechos con programas de atención a PSH en Valencia			
Entidad	Programa	Servicios identificados	Localización
Metges del Món Comunitat Valenciana (CIBE)	Programa de atención social, sanitaria y de salud mental y de medicina preventiva. Se prestan servicios de alimentación e higiene personal, entrega e intercambio de materiales preventivos para usuarios de drogas y se llevan a cabo actividades educativas y de promoción de la salud.	Necesidades básicas Salud	Ciutat Vella
Misión Urbana.	Programa de acción social orientado a fomentar la autonomía personal y la inserción laboral. Búsqueda de alternativas laborales frente a las situaciones de prostitución. Asesoramiento jurídico, atención social, atención sanitaria en coordinación con recursos públicos, acompañamientos.	Necesidades básicas	Ciutat Vella
Fundación Natania (Rehoboth)	Programa de acogida en situaciones de emergencia a mujeres víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual.	Necesidades básicas	Ciutat Vella
San Juan de Dios (Albergue)	Alojamiento temporal (albergue), viviendas de inclusión, rehabilitación dependencia alcohol y juego patológico, formación para el empleo e inserción laboral	Necesidades básicas Trabajo	La Saïdia
Bokatas	Distribución de alimentos en calle y acompañamiento.	Necesidades básicas	Rutas móviles por la roqueta, Tres Forques, Pla del Real, Sant Francesc, Botànic, La Xerea, Campanar, El Carmen.

Amigos de la calle	Distribución de alimentos en calle y acompañamiento.	Necesidades básicas	Exposición. Rutas móviles
Asociación Valenciana de la Caridad	Comedor social, albergue, escuela infantil, multicentro social, centro de día y programas de recuperación personal.	Necesidades básicas Trabajo	Botánic
Actiyam	Programas de necesidades básicas y acompañamiento, formación, para personas en situación de vulnerabilidad.	Necesidades básicas	La Saïdia
Punto de encuentro	Distribución de alimentación y servicios de higiene los domingos.	Necesidades básicas	Olivereta
ACCEM	Centro de día de baja exigencia desde el que se prestan servicios de información y orientación y necesidades básicas. Presta también atención psicosocial para la reducción de daños y el fomento de la participación para una ciudadanía activa.	Necesidades básicas Trabajo	Jesús
Villa Teresita	Dirigido a la atención a personas en riesgo de exclusión social y mujeres en situación de riesgo. Presta atención social (área formativa y laboral y área psicológica), atención a necesidades básica y servicio de ropero y podología.	Necesidades básicas	Ciutat Vella
Fundación Salud y Comunidad (CIBE)	Programa de acción social orientada a fomentar la autonomía personal y la inserción laboral de mujeres en situación de exclusión social. Atención sociosanitaria, psicológica, asesoramiento laboral, jurídico, (clases de castellano, confección de bisutería, clases de costura, coro, autoayuda), teléfono de emergencia 24 horas, visita al CIE	Salud	Patraix
Comité ciudadano antisida (CEA Marítim)	Centro de reducción de daños que atiende las necesidades básicas de personas con conductas adictivas en activo. Presta también atención social y psico-sanitaria y facilita pruebas de VIH y programas de prevención, de intercambio de material esterilizado.	Salud	Poblats Marítims
Fundación RAIS	Programa de atención sociosanitaria, atención psicológica, entrega de material preventivo, test rápidos de VIH, talleres, acompañamientos, grupos de ayuda mutua.	Trabajo	La Saïdia
CEAR	Atención social, jurídica y laboral para personas solicitantes de protección internacional	Trabajo	Olivereta
CEPAIM	Actuaciones que desarrollan procesos de orientación, formación, intermediación y prospección laboral encaminados a mejorar la empleabilidad y la calidad en el empleo de la población extranjera y de la población autóctona más desfavorecida, incidiendo positivamente en sus trayectorias de integración sociolaboral.	Trabajo	Jesús

Fuente: Elaboración propia

De la tabla se desprende que las personas titulares de derechos han identificado en su mayoría, recursos de la de la zona centro de la ciudad que les permiten cubrir sus necesidades básicas.

Por otro lado, las valoraciones generales surgidas en los discursos de las diferentes titularidades respecto a los servicios prestados por las entidades del tercer sector variaban principalmente en función de si eran centros de baja exigencia o centros con altos niveles de exigencia, por lo que el análisis lo vamos a dividir siguiendo estas categorías.

Valoraciones centros baja exigencia	Valoraciones centros altos niveles exigencia	Valoraciones comunes
Buen trato, flexibilidad, fácil acceso y cobertura de necesidades básicas.	No accesibles para personas con consumo activo o sin conciencia de enfermedad mental.	No se trabaja en defensa de los derechos de las personas que se atiende, se continúa trabajando desde enfoques de necesidades.
Puesta en valor del trabajo individualizado de acompañamiento, seguimiento social, atención médica y psicológica.	No adaptados a la realidad de las personas con enfermedad mental.	
Sobresaturados, instalaciones deficitarias, escasez de recursos materiales y humanos.	Escasa flexibilidad en su forma de funcionamiento.	No existen espacios propios para mujeres desde donde se trabaje con enfoque de género
Sin servicios durante el fin de semana y necesidad de ampliar horario de los servicios.	Coacción mediante la amenaza de expulsión, generando mucha inseguridad. No existe garantía de atención a medio-largo plazo.	

Fuente: Elaboración propia

8.1.3. Titulares de Obligaciones.

A continuación, se muestra el análisis realizado tanto por titulares de derecho como por titulares de obligaciones en relación con los recursos y servicios de titularidad pública más utilizados por titulares de derechos que fueron identificados en la IAP en relación con los derechos de vivienda, salud, trabajo y una vida libre de violencia.

Para poder conocer la efectividad del derecho se han analizado junto con las personas implicadas las siguientes dimensiones: disponibilidad, acceso, aceptabilidad, calidad sostenibilidad y participación.

En el análisis no se ha incluido la dimensión sostenibilidad ya que se ha considerado que todos los recursos analizados tienen una solvencia que garantiza su estabilidad en el tiempo y son, por lo tanto, sostenibles.

CATEGORÍA	PARAMETRO
Disponibilidad	Número de establecimientos, recursos, insumos, programas, bienes o servicios dispuestos para el cumplimiento del derecho.
Accesibilidad	La no-discriminación en la prestación de los servicios y en el sentido físico, de alcance geográfico, cultural, económico o religioso a los servicios.
Aceptabilidad	Si los servicios responden a los valores de los usuarios, se estudia a través de la satisfacción que manifiestan con el servicio y son de su confianza.
Calidad	No solo calidad técnica valorada por la oportunidad, la integridad y la efectividad de las acciones, sino la calidad humana, en tanto que satisface las expectativas de quien presta y de quien recibe el servicio.
Sostenibilidad	Permite la continuidad en el tiempo al monitorear la compatibilidad de la estructura y el funcionamiento propuesto en una iniciativa con los valores culturales y éticos del grupo involucrados y de la sociedad, lo que la hace aceptable por esas comunidades, actores u organizaciones.
Participación	Intervención de particulares en actividades públicas en tanto portadores de intereses sociales

Fuente: Guía para la incorporación del enfoque basado en derechos humanos en las intervenciones de cooperación al desarrollo. 2010.

Las personas titulares de derechos han identificado siete recursos de la Administración Pública a los que acuden para resolver temas relacionados con sus derechos a vivienda, salud y trabajo.

8.1.3.1. Derecho a la Vivienda.

Las personas titulares de derechos han identificado el **Centro de Atención Social a Personas Sin Techo (CAST)** y el **Centro de Atención a la Inmigración (CAI)** del

Ayuntamiento de Valencia como servicios públicos que derivan a otros recursos para cubrir necesidades básicas, no cubiertas como consecuencia de ver vulnerado su derecho a vivienda, así como para facilitar su inclusión social.

Recursos públicos de vivienda identificados por las personas titulares de derechos	
Nombre	Programa
CAST	Centro municipal, dependiente del ayuntamiento de Valencia que deriva a otros recursos desde dónde se pueden cubrir necesidades básicas como alojamiento, alimentación e higiene, realizando seguimiento social de casos, con el objetivo de facilitar la inclusión social de las personas que atienden.
CAI	Centro municipal dependiente del ayuntamiento de Valencia en el que se provee la primera acogida de la población inmigrante que carece de domicilio y se encuentra ubicada en la ciudad de Valencia. Se deriva a otros recursos de alojamiento y manutención de primera acogida y facilitando el acceso a acciones formativas, contextualización sociocultural y de aprendizaje de castellano y valenciano para favorecer la integración social.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las dimensiones de análisis de efectividad del derecho, respecto al CAST consideraron:

Disponibilidad:

Se atiende desde un único espacio físico, es decir, es un recurso centralizado. Se atiende de lunes a viernes, principalmente en horario de mañanas. Para solicitar atención hay que acudir antes del horario de apertura (8:00 horas) y guardar cola para coger turno. Los turnos se reparten por un número determinado, las personas que no consiguen turno deben regresar otro día y realizar el mismo proceso.

Una vez las personas son atendidas, en caso de que no haya plaza disponible en ningún recurso de alojamiento, deben regresar otro día y seguir el mismo procedimiento sin garantías de obtener alojamiento en esa otra ocasión.

Esta dinámica de incertidumbre respecto a la atención y a los resultados genera desmotivación a la hora de acudir al servicio.

En cambio, el hecho de dar atención en la medida de lo posible durante el mismo día, es considerado por las profesionales como una cuestión de adaptabilidad al perfil. Aquí aparece una contradicción evidente entre la percepción de titulares de derechos y la de titulares de obligaciones respecto a la disponibilidad del recurso, consecuencia, entendemos, de la sobresaturación.

(...) aquí la atención es al día, todos los días tenemos atención directa, no damos cita previa dentro de una semana, entendemos que su situación es muy vulnerable

y la atención es al día, directa. Si viene una emergencia por la mañana o a mitad tarde, se atiende igualmente, intentamos dar esa prioridad en esa atención. (07 TO).

Por otro lado, las personas dependientes de sustancias adictivas perciben que cuando ya se les ha realizado un acompañamiento desde este servicio en algún proceso de desintoxicación/deshabitación pero han sufrido una recaída o una expulsión de algún recurso, resulta más complicado que el servicio vuelva a estar disponible para ellas.

Accesibilidad:

Existe confusión entre las personas titulares de derechos en cuanto a cuáles son los criterios para poder recibir atención desde este servicio, quedando patente esta confusión en el discurso reiterado de, *“te atienden sí quieren”*.

Por otro lado, el empadronamiento supone una barrera para poder acceder a este recurso. En algunas ocasiones, si la persona está empadronada en algún distrito de la ciudad o en otro municipio, se le remite al Centro Municipal de Servicios Sociales de la zona de empadronamiento, pese a no ser la zona en la que viven. Dada su situación de calle, desde los servicios sociales de su zona puede que la vuelvan a remitir al CAST, lo que genera que las personas vayan de un lugar a otro, solicitando una atención que se dilata mucho en el tiempo. De esta forma, la persona puede vivir esta situación como una continua negativa a sus demandas de ayuda, que desemboca en desmotivación por acudir a los servicios públicos.

Como solución, las personas entrevistadas proponen que sean las profesionales las que se coordinen y acuerden desde dónde debe ser atendida la persona, para no generar frustración y desánimo.

En cuanto a las personas dependientes a alguna sustancia, manifiestan que en la mayoría de los casos el servicio sólo es accesible para ellas si se comprometen a mantener la abstinencia. De la misma forma, los recursos a los que podrían ser derivados para cubrir necesidades básicas (alimentación, alojamiento, higiene...), a excepción de uno (un pequeño albergue) tienen altos niveles de exigencia, por lo que no se adaptan a su situación personal.

El CAST tienen un servicio de trabajo de calle, desde donde acceden a las personas titulares de derechos que no están en situación de acercarse a su espacio físico, sin embargo, no cuenta con traductores por lo que dificulta la atención de las personas migrantes que desconozcan la lengua castellana.

Calidad:

Las personas titulares de derechos aprecian una mejora en el servicio y en la atención en el último año.

También valoran de forma positiva el trabajo de derivación que desde este servicio se hace a recursos de alojamiento, comedor, servicios de deshabitación e inserción laboral, así como las ayudas de farmacia. Pero demandan un mayor acompañamiento y seguimiento por parte del servicio.

En cambio, las personas entrevistadas perciben resistencia para ser empadronadas y recibir ayudas económicas para gestión de documentación, siendo éste un requisito indispensable para poder avanzar en su proceso de inclusión social y acceso a derechos.

También manifiestan que la calidad de la atención varía en función de la profesional que les atiende, lo que podría deberse a la falta de criterios unificados respecto a cómo debe ser la atención.

En cuanto a la atención en salud mental, el CAST tiene un servicio de atención psiquiátrica aunque en muchas ocasiones no se encuentra operativo.

Aceptabilidad:

El servicio no se ofrece como un derecho de las personas, ya que no se facilita información sobre los recursos a los que se tiene derecho por ser personas en situación de exclusión social y residencial.

Por otro lado, en muchos casos el tiempo de permanencia en los recursos no está definido previamente (se va renovando en función del criterio de la profesional encargada del caso) lo que provoca incertidumbre e inseguridad. Normalmente se ofrecen como recursos cortoplacistas.

Las personas con enfermedad mental grave manifiestan que el servicio no se adapta a su realidad. Los recursos a los que pueden ser derivadas como personas sin hogar, en los que conviven con un gran número de personas con diversidad de situaciones y las dinámicas allí generadas, no propician su estabilidad mental. Así lo reconocen también las profesionales entrevistadas.

(...) un albergue también tiene sus limitaciones en la atención a una persona con una patología mental específica y que necesita una atención específica, el

albergue no tiene personal sanitario, ni los profesionales que les puedan atender en ese sentido. (07 TO).

Participación:

Las personas entrevistadas perciben que no es posible participar en la toma de decisiones respecto a la intervención que se va a realizar con ellas o el itinerario a seguir para alcanzar su inclusión social.

Las profesionales del servicio manifiestas que la participación es articulada a través de las entrevistas con las profesionales, pues son ellas quienes canalizan las demandas para mejorar el servicio, pero los mecanismos más directos se realizan con las personas que se encuentran en los recursos de alojamiento.

Las personas que atendemos también nos hacen llegar esas necesidades que tienen y sí que las elevamos. Recientemente, también ha habido una comisión de participación de personas que están alojadas en los diferentes recursos de alojamiento, y bueno, y todo lo que ahí se ha trabajado y han verbalizado se está haciendo lo posible por ver de qué manera se puede mejorar. (07 TO).

En cuanto a las dimensiones de análisis de efectividad del derecho, respecto al CAI se consideró:

Disponibilidad:

El Ayuntamiento de Valencia dispone de un único centro para toda la ciudad y se gestionan las citas por el mismo sistema de turnos que en el CAST, por lo que las dinámicas son similares a las mencionadas en el apartado del CAST.

Accesibilidad:

Las personas migrantes sin hogar son derivadas del CAI al CAST cuando se detectan problemas asociados de consumo de drogas y/o de salud mental.

Por otro lado, el servicio está desbordado, lo que limita mucho su accesibilidad.

(...) y aun así dejamos a personas todos los días en las puertas del CAI porque no tenemos más plazas. (01 TO)

Calidad:

Las personas entrevistadas manifiestan que no se les informó sobre sus derechos como personas migrantes, ni se les derivó a servicios jurídicos para orientación por su situación administrativa. Tan solo se les ofreció intervenciones a corto plazo como la atención a necesidades básicas, en función de la disponibilidad de plazas (comedor y albergue) y por un tiempo limitado.

Aceptabilidad:

La percepción de las personas titulares de derechos es que la satisfacción de las personas atendidas con el servicio varía en función de la profesional que atiende y de los recursos y servicios ofrecidos. Así, una de las personas entrevistadas manifestó que la atención prestada fue satisfactoria, pues pudo estar albergado durante un tiempo, encontrar trabajo en la agricultura y alquilarse una habitación, pero cuando se quedó sin dinero volvió a la situación de sin hogar, espiral en la que lleva seis años.

En cambio, otra de las personas titulares de derechos manifestó insatisfacción con el servicio por no haberse sentido acogido.

Participación:

Las personas entrevistadas tienen la percepción de que no es posible participar en la toma de decisiones respecto a la intervención que se va a realizar con ellas o el itinerario a seguir para alcanzar su inclusión social.

A continuación, se muestra un **listado de servicios públicos que deberían garantizar el derecho a la vivienda** pero que las personas titulares de derechos no identificaron como tales, en algunos casos porque desconocían de su existencia y en otros, porque al acudir a solicitar ayuda no habían ofrecido soluciones a su situación de exclusión residencial.

Centros Municipales de Servicios Sociales: Son servicios conocidos pero no dan respuesta a su situación de sin hogar ni a la vulneración del derecho a la vivienda. No son servicios de referencia para estas personas motivo por el que no los identificaron.

Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas: Es conocida, e incluso, algunas personas han acudido a sus servicios para presentar solicitudes de prestaciones (Renta Garantizada de Ciudadanía, Renta Valenciana de Inclusión, Prestación No Contributiva...), pero en general no la tienen asociada como titular de obligaciones relacionada con el derecho a la vivienda ya que estas prestaciones no garantizan un

hogar. Tampoco acuden a los servicios de la Conselleria a demandar cuestiones relacionadas con este derecho.

Policía (Nacional, local, X4...): No se les asocia con ningún tipo de ayuda directa a la situación de sinhogarismo. En algunos casos les han informado sobre algún recurso para la cobertura de necesidades básicas.

Entitat Valenciana d'Habitatge i Sol (EVHA): En la mayoría de los casos desconocen el recurso y quien lo conoce comenta que se trata de un servicio que no ofrece respuesta al derecho a la vivienda de las personas sin hogar.

Oficina Municipal de Infovivienda Solidaria: No se conoce su existencia, por lo que se desprende que no es un servicio adaptado a la realidad de las personas que se encuentran en situación de sin hogar.

8.1.3.2. Derecho a la Salud.

Los recursos de titularidad pública relacionados con la salud más reconocidos y utilizados por las personas titulares de derechos son: los Centros de Atención Primaria, los Centros de Especialidades, las Unidades de Salud Mental (USM), las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y los Hospitales.

La gran mayoría de las personas titulares de derechos que han participado en la IAP utilizan los servicios correspondientes a la zona centro, en torno a la calle Guillem de Castro ya que muchos de ellos duermen por la zona y a falta de empadronamiento, utilizan la dirección de nuestra organización o la de otras entidades de la zona como referencia a efecto de notificaciones.

Fuente: Elaboración propia

Recursos públicos de salud identificados por las personas titulares de derechos	
Nombre	Programa
Centros de Atención Primaria Centros de Especialidades	Son centros de atención primaria y especializada de salud dependientes en la mayoría de los casos de la Conselleria de Sanidad.
Unidades de Conductas Adictivas y de Alcoholología	Unidades que dan apoyo a los equipos de atención primaria para la asistencia en régimen ambulatorio de personas con trastornos adictivos
Unidades de Salud Mental	Centros especializados dirigidos a la valoración, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, orientación, y atención domiciliaria. Atención de urgencia, interconsulta con otras especialidades médicas, coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales. Prevención y sensibilización, psicoeducación y promoción de la salud mental.

En cuanto a las dimensiones de análisis de efectividad del derecho, respecto a los Centros de Atención Primaria y de Especialidades se consideró:

Disponibilidad y accesibilidad:

En general, las personas titulares de derechos de origen español consideran que la disponibilidad y accesibilidad es buena, aunque la falta de empadronamiento en algunos casos se valora como una barrera burocrática que entorpece el acceso.

Las personas migrantes indocumentadas sin hogar, es el colectivo que tiene más dificultades de acceso, principalmente por falta de información sobre sus derechos sanitarios y por el desconocimiento del idioma y del funcionamiento de la Administración sanitaria pública.

También se detecta falta de información sobre las prestaciones y coberturas a las que tienen derecho, incluso cuando ya se está dado de alta en el sistema sanitario.

Las profesionales manifiestan que el acceso al sistema de salud para las personas españolas es muy sencillo y perciben que las mayores dificultades se encuentran con el colectivo de personas sin hogar de origen europeo. Éstas son percibidas como un colectivo bastante numeroso (sobre todo en la zona centro de la ciudad), con bastantes dificultades por cuestiones idiomáticas y por problemas, en muchas ocasiones, de adicciones y/o salud mental.

Los que me llegan aquí son los que no tienen cobertura sanitaria, que en estos momentos son en su mayoría extranjeros europeos. Me refiero a europeos, la mayoría con patología dual, con enfermedad mental y con consumo de alcohol, drogas o cualquier sustancia tóxica. De Alemania, de Polonia, de Rumanía, por lo menos en esta zona (...) no hablan nada castellano y nos las vemos y nos las deseamos (...) sólo hay un traductor o traductora en el Hospital General, por si les ingresa alguno y no se desplazan. (09 TO).

En general, las profesionales, valoran que el sistema es accesible para personas migrantes que llevan más de tres meses en España y que tienen documentación identificativa y empadronamiento y en caso de faltar alguno de estas dos requisitos, es posible acceder mediante un informe social que explique la situación. En estos casos, se facilita una tarjeta sanitaria de seis meses de duración que se puede ir renovando si no varía su situación.

En cuanto al acceso, las barreras se encuentran a veces en el propio mostrador del Centro de Salud, ya que no se facilita la información adecuada, bien por falta de

conocimiento sobre los derechos sanitarios de las personas migrantes o por dificultades de comunicación debido al desconocimiento del idioma y la carencia de traductores en los centros sanitarios.

Calidad y aceptabilidad:

En general las personas titulares de derechos consideran que la calidad y aceptabilidad de estos servicios es buena, si bien destacan que las consultas en especialidades tienen largas listas de espera. Por otro lado, también mencionan que aquellas personas que tienen prescritos tratamientos farmacológicos crónicos y que se encuentran en situación de calle precisarían un mayor seguimiento por parte de estas unidades.

Participación:

Se considera que no existe posibilidad de participación en estos servicios. Las profesionales manifiestan que aunque hay canales no llegan a la población de forma efectiva.

Respecto a las Unidades de Conductas Adictivas y de Alcoholología se consideró:

Disponibilidad y accesibilidad:

En las entrevistas con titulares de derechos no se han detectado problemas de disponibilidad y accesibilidad a estas Unidades. Sin embargo, las profesionales de las Unidades reconocen que tienen alta exigencia y los servicios no están adaptados a la complejidad de las personas sin hogar.

(...) cumplir con un horario para que se les vea en una cita o luego se les da una receta, todo este tipo de acciones que requieren una autodisciplina y un orden para seguir un tratamiento, desde llegar a la hora, desde recordar que tienes que mirar la hoja de cita para saber cuando tienes que volver, tomarte la medicación, ir a la farmacia, sacarla (...). (011 TO).

Un tema que dificulta la atención a personas migrantes con escaso o nulo conocimiento de la lengua castellana es la falta de traductores.

Calidad:

Las personas titulares de derechos valoran favorablemente el trato recibido y que los equipos de la unidad sean estables, ya que favorece la creación de un vínculo con los profesionales. En caso contrario, en las ocasiones en que los equipos han cambiado

con mucha frecuencia manifiestan haber tenido dificultades para adherirse al recurso y al tratamiento.

Las profesionales reconocen que los servicios no están preparados para la complejidad que requiere el abordaje de las situaciones de las personas sin hogar.

Las personas entrevistadas hacen mención a la saturación del recurso y a la falta de personal y también comentan que las citas con la consulta psicológica deberían ser más frecuentes para poder realizar un mejor acompañamiento.

Los hombres encuentran más dificultad cuando acceden a realizar una desintoxicación o deshabitación en recursos especializados, ya que, debido a la alta demanda, el tiempo de espera puede ser de varios meses. La situación de persona sin hogar no es considerada como un criterio de emergencia que permita priorizar la entrada en los recursos.

En el caso de las mujeres, esta situación varía, ya que el tiempo de espera para ingresar en centros de deshabitación es menor porque la demanda es más reducida.

Profesionales de otros recursos sociales piensan que deberían existir mecanismos para agilizar el acceso de las personas sin hogar tanto a las consultas como a los recursos específicos, pues su realidad es mucho más compleja y vulnerable que la de una persona con vivienda.

Una persona que está enferma que está en la calle o que está en un albergue debería tener prioridad a la hora de ser atendida, no es una persona que puede estar en su casa esperando 2-3 meses para que le den una cita. En unas circunstancias así creo que se deberían priorizar estos casos. (07 TO).

Aceptabilidad:

En general, las personas titulares de derechos se muestran satisfechas con estas Unidades y valoran el servicio de forma positiva.

Participación:

La participación directa o indirecta de las personas atendidas en las Unidades no es posible.

Ahora mismo no hay. En drogas no hay a nivel general, pero tampoco los profesionales. Ahora mismo los profesionales tampoco participamos, y muchísimo menos los pacientes. (08 TO).

Respecto a las Unidades de Salud Mental se consideró:

Disponibilidad y accesibilidad:

Las y los profesionales de las USM no detectan problemas de disponibilidad y accesibilidad a estas Unidades.

Sin embargo, mencionan dos elementos que dificultan la atención a las personas con problemas de salud mental: uno sería la falta de traductores como un elemento que dificulta la atención de las personas migrantes que desconozcan la lengua castellana y el segundo la ausencia de unidades de trabajo en calle, que puedan atender a las personas que por sus características personales y/o su patología no se encuentren en condiciones de acceder por sí mismas a estos servicios.

Por otro lado, las personas titulares de derechos manifiestan que estas unidades deberían tener en cuenta las dificultades añadidas que supone la situación de calle a la hora de acceder al recurso. El personal técnico, en cambio, manifiesta que hay sensibilidad hacia estas situaciones y que muestran más flexibilidad a la hora de atenderles.

Calidad:

Las personas titulares de derechos manifiestan que la atención en estos servicios se vuelve deficitaria si se detecta que hay problemas de adicciones (patología dual).

A este respecto las profesionales manifiestan que existe una dificultad para el tratamiento de personas con patología dual ya que, en ocasiones, puede ser contraproducente un tratamiento farmacológico con el consumo activo. Si bien, la intervención resulta más eficiente si existe una buena coordinación con las Unidades de Conductas Adictivas.

Aceptabilidad:

En lo referente a la atención psiquiátrica las personas titulares de derechos narran experiencias positivas y negativas que están relacionadas con el profesional asignado para cada caso y también con la relación que se mantenga con el mismo.

Especial mención hacen a los tratamientos farmacológicos prescritos para las enfermedades mentales graves. En algunos casos pueden generar dependencia y su retirada repentina puede provocar mucho malestar, como manifestaba una de las personas entrevistadas, que exponía que había llegado a ponerse muy violento, tras la

retirada del Rivotril. En otros casos hacen mención a la gravedad de algunos efectos secundarios,

“(…) si no aciertan con el tratamiento te pueden dejar babeando” (Entrevista grupal 03 TD).

Por ello demandan de los psiquiatras especial sensibilidad y cuidado en la administración de estos, pues reconocen que, cuando el tratamiento es el adecuado mejoran sus capacidades, así como su salud integral.

Respecto a los grupos terapéuticos de ocio y tiempo libre en los que habían participado en estas Unidades, informan de un alto grado de insatisfacción ya que las consideran actividades muy dirigidas, pensadas para perfiles con capacidades más limitadas, resultando por ello menos atractivas para perfiles menos deteriorados.

Por ello demandan actividades más inclusivas con el resto de la sociedad y adaptadas a diferentes capacidades y perfiles.

Participación:

Las personas entrevistadas manifiestan, en algunos casos, la escasa posibilidad de participar en la decisión de su tratamiento.

“(…) el psiquiatra tiene todo el poder”. (03 entrevista grupal TD).

Las profesionales de estas Unidades reconocen la falta de estructuras participativas.

No, eso sería ya más bien, como te diría yo, en Centros de Día o en recursos donde haya más profesionales, donde pasen más tiempo y donde se les esté dando una atención más integral, pero aquí realmente somos consulta. (010 TO).

8.1.3.3. Derecho al Trabajo.

El único recurso identificado por las personas TTDD en relación con el derecho al Trabajo fue el denominado Servicio Valenciano de Empleo y Formación (antes Servef y actualmente LABORA), sin embargo, no se nombró al Servicio de Empleo Público Estatal (SEPE) aunque en la sesión de devolución de resultados se pudo comprobar que se conocía, así como los servicios que prestaba.

Recursos públicos de trabajo identificados por las personas titulares de derechos	
Nombre	Programa
LABORA	Se trata del servicio público de empleo que facilita a las personas el acceso, el mantenimiento y la mejora del empleo en condiciones de igualdad; así como satisfacer a los empleadores sus necesidades de empleo, en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las dimensiones de análisis de efectividad del derecho, respecto al Servicio Valenciano de Empleo y Formación LABORA se consideró:

Disponibilidad y accesibilidad:

En general, las personas titulares de derechos de origen español lo consideran un servicio disponible y accesible, si bien, en ocasiones, la falta de empadronamiento puede suponer un problema de acceso.

En cambio, para las personas extranjeras sin permiso de trabajo o indocumentadas es un servicio al que no tienen acceso.

Calidad y aceptabilidad:

Destacar que este servicio no se adapta a la situación de las personas sin hogar. Como ejemplo, la carencia de domicilio es un obstáculo de cara a poder recibir notificaciones con las consecuencias que esto puede acarrear a la persona (paralización de una prestación, etc.).

Por otro lado, se percibe como un servicio, en el que no es posible la **participación** de las personas atendidas.

8.1.3.4. Derecho a una vida libre de violencia.

El único servicio identificado en relación con este ámbito fue el Centro Mujer 24 Horas de la Generalitat Valenciana.

Recursos públicos identificados por las personas titulares de derechos	
Nombre	Programa
Centro Mujer 24H	Servicio público de atención a mujeres víctimas de violencia de género que funciona 24 horas, 365 días al año. Prestan atención social, psicológica, jurídica y alojamiento, así como información sobre derechos y recursos existentes para afrontar la situación de maltrato.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las dimensiones de análisis de efectividad del derecho, se consideró:

Disponibilidad y accesibilidad:

Las mujeres sin hogar sin problemáticas añadidas de adicciones y/o problemas graves de salud mental, en general hacen una buena valoración acerca del servicio, sin embargo, cuando se trata de mujeres con esa doble o triple problemática la valoración suele ser negativa debido a que la disponibilidad y accesibilidad se reduce considerablemente en estos casos.

Calidad y aceptabilidad:

Podría decirse que no son recursos de calidad, ni aceptables para este perfil ya que no están adaptados a las situaciones de estas mujeres, ni tienen la especificidad necesaria para atender la doble o triple problemática.

Participación:

Aunque no se puede considerar participación, en el centro existe un buzón de sugerencias para que tanto las titulares de derechos como sus acompañantes puedan proponer mejoras. Se indica que en los recursos de alojamiento hay algún nivel más de participación si bien, no se concreta.

8.2. ANÁLISIS CAUSAL DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS.

El EBDH establece como requisito para revertir la vulneración de derechos, que se atiendan las causas que la provocan. Un análisis de las causas inmediatas, subyacentes y estructurales permitiría entender por qué los derechos no se están respetando.

Presentamos el **análisis causal** en tres apartados relacionados con las causas inmediatas, subyacentes y estructurales.

Las causas inmediatas son normalmente las primeras identificadas por las personas titulares de derechos como los motivos que provocan la vulneración. Las subyacentes son las barreras institucionales que impiden el acceso a los derechos, en este caso analizaremos las relacionadas con vivienda, salud y trabajo. Las causas estructurales son aquellas causas que pertenecen al ámbito de organización de los sistemas

sociales y de las creencias, donde se generan las identidades colectivas, y se legitiman las barreras institucionales, y la desigualdad social, e imposibilitan desde la base, el acceso a los derechos.

El análisis causal específico de la vulneración de derechos de las mujeres en situación de exclusión residencial, lo hemos incluido en el análisis de género.

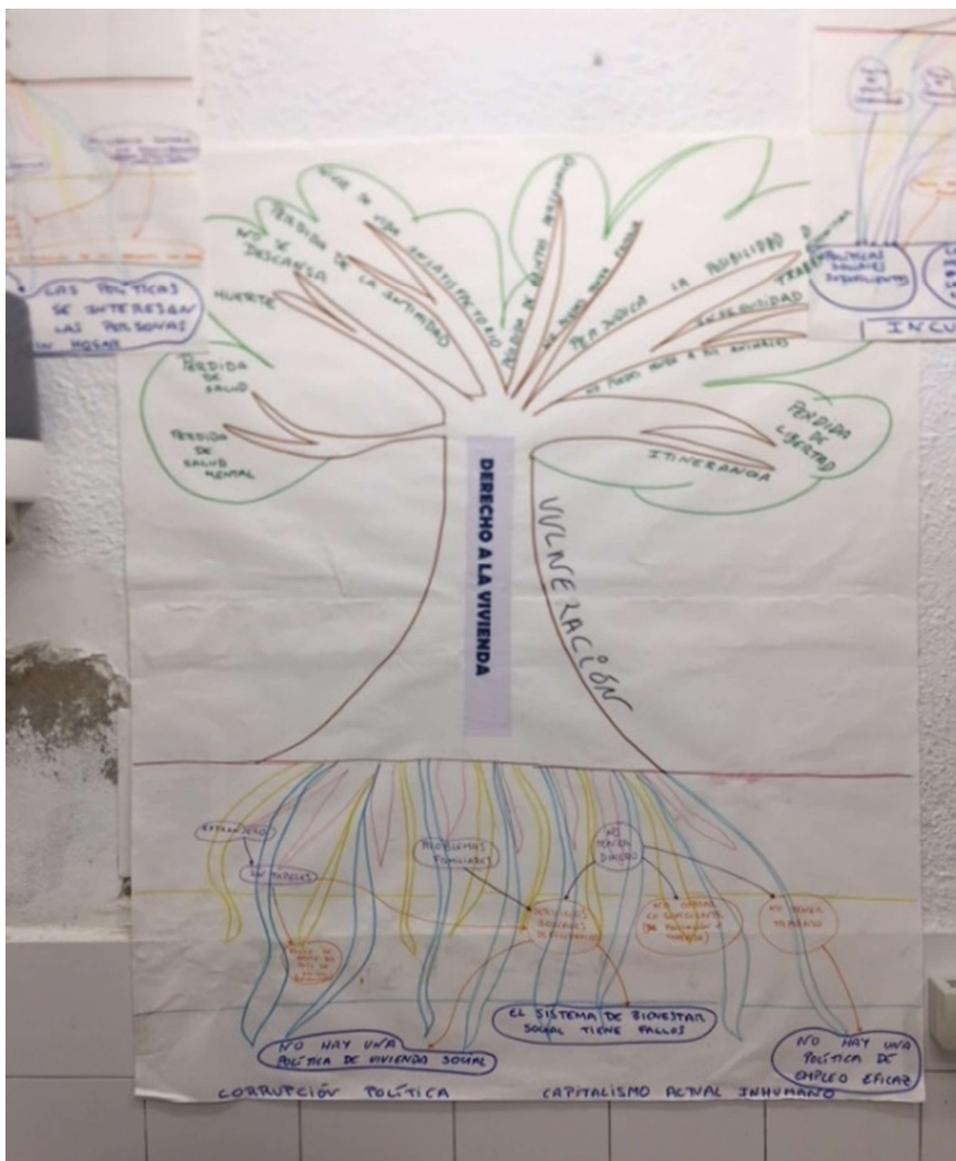


Foto 3: Árbol de problemas elaborado por TTDD.

En los siguientes cuadros se muestra la información obtenida en las sesiones participativas con titulares de derechos en relación con los derechos de salud, vivienda y trabajo.



Figura 1: Vulneración del derecho a la vivienda⁸⁹
(elaboración propia)



Figura 2: Vulneración del derecho a la salud (elaboración propia)



Figura 3: Vulneración del derecho al trabajo (elaboración propia)

8.2.1. Causas inmediatas.

A. Vulneración del derecho a la vivienda.

En las entrevistas estructuradas las personas titulares de derechos identificaron una serie de causas inmediatas directamente relacionadas con su situación de sinhogarismo.

Entre estos hechos destaca la pérdida de trabajo (25,0%), los problemas de convivencia con la familia (23,2%), el consumo de drogas (21,7%) y el fracaso en los proyectos migratorios (16,7%). En el caso de las mujeres, destacan la separación de la pareja (30%) y la necesidad de escapar de una situación de violencia de género (23,3%).

Motivos por los que se quedaron sin hogar	Mujeres	Hombres
Problemas de convivencia con la familia	26,7%	20,0%
Problemas de adicciones	16,7%	26,7%
Perdida de trabajo	26,7%	23,3%
Salir de un centro para mujeres que han sufrido violencia de género	3,3%	0,0%
Salir de una institución privativa de libertad (centro penitenciario, centro de menores...)	0,0%	3,3%
Quedarse sin familia	20,0%	6,7%
Conocer a una persona que vivía en la calle y marcharse a vivir con ella	6,7%	3,3%
Separación de la pareja	30,0%	0,0%
Problemas de salud mental	10,0%	3,3%
Escapar de una situación de violencia de género	23,3%	0,0%
Fracaso del proyecto migratorio	20,0%	13,3%
Otros	23,3%	6,7%

Tabla 13: Motivos desencadenantes de la situación de sin hogar de las personas entrevistadas

En referencia a las personas migrantes, destacar que sólo un 25% de los hombres entrevistados, valoraban el fracaso de su proyecto migratorio, como una cuestión determinante de su situación de exclusión residencial, mientras que un 55,6% de las mujeres migrantes sí lo asociaba a su situación actual.

B. Vulneración del derecho a la salud.

Al preguntar por las consecuencias inmediatas que tenía para su vida el hecho de encontrarse en situación de exclusión residencial, la pérdida de salud, tanto a nivel físico como mental y psicosocial, fue la consecuencia más manifestada. Así quedó recogido en un 65,1% de las entrevistas realizadas a mujeres y en un 71,4% de las realizadas a hombres. Por lo que podría deducirse que la vulneración del derecho a la vivienda tendría, en estos casos, como causa inmediata la vulneración del derecho a la salud.

La pregunta se planteó de forma abierta dando la posibilidad de verbalizar todas aquellas consecuencias que detectaban, se muestran las categorías elaboradas en función de sus respuestas.

Consecuencias para las mujeres	Mujeres
Pérdida de salud	4,3%
Pérdida de salud mental	30,4%
Problemas emocionales (malestar, angustia, vergüenza...)	21,7%
Dificultad de incorporarse al mundo laboral	8,7%
Inicio o aumento del consumo de drogas/alcohol	8,7%
Perjudica la relación con los hijos/as	34,8%
De forma generalizada, ser mujer complica más la situación	26,1%
Otros (higiene, vida social, uso de la violencia...)	13,0%

Tabla 14: Consecuencias en las mujeres entrevistadas, generadas por la situación de sin hogar

Consecuencias para los hombres	Hombres
Pérdida de salud	14,3%
Pérdida de salud mental	10,7%
Problemas emocionales (baja autoestima...)	35,7%
Dificultad de incorporarse al mundo laboral	14,3%
Inicio o aumento del consumo de drogas o alcohol	10,7%
No poder cubrir las necesidades básicas (higiene, descanso y alimentación)	21,4%
De forma generalizada	21,4%
Pérdida o deterioro de relaciones (relaciones sociales, personales y de pareja...)	21,4%

Indiferente o se percibe como una oportunidad de crecimiento personal.	10,7%
Otros (vida personal, problemas de documentación y empadronamiento)	10,7%

Tabla 15: Consecuencias para los hombres entrevistados, generadas por la situación de sin hogar

En el análisis de las causas inmediatas realizado por las personas titulares de derechos, la vulneración del derecho a la vivienda tiene como resultado la vulneración del derecho a la salud y la vulneración del derecho al trabajo. Tener una vivienda supone una mejora en los cuidados relacionados con la salud y ampliar las oportunidades para conseguir un trabajo. Asimismo, la vulneración de la salud dificulta que las personas puedan acceder a un trabajo que les permita obtener los recursos necesarios para poder tener una vivienda digna, y así sucesivamente. De esta forma se van encadenando las vulneraciones de derechos fundamentales, convirtiéndose en una espiral que se retroalimenta a sí misma.

En la siguiente imagen mostramos la interrelación que existe entre las diferentes vulneraciones.

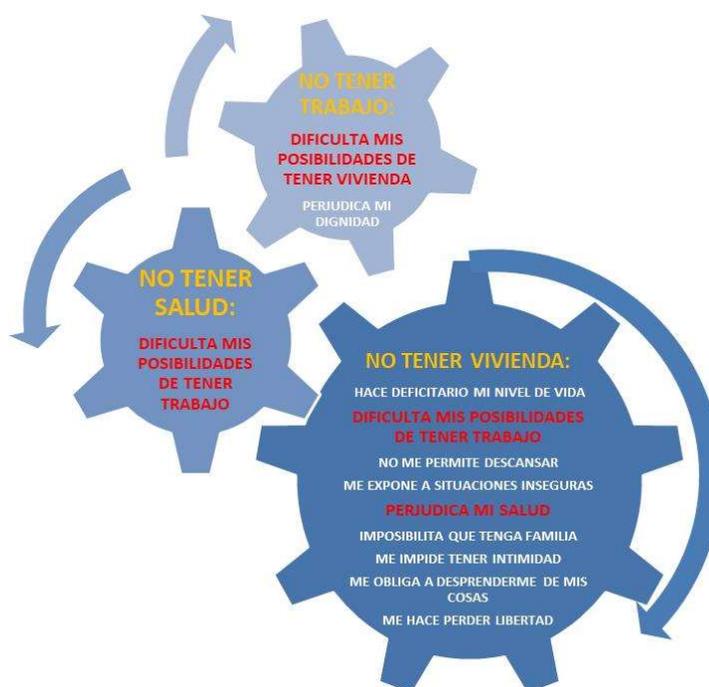


Figura 4: Interrelación entre las diferentes vulneraciones (elaboración propia).

8.2.2. Causas subyacentes.

A. Vulneración del derecho a la vivienda, salud y trabajo.

Para hablar de las causas subyacentes de la vulneración de los derechos de vivienda, salud y trabajo, se va a presentar un análisis de las barreras institucionales que encuentran las personas sin hogar con problemas de adicciones y/o de salud mental para acceder a los derechos vulnerados. El análisis se ofrece de forma conjunta ya que la interrelación entre la vulneración de estos derechos impide tratarlos de forma aislada si se quiere revertir su vulneración. De este modo, la falta de políticas transversales y de programas integrales, se ha detectado como una de las barreras fundamentales para evitar la situación de exclusión social y el acceso de forma definitiva a los derechos de las personas sin hogar con problemas de salud mental y consumo de drogas.

A continuación se muestra, en cuadro y en descriptivo, las barreras institucionales que se han ido detectando a lo largo del estudio por parte de titulares de derechos, responsabilidades y obligaciones, para la garantía de derechos.

Barreras institucionales detectadas	
A.1.	No se facilita información clara sobre los servicios y procedimientos de la Administración Pública para acceder a derechos.
A.2.	Excesiva burocracia para realizar gestiones en la Administración Pública.
A.3.	Carencia de estrategias de prevención de la exclusión residencial dirigidas a personas con diversidad funcional y especialmente, con problemas de salud mental.
A.4.	Falta de recursos para facilitar el acceso a derechos de las personas migrantes.
A.5.	Ausencia de programas orientados a prevenir la exclusión residencial en personas jóvenes extuteladas y/o con problemas de adicciones.
A.6.	Falta de recursos y de formación específica de los equipos profesionales tanto del ámbito social como del sanitario.
A.7.	Falta de adaptabilidad de los recursos sociales y sanitarios a la situación de las personas sin hogar con problemas asociados.
A.8.	Carencia de protocolos y mecanismos de rápida intervención.
A.8.1.	No se prioriza la atención de las personas sin hogar en los centros de desintoxicación.
A.8.2.	No se prioriza el acceso de las personas sin hogar con enfermedad mental a recursos especializados de tipo residencial.
A.9.	Carencia de recursos de alojamiento de baja exigencia.
A.10.	Falta de programas de atención integral que acompañen de manera sostenida a las personas que abandonan el consumo de drogas

A.11.	Falta de estrategias coordinadas de abordaje de las situaciones entre servicios públicos de los ámbitos sanitario y social.
A.12.	Carencia de políticas de empleo que faciliten el acceso al trabajo de las personas más vulnerables.
A.13.	Falta de políticas sociales integrales e intersectoriales.
A.14.	Ausencia de una política pública eficaz en materia de vivienda social.
A.15.	Falta de canales reales de participación.

Fuente: Elaboración propia

A.1. No se facilita información clara sobre los servicios y procedimientos de la Administración Pública para acceder a derechos.

Tanto los titulares de derechos como de responsabilidades identificaron que los servicios públicos en general no facilitan información clara sobre los servicios y procedimientos de la Administración Pública para acceder a derechos. Esta situación genera en las personas titulares de derechos confusión, inseguridad y desmotivación a la hora de acceder a los propios servicios.

Esta cuestión afecta de una manera más significativa a las personas migrantes, que pueden además tener dificultades idiomáticas o desconocer el funcionamiento y organización de la Administración Pública.

Los inmigrantes tienen la barrera de no conocer el sistema, y las barreras idiomáticas... te dicen que sí que sí, y me encuentro con que luego no acceden al recurso, no acceden a la consulta del hospital, y es porque no han entendido como pueden ir. En el momento en el que hacemos un acompañamiento, y le enseñamos como funciona, lo hacen y se adhieren, no son personas que no se adhieran a un tratamiento (...) al final te encuentras que son personas que acuden mucho a urgencias, porque no se les está atendiendo bien. (08TO).

A.2. Excesiva burocracia para realizar gestiones en la Administración Pública.

En cuanto los Servicios Sociales, desde las diferentes titularidades se pone de manifiesto la excesiva burocratización para la gestión de las diferentes tramitaciones, lo que desanima y obstaculiza que las personas acudan a estos Servicios.

En Sanidad se considera que, aunque la burocracia es menor, también existen barreras de este tipo que dificultan el acceso, una de las principales es el empadronamiento.

El acceso al sistema sanitario yo considero que es relativamente sencillo, pero sí que es cierto que tienen que estar empadronado, tienes que estar en una zona fija, porque sí te vas moviendo también es más complejo el acceso. (010TO).

A.3. Carencia de estrategias de prevención de la exclusión residencial dirigidas a personas con diversidad funcional y especialmente, con problemas de salud mental.

Como ya se ha mencionado, el 30% de las personas entrevistadas eran personas con diversidad funcional, y de las que tenían valoración, el 66,7% la tenía asociada a algún problema de salud mental. Se hace especial hincapié en la falta de estrategias de prevención del sinhogarismo para proteger de la exclusión residencial y social a personas con diversidad funcional y en concreto, con problemas de salud mental.

En las entrevistas a titulares de obligaciones se informó sobre la puesta en marcha de un Programa de Barrios Inclusivos (Cabanyal, Nazaret y Orriols), que pretende realizar trabajo comunitario y de calle que permita detectar situaciones vulnerables, sería aconsejable que estos programas cubran toda la ciudad y se les dote de recursos suficientes para que sean efectivos. En la actualidad, su presencia no ha tenido impacto sobre las personas sin hogar.

A.4. Falta de recursos para facilitar el acceso a derechos de las personas migrantes.

El alto porcentaje de personas migrantes sin hogar evidencia la ausencia, escasez o ineficacia de las políticas y servicios que deben garantizar su integración y su acceso a derechos.

Los recursos dirigidos a personas migrantes se encuentran colapsados, no se les dota de presupuesto y recursos suficientes, los recursos municipales están atendiendo tanto a las personas migrantes como a las solicitantes de protección internacional que debería atender el Ministerio de Interior con recursos propios.

Respecto a las personas solicitantes de asilo, el Ministerio no está asumiendo sus responsabilidades, está colapsado (...) Por lo que estamos teniendo a personas que van a solicitar asilo, pero no les dan cita para entrar en el programa Estatal, pueden pasar nueve meses en ese limbo. (01TO).

Por otro lado, es significativa la falta de traductores que hay en los servicios públicos tanto sociales, como sanitarios, incluidos los servicios de la Concejalía de Cooperación y Migración.

No hay un servicio de traducción, se están pidiendo dos traductores. Tampoco se tienen profesores de castellano, se tiene que derivar a otras entidades. No hay servicio de mediación. (01TD).

También detectamos muchas veces problemas de comunicación, pacientes extranjeros que no conocen el idioma...si muchas veces un delirio, una paranoia, ya es difícil de sacarle, si encima hay barreras de comunicación ya es prácticamente imposible. (010TO).

A.5. Ausencia de programas orientados a prevenir la exclusión residencial en personas jóvenes extuteladas y/o con problemas de adicciones.

Desde las diferentes titularidades, se pone de manifiesto y con preocupación, que hay un alto índice de personas jóvenes en situación de exclusión residencial, muchos procedentes de centros de menores. La falta de capacitación con la que salen de los recursos al llegar a la mayoría de edad y la falta de recursos de apoyo hasta alcanzar la autonomía que les permita acceder a derechos por sí mismos, favorecen de forma dramática que terminen en una situación de exclusión residencial y social.

En referencia a servicios específicos para este colectivo cuando hay consumo de drogas, destacar que no existen, lo que complica la intervención en este ámbito.

Esa gente que acaba de salir de un centro de menores y acaba en un centro de reducción de daños, no es gente que haya empezado antes de ayer, es gente que lleva muchos años, y que se podría haber intervenido de una forma mucho más eficaz para no llegar al centro de menores, y mucho menos salir del centro de menores y tener que utilizar un recurso de reducción de daños. Es que eso es un fracaso institucional manifiesto. (08TO).

A.6. Falta de recursos y de formación específica de los equipos profesionales tanto del ámbito social como del sanitario.

Los profesionales de los servicios públicos, tanto sanitarios como sociales, no cuentan con los recursos ni los medios necesarios para abordar las realidades complejas y de grave deterioro psicoemocional de las personas en situación de exclusión residencial con problemas de adicciones y/o salud mental, a veces también falta formación sobre estas situaciones. Por esta razón, en demasiadas ocasiones, las intervenciones se

realizan de forma descontextualizada y suponen ya de partida, un fracaso, generando frustración tanto a los equipos profesionales como a las personas titulares de derechos.

La poca preparación de los equipos para abordar este tipo de población que necesita unas intervenciones especiales...No estamos preparados para tener programas de acercamiento para personas que necesitan más flexibilidad (...). (08TO).

A.7. Falta de adaptabilidad de los recursos sociales y sanitarios a la situación de las personas sin hogar con problemas asociados.

Para que los derechos sean accesibles al colectivo, es importante que estos se adapten a la realidad de las personas, adaptando el nivel de exigencia a la situación y capacidades de las personas titulares de derechos.

Ahora sabemos que, si hay consumo de tóxicos, o algún problema de salud mental, probablemente tenga sus capacidades ejecutivas alteradas, seguro, y lo sabemos porque hay suficiente evidencia científica que nos ha enseñado que una persona con un consumo de tóxicos a lo largo del tiempo tiene sus capacidades ejecutivas alteradas. O personas con enfermedades mentales, enfermedades mentales que no tienen por qué ser muy graves. Enfermedades mentales a lo largo del tiempo y sin tratar también pueden producir alteraciones ejecutivas y las alteraciones ejecutivas son falta de poder planificar, poder elegir lo que es más conveniente o menos conveniente, la impulsividad, y mil más (...). (08TO).

La alta exigencia de los servicios públicos y de los recursos de alojamiento, así como una información no adaptada o deficitaria sobre sus derechos, genera desánimo, desmotivación, frustración e inseguridad. Los servicios deberían evitar generar este tipo de emociones ya que pueden provocar resistencias a acudir a los servicios y a iniciar o continuar la intervención o el tratamiento.

Bueno, los protocolos de los recursos (...) aquí hay un protocolo muy estructurado para dar cita para iniciar tratamiento, tienen que llamar personalmente, tiene que dar un teléfono o cuando se les llame tienen que contestar al teléfono, si no al cabo de tres llamadas se pasa a otra persona de la lista, tienen que venir a una hora determinada porque claro, también tenemos nuestros huecos que no podemos flexibilizar porque tenemos mucha demanda entonces si no vienen ese día a esa hora, no se les ve y probablemente tengan que esperar bastante tiempo

hasta que se les pueda volver a citar. Eso a nivel de primera entrevista y a nivel de seguimiento lo mismo, no podemos trabajar bajo demanda... A mí me sorprende mucho que vengan, vienen y además son los primeros que están ahí en la sala de espera, pero yo creo que sí, eso puede ser una barrera. (011TO).

Se precisan recursos de baja exigencia donde se ofrezca atención integral y con enfoque psicosocial, pues tal y como manifiestan las personas que participaron en las entrevistas grupales, ese trata de un colectivo que necesita acompañamiento intenso por parte de profesionales debido a su deterioro biopsicosocial y a la falta de una red de apoyo que pueda ser nexo con los servicios públicos.

Necesitamos mucho acompañamiento, para búsqueda de habitación, seguimiento de medicación, seguimiento especial e individualizado. (03 Entrevista Grupal TD).

A.8. Carencia de protocolos y mecanismos de rápida intervención.

A.8.1. No se prioriza la atención de las personas sin hogar en los centros de desintoxicación.

La condición de persona sin hogar se debería tener en cuenta a la hora de agilizar la entrada en los recursos de desintoxicación. La salud de las personas sin hogar con problemas de adicción y sin redes de apoyo son muy graves, está demostrado que su estado de salud es peor y su esperanza de vida menor. Las listas de espera para acceder a estos servicios pueden ser de varios meses, tiempo que puede ser letal para la persona.

(...) una lista de espera para acceder a los recursos nuestros, por ejemplo, a las unidades de desintoxicación de muchos meses... tendría que ser un recurso que tuvieran todos los hospitales y un recurso de fácil acceso. Pero una persona que requiere una desintoxicación hospitalaria está muy mal y ahí hay una lista de espera de muchos meses y eso no puede ser. Eso en general, y en concreto para el perfil de personas sin hogar ya os lo he dicho antes, no vienen con un leve alcoholismo o un abuso... las cantidades que consumen y el deterioro que tienen es muy fuerte... se encuentran mucho mejor cuando se desintoxican. Lo difícil es el mantenimiento, el mantenerse abstinente. (011TO).

A.8.2. No se prioriza el acceso de las personas sin hogar con enfermedad mental a recursos especializados de tipo residencial.

Nuevamente, al igual que sucede con los recursos de desintoxicación, no se prioriza a las personas que se encuentran en situación de exclusión residencial a la hora de

facilitar un recurso especializado de tipo residencial. La situación de sinhogarismo en personas con enfermedad mental es un agravante para su patología.

Estar medicado en la calle es un problema, eres más vulnerable ante un robo o una pelea (...), la violencia en la calle nos afecta más (...). En la calle hay mucho estrés.” (03 Entrevista Grupal TD).

La burocracia para la asignación de una plaza en un centro residencial específico para personas con enfermedad mental es muy lenta, por lo que la tendencia para agilizar la entrada en recursos es la incapacitación. Este mecanismo, puede estar vulnerando los derechos de las personas con problemas de salud mental grave, pues si se les hubiera asignado recurso de alojamiento especializado, de una forma más rápida, se podría haber evitado algún tipo de accidente o altercado, o incluso la propia incapacitación.

Todos los recursos de salud mental van vinculados a dependencia, que también es un problema lo del baremo de dependencia porque va más enfocado a personas con enfermedad física que mental (...) “Pues no sabría decirte pero están tardando, la tendencia es a incapacitar porque están tardando (...) Si se ven involucrados en algún problema de orden público, que es bastante frecuente, interviene la policía, si son enfermos mentales, enseguida son ingresados, y una vez en el ingreso en la sala se ve que no tiene salida de ninguna clase, entonces el sistema es vía judicial, incapacitación, el IVAAS, un CEEM o lo que sea... (010TO).

A.9. Carencia de recursos de alojamiento de baja exigencia.

Las personas en situación de exclusión residencial con problemas asociados, muchas veces no pueden acceder y adaptarse a los recursos con niveles altos de exigencia. En estos casos son los recursos los que deberían mostrar una mayor adaptabilidad a la situación y características de las personas, de este modo podría garantizarse una mayor adherencia y una mayor eficacia de las intervenciones y tratamientos a seguir.

Es habitual que las personas sin hogar con problemas de salud mental y/o consumo de drogas precisen tratamientos farmacológicos y terapéuticos que a menudo son incompatibles con la situación de calle, en estas ocasiones son necesarios recursos sociosanitarios de baja exigencia de tipo residencial donde sea posible plantear intervenciones integrales y adaptadas a su situación.

Estas realidades se agravan con personas que tras una alta médica por ingreso hospitalario y todavía en estado de convalecencia, no pueden optar a un recurso

residencial de baja exigencia donde recuperarse y recibir los cuidados sociosanitarios necesarios hasta su recuperación.

A.10. Falta de programas de atención integral que acompañen de manera sostenida a las personas que abandonan el consumo de drogas.

Es frecuente que personas en situación de exclusión residencial de larga evolución o incluso con años en situación de sin techo y problemas de adicción, encuentren dificultades para abandonar de forma sostenida el consumo de drogas.

Cuando estas personas consiguen llevar a término una desintoxicación e ingresar en un centro con niveles altos de exigencia (viviendas tuteladas, centros de día, etc.)... al finalizar el tiempo de estancia en estos programas sin recuperar su dimensión personal y relacional, vuelven al ámbito de la exclusión y recaen en el consumo.

Se detecta que el carácter temporal de corto-medio plazo que tienen los programas de acompañamiento tras el abandono del consumo de drogas, no garantizan el acceso a derechos de estas personas, se entiende que el acompañamiento termina antes de que la persona haya terminado su proceso de inclusión social y que esta interrupción es contraproducente, propicia recaídas y la vuelta a la casilla de salida.

En definitiva, se detecta una carencia de programas de atención integral que acompañen en la consolidación de la salida del ámbito de la exclusión, ayudando a generar vínculos sociales y redes de apoyo, donde las personas aprendan a desarrollar autonomía y satisfacción personal, así como el acceso a recursos económicos suficientes.

El albergue lo tenemos que entender como un punto de partida, o un punto de apoyo (...), la persona ha hecho su proceso, ha pasado a una vivienda tutelada, se acaba el tiempo de estancia en una vivienda tutelada y no ha podido conseguir ninguna prestación o un trabajo, vamos, unos medios económicos para mantenerse y vuelve otra vez a un albergue, entonces todo ese trabajo que se ha hecho... es una lástima que tenga que volver otra vez al recurso de partida. Si estamos intentando favorecer la autonomía de una persona, ha pasado un proceso en el que se ha trabajado toda la problemática de su adicción, volver al albergue es contraproducente. (07TO)

Las personas entrevistadas manifiestan que los recursos económicos que los servicios públicos invierten en estos procesos de desintoxicación/deshabitación, si no se garantiza un proceso más integral que incluya recuperar o establecer vínculos, una

mejora de la autonomía personal y la salida de la exclusión residencial, entre otras cuestiones, pueden convertirse en procesos estériles a largo plazo.

A.11. Falta de estrategias coordinadas de abordaje de las situaciones entre servicios públicos de los ámbitos sanitario y social.

Se detecta descoordinación y desconocimiento entre los servicios públicos que pertenecen a sanidad y los que pertenecen al ámbito de la inclusión social.

No hay una coordinación, no tenemos un protocolo establecido que creo que es muy necesario entre los servicios del Ayuntamiento o de Servicios Sociales a las personas sin hogar y las Unidades de Conductas Adictivas o el sistema sanitario. No hay un protocolo integrado y si hablamos de género menos. (011TO).

Esta cuestión dificulta el acceso a derechos de las personas que se encuentran en exclusión residencial y tienen problemas de salud asociados. Complica el abordaje de la intervención y el éxito de la misma, se requeriría de protocolos de acción conjunta.

Lo podríamos hacer mucho mejor si estuvieran más integrados los tres aspectos, política de protección o ayuda social, patología dual grave, psiquiatría imprescindible, y drogas, conductas adictivas (...) Integrar, no sé si atención psiquiátrica, atención ocupacional y drogas, todo junto, es que si no, no vamos para delante. (011TO).

A.12. Carencia de políticas de empleo que faciliten el acceso al trabajo de las personas más vulnerables.

En las sesiones participativas y en las entrevistas grupales se evidenció la carencia de ofertas laborales adaptadas y dirigidas a las personas con mayores dificultades para acceder al mercado laboral. Las personas titulares de derechos pedían a los poderes públicos que se incorporaran medidas que tuvieran en cuenta su situación de exclusión y que se facilitaran recursos para acceder a empleos de calidad.

Cabe destacar que el 75% de las personas entrevistadas habían trabajado alguna vez sin contrato, de estas, el 33,3% manifestó haberlo hecho por periodos de entre uno y cinco años, el 11,1% por periodos de entre seis y diez años, y el 15,6% por periodos superiores a diez años.

Estos datos sugieren que muchas de estas personas, mejorando su situación y las oportunidades de acceso al empleo, podrían desempeñar puestos de trabajo pues a

pesar de las dificultades y de haber trabajado en condiciones precarias, cuentan con experiencia.

El empleo, en las entrevistas grupales se percibía, por diferentes motivos y en algunos casos, como la culminación de un proceso de inclusión social, debido a las facilidades que ofrece tener ingresos económicos y lo que esto supone, al aumento de posibilidades para establecer redes sociales, a la mejora de la autoestima y la autonomía, y a contar con rutinas.

A.13. Falta de políticas sociales integrales e intersectoriales.

Las profesionales entrevistadas manifestaban que para hacer efectiva la inclusión social son necesarias políticas sociales integrales y de carácter transversal.

Una de las barreras más importantes que veo yo es que se tiene que trabajar desde otro sistema, coordinadamente, porque tú puedes tener a una persona en un albergue, y darle todas las herramientas que necesita para salir adelante, pero a nivel de empleo, puede encontrar un empleo, pero en unas condiciones muy precarias, que le hacen que el acceso a una vivienda lo tenga complicado. Entonces, si esa persona ha accedido al empleo, tiene unos medios económicos, perfecto, pero si luego no puede alquilar una vivienda, porque el precio está por las nubes y porque no hay demasiado parque de viviendas sociales, pues entiendo que eso también se tiene que trabajar, no solamente desde un sistema, sino también a nivel de salud, de vivienda, a nivel de los diferentes sistemas que puedan intervenir. Harían falta políticas más integrales que tengan en cuenta los diferentes aspectos. (07TO).

Desde una de las Administraciones competentes se manifestó que la transversalidad es el horizonte marcado y se está trabajando para ir en esa línea, también se admitía que estos cambios de paradigma en la forma de entender la política social cuestan mucho hasta que aterrizan en la realidad de las personas.

En estos cuatro años hemos establecido la estructura y el lenguaje, ahora ya podemos ver como todos los servicios vamos introduciendo elementos transversales de la gestión. Hasta no hace mucho era impensable que unas ayudas económicas incluyeran la perspectiva de género, o que las ayudas del Labora incluyeran como colectivo preferente a las personas beneficiarias de la Renta Valenciana de Inclusión, porque se tenía una visión de que era una competencia de Servicios Sociales y es un apartadillo, y esa visión que se tenía del esfuerzo y la meritocracia que es absolutamente falsa. (03TO)

A.14. Ausencia de una política pública eficaz en materia de vivienda social.

Para garantizar el acceso a la vivienda de personas en situación de exclusión residencial y social, se precisaría un Estado del Bienestar con un amplio parque de vivienda social, así como políticas públicas de vivienda orientadas a controlar el precio del alquiler y que este estuviera en consonancia con los ingresos de las personas.

La ciudad de Valencia carece de este tipo de políticas y también de un parque amplio de vivienda social lo que impide garantizar este derecho a las personas en situación de exclusión residencial. De hecho, en las sesiones participativas con titulares de derechos se puso de manifiesto que las personas que habían intentado inscribirse como demandantes de vivienda social, no habían podido hacerlo por no tener ingresos suficientes. Por otro lado, las ayudas al alquiler son ayudas que se conceden con efecto retroactivo, es decir, cuando ya has pagado el alquiler, por tanto, si no tienes acceso a un alquiler por carecer de ingresos suficientes, quedas excluido de estas ayudas.

Las personas titulares de obligaciones manifestaron que en 2015 el parque era de 97 viviendas sociales y en 2019 es de 150 viviendas, con un alquiler ajustado a las capacidades de las familias, desde 50 a 200 euros.

Sigue siendo ridículo para una ciudad como Valencia, Barcelona tiene unas 10.000 y Zaragoza que tiene una población más parecida a Valencia tiene unas 2.500. (02TO).

Este año se ha hecho una apuesta por la compra de vivienda privada, para incorporarla al parque público de vivienda, porque teníamos muy poco. Se han triplicado las ayudas de alquiler, pero sigue siendo muy insuficiente. (03TO).

A.15. Falta de canales reales de participación.

En general, se detecta una falta de canales de participación que permita a titulares de derechos una relación directa con la Administración para poder reclamar los derechos vulnerados.

En el mejor de los casos la participación como canal para influir en las decisiones de los poderes públicos es articulada a través de las entidades del tercer sector o de los servicios públicos que trabajan con el colectivo, nunca es directa, se quedaría por lo tanto en una participación simbólica. Y, además, quedarían excluidas las personas que no tienen acceso a los servicios o recursos.

Nosotros directamente no tenemos ningún órgano de participación directa, salvo las entidades y las mujeres cuando están en los centros.(...) Las mujeres que están en los centros sí que participan, tienen reuniones, asambleas, y... por su propia dinámica de trabajo. (04TO).

8.2.3. Causas estructurales.

En este apartado vamos a analizar qué principios rectores, y aspectos de la estructura de gobernabilidad deben ser cambiados para garantizar los derechos de vivienda, salud y trabajo. Así como los aspectos culturales que siguen justificando o propiciando la discriminación de algunos grupos.

A continuación, se muestra en cuadro y en descriptivo, las barreras estructurales que se han ido detectando a lo largo del estudio.

Barreras estructurales	
B.1.	Derecho a la salud entendido únicamente como el derecho a la atención sanitaria.
B.2.	Discriminación y falta de empatía con los grupos vulnerables: Personas migrantes, personas con enfermedad mental y personas sin hogar.
B.3.	No integración plena en los poderes públicos de una cultura de gobernanza y derechos humanos.

Fuente: Elaboración propia

B.1. Derecho a la salud entendido únicamente como el derecho a la atención sanitaria.

Continuar entendiendo el derecho a la salud como la equivalencia del derecho a la asistencia sanitaria y no como un derecho que se debe atender de forma multidimensional y que implica aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales, que también requieren ser atendidos, imposibilita el acceso al mismo a las personas sin hogar con problemas asociados.

B.2. Discriminación y falta de empatía con los grupos vulnerables: Personas migrantes, personas con enfermedad mental y personas sin hogar.

La carencia de recursos públicos que faciliten el acceso a los derechos y el apoyo y compromiso con las personas más vulnerables, es un reflejo de los valores que predominan en la sociedad, la falta de empatía hacia estas personas y la discriminación que sufren.

Las personas migrantes y refugiadas tienen más problemas de acceso al derecho a la vivienda porque los propietarios tienen más resistencias a alquilarles. (01TO).

Estos colectivos sufren la penalización social del estigma, que se articula mediante prejuicios y se traduce en el rechazo de una parte de la población hacia otra que está claramente en situación de desprotección y vulnerabilidad.

Las personas sin hogar y drogodependientes sufren una doble situación de rechazo social que les dificulta tanto su inserción laboral como la social y en este sentido, también podríamos incluir los procesos de participación pública. (06TO).

Tal y como manifestaron algunas personas en la entrevista grupal con personas con enfermedad mental grave, vivimos en una sociedad que no empatiza con esta problemática que no es integradora, ni apoya o se sensibiliza con las personas que la padecen.

Nuestra curación es la integración (...) que se nos acoja como somos (03 Entrevista Grupal TD)

B.3. No integración plena en los poderes públicos de una cultura de gobernanza y derechos humanos.

Como se ha ido mostrando hay una carencia de canales de participación a todos los niveles de la Administración Pública que ponen en evidencia que se continúa en una cultura de gobierno representativo, ausente de gobernanza. Consecuencia de la falta de interiorización por parte de los poderes públicos de la necesidad de establecer una participación real, requisito que viene implícito si se quiere integrar el enfoque de derechos humanos.

8.3. ANÁLISIS DE GÉNERO.

Hemos intentado acercarnos desde el EBGYDH a la situación de las mujeres sin hogar, atendiendo, por un lado, a los derechos vulnerados que afectan de una forma esencial a toda su realidad, y por otro, explorando tanto las causas de la vulneración de esos derechos como las consecuencias que tienen en su dimensión personal y relacional.

Así, hemos analizado las situaciones personales y relacionales previas a la situación de exclusión residencial y cómo se ven afectadas estas dimensiones una vez se encuentran en situación de sinhogarismo.

Los resultados obtenidos se mostrarán según el siguiente análisis:

- ✓ Análisis de la situación de derechos e interrelación de los mismos.
- ✓ Análisis de su dimensión personal y relacional.
- ✓ Análisis causal de la vulneración:

8.3.1. Análisis de la situación de derechos y su interrelación.

En las sesiones participativas las mujeres en situación de exclusión residencial reconocieron cuáles eran sus derechos vulnerados y cómo estas vulneraciones afectaban de manera determinante a su vida.

La mayor parte de las vulneraciones recogidas venían determinadas por el hecho de ser mujer, siendo la vulneración más reiterada y el derecho más reclamado, el derecho a una vida libre de violencia. Por su importancia, el grupo decidió profundizar en las causas y consecuencias de esta conculcación.

También fueron reclamados por las mujeres el derecho a la vivienda, a la salud y al trabajo.

Al profundizar en el análisis de la vulneración del derecho a una vida libre de violencia, se evidenció como esta conculcación se convertía a su vez, en una causa fundamental de la vulneración del derecho a la salud en su dimensión biopsicosocial.

Por otro lado, las situaciones de violencia afectan al derecho a la vivienda de una doble manera, por un lado, la violencia puede tener como efecto que las mujeres se queden sin vivienda y por otro, el no tener vivienda aumenta las probabilidades de sufrir violencia, y en cualquiera de estas situaciones vuelve a verse afectado el derecho a la salud en forma de mayor deterioro físico, psicológico, emocional y social.

En esta línea, los resultados obtenidos en las treinta entrevistas estructuradas que se realizó a las titulares de derechos, arrojaron de forma alarmante los siguientes resultados.

Mujeres que han sufrido violencia machista	
Antes de la situación de exclusión residencial	63,3%
Durante la situación de exclusión residencial	44,7%

Tabla 16: Momento en el que han sufrido la violencia machista las mujeres entrevistadas

El elevado número de mujeres en situación de exclusión residencial que han sufrido violencia machista nos muestra que hay una relación causal entre estos dos acontecimientos. Del mismo modo, el elevado número de mujeres que han sufrido violencia machista encontrándose en situación de sin hogar, nos muestra la sobreexposición de estas a esta vulneración.

Por tanto, se evidencia que tanto la vulneración del derecho a una vida libre de violencia como a la vivienda, afecta de forma determinante al derecho a la salud. De esta manera, la vulneración de estos tres derechos se retroalimenta de forma perversa haciendo cada vez más difícil el acceso a estos derechos.

En la siguiente figura se muestra el análisis causal realizado por las mujeres en las sesiones participativas en relación a la vulneración del derecho a una vida libre de violencia.

VULNERACIÓN DE NUESTRO DERECHO A UNA VIDA SIN VIOLENCIA

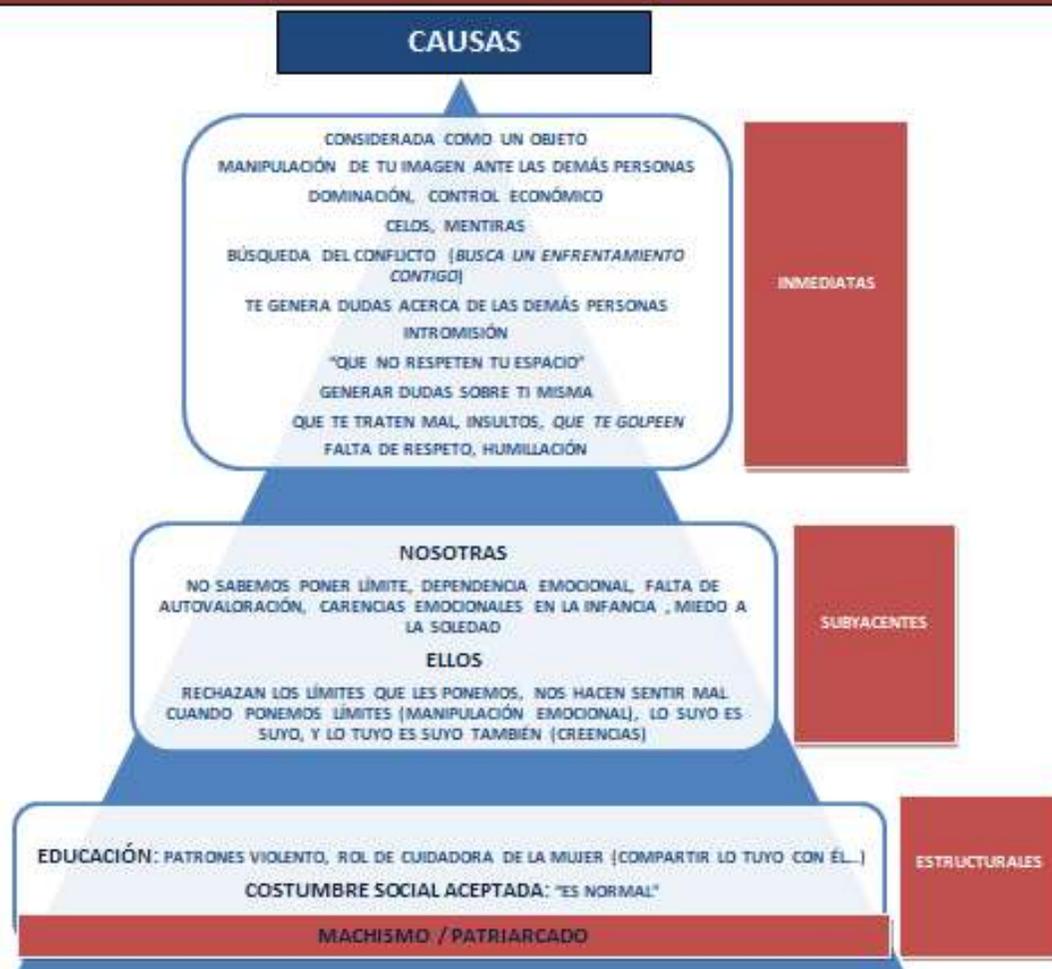


Figura 5: Causas detectadas por las mujeres TTDD en las sesiones participativas (elaboración propia)

8.3.2. Análisis sobre la situación personal y relacional de las mujeres sin hogar.

En el análisis se mostrará el perfil de las mujeres atendiendo a su situación sociodemográfica y personal (edad, origen, situaciones de violencia sufrida antes y después de la exclusión residencial, motivos de expulsión del derecho a la vivienda, etc.). Y se expondrá su situación personal y relacional, contraponiéndose en algunos momentos a las de los hombres, para que podamos observar con mayor claridad las diferencias de género en relación al hecho de no tener hogar.

Resultados en cuanto a las dimensiones personal y relacional	
A.1.	Alta representación de perfiles muy vulnerables: mujeres migrantes, con diversidad funcional y víctimas de violencia machista.
A.2.	Alta incidencia de mujeres que han sufrido violencia machista encontrándose en situación de sin hogar.
A.3.	Violencia machista como constante en la vida de las mujeres que se encuentran en situación de exclusión residencial.
A.4.	Se evita la situación de sin techo como estrategia de protección.
A.5.	Búsqueda de compañía y/o pareja como estrategia de protección.
A.6.	En muchos casos, piezas fundamentales para la subsistencia de otras personas, principalmente hijas e hijos.
A.7.	Consecuencias para la salud mental y deterioro de la relación con sus hijas e hijos.

Fuente: Elaboración propia.

A.1. Alta representación de perfiles muy vulnerables dentro del colectivo: Mujeres migrantes, con diversidad funcional y víctimas de violencia machista.

Las mujeres migrantes están ampliamente representadas en el colectivo de mujeres sin hogar, suponiendo más de la cuarta parte (26,7%). Esta representación se hace más evidente si contrastamos estos datos con los aportados por el Ayuntamiento en el “Recull estadístic 2018 de la ciutat de Valencia”, donde se recoge que en Valencia viven 72.697 mujeres nacidas fuera del Estado español, es decir, el 17,4% del total de mujeres que viven en esta localidad. Por tanto, si se comparan los datos puede decirse que las mujeres migrantes son más vulnerables a la hora de sufrir procesos de exclusión residencial ya que su representación en el colectivo de mujeres sin hogar es mayor que en la población en general.

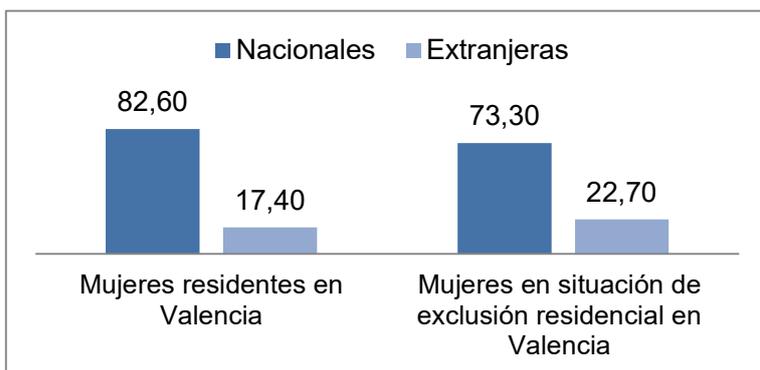


Gráfico 3: Comparación entre la población empadronada y las mujeres sin hogar entrevistadas, según su origen.

Los datos que mostramos respecto a mujeres migrantes en situación de exclusión residencial no son más que la punta del iceberg, en nuestro estudio no se ha accedido a un colectivo muy importante que se encuentra en situación de exclusión residencial como son las mujeres tratadas o que sufren explotación sexual, pues este perfil no acude a los recursos diseñados para personas sin hogar.

En cuanto a **mujeres con diversidad funcional**, como ya mostramos en la tabla 10, cabe destacar que más de un tercio de las entrevistadas tienen reconocida o en trámite la valoración de diversidad, y representan un 13,3% más respecto a los hombres en su misma situación.

Si comparamos estos datos con los obtenidos en el estudio realizado por el Ayuntamiento de Valencia en el año 2015 (estudio sobre las personas sin hogar de la ciudad de Valencia), observamos que los resultados de Metges del Món Comunitat Valenciana, son mayores en cuanto al número de mujeres sin hogar que tienen reconocida su diversidad funcional.

	Estudio del Ayuntamiento	Estudio de MDM CV
Reconocida o en trámite	28,1%	36,6%
Sin reconocimiento	59,4%	63,4%
NC	12,5%	0,0%

Tabla 17: Comparación en relación con las personas con diversidad funcional, entre los datos obtenidos por el Ayuntamiento, y los recogidos por MDM

El estudio realizado por el Ayuntamiento de Valencia se basa en una muestra de treinta y dos mujeres sin techo o alojadas en recursos para personas sin hogar, mientras que el de Metges del Món Comunitat Valenciana, contempla las cuatro categorías de la tipología ETHOS, es decir, incluye también a aquellas que se encuentran en un alojamiento inseguro o inadecuado.

En cuanto a la diversidad funcional asociada a problemas psicológicos y/o intelectuales, como ya mostramos en la tabla 11, el 23,4% de las mujeres entrevistadas, en situación de sin hogar, padecen estas problemáticas, en algunos casos además, también se le suman problemas físicos de salud.

El 63,3% de las mujeres entrevistadas habían sido **víctimas de violencia machista** antes de encontrarse en situación de sin hogar. Podría decirse que sufrir situaciones de violencia machista aumenta de manera exponencial las posibilidades de vivir procesos de exclusión residencial.

En cuanto al tipo de violencias sufridas, el 95,5% reconoció haber sufrido violencia física, un 81,8% violencia psicológica, un 54,5% violencia sexual, un 36,4% violencia económica, un 77,3% violencia verbal, un 18,2% haber sido víctimas de trata o de explotación sexual y un 9,1% haber sido obligadas a mendigar.

En un 81,8% la violencia fue ejercida por su pareja, en un 36,4% por algún pariente y en un 4,5% fue ejercida por un desconocido (la respuesta era múltiple y algunas mujeres han sufrido violencia de diferentes agresores).

Respecto a la frecuencia de las agresiones, un 85,7% manifestaron que fue de forma muy frecuente o frecuente, es decir, a diario (47,6%) o todas las semanas (38,1%), y un 14,3% hablaron de violencia ocasional.

Si se cruzan los datos de **diversidad funcional y violencia sufrida antes de encontrarse en situación de sin hogar** podemos encontrar a las mujeres más vulnerables entre las vulnerables. El índice de probabilidad de haber sufrido violencia aumenta considerablemente en las mujeres con diversidad funcional respecto a las que no la tienen, pasando de un 52,6% de mujeres sin diversidad funcional que reconocen haber sufrido violencia previa a la situación de sin hogar, a un 81,8% de mujeres con valoración reconocida o en trámite de diversidad funcional que sufrieron violencia antes de la exclusión residencial.

Cabe destacar que en la macroencuesta realizada por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género en 2015, ya se arrojaban datos preocupantes en cuanto a la mayor incidencia de violencia machista entre las mujeres con diversidad funcional, algunos datos que señala esta encuesta: *Las mujeres que tienen un certificado de discapacidad con grado igual o superior al 33% afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o exparejas (23,3%) en mayor medida que las que no tienen certificado de discapacidad (15,1%) siendo las diferencias estadísticamente significativas.*

Si se contrastan los datos de la encuesta realizada por la Delegación de Gobierno con los de las entrevistas realizadas por Metges del Món Comunitat Valenciana, podemos deducir que las mujeres con diversidad funcional tienen más posibilidades de sufrir violencia machista y de sufrir procesos de exclusión social que terminen en exclusión residencial.

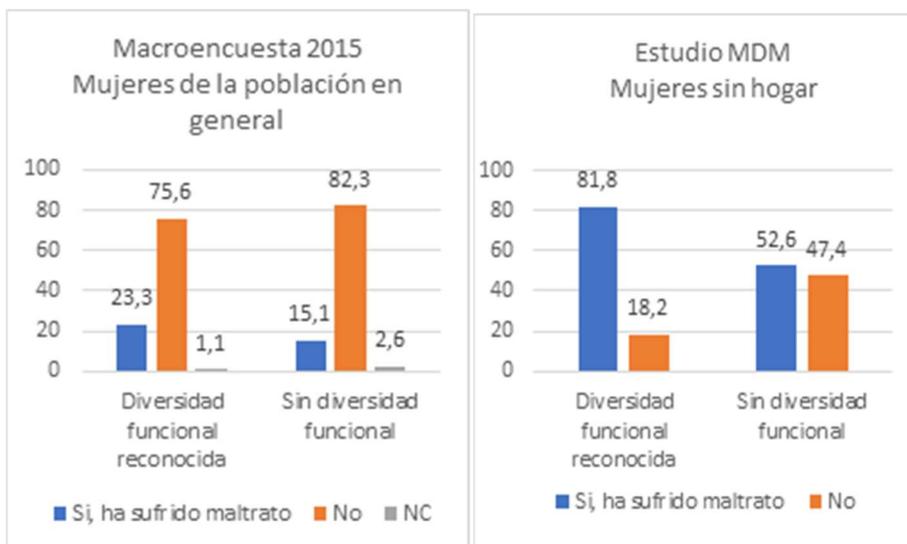


Gráfico 4: Comparación encuestas (Elaboración propia)

A.2. Alta incidencia de mujeres que han sufrido violencia machista encontrándose en situación de sin hogar.

El 44,8% de las mujeres entrevistadas expresaron haber sufrido violencia machista mientras se encontraban en situación de sin hogar, de este grupo, un 84,6% sufrió violencia física, un 69,2% violencia psicológica, un 23,1% violencia sexual, un 7,7% violencia económica, un 46,2% violencia verbal, un 15,4% fue víctimas de trata o de explotación sexual y un 7,7% fueron obligadas a mendigar, otro 7,7% no contestaron.

En cuanto a la persona que ejercía la violencia, continúa siendo la pareja el agresor principal (61,5%), aunque cabe destacar que disminuye en relación con la violencia sufrida por esta figura mientras se tenía hogar (81,1%). Se reducen también las agresiones realizadas por un pariente (15,4) y aumenta significativamente la ejercida por amigos (15,4%) y desconocidos (23,1%), lo que nos muestra que la situación de sin hogar genera que se diversifiquen las figuras que ejercen las violencias machistas sobre ellas. Mostramos la comparación en la siguiente tabla:

Agresor	Antes de la situación de sin hogar	Después de la situación de sin hogar
Pareja	81,1%	61,5%
Pariente	36,4%	15,4%
Amigo	4,5%	15,4%
Desconocido	0%	23,1%

Tabla 18: Comparativa del tipo de agresor según vínculo relacional, antes y después de la situación de sin hogar.

En cuanto a la frecuencia, hay cambios significativos respecto a tener o no tener hogar, las mujeres con hogar sufrían violencia diaria o semanal en un 85,7% de los casos, reduciéndose a un 53,9% en situación de sin hogar, en cambio la violencia ocasional, pasa de 14,3% mientras se tenía hogar, a un 46,2%, encontrándose en situación de sin hogar, tal y como muestra la tabla.

Frecuencia de las violencias	Antes de la situación de sin hogar	Después de la situación de sin hogar
Ocasional /muy pocas veces, de forma puntual	14,3%	46,2%
Frecuente/todas las semanas en algún momento	38,1%	30,8%
Muy frecuente/lo normal, a diario	47,6%	23,1%

Tabla 19: Comparativa de la frecuencia de las violencias machistas sufridas, según si fueron antes o después de la situación de exclusión residencial.

A.3. Violencia machista como constante en la vida de las mujeres que se encuentran en situación de exclusión residencial.

Con los datos proporcionados en los dos apartados anteriores, se visibiliza que la amenaza de sufrir violencia machista estando en situación de sin hogar es una amenaza real pues las víctimas se aproximan a una de cada dos mujeres. Pero también se confirma que la violencia es algo que para la mayoría de ellas ya formaba parte de su experiencia vital, y que este hecho en muchos casos está íntimamente relacionado con encontrarse en situación de exclusión residencial, pues así lo manifiestan un 57,9%.

La gente no lo entiende pero cuando eres violada te marca y te cambia de por vida, de hecho el carácter que tengo es por eso, yo de pequeña era muy tonta, todo me pasaba a mí, hasta que ya me pasó lo de mi padre y dije “eh a tomar por culo” y me empecé a revelar con todos, y no me empecé a llevar bien con mi padrastro por eso, porque ya vio que yo era descontrolable, era la oveja negra de la familia. Pero es lo que yo le dije a él, “tu no lo entiendes, a ti no te han violado, tú no sabes lo que es eso” y ahí empezó él “pues no te quiero aquí...” y le dije, “¿eh?”, y me fui. Y hasta el día de hoy me he mantenido yo sola. Me fui y mi madre cuando me operaron ni lo sabía. Yo dormía en patios, porque yo era una niña, yo... veía un patio abierto, me subía arriba y ahí dormía, con 10, 11, 12 años, antes de que me operaran. Pero claro, los vecinos un día llamaron a la policía porque me vieron dormir ahí, y ya me llevaron a un centro. (01TD).

Si consideramos a las mujeres que han sufrido violencia machista antes de su situación de sin hogar y a aquellas que la sufrieron encontrándose en esa situación, se observa que el 80% de ellas ha sufrido violencia machista en algún momento.

A.4. Se evita la situación de sin techo como estrategia de protección.

En cuanto al **alojamiento**, como ya mostramos en la tabla 7, cabe señalar que las mujeres presentan una amplia variedad de situaciones, bastante más diversas que en el caso de los hombres.

Las mujeres en situación de exclusión residencial utilizan diversas estrategias para evitar estar en la calle. Como se muestra en la gráfica, ellas tienden a concentrarse en las categorías ETHOS 2, 3 y 4, para evitar la situación de sin techo, en la que se saben más vulnerables que los hombres a la hora de ser víctimas de agresiones de todo tipo, mientras los hombres se concentran más en la categoría ETHOS 1.

Estos datos explicarían la percepción entre las profesionales de que las mujeres en situación de calle se encuentran mucho más deterioradas que los hombres, pues se observa que cuando una mujer en situación de exclusión residencial llega a la situación de sin techo ha agotado todas sus estrategias personales para intentar evitar esta situación, y esta cuestión tienen como coste personal, un mayor deterioro biopsicosocial.

(...) las características de las mujeres en situación de sin hogar, son situaciones muchísimo más vulnerable, y situaciones más complicadas para trabajar con ellas. Cuando una mujer se queda en la calle, previamente ya ha habido muchísimos problemas, posiblemente han sufrido maltrato, y son situaciones más complicadas de abordar, menos casos, pero más complicados, situaciones más complejas, eso ya es un hándicap importante. (07TO).

Es interesante explorar también que diferencias aparecen si cruzamos **diversidad funcional y lugar de alojamiento**, pues los datos revelan que las mujeres con diversidad funcional tienden más todavía a protegerse en las categorías ETHOS 3 y 4 (vivienda inadecuada y vivienda insegura).

Donde se alojan/duermen	Con diversidad funcional	Sin diversidad funcional
En la calle	0,0%	15,8%
En una infravivienda/chabola	0,0%	0,0%
En un recurso de alojamiento (vivienda tutelada, albergue...)	9.1%	31,6%
En una vivienda ocupada	9.1%	15,8%
En casa de amigos, conocidos, familiares de manera provisional, en condiciones inadecuadas o inseguras.	27,3%	15,8%
Duermen en un albergue de baja exigencia, y pasan el resto del día en la calle.	0,0%	5,3%
Otros (sin condiciones de habitabilidad)	9,1%	0,0%
Habitación alquilada en viviendas inadecuadas o inseguras	45,5%	15,8%

Tabla 20: Comparativa de donde se alojan o duermen las mujeres en situación de exclusión residencial, en función de si tienen o no diversidad funcional.

Posiblemente, que este perfil de mujeres permanezca en las categorías de vivienda inadecuada y vivienda insegura, influye en la percepción de ser una minoría respecto a los hombres sin hogar, pues se sigue vinculando el sinhogarismo a la categoría ETHOS 1 (sin techo).

Yo creo que hay menos, y creo que las mujeres con enfermedad mental son más autónomas que los hombres, más que nada por algo estructural y cultural. Y eso va a influir en que esté en situación de calle. (010TO).

A.5. Búsqueda de compañía y/o pareja como estrategia de protección.

Los siguientes datos cuantitativos y cualitativos nos muestran como las mujeres intentan evitar a toda costa estar solas con la finalidad de protegerse. Estrategia que también puede tener costes personales, abocándolas igualmente a situaciones de violencia machista.

En una de las sesiones participativas de la IAP, las mujeres que se encontraban en situación de sin techo, identificaron la búsqueda de compañía durante la noche con personas conocidas como una forma de evitar situaciones de violencia machista.

Las entrevistas estructuradas respecto a si las mujeres conviven con alguien, muestran que un 93,3% de los casos conviven con otras personas, frente al 66,7% de los hombres.

Con quién conviven	Mujeres	Hombres
Sola/o	6,7%	33,3%
Pareja	23,3%	0,0%
Amigas/os	16,7%	16,7%
Otras personas sin hogar	33,3%	53,3%
Con las personas a las que cuida	0,0%	6,7%
Otros	26,7%	3,3%

Tabla 21: Situación de convivencia de las personas entrevistadas.

Sin embargo, la búsqueda de compañía como estrategia de protección puede ser contraproducente exponiéndolas más, a posibles agresiones.

No lo tienes fácil para nada, no, no, porque no sabes con lo que te vas a topar, a mí me han tocado dulces, pero los dulces salieron amargos, es un arma de doble filo, que te juegas, por qué intenciones no sabes, y sorpresa, sorpresa. Al ser mujer somos punto blanco, somos punto fácil en la calle. (02TD).

También es muy importante la diferencia en cuanto a la convivencia con pareja entre las mujeres y los hombres. Casi una cuarta parte de las mujeres manifiestan alojarse con su pareja (23,3%) mientras que ningún hombre se encuentra en esta situación. Establecer vínculos afectivos podría ser otra estrategia de las mujeres sin hogar para contrarrestar su mayor vulnerabilidad ante las agresiones.

Es importante destacar que los recursos de alojamiento para personas sin hogar no están pensados para personas que conviven en pareja, por lo que si desean estar con ella, deben quedarse sin recurso de alojamiento.

(...) nos dijeron que no había sitio, pero después a mí me dijeron, -bueno, puede que para ella sí-, pero para ti no", entonces yo decidí quedarme con él en la calle... (02TD).

A.6. En muchos casos, piezas fundamentales para la subsistencia de otras personas, principalmente hijas e hijos.

En este apartado se preguntó, por un lado, sobre si compartían sus recursos económicos con alguien, y en ese caso con quién, y cuál era la motivación para compartirlos. Y por otro lado, se preguntó si había personas que dependían de ellas económicamente, es decir, si la subsistencia de terceras personas dependía de su apoyo económico y quienes eran esas personas.

Respecto a la obligación de compartir, un 20% de las mujeres entrevistadas manifestaba la obligación de compartir sus ingresos con otras personas, frente a un 16,7% de los hombres.

En esta cuestión, la principal diferencia radica en con quién sienten la obligación de compartir sus recursos. Las mujeres sienten más obligación de compartir con sus hijos e hijas (50%) por un sentido de la responsabilidad hacia ellos/as, frente a un 14,3% de los hombres. En ellos se ve más representada la opción de la obligación moral de compartir sus ingresos con amigos u otras personas sin hogar. Esta pregunta también fue planteada como multirrespuesta.

Obligación de compartir	Mujeres	Hombres
Pareja	0,0%	0,0%
Amigas/os	16,7%	57,1%
Otras personas sin hogar	0,0%	14,3%
Hijos/hijas	50%	14,3%
Otras personas	33,3%	0,0%
NC	0,0%	28,6%

Tabla 22: Personas con las que sienten obligación de compartir sus ingresos las personas entrevistadas

La pregunta sobre qué les obligaba a compartir, se planteó como una pregunta abierta. Las respuestas de las personas entrevistadas giraban en torno a las clasificaciones que mostramos en la siguiente tabla.

¿Qué obliga a compartir?	Mujeres	Hombres
Amenaza o coacción	3,3%	0,0%
Sentido de la responsabilidad hacia sus hijos/hijas	10%	3,3%
Deber moral con otras personas sin recursos	6,7%	10,0%
Total	20%	13,3%

Tabla 23: Motivo por el cual se ven obligas a compartir sus ingresos las personas entrevistadas

En relación con la cuestión de si había terceras personas que dependieran de ellas, destacar que casi una cuarta parte (23,3%) de las mujeres entrevistadas manifestó que había personas que dependían de ellas económicamente, principalmente eran sus hijos e hijas, frente a un 6,7% de los hombres.

Personas que dependen económicamente de ellas/os	Mujeres	Hombres
Pareja	0,0%	0,0%
Amigas/os	0,0%	0,0%
Otras personas sin hogar	0,0%	0,0%
Hijos/hijas	20,0%	3,3%
Familia	3,3%	3,3%

Tabla 24: Dependencia económica de terceras personas de los ingresos de las mujeres y hombres entrevistados.

A.7. Consecuencias para la salud mental y deterioro de la relación con sus hijas e hijos

En referencia a las consecuencias que tiene para las personas titulares de derechos no tener hogar, lo que más valoran y más les afecta son las consecuencias en su salud general, como ya mostramos en las tablas 15 y 16.

Es significativa la diferencia respecto a la salud mental, un 30,4% de las mujeres manifestaba que la situación de exclusión residencial les provoca problemas de salud mental, frente a un 10,7% de hombres. En cambio, ellos hablan más de las consecuencias relacionadas con el impacto psicosocial que les produce la situación de calle (problemas emocionales).

En las sesiones participativas realizadas con las mujeres, concluyeron que una de las consecuencias más destacadas de encontrarse en situación de sin hogar era el peligro de sufrir situaciones de violencia machista, tales como: acoso sexual, violaciones, robos, intimidación (que no te dejen estar en un sitio por ser mujer), que se aprovechen de ti económicamente, violencia física y/o violencia psicológica (ser objeto de burla, humillación, anulación), carecer de credibilidad después de una agresión, que se cuestione tu palabra....

Las consecuencias generadas por el peligro de sufrir situaciones de violencia machista identificadas por las mujeres fueron sobre todo cuestiones que afectaban a su salud mental, tales como, vivir en constante alerta, inseguridad, estrés, miedo, ansiedad, falta de descanso y cansancio.

Por otro lado, como ya mostramos en el análisis de la interrelación de derechos vulnerados, la vulneración de su derecho a una vida libre de violencia afecta

gravemente a su derecho a la salud y muy especialmente a su derecho a la salud mental.

Los efectos que tiene la situación de exclusión residencial para las mujeres están íntimamente relacionados con la vulneración del derecho a una vida libre de violencia.

Tensa, angustiada, porque quiero mi espacio, quiero mi habitación, quiero otra vez emprender mi vida, hacer cosas, cursos. Me robaron en el parque, por dormir ahí, el pasaporte, me dejaron sin zapatos, pero bueno bien, porque dentro de lo que cabe no pasó a más. (02TD).

Por otro lado, un 34,8% de las mujeres consideran que la situación de exclusión residencial les ha afectado de forma negativa respecto a la relación con sus hijos e hijas. Los hombres en cambio, destacan más la pérdida o deterioro de relaciones de una forma más generalizada (relaciones sociales, personales, de pareja...).

(...) si me llevo a mi hija a una habitación, no quieren niños en habitaciones y para la asistenta..."es que eso no está bien para un niño, un niño tiene que tener su casa", ¿Perdona? ... si mira la mierda de sueldo que cobro y me estás viendo que no me llega y voy a pedir el alquiler social y me dices que tal, cómo quieres que tenga... pues para lo que me llega, para una habitación. (01TD).

8.3.3. Análisis causal de las vulneraciones de derechos de las mujeres.

Análisis causal	
A. Causas inmediatas	
A.1.	Multicausalidad de la situación de exclusión residencial.
A.2.	La violencia machista es causa inmediata de su pérdida de salud integral.
A.3	La situación de sin hogar causa inmediata de su pérdida de salud integral
B. Causas subyacentes	
B.1.	Programas mixtos no específicos, de carácter asistencial, con una proyección a corto-medio plazo y sin enfoque de género.
B.2.	Revictimización de las mujeres, sin garantías de una atención eficaz.
B.3.	Falta de programas de prevención del sinhogarismo en mujeres vulnerables, especialmente mujeres con diversidad funcional y mujeres víctimas de violencia de género.
B.4.	Carencia de recursos específicos para mujeres en situación de exclusión residencial, víctimas de violencia machista, con problemas de salud mental y/o adicciones.
B.5.	Carencia de programas específicos de prevención de la violencia machista para mujeres en situación de sin hogar.
B.6.	Programas residenciales dirigidos a las mujeres que han sufrido violencia machista de

	carácter provisional.
B.7.	Carencia de estudios con enfoque de género.
B.8.	Ausencia de una Política Pública de vivienda social que priorice el derecho a la vivienda de las mujeres.
C. Causas estructurales	
C.1.	Más dificultades de acceso al mercado de trabajo regularizado para las mujeres. Muy representadas en empleos precarios relacionado con los cuidados
C.2.	La organización social patriarcal y el Sistema del Bienestar sustentado por las mujeres
C.3.	La cultura patriarcal legitima los comportamientos machistas y estigmatiza a las mujeres que se alejan de los roles tradicionales.

Fuente: Elaboración propia

A. Causas inmediatas de la vulneración de derechos.

A.1. Multicausalidad de la situación de exclusión residencial.

A continuación, se muestran los motivos que las mujeres sin hogar identificaron como causas inmediatas para llegar a la situación de exclusión residencial. Cabe destacar que las mujeres identifican en mayor medida la falta de vivienda como consecuencia de una multicausalidad de factores que se interrelacionan, mientras los hombres suelen asociarlo a un solo motivo.

Aunque las mujeres hacen referencia a diferentes desencadenantes de la situación de exclusión, se observa que hay un vínculo muy elevado en las cuestiones relacionadas con la ruptura o pérdida de vínculos emocionales y relacionales, tales como la separación de la pareja (30%) o problemas de convivencia (26,7%) y pérdida de la familia (20%) o incluso haber escapado de una situación de violencia machista (23,3%).

Es muy significativo que ningún hombre aluda a la ruptura o separación de la pareja como una cuestión determinante vinculada a su situación de exclusión residencial, mientras que un 30% de las mujeres lo consideraron como uno de los motivos causantes.

Por otro lado, como ya mencionamos en el análisis personal y relacional, un 57,9% de las mujeres que mientras tenían hogar habían sido víctimas de violencias machistas, identificaban esta cuestión como una de las causas que desencadenaba su exclusión residencial.

La pérdida de trabajo tiene una representación similar en los dos sexos, siendo la diferencia fundamental que ellos la identifican como determinante y ellas como una cuestión más en un conjunto de causas que provocaron su situación actual.

La multicausalidad de la que hablan las mujeres está relacionada de manera fundamental con aspectos del ámbito privado, por el contrario la visión monocausal de los hombres está más relacionada con el ámbito público (trabajo), más asociado a cuestiones estructurales.

Por otro lado, las adicciones están menos representadas entre las mujeres (16,7%) que entre los hombres (26,7%), en cambio los problemas de salud mental son más destacados por las mujeres.

A.2. La violencia machistas causa inmediata de su pérdida de salud integral.

En el cuadro aparecen las causas inmediatas expresadas por las mujeres en relación a la vulneración del derecho a la salud en su definición más integral (física y psicoemocional) como consecuencia de sufrir violencia machista.

Consecuencias para la salud de la vulneración del derecho a una vida libre de violencia			
Físicas	Emocionales	Cognitivas / Pensamiento	Comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de sueño ✓ Falta de apetito ✓ Dolor ✓ Cicatrices ✓ Afectación funciones neurológicas ✓ Nervios 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza ✓ Enfado ✓ Rencor ✓ Rabia ✓ Disgusto ✓ Impotencia ✓ Culpabilidad ✓ Miedo ✓ Asco ✓ Moral baja (sin ganas de nada) ✓ Sentirte mal ✓ Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechazo a todo ✓ Inseguridad (falta de confianza en ti misma, dudar sobre todo...) ✓ No te valoras 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aislamiento ✓ Ira expresada hacia otras personas ✓ Dejar que me explote económicamente ✓ Dejar que me manipule ✓ Cambiar mi forma de ser ✓ Dependencia a las drogas o alcohol

Figura 6: Consecuencias para la salud que detectaron las titulares de derechos en las sesiones participativas.

A.3. La situación de sin hogar causa inmediata de su pérdida de salud integral

Las consecuencias que destacaron las mujeres en las sesiones participativas en relación con la vulneración del derecho a la vivienda y que consideraban unidas a su condición de mujer, fueron:

- a) Mayores problemas de higiene.
- b) Mayor carga de peso y esfuerzo físico por necesitar acarrear más objetos personales y tener menos fuerza.
- c) Mayor exposición a situaciones de violencia machista.
- d) Sentimiento de mayor estigmatización que los hombres por la sociedad.

Como puede observarse la situación de exclusión residencial, unida a la condición de ser mujer, afecta al derecho a la salud en mayor medida que a los hombres. Aparte de las situaciones genéricas por no tener hogar, sufridas por hombres y mujeres, como son: la falta de descanso, una deficiente alimentación, el malestar psicológico que provoca la incertidumbre, el deterioro de la salud se ve incrementado por cuestiones como una mayor exposición a infecciones por aspectos higiénicos (se habló incluso de haberse inyectado progesterona para anular la menstruación), el dolor de huesos en manos y pies por la excesiva carga de peso, las consecuencias físicas, psicológicas y emocionales de un continuo estado de alerta para prevenir situaciones de violencia (inseguridad, estrés, miedo, ansiedad o falta de descanso) y las consecuencias directas de sufrir agresiones machistas o estigma social

Por todo ello, observamos, que mientras se siga vulnerando el derecho a la vivienda también se estará vulnerando gravemente el derecho a la salud.

B. Causas subyacentes de la vulneración de derechos.

B.1. Programas mixtos no específicos, de carácter asistencial, con una proyección a corto-medio plazo y sin enfoque de género.

Actualmente no existen programas de atención específicos para mujeres sin hogar, en los que recibir atención personalizada e integral a largo plazo, que faciliten un proceso sostenido para el acceso a los derechos de trabajo, vivienda y una vida libre de violencia.

Esta ausencia hace que las mujeres se integren en recursos generales que no permiten abordar la complejidad de su situación, generándoles desmotivación y angustia al no alcanzar objetivos en los plazos pautados por los diferentes recursos.

Además, la perspectiva cortoplacista impide asegurar unas condiciones óptimas para abandonar los recursos residenciales, tales como un empleo o una vivienda dignos, viéndose en la necesidad de aceptar empleos de mucha precariedad, normalmente en la economía sumergida. Provocando una situación de extrema vulnerabilidad y un probable retorno a la exclusión social.

Si los recursos sociales no me dan seguridad, tengo que coger lo primero que me ofrecen (...). (Entrevista grupal 05 TD).

En las entrevistas realizadas a mujeres sin hogar, un 73,3% habían sido atendidas desde los Centros Municipales de Servicios Sociales, un 46,7% desde el Centro de Atención a Personas Sin techo (CAST), un 67% había estado albergada alguna vez, un 26,7% habían estado en viviendas tuteladas (no se especifica la tipología) y un 76,7% utilizaba o había utilizado otros recursos de entidades sociales. Observamos, por tanto, que aunque la mayoría han sido atendidas en algún momento por servicios públicos de atención social o del tercer sector, no han conseguido salir de la situación de exclusión residencial, ni social.

En general, las mujeres han valorado a la baja la atención recibida en los recursos por su condición de mujer, es decir, que tuvieran en cuenta las cuestiones de género. El CAST ha sido el recurso que mayor puntuación ha obtenido al respecto, la mitad de las mujeres que lo han valorado opinan que sí se ha tenido en cuenta las particularidades asociadas al género (50%). En referencia a las viviendas tuteladas y los albergues, han opinado que han tenido en cuenta esta condición sólo en un 37,5% y 35% respectivamente. Siendo los Servicios Sociales Municipales y las entidades sociales que trabajan en el sector, las que reciben una menor puntuación, con un 22,7% y 21,7% en cada caso.

El 51,7% de las mujeres pensaba que en los recursos reciben igual atención hombres y mujeres, y un 24,1% perciben que los hombres reciben más apoyo, frente a un 6,9% que perciben que lo reciben las mujeres, el 17% restante no contestó.

Los hombres en cambio perciben en su mayoría, el 83,3%, que se prestan los mismos servicios a hombres que a mujeres.

Estos resultados son coherentes con la falta de servicios específicos para mujeres en situación de sin hogar y con la escasa incorporación del enfoque de género en los diferentes recursos de atención al colectivo.

(...) necesitarían unos recursos muy específicos para este colectivo, porque actualmente la realidad es que no los hay (...). Sí, si que lo tenemos en cuenta en la atención que hacemos en el día a día y siempre que atendemos a una mujer hacemos lo posible por darle la mejor respuesta, aunque el recurso que tengamos no sea el más adecuado para ella. (07TD).

B.2. Revictimización, sin garantías de una atención eficaz.

Al acudir a los Servicios Públicos de atención social se les pide exponer su trayectoria vital, normalmente cargada de situaciones personales dolorosas y traumáticas. Esta exposición les genera malestar psicológico y físico, al revivir acontecimientos que les han generado problemas psicosociales y emocionales. Tras esta exposición se han encontrado en muchas ocasiones sin el apoyo psicoemocional necesario para sobrellevar el malestar generado, además, la mayoría de las veces, no se les ofrece ninguna garantía de mejora en cuanto a su situación biopsicosocial, ni de acceso a derechos. Estas cuestiones generan desmotivación a la hora de acudir a los servicios públicos de atención.

Cuentas las penas de tu vida, te sientes tonta ¿Para qué me preguntáis si no me vais a ayudar? Muchas veces cuentas tu historia, para nada, al final sabes muchas cosas de mi vida ¿y de qué me sirve? Te remueve contar tus experiencias dolorosas, hay penas que ni una las aguanta y si mientes, se piensan que vas de espabilada. (Entrevista grupal 05TD).

B.3. Falta de programas de prevención del sinhogarismo en mujeres vulnerables, especialmente mujeres con diversidad funcional y mujeres víctimas de violencia de género.

No hay una estrategia de prevención del sinhogarismo integrada en los Servicios Sociales, ni en la Sanidad. Esta ausencia de prevención afecta de forma significativa a mujeres especialmente vulnerables, como mujeres con enfermedad mental y mujeres víctimas de violencia machista.

Como ya hemos mencionado, los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a mujeres sin hogar nos muestran que un 36,6% de ellas tienen una valoración realizada o en trámite de su diversidad funcional, entre ellas, las que padecen enfermedad mental suponen el 63,3%, por lo que son el 23,3% del total de la muestra. Quedarían fuera del recuento aquellas que no han solicitado valoración, por lo que entendemos que ese 23,3% es una aproximación a la baja del número real de mujeres con enfermedad mental que se encuentran en situación de sin hogar.

Que exista un índice más elevado de mujeres sin hogar con diversidad funcional, que han sufrido violencia machista antes de encontrarse en situación de exclusión residencial que en la población en general, evidencia la falta de estrategias de prevención de la exclusión residencial, en un perfil tan vulnerable.

Es igualmente alarmante, que el 63,3% de las mujeres entrevistadas hayan manifestado haber sufrido violencia de género antes de encontrarse en situación de sin hogar, destacando que el 57,9% de estas experiencias de violencia están relacionadas con la pérdida del hogar.

El 80% de las mujeres en situación de calle entrevistadas manifiestan haber sufrido violencia de género y tan solo un 42% ha sido atendida desde el Centro Mujer 24h. Estos datos sugieren que más de la mitad de las mujeres en situación de sin hogar que han sufrido violencia machista no han acudido a pedir atención al centro especializado de referencia. Y por otro lado, que aunque un número significativo sí lo ha hecho, no han conseguido salir de la situación de exclusión residencial. Por lo que entendemos que la falta de recursos específicos para mujeres en situación de sin hogar con problemáticas añadidas y la no adaptabilidad de los servicios a estas situaciones supone un fracaso en la atención a este colectivo.

(...) ahora falta pegarle un sprint a la inserción laboral de las mujeres, este año nuestro objetivo es la inserción laboral (...) hemos podido ampliar las ayudas para el tema de habitabilidad, ahora hay que conseguir más parque de vivienda. (012 TO).

B.4. Carencia de recursos específicos para mujeres en situación de exclusión residencial, víctimas de violencia machista, con problemas de salud mental y/o adicciones

La complejidad de las adicciones y los procesos de deshabituación, así como los problemas graves de salud mental, necesitan recursos específicos para abordar los procesos terapéuticos, junto con un trabajo paralelo de recuperación psicoemocional de la mujer cuando ha sufrido violencia machista.

Esta doble o triple problemática se retroalimenta y necesita un abordaje integral, para poder romper con el círculo vicioso que se genera. La violencia puede llevar a la adicción y/o el agravamiento de trastornos mentales y la adicción y los problemas de salud mental hacen que las mujeres sean más vulnerables y susceptibles de sufrir situaciones de abuso y/o violencia machista.

Las personas Titulares de Obligaciones entrevistadas (representantes políticos) con competencias en este ámbito, coinciden al considerar a estas mujeres como uno de los grupos más vulnerables de la población sin hogar, pero continúan sin materializarse esfuerzos coordinados por generar estrategias que garanticen a estas mujeres los derechos básicos de salud, vivienda y para una vida libre de violencia.

Nosotras no podemos trabajar la situación de violencia si no se ha paliado, aunque sea temporalmente la problemática de salud mental y la problemática de consumo (...) nosotras para ingresarlas en un centro las necesitamos mínimamente estabilizadas, ¿por qué? porque hemos de proteger a estas mujeres, pero hemos de proteger a las mujeres que están en sus procesos con sus hijos en las casas (...). Cuando se nos plantea el problema es cuando estas mujeres no quieren, tenemos que buscar recursos de baja exigencia que ya no están dentro de la red nuestra (...) evidentemente si la situación de peligrosidad es muy alta, no lo dudaríamos en ingresarla. (012TO).

Y es que claro, las viviendas y los recursos que tenemos, con patologías es muy difícil la convivencia. Ellas fracasan en los recursos (...) Según la Orden, la que rige todavía nuestros centros, que es una orden del 2003, hay un artículo que dice: “usuarias con patologías de salud mental, drogodependencia, discapacidad, menores”, esas usuarias teóricamente tienen otros centros donde se les atiende, pero cuál es la realidad, como son mujeres vienen a nuestros centros. (04TO).

(...) mientras no recuperemos el malestar psicológico que arrastra la mujer, la recaída va a ser inmediata en el momento salga del núcleo de protección de la vivienda tutelada de mujer, ¿por qué?, porque esa mujer esté consumiendo probablemente para quitar ese malestar psicológico que arrastra desde que ella conoce. (08TO)

Una de las mujeres sin hogar que también padece problemas de adicciones y de salud mental, compartió con el grupo una experiencia, narró qué tras sufrir una agresión física y sexual por parte de su expareja mientras se encontraba en situación de calle, no se le ofreció ningún recurso especializado para mujeres víctimas de violencia de género debido a adicción y su problema de salud mental, tan sólo se le ofreció plaza en un albergue, un recurso inadecuado para esta situación. Explicaba el malestar profundo que vivió de la siguiente manera:

En un comedor lleno de gente a tu alrededor, completamente aturdida, “¿Qué más me tenían que haber hecho para merecer un trato humano?”. (Sesión IAP).

B.5. Carencia de programas específicos de prevención de la violencia machista para mujeres en situación de sin hogar

Como ya mostramos, el 44,8% de las mujeres entrevistadas expresaron haber sufrido violencia machista estando en situación de sin hogar. Estos datos confirman la necesidad de articular programas específicos de prevención de la violencia machista para mujeres en estas situaciones, promoviendo herramientas psicosociales que prevengan la recaída en situaciones de maltrato.

B.6. Programas residenciales dirigidos a mujeres que han sufrido violencia machista, marcados por su carácter provisional.

El enfoque temporal y a corto plazo de los recursos residenciales para mujeres víctimas de violencia de género, no garantizan que cuando termine el plazo de estancia máxima en el programa, se hayan conseguido los recursos y las capacidades necesarias para llevar una vida autónoma e independiente. Sobre todo en aquellas mujeres que carecen de red de apoyo, con escasa formación y/o experiencia profesional, con una edad complicada para entrar en el mercado laboral o aquellas que han vivido largos procesos de desestructuración social y personal. Precipitar su salida de un recurso residencial puede provocar la recaída en la exclusión social y su no acceso a derechos.

Los recursos residenciales (...) dos meses, tres meses, y luego de ahí se valora por las profesionales, la salida de esa mujer hacia dónde, y que puede ser a un recurso de más larga estancia, que puede ser de seis meses prorrogable por otros seis, y luego estaría el paso de las viviendas tuteladas o ya de su independencia. (012 TO).

Es verdad que el que haya otras mujeres esperando para entrar hace que muchos casos que a lo mejor se tendrían que trabajar más, hace que tengas que disponer de la plaza antes para poder... pero es verdad que, sin generalizar, sí que se trabaja, el resultado unas veces sale bien, otras veces sale mal, otras veces pues no sale. (04 TO).

B.7. Carencia de estudios con Enfoque de género.

En los grupos focales realizados con el personal técnico de las entidades del tercer sector se valoró que la ausencia de estudios cualitativos sobre la realidad de las personas sin hogar con Enfoque de Género, invisibiliza a las mujeres en situación de

exclusión residencial. En la mayor parte de los estudios sólo se contabilizan a las personas que acceden a los recursos, dónde las mujeres están infrarrepresentadas, por lo que se interpreta que no hay demanda y no se crean dispositivos adecuados dejando a estas mujeres en situación de desprotección.

B.8. Ausencia de una Política Pública de vivienda social que priorice el derecho a la vivienda de las mujeres.

Para poder garantizar el acceso a la vivienda de las mujeres en situación de exclusión residencial, mujeres víctimas de violencia de género o mujeres que sufren múltiples discriminaciones, se precisaría un Estado de bienestar que tuviera integrado un enfoque de género, en el que se tuvieran en cuenta las cuestiones específicas de género que convierten a las mujeres en un colectivo vulnerable y que facilitara su acceso a viviendas sociales o a prestaciones para alquiler.

La Administración competente comentó que se están dando pasos en esta dirección pero se tienen que multiplicar los esfuerzos para que realmente estas medidas comiencen a ser efectivas y tengan impacto entre las mujeres que se encuentran en estas situaciones.

Están a punto de salir tres viviendas que son específicamente para mujeres víctimas de violencia de género sin recursos. Están a punto de firmar un acuerdo con la Dirección General del Instituto de las Mujeres, de la Consellería, para que deriven a las mujeres que salen de los centros de recuperación integral (casas de acogida, y que no tienen capacidad de acceder a una vivienda. Serán viviendas por un año, prorrogable a dos. Se concibe como una vivienda de independencia para que acaben allí su proceso de recuperación. En principio es una vivienda por unidad familiar. (02TO).

C. Causas estructurales de la vulneración de derechos.

C. 1. Más dificultades de acceso al mercado de trabajo regularizado para las mujeres. Muy representadas en empleos precarios relacionado con los cuidados.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA), en el segundo trimestre de 2019 hay una tasa de desempleo femenino en la Comunidad Valenciana del 16,9%, frente al 12,1% de desempleo masculino. El mercado de trabajo continúa teniendo barreras estructurales que impide a las mujeres, en mayor medida que a los hombres, acceder a un trabajo digno y en consecuencia a derechos fundamentales, expulsándolas a la

economía sumergida y a trabajos muy precarios, la mayoría de ellos todavía muy vinculados a los roles tradicionales de cuidados.

En las entrevistas realizadas en este estudio a mujeres y hombres en situación de sin hogar, se visibiliza que las mujeres han trabajado más que los hombres en la economía sumergida, un 86,7% de mujeres frente a un 63,3% de hombres y durante periodos de tiempo más prolongados. El 42,9% de las mujeres han trabajado más de cinco años sin contrato mientras que los hombres que han trabajado más de cinco años sin contrato, no superan el 20%. Las mujeres manifiestan en mayor medida, que este hecho ha contribuido a su situación de exclusión residencial (ellas 69,2% y ellos 52,6%).

Obviamente, el que muchos de los derechos de protección social vayan vinculados al desarrollo del trabajo remunerado con contrato y que las mujeres tengan un menor acceso, hace que sus derechos se vean restringidos de forma significativa. Podríamos también concluir que el Estado de bienestar no devuelve a las mujeres la inversión que ellas hacen con su trabajo no remunerado en el cuidado de personas. Trabajo imprescindible para la supervivencia de las personas, de los Estados e incluso del sistema capitalista.

En la siguiente tabla mostraremos el porcentaje de mujeres y hombres que manifestaron haber trabajado de forma remunerada sin contrato, así como el tiempo aproximado en el que han realizado este tipo de trabajos a lo largo de su vida.

	Mujeres	Hombres
Menos de un año	23,8%	26,7%
De 1 a 5 años	33,3%	53,3%
De 6 a 10 años	14,3%	13,3%
Más de 10 años	28,6%	6,7%
Total sin contrato	86,7%	63,3%

Tabla 25: Personas entrevistadas que trabajaron sin contrato, y durante cuánto tiempo.

Respecto a los trabajos desarrollados sin contrato, encontramos también la brecha de género, pues ellas se concentran más en trabajos donde se continúan desarrollando algunos de los roles tradicionalmente asignados a las mujeres, es decir, la limpieza (44%) y el cuidado de personas dependientes (40%). Pero también se observa una mayor diversificación de las mujeres en el empleo, sobre todo hacia el sector servicios (hostelería 56% y otros servicios 24%), mientras los hombres sin hogar que manifiestan haber trabajado sin contrato lo han hecho principalmente en la construcción (33,3%) y la agricultura (22,2%).

Dignificar los trabajos de los cuidados es fundamental. Es muy difícil acceder a esas capas de la sociedad que están invisibilizadas. Sí que hemos reforzado la inspección de trabajo, por ejemplo, con todo el tema de las aparadoras en la zona de Elche o las trabajadoras de los almacenes de la naranja, para atajar esas situaciones de semiesclavitud a la que muchas veces se ven abocadas, es decir, no cotizan, no se les reconocen sus enfermedades por causa laboral y esto además repercute en una pobreza actual y una pobreza futura, porque las pensiones que les corresponden a estas personas van a ser mucho más bajas.
(03TO)

En la siguiente tabla se muestran los trabajos sin contrato ejercidos por hombres y mujeres sin hogar.

Tipo de actividad	Mujeres	Hombres
Cuidado de personas	44%	5,6%
Limpieza	40%	5,6%
Hostelería	56%	16,7%
Otros servicios	24%	22,2%
Agricultura	8%	44,4%
Actividades irregulares (prostitución)	4%	5,6%
Industria (fábricas)	4%	5,6%
Construcción	0%	33,3%

Tabla 26: Tipo de actividades económicas que desarrollaron sin contratación. Esta pregunta se planteó de forma abierta. Las respuestas las hemos agrupado en las categorías que se muestran en la tabla.

C.2. La organización social patriarcal y el Sistema del Bienestar sustentado por las mujeres.

La sociedad organizada desde los roles de género asignados por el patriarcado continúa invisibilizando a las mujeres en el ámbito de lo privado y las responsabiliza de los cuidados familiares, tarea no reconocida como trabajo, si por trabajo entendemos únicamente aquello por lo que se recibe una remuneración económica.

En el caso de las mujeres en situación de sin hogar, pese a su precariedad extrema, continúan siendo en muchas ocasiones un apoyo a diferentes niveles para sus familias.

Ahora el 16 de julio voy a que le pongan la vacuna de los 18 meses, tendrá un año y medio.

- ¿Tú te estás responsabilizando de la niña, aunque la tenga tu madre?

Yo, de hecho, mi RAI va para ella, porque te crees que no quiero que me la corten, porque si no me joden. Yo le paso los 400, a ver me quedo los 30, porque algo me tengo que quedar, pero los 400 van para ellas. (01TD).

Cómo ya mencionamos en el análisis del contexto personal y relacional, los resultados obtenidos de las entrevistas de este estudio muestran que el 20% de las mujeres entrevistadas manifiesta que sus hijos e hijas continúan dependiendo de ellas económicamente, otro 3,3% también dice que algún otro familiar depende de ellas y el 3,3% comparten lo que tienen con sus hijos e hijas (sin que haya dependencia económica), por un sentido de la responsabilidad hacia ellas y ellos.

En cambio, sólo un 3,3% de los hombres manifiestan que sus hijos o hijas dependen económicamente de ellos y otro 3,3% que sea algún otro miembro de la familia quien lo haga. La misma cifra se repite (3,3%) en cuanto al hecho de compartir sus ingresos con los hijos e hijas.

Por otro lado, que las mujeres se ocupen en mayor medida de los cuidados en el hogar, unido a las mayores dificultades de acceso al mercado laboral y las peores condiciones de los mismos, las hacen más dependientes económicamente de sus parejas. Para un 30% de las mujeres la separación de la pareja fue uno de los motivos principales de exclusión residencial mientras que para los hombres esta situación no les afectó en cuanto a la pérdida del hogar.

C.3. La cultura patriarcal legitima los comportamientos machistas y estigmatiza a las mujeres que se alejan de los roles tradicionales.

Las actitudes y comportamientos machistas que sostienen la organización social patriarcal son aprendidas por las personas desde el mismo momento en el que nacen y comienzan su socialización. En el momento actual, se ha iniciado un proceso de visibilización y de penalización, no sin que hayan surgido retractoros, de ciertos comportamientos machistas extremadamente violentos, como es el caso de las violaciones en grupo o de los asesinatos de mujeres por parte de sus parejas o exparejas. Estas agresiones extremas no son más que la punta del iceberg de toda una estructura de comportamientos machistas que en mayor o menor medida se encuentran legitimados por la sociedad patriarcal en la que vivimos.

He sufrido agresiones en la calle y nadie me ha ayudado (...) salí a arrastras de un descampado después de una paliza y nadie me socorrió. (Sesión participativa IAP).

En las entrevistas que realizamos a hombres sin hogar, les ofrecimos un listado de afirmaciones para que se posicionaran en cuestiones de género y sobre formas de relacionarse con la pareja. Debían decir si se encontraban muy de acuerdo, de acuerdo, indiferentes, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

Para poder realizar el análisis de las afirmaciones se valoró que sólo aquellas posiciones extremas de afirmación o negación mostraban que no había lugar a dudas sobre la igualdad de género, pues la más mínima apertura hacia posiciones más centrales iniciaba el camino de la legitimación de comportamientos machistas. Se muestra los resultados obtenidos en la siguiente tabla:

Afirmaciones	% hombres que no se muestran muy de acuerdo	% hombres que no se muestra muy en desacuerdo
Las mujeres y los hombres son iguales en cuanto a derechos.	46,7%	
El hombre debe ser quien protege a la mujer, ella debe acatar.		55,2%
Las mujeres y los hombres se deben el mismo respeto.	30%	
El maltrato de los hombres demuestra su preocupación por ellas.		43,4%
La violencia de género es un problema social.	60%	
La violencia en la pareja es un problema de la pareja.		86,6%
Está mal visto que una mujer contradiga a su pareja.		75,9%
Una mujer puede tomar decisiones sobre su dinero sin consultar a su pareja.	83,2%	
Algunas mujeres provocan a sus parejas para que ellos las golpeen.		73,3%
Insultos y amenazas son violencia verbal	60%	
En pareja, una mujer debe tener relaciones sexuales, aún sin ganas.		43,3%
Las mujeres pueden decidir libremente sobre su salud sexual y reproductiva.	63,3%	
La mujer debe estar atenta a las necesidades de su pareja.		96,7%
Insultar a tu pareja en discusión es normal, no es		60%

violencia.	
Hombres y mujeres tienen igual responsabilidad en el cuidado y crianza de las hijas e hijos.	29,9%
Manejar el dinero de tu pareja es normal, lo suyo es de los dos	73,4%

Tabla 27: Afirmaciones en referencia a la igualdad de género y las violencias machistas, ante las que los hombres entrevistados debían posicionarse.

En general destaca que son cifras muy elevadas de aceptación, en mayor o menor medida de conductas machistas intolerables en una sociedad igualitaria. Se hace patente la amplia aceptación entre los hombres entrevistados sobre la pertenencia al ámbito privado de las relaciones de maltrato y se hace evidente una tendencia muy alta a culpabilizar a las mujeres de las agresiones. Igualmente destaca, que prácticamente en su totalidad, piensan que ellas tienen la obligación de estar pendientes de sus necesidades.

En lo referente a la gestión del dinero, destacar como se cuestiona de forma mayoritaria que ella pueda utilizar su dinero sin consultar y en cambio se acepte en gran medida que él pueda usar libremente el de ella.

Es evidente la alta tolerancia a la violencia de todo tipo (sexual, económica, verbal, física y psicológica) que tiene el colectivo hacia las mujeres en una relación de pareja.

Estos datos muestran la necesidad de crear programas dirigidos a hombres que reeduquen en la igualdad, ofreciendo alternativas igualitarias a los comportamientos machistas interiorizados como forma de prevenir futuras relaciones de maltrato.

Se trabaja desde el programa CONTEXTO de la Universidad y luego el Ayuntamiento de Valencia también ha sacado ahora a concurso un servicio para la atención de los agresores (...) judicialmente se les impone en la pena someterse a tratamiento, voluntariamente también pueden asistir (...) El otro día salió una noticia que decía que la mayoría de los hombres que pasan por ahí no vuelven a reincidir. (012TO).

En contraposición a la legitimación social de los comportamientos y actitudes machistas que se hace en las sociedades patriarcales, encontramos el extremo opuesto, la penalización de los comportamientos que se alejan de los roles tradicionalmente asignados. Y en ese espacio es donde se ubica a las mujeres sin hogar y todavía más a las que padecen algún tipo de adicción. Completamente alejadas y desposeídas del lugar que la cultura dominante asigna a las mujeres (el

espacio privado, el hogar) sufren el castigo del estigma. La presión social a la que se ven sometidas es una agresión constante a su persona, otra más. Expuestas al juicio social permanente, se les responsabiliza de su situación y se cuestiona su integridad moral, hasta hacerlas merecedoras de lo que les pasa.

Si eres drogadicta eres mala hija, mala madre, mala mujer, mala esposa, mal todo, un hombre es un yonki sin más. Se nos mira mucho peor que a ellos. De hecho, se nos da menos dinero pidiendo por la calle a las mujeres yonkis". (Entrevista grupal 04TD).

8.4. ANÁLISIS DE PAPELES.

El análisis de papeles en relación a la conculcación de derechos nos permite conocer quién es responsable de promoverlos y protegerlos, y cómo las personas titulares de derechos pueden (y deben) asumir el protagonismo en la reclamación de los mismos.

A continuación, se muestra la situación actual en relación a las funciones y los roles que cada titularidad debería ejercer según el EBDH.

A. Titulares de derechos.

Las personas titulares de derechos, en este caso personas sin hogar con problemas asociados de adicciones y/o salud mental, deberían ejercer un papel de reivindicación de sus derechos vulnerados. Este papel no está siendo ejercido porque en muchos casos no tienen interiorizada la inherencia de sus derechos, sobre todo las personas con problemas de adicciones a sustancias ilegales. Y por que precisan desarrollar y potenciar sus capacidades para poder reclamarlos, entre ellas la capacidad de organizarse, como veremos en el análisis de capacidades. En la actualidad no son protagonistas ni lideran estas reclamaciones.

En las sesiones participativas llevadas a cabo con titulares de derechos, estos identificaron las capacidades que debían desarrollar para poder ejercer su función de reclamación de una forma eficaz, así como las alianzas que precisaban establecer. En el siguiente cuadro exponemos las mismas.

Capacidades y alianzas que precisan desarrollar TTDD	
1.	Capacidad de comprometerse.
2.	Capacidad de organizarse (ponerse de acuerdo, tomar decisiones, asignación de tareas...)
3.	Capacidad de movilizarse.
4.	Capacidad de movilizar a otros grupos sociales.
5.	Capacidad de representación (saber qué es lo que quiere el colectivo, saber

	comunicar, contar con el apoyo del colectivo)
6.	Tiempo.
7.	Espacio
8.	Recursos económicos para poder adquirir materiales.
9.	Apoyo y asesoramiento de personas expertas: temas jurídicos, temas de comunicación.
10.	Apoyo de Entidades Sociales que trabajen para la obtención de los mismos objetivos.

Elaborado por TTDD en sesiones participativas

B. Titulares de responsabilidades.

Entendemos como titulares de responsabilidades a las entidades del tercer sector que trabajan en el ámbito del sinhogarismo, incluyendo a Metges del Món Comunitat Valenciana.

Se detecta que estas organizaciones conocen su responsabilidad en cuanto a la denuncia de la vulneración de los derechos de las personas a las que atienden y su responsabilidad de reclamar a titulares de obligaciones los derechos vulnerados. Sin embargo, esta función queda relegada a un segundo plano, en algunos casos por la urgencia de atender las necesidades básicas, en otros porque no se ha integrado el EBDH en las organizaciones, sus servicios y programas, o porque las entidades no tienen la estructura necesaria para poder responder a las funciones que se les asignaría desde este enfoque.

En lo que respecta a Metges del Món en Valencia, lleva en torno a ocho años incorporando el enfoque integrado de género y derechos humanos en sus programas. La elaboración de este diagnóstico forma parte de la apuesta por trabajar en esta línea de apoyo a las personas titulares de derechos en la denuncia de las vulneraciones y la reclamación de sus derechos.

C. Titulares de obligaciones.

En este caso se reconocen como titulares de obligaciones a las y los responsables políticos con competencias en materia de exclusión social y de salud.

Aunque verbalizan que se tiene interiorizada su obligación, no se están garantizando los derechos de muchas personas. Se alude a diferentes barreras que causan la imposibilidad de hacer efectivos los derechos de las personas a vivienda, salud, trabajo y en el caso de las mujeres, a una libre de violencia, como veremos en el análisis de capacidades.

En lo que respecta a titulares de obligaciones sin competencias políticas para garantizar los derechos, es decir, profesionales que trabajan en los servicios públicos, destacar que asumen su papel, pero ven muy limitada su capacidad de influir en las políticas pública, y en la gestión y organización de los servicios, porque carecen de canales de participación eficaces con los organismos encargados de gestionar los servicios, sobre todo, los pertenecientes al ámbito sanitario, como se mostrará en el análisis de capacidades.

8.5. ANÁLISIS DE CAPACIDADES.

Se muestra el análisis de capacidades de cada una de las titularidades, estas capacidades en el enfoque integrado de género y derechos humanos son necesarias para desarrollar acciones que favorezcan el acceso a derechos de las personas en situación de exclusión residencial.

En todas las titularidades las capacidades analizadas han sido las siguientes:

- Responsabilidad/Motivación/Compromiso/Liderazgo.
- Autoridad/Legitimidad.
- Acceso y control de recursos (humanos, económicos y organizativos).
- Acceso a información y capacidad de comunicación.
- Capacidad de tomar decisiones racionales y aprender.

En titulares de derechos también se ha añadido como capacidad el empoderamiento, sin ella no es posible la reivindicación de los derechos.

Conocer si estas capacidades están consolidadas, o si se precisan potenciar, nos permite establecer una línea de trabajo con cada titularidad desde el EGYBD.

En lo que respecta al análisis de capacidades de titulares de obligaciones, hemos diferenciado entre las capacidades del personal técnico de los servicios públicos y las capacidades de responsables políticos, pues aunque ambos tienen la obligación de hacer accesibles los derechos, no tienen el mismo nivel de competencia.

A. Análisis de capacidades de las personas titulares de derechos.

Responsabilidad/Motivación/Compromiso/Liderazgo

La participación activa de las personas en las sesiones de la IAP, evidenciaron su responsabilidad, motivación y compromiso, por participar en acciones de las que son protagonistas y que están encaminadas a generar cambios que propicien su acceso a derechos. La participación de las personas titulares de derechos fue voluntaria y sin contraprestación económica, por tanto, la motivación era ser escuchadas, ser protagonistas, formar parte de un proyecto común de transformación de su realidad, generar vínculos y que se pusiera en valor su experiencia y su capacidad de juicio.

Tres titulares de derechos participaron en la realización de entrevistas a titulares de obligaciones (responsables políticas), entregando las reclamaciones elaboradas por las mujeres en cuanto al acceso a derechos vulnerados. La implicación de titulares de derechos en niveles más altos de participación es posible si se comparte un interés común, se generan espacios y se acompaña a las personas en el proceso.

Sin embargo, aquellas personas con una salud más deteriorada (por problemas graves de salud mental y/o adicciones), demandaban a las entidades del tercer sector que lideraran la estrategia para hacer accesibles sus derechos, pues su deterioro les impedía asumir esta tarea.

Autoridad/Legitimidad

Las responsables políticas legitimaban las reclamaciones elaboradas por las personas en situación de exclusión residencial y las aportaciones de titulares de derechos en las entrevistas, su experiencia añadía un valor fundamental: el conocimiento práctico de la realidad que se abordaba.

Si bien es cierto, que no contar con una plataforma organizada de personas sin hogar, según uno de los representantes políticos, generaba que la Administración no pudiera acercarse al colectivo para trabajar de forma conjunta sobre su realidad y el acceso a derechos.

Acceso y control de recursos (humanos, económicos y organizativos)

Esta capacidad no es asumible por las personas titulares de derechos, debido a su precariedad material y económica.

Carecen de espacios donde poder debatir y consensuar estrategias para organizarse y demandar los derechos vulnerados. Como ya mencionamos en apartados anteriores, piden a titulares de responsabilidades que les apoyen generando espacios donde poder trabajar en esta línea.

En referencia a las mujeres, se observó durante las sesiones participativas que la mayoría de ellas, aunque se conocían de la sala del Centro de Baja Exigencia, no habían interactuado nunca, por lo que no podían tener conciencia de grupo, ni de pertenencia al mismo, por lo que la capacidad de organizarse para generar un proyecto común de reivindicación de derechos era impensable. Pero el facilitarles un espacio propio donde comunicarse y compartir sus experiencias las hizo identificarse rápidamente las unas con las otras, posibilitando una identificación como grupo.

Acceso a información y capacidad de comunicación

Del trabajo realizado en las sesiones participativas también se puede concluir que estas personas, siendo acompañadas y apoyadas, pueden acceder a información relevante para activar el cambio social, y realizar reclamaciones y propuestas que vayan encaminadas a revertir la vulneración de derechos, tal y como se demostró con la participación de titulares de derechos en las entrevistas con responsables políticas.

Empoderamiento

Las titulares de derechos sufren problemas graves en su salud biopsicosocial consecuencia de la vulneración múltiple de derechos fundamentales, lo que provoca que necesiten un nivel alto de acompañamiento social orientado a favorecer su empoderamiento, su cuidado y el desarrollo de sus capacidades.

Se ha observado que la participación activa de titulares de derechos, a lo largo de este estudio, ha favorecido su empoderamiento y ha reforzado sus capacidades.

Capacidad de tomar decisiones racionales y aprender

Las herramientas utilizadas para acercarnos a la realidad de las personas en situación de exclusión residencial han evidenciado las enormes capacidades que tienen las personas sin hogar para elaborar decisiones racionales, pues para poder sobrevivir lo hacen constantemente en medios muy hostiles. Y también, la enorme capacidad de resiliencia y aprendizaje que poseen.

B. Análisis de capacidades de las personas titulares de responsabilidades.

El análisis de capacidades de titulares de responsabilidades que mostramos a continuación se centra en el trabajo colectivo, coordinado y en red realizado para facilitar el acceso a derechos de las personas en situación de exclusión residencial. Y no en las capacidades individuales de las entidades del tercer sector que trabajan con el colectivo.

Responsabilidad/Motivación/Compromiso/Liderazgo

En los grupos focales se detectó como una barrera importante del trabajo en red para la reivindicación de derechos, la falta de una estrategia común entre entidades, cada una se guía según su propia táctica y eso genera falta de coordinación.

Por tanto, se podría deducir que hasta que no se desarrolle un marco común de actuación y una estrategia de coordinación, será muy complicado desarrollar las capacidades de responsabilidad, motivación, compromiso y liderazgo de las entidades de forma conjunta.

Autoridad/Legitimidad

El principal obstáculo que se detecta de cara a la autoridad y legitimidad de las entidades del tercer sector, como referentes en la defensa de los derechos de las personas que se encuentran en situación de exclusión residencial, es la falta de incorporación del EGBDH en las entidades que trabajan con el colectivo, por lo que no hay un discurso unánime y coherente en esta línea.

La falta de integración del Enfoque de Género en las entidades supone que no se hayan desarrollado mecanismos de intervención que protejan a las mujeres en situación de exclusión residencial desde los recursos.

Acceso y control de recursos (humanos, económicos y organizativos)

En general, el personal técnico de las entidades que participó en el grupo focal, coincidían en la falta de recursos (humanos, tiempo, espacio...), lo que generaba no poder salir del enfoque de necesidades y no poder centrarse en el desarrollo de las capacidades de las personas titulares de derechos.

Se detectó también la falta de personal especializado en salud mental.

Acceso a información y capacidad de comunicación

Aunque algunas entidades, a título individual, tienen capacidad para la información y la comunicación, el hecho de no contar con una estrategia conjunta basada en el Enfoque de Derechos Humanos y Género impide una comunicación eficaz dirigida a los medios y las redes que genere presión social y cambios respecto al acceso a derechos.

En lo referente a la capacidad de informar y comunicar con titulares de derechos, se reconoce que las entidades del tercer sector tienen un vínculo más directo y cercano que los servicios de la Administración pública, llegando incluso a personas a las que los servicios públicos no llegan.

El tercer sector estáis cubriendo un papel que no está cubriendo la Administración y eso también es necesario, entonces también hay que coordinarse por esa población a la que llegáis vosotros. (08TO).

Capacidad de tomar decisiones racionales y aprender

En lo que respecta al conocimiento, cabe destacar que las entidades participantes estaban de acuerdo en que no se dedicaba, ni de forma individual, ni conjunta, el tiempo necesario a la reflexión (cuestión vinculada a la falta de recursos que se ha nombrado, en párrafos anteriores). Y que en general, existe falta de generación de conocimiento, que se traduce en desconocimiento del trabajo de las propias entidades y sobre la realidad de las personas en situación de exclusión residencial.

C. Análisis de capacidades de las personas titulares de obligaciones (personal técnico de servicios públicos).

Responsabilidad/Motivación/Compromiso/Liderazgo

Cabe señalar que, a nivel general, la motivación y el compromiso de las personas técnicas no es discutible en lo que respecta a la voluntad de que se respeten los derechos de las personas en exclusión residencial, pero es cierto, que los servicios no tienen integrado el enfoque de género (exceptuando el Centro Mujer 24h) y de derechos humanos, por lo que la intervención continúa basándose en un enfoque androcéntrico y de necesidades.

Se detecta que entre las personas técnicas de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública existe la percepción de que no pueden participar en la toma de decisiones que favorecería cambios en los enfoques y las dinámicas de los servicios de atención. Por lo que se centran en realizar un buen trabajo de atención, y en la coordinación con otros técnicos y técnicas, pero sin la posibilidad de generar cambios estructurales que permitan un mayor acceso de las personas sin hogar a los derechos.

En cambio, las técnicas de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y de la Concejalía de Servicios Sociales, perciben mayores posibilidades de participación en la toma de decisiones en relación a la organización de sus servicios, si bien es cierto, que aluden a que este sector estuvo muy desmantelado, y que se ha comenzado un proceso para ir dignificando los recursos y haciéndolos más accesibles, aunque reconocen que aún queda mucho trabajo por hacer.

Autoridad/Legitimidad

En general, las profesionales entrevistadas (médicas y psicólogas de UCA, psiquiatras y trabajadoras sociales de USM) pertenecientes a la Consellería de Sanidad Universal

saben que su experiencia en el trabajo de atención directa que realizan, les confiere legitimidad respecto al conocimiento que tienen sobre el colectivo, pero la falta de acceso a la participación real (eficiente y efectiva) en el diseño de nuevas estrategias y planes, les niega la autoridad que en su opinión, como expertas deberían tener.

Lo hemos intentado muchísimas veces... Los protocolos los hacen a su manera... no nos escuchan a los que estamos al pie del cañón. Les decimos lo que hace falta y lo que no, pero no. (010TO)

Mucha movilización... en las reuniones se convoca a muchos profesionales de toda la Comunidad Valenciana, de todas las atenciones primarias, especializadas, todo el mundo cuenta sus problemas, pero... se intenta trabajar... pero la forma de hacerlo efectivo, de hacer unas instrucciones y unos protocolos claros, para que todo ese trabajo llegue a donde tiene que llegar. (010TO)

En cambio, el personal técnico perteneciente a la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y a la Concejalía de Servicios Sociales, se sentían más legitimadas y con más autoridad para contribuir a la elaboración de estrategias y planes, debido a un mayor acceso a una participación efectiva.

Sí, sí. Las necesidades que se detectan se van informando para que se tengan en cuenta. (07TO).

Acceso y control de recursos (humanos, económicos y organizativos)

Todos los recursos, tanto los de la Consellería de Sanidad Universal, la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, de la Concejalía de Cooperación al Desarrollo y Migración, y los de la Concejalía de Servicios Sociales, se encontraban saturados, es decir, necesitan más recursos humanos, económicos y organizativos para poder ofrecer un servicio de mayor calidad, que facilite el acceso a derechos de forma definitiva.

Acceso a información y capacidad de comunicación

El acceso a la información parece no generar conflictos, por lo que se deduce que es disponible y es de fácil acceso tanto en los servicios de sanidad, como en los sociales.

En cambio, la capacidad de comunicación se ve limitada por la posibilidad o no de participar en la toma de decisiones, aquí veríamos restringida nuevamente esta capacidad en servicios que dependen de la Consellería de Sanidad.

Capacidad de tomar decisiones racionales y aprender

En lo que respecta a la generación de conocimiento, para poder mejorar en la atención, en los recursos de Sanidad se manifiesta que depende más de la voluntad del personal técnico de los servicios, que de mecanismos facilitados por la Conselleria.

Normalmente para mover cosas, solicitar cosas, generar conocimiento, trasladar a publicaciones lo que hacemos es juntarnos, pero a nivel personal y fuera del horario. (011TO).

En los servicios de carácter social no se manifiesta nada en referencia a esta cuestión.

D. Análisis de capacidades de las personas titulares de obligaciones (responsables políticos).

Responsabilidad/Motivación/Compromiso/Liderazgo

En las entrevistas realizadas a personas responsables políticas se verbalizó de forma generalizada que había voluntad política de hacer accesibles los derechos de las personas sin hogar. Y se pusieron de manifiesto todas las acciones que se han ido realizando en esta línea. Aunque se reconocía la necesidad de integrar de forma definitiva el enfoque de derechos humanos.

Yo creo que sí, pero se tiene que ser más valiente. Tenemos los instrumentos, no todos... Pero bueno... a grandes rasgos sí se tiene la capacidad de mejorar la situación de las personas, y hay que ser más valiente y más decidido, en incluir la perspectiva de los derechos humanos de forma transversal. (03TO).

Autoridad/Legitimidad

Según explicaban las representantes políticas entrevistadas su autoridad y legitimidad se veía limitada por diferentes factores, entre ellos:

- Resistencias políticas: por parte de otras organizaciones políticas.
- Resistencias internas: por algunas dinámicas internas de la Administración Pública.
- Barreras burocráticas: en referencia a otras Administraciones Públicas.
- Limitaciones jurídicas: leyes que impiden llevar adelante sus propuestas para mejorar el acceso a derechos.

(...) hay muchos poderes que se nos escapan. Hay veces que parecen que manden más ciertas compañías y ciertas corporaciones que no un gobierno elegido democráticamente por la gente, y hasta que no se tenga clara esta visión, o no se pongan ciertos límites a los lobbies y a los grupos de interés, pues siempre va a tener mermada nuestra capacidad de influencia, creo que era el asesor de Mandela que decía, "bueno, ya estamos en el gobierno, ¿y el poder para cuándo? (03TO).

- Grupos de interés: Intereses particulares de grandes empresas y lobbies, que limitan la posibilidad de acción de los gobiernos. Medios de comunicación: que intentan reforzar o menoscabar la autoridad y legitimidad de los responsables políticos y sus políticas, manipulando la información según sus intereses particulares.

(...) tienen que estar alineadas las fuerzas políticas, y los diferentes gobiernos, además un Estado, como el Estado español, que es muy descentralizado, muy complicado, con los tres niveles, y a veces cuatro, además el europeo, las directivas europeas y tal, se hace complicado. Y luego ya te decía, los grupos de interés, las resistencias del capital, suena un poco duro así decirlo, pero es verdad que al final, si tienes a los medios todo el día machacándote porque -vas a limitar los derechos de las personas a tener una vivienda-, cuando es al contrario, estás restringiendo en cierto modo a las personas que tienen mucho y que acumulan mucha riqueza para garantizar que mucha otra gente pueda tener un proyecto de vida digno, estás resistencias existen (...). (03 TO).

Acceso y control de recursos (humanos, económicos y organizativos)

En referencia al acceso y control de recursos de tipo económico, se aludían las siguientes limitaciones:

- Financiación autonómica: se considera que hay una financiación insuficiente, y que una financiación más justa con la Comunidad Valenciana supondría más recursos.
- Administración anticuada: se reconoce que hay lentitud en los procedimientos, debido a que la Administración no se ha modernizado lo suficiente, se considera que tiene más peso el procedimiento que la política pública.
- Falta de coordinación dentro de la propia Administración: dificultad para elaborar estrategias y programas conjuntos entre las consellerías.
- Estructuras heredadas: La organización heredada de los gobiernos anteriores se valora como poco coherente con las necesidades de la ciudadanía.

(...) once Centros Municipales de Servicios Sociales, frente a cincuenta y dos de actividades para personas mayores. (02TO).

- Escasa cultura en políticas sociales y una estructura heredada de Servicios Sociales, de los gobiernos anteriores muy deficitaria. Se comenta que durante la crisis los gobiernos anteriores no apostaron por las políticas sociales.
- Visión electoralista: Se reconoce que la política social no es tan atractiva para el electorado como las obras públicas en urbanismo, por lo que no se le financia de una forma justa.

Acceso a información y capacidad de comunicación

El acceso a la información sobre titulares de derechos, es facilitado por las entidades del tercer sector que trabajan con el colectivo o por los propios servicios de la Administración, como consecuencia de la falta de canales de participación directa con las propias personas titulares de derechos. Por lo que la capacidad de informarse sobre la realidad de las personas titulares de derechos es deficitaria. De la misma manera, la capacidad de comunicarse con ellas al carecer de canales de participación directa, también sería muy restringida, así como la propia capacidad de informarse sobre la realidad del colectivo.

Capacidad de tomar decisiones racionales y aprender

Se detecta en el ámbito social, falta de estudios dirigidos desde la Administración para generar conocimiento sobre la realidad de la exclusión residencial y sobre cuestiones de género, nutriéndose en muchas ocasiones de los estudios realizados por el tercer sector (entidades, universidades ...). Esta carencia afectaría a la capacidad de los poderes públicos de tomar decisiones racionales y de aprender.

(...) uno de los dramas de la Administración fue que no teníamos un servicio de estadística potente. Esto, con la nueva Ley de Servicios Sociales esperamos revertirlo, porque ahora mismo, la verdad es que prácticamente nos fiamos de los datos del INE, y muchas veces no están territorializados, y luego muchas veces a la labor que hacéis desde las Entidades, que muchas veces, es la única forma... En el tema de las personas sin hogar gracias a los recuentos que hacéis desde Médicos del Mundo, desde Rais, Cruz Roja... y poco más, es un drama. (02TD)

9. CONCLUSIONES

La interrelación entre derechos (salud, vivienda, trabajo, vida libre de violencia) impide tratarlos de forma aislada si se quiere garantizar su disfrute sin discriminación. De este modo, la falta de políticas transversales y de programas integrales, se ha detectado como una de las barreras fundamentales para evitar la situación de exclusión social y el acceso de forma definitiva a los derechos de las personas sin hogar con problemas de salud mental y consumo de drogas.

En este sentido, se han identificado diferentes causas o barreras institucionales que impiden la garantía de derechos a este colectivo. Estas barreras están asociadas a la falta de medidas preventivas para evitar la situación de exclusión residencial; a barreras administrativas y burocráticas; al no acceso a la información sobre derechos y procedimientos administrativos; a la escasa adaptabilidad de los recursos sociales y sanitarios a la complejidad de circunstancias que acompañan la situación de exclusión residencial (niveles de alta exigencia y carencia de servicios de apoyo integrados) y a la falta de estrategias públicas adecuadas que contemplen el abordaje integral de los derechos vulnerados.

Para revertir estas situaciones es necesario superar la intervención desde un enfoque de necesidades y profundizar en los enfoques de derechos y género y en el desarrollo de capacidades.

El enfoque asistencial continúa siendo el dominante en los programas de atención a personas sin hogar con problemas de adicciones y/o de salud mental. Las políticas deben asumir y dirigir un cambio de paradigma en la atención a este colectivo, poniendo en valor los programas orientados a favorecer el acceso a derechos y no exclusivamente el acceso a necesidades básicas inmediatas.

Esta mirada también afecta a las entidades del tercer sector que trabajan con personas en situación de exclusión residencial, debilitando las oportunidades de cambio y transformación social que aporta el enfoque de derechos y género, así como el trabajo en red y de incidencia política que podrían contribuir a desarrollarlo.

Las entidades del tercer sector, por diferentes razones, una de ellas la sobresaturación de sus recursos, no priorizan en sus intervenciones el desarrollo de capacidades que las personas titulares de derechos necesitan para convertirse en las protagonistas en

la reclamación de sus derechos, pues son las más legitimadas para hacerlo, ni se les presta apoyo con los recursos necesarios para facilitar su organización y movilización.

Las personas sin hogar suponen un grupo heterogéneo, que incluye múltiples realidades. En la mayoría de los casos, a la situación de exclusión residencial se añaden otros factores de vulnerabilidad que refuerzan la condición de exclusión social severa.

En esta situación encontramos a las personas migrantes, especialmente las que se encuentran en situación administrativa irregular, o indocumentadas; personas con diversidad funcional (en muchos casos por problemas de salud mental); personas con problemas de salud mental grave y con problemas psicológicos; personas jóvenes extuteladas; personas mayores con adicciones; y personas exreclutas.

Mención aparte merece el grupo de mujeres sin hogar. Los resultados del análisis de género del presente diagnóstico señalan que las mujeres sin hogar están invisibilizadas e infrarrepresentadas tanto en las estadísticas como en los recursos. La exclusión residencial se sigue vinculando a las categorías ETHOS 1 y 2, que son las más masculinizadas. Sin embargo, las mujeres se sitúan estratégicamente en las categorías ETHOS 3 y 4 como una forma de autoprotección. Este hecho tiene como consecuencia la falta de conciencia sobre las particularidades de las mujeres sin hogar con problemas asociados a la hora de diseñar espacios propios de seguridad desde donde ser atendidas y recursos que aborden de manera integral las diferentes dimensiones de la situación.

Esta invisibilidad se hace aún más patente en mujeres en situación de exclusión residencial en las que confluyen diferentes factores de vulnerabilidad, como carecer de hogar, tener diversidad funcional, ser víctima de violencias machistas o tener problemas de adicciones. Estos factores se retroalimentan unos a otros y resulta muy complejo abandonar dicha espiral.

La baja representación de las mujeres migrantes viene determinada por la potencial situación de trata y/o explotación sexual a que pueden estar sometidas en muchos casos y por el hecho de estar habitando en el mismo lugar de trabajo, sin garantía de derechos laborales básicos, como es el caso de muchas mujeres cuidadoras.

En lo que respecta a la elevada representación de mujeres con diversidad funcional reconocida, entre las que encontramos un alto índice de mujeres con problemas intelectuales y psicológicos, los datos revelan que han sido en mayor medida víctimas de violencias machistas, que las que carecen del reconocimiento oficial, lo que nos

lleva a concluir que estas mujeres no están siendo debidamente protegidas desde los organismos que deberían garantizar su protección, y que además no hay suficientes mecanismos de prevención del sinhogarismo en mujeres con diversidad funcional.

En cuanto al derecho a la salud de las mujeres en situación de exclusión residencial, cabe destacar que, además de verse afectadas por las barreras mencionadas con anterioridad, la vulneración viene también determinada por no tener acceso a una vida libre de violencia machista. La violencia machista no es sólo un riesgo potencial que padecen estas mujeres cuando se encuentran en situación de exclusión residencial, sino que es una cuestión que en muchos casos vertebra todo su ciclo vital, imposibilitando su acceso a la salud y a otros derechos.

En relación con la capacidad de titulares de obligaciones de garantizar el derecho a la salud, se han detectado cuatro cuestiones fundamentales para poder hacerlo accesible. En primer lugar, se precisa de muchos más esfuerzos y recursos en ámbito de la prevención de la exclusión residencial, dirigido principalmente a aquellos colectivos que ya sabemos son especialmente vulnerables. En segundo lugar, el enorme obstáculo que supone para estos titulares de derecho algunos procedimientos administrativos, como, por ejemplo, el empadronamiento, siendo necesario encontrar mecanismos que faciliten el acceso al mismo, y que no generen frustración. En tercer lugar, existe la necesidad de que la Administración pública funcione como un único organismo que sea capaz de coordinarse con sus diferentes partes de una forma fluida, dinámica y efectiva, es decir, ofreciendo una atención integral. Así, debe de dejar de funcionar como múltiples departamentos estancos aislados entre sí, ya que los derechos y sus vulneraciones siempre están interrelacionados y muestran interdependencia.

Y, por último, deben generarse canales participativos horizontales que acerquen los poderes públicos a titulares de derechos y de responsabilidades. Es imprescindible que las personas sean tenidas en cuenta en el proceso de toma de decisiones de aquellas materias de política pública que les afectan. Para que las políticas que afectan al derecho a la salud, a la vivienda, al trabajo y a una vida libre de violencia, sean políticas que garanticen los derechos del colectivo de personas sin hogar con problemas asociados de adicciones y/o salud mental deben garantizar el acceso a una información clara y facilitar la participación real en los acontecimientos y decisiones públicas que influyen en sus vidas.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuntament de València. Concejalía de Servicios Sociales. (2015). *Estudio sobre Personas sin hogar de la ciudad de Valencia. Características, necesidades y propuestas de intervención. Regidoria de Servicis Socials*. Valencia.
- Alcubilla, T., Ruiz, O., y Rua, I. (2014). Intervención desde la baja exigencia con personas sin hogar en el municipio de Bilbao. *RES: Revista de Educación Social*, 18, 1–10.
- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2015). *¿Qué pasa en las urgencias con las personas sin hogar? Informe sobre la asistencia social a personas sin hogar en el marco de la atención en urgencias*. Recuperado desde <https://apdha.org/media/Informe-PSH-Urgencias-2015.pdf>
- Associació ProHabitatge. (2006). *Informe anual - Estado Español. Salud y Sinhogarismo*. Recuperado desde http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/Informe_espanol_salud_-_2006_ES.pdf
- Ayuntamiento de Valencia. (2018). *Anuario Estadístico de la ciudad de València 2018*. Valencia. Recuperado desde http://www.valencia.es/ayuntamiento/webs/estadistica/CatPub/files/Anuario2018_Conceptos.pdf
- Bosch, J., y Fabra, UP. (2019). Observatori Social de “la Caixa” Sistema de vivienda y estado del bienestar. El caso español en el marco europeo. Recuperado desde <https://observatoriosociallacaixa.org/-/sistema-de-vivienda-y-estado-del-bienestar-el-caso-espanol-en-el-marco-europeo>
- Cáritas. (2013). *La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas*.
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto hombre: en el abordaje de las adicciones. Asociación Proyecto Hombre*. Recuperado desde <https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

- Consejo Económico y Social. (2012). La vivienda social en España. En *Cauces* 31. *Cuadernos del Consejo Económico y Social* (pp. 43–63). Recuperado desde http://www.ces.es/documents/10180/3828741/Cauces_31_pp43-63.pdf
- Cortés Alcalá, L., Antón Alonso, F., Martínez López., y Carlos Navarrete Ruiz, J. (2007). Lecciones y enseñanzas de la intervención pública sobre la exclusión social. *Trabajo Social Hoy*, 1, 27–39. Recuperado desde <https://www.comtrabajosocial.com/documentos.asp?id=1145>
- Díaz Farré, M. (2014). Mujeres sin hogar: aproximación teórica a una situación de desprotección, vulnerabilidad y exclusión. *Institut de Ciències Polítiques i Socials*, (9), 1–48. Recuperado desde <https://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-i9diaz.pdf?noga=1>
- Fajardo Bullón, F. (2011). Poliadicción y edad de inicio del consumo de drogas en personas sin hogar. *Revista Española de Drogodependencias*, 36(4), 393–402. Recuperado desde https://www.aesed.com/upload/files/vol-36/n-4/v36n4_1.pdf
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., y Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), 1670–1681. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>
- Fundación, R. (2015). *Los delitos de odio contra las personas sin hogar. Informe de investigación*. RAIS Fundación Colaboran: Recuperado desde <http://hatento.org/wp-content/uploads/2015/06/informe-resultados-digital.pdf>
- Gámez Ramos, T. (2017). *Personas sin hogar un análisis de género del sinhogarismo*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Ganuza, E., Olivari, L., Buitrago, PP., y Lorenzana, C. (2010). *La democracia en acción: una visión desde las metodologías participativas*. Madrid: Antígona.
- Iglesias-Onofrio, M., y Benítez-Eyzaguirre, L. (2017). La metodología investigación-acción participativa aplicada al proyecto- balance y resultados. In *Género, Tecnología e innovación social: una experiencia de Investigación-Acción-Participativa en Marruecos*. Cádiz: Universidad de Cádiz.

- INE. (2012). *Encuesta de Centros de Atención a Personas sin Hogar (ECAPSH-2012)*. Madrid. Recuperado desde https://www.ine.es/daco/daco42/epsh/ecapsh_12.pdf
- INE. Encuesta de Población Activa (EPA) (2019). Segundo trimestre. Tasa de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4247#!tabs-tabla>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2018). *Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Base Estatal De Datos De Personas Con Valoración Del Grado De Discapacidad*. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2013-304130>
- ISI Argonauta. (2010). *Guía para la incorporación del EBDH en las intervenciones de cooperación para el desarrollo*. Madrid: Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid. Recuperado desde <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Informes y guías/GUIA ENFOQUE DDHH + NIPO + logo AECID.pdf>
- Llano Ortiz, JC. (2018). *El estado de la pobreza. seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017*. Madrid: EAPN
- Lombardo, E., y León, M. (2014). Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica Gender Equality Policies and Social Policies in Spain: Origin, Development and Dismantlement in a context of economic crisis. *Investigaciones Feministas*, 5, 13–35. https://doi.org/10.5209/rev_INFE.2014.v5.47986
- López de Ceballos, P. (1998). *Un método para la investigación-acción participativa*. Madrid: Editorial Popular.
- Madden, D., y Marcuse, P. (2018). *En defensa de la vivienda*. Madrid: CS. Libros
- Masferrer, M., Orenga, J., y Palacios, A. (2018). *La aplicación del Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos (EGyBDH) en la cooperación para el desarrollo*. Institut de Drets Humans de Catalunya. Recuperado desde https://www.idhc.org/arxius/recerca/guiaEGiBDH Digital_defCAS.pdf

Médicos del Mundo Vigo. (2017). *Diagnóstico participativo sobre el Derecho a la Salud y a la Vivienda, con Enfoque de Género y Salud Mental*. Vigo: Médicos del Mundo.

Miguel Luken, V. (2015). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid. Recuperado desde [http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/Macroencuesta-de-Violencia-contra-la-Mujer-\(2015\)-2016072511335464Libro_22_Macroencuesta2015.pdf](http://www.datosdelanzarote.com/Uploads/doc/Macroencuesta-de-Violencia-contra-la-Mujer-(2015)-2016072511335464Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar 2015-2020. Informes, Estudios e Investigación 2016*. Madrid.

Ministerio de fomento. Vivienda y rehabilitación protegidas. Ministerio de Fomento (2018). Vivienda protegida. Series anuales,(1.6. Número de calificaciones definitivas. Planes estatales y planes autonómicos)<https://apps.fomento.gob.es/BoletinOnline2/?nivel=2&orden=3100000>

Muñoz, M., y Vázquez, C. (1999). Homeless in Spain. *Psychology in Spain*, 3(1), 10. Recuperado desde <http://www.psychologyinspain.com/content/full/1999/11frame.htm>

Muñoz López, M y Vázquez Valverde, C. (2003). *Los límites de la exclusión estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora.

Muñoz López, M y Vázquez Valverde, C. (1995). *Personas sin hogar en Madrid informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de Integración Social

Murguialday, C. (2000). *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Universidad del País Vasco*. Bilbao: Icaria y Hegoa. Recuperado desde <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>

Navarro Lashaya, M. (2013). *Análisis Psicosocial de la exclusión residencial extrema en población migrante*. Universidad Pontificia Comillas.

Navarro Lashayas, M. (2018). *Relatos de la calle: testimonios de migrantes sin hogar*. Irredentos Libros.

- Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos Humanos en la cooperación al desarrollo. Naciones Unidas. Nueva York y Ginebra, 2006
- Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial sobre Salarios 2018-2019. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/multimedia/maps-and-charts/enhanced/WCMS_650872/lang--es/index.htm
- ONU. (s.f). Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Recuperado desde <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Panadero Herrero, S., y Pérez-Lozao Gallego, M. (2014). Personas sin hogar y discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(2), 7–26. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.02.02.01>
- Panadero, S., Vázquez, JJ., y Martín, RM. (2016). Alcohol, pobreza y exclusión social: Consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33. <https://doi.org/10.20882/adicciones.830>
- Paz, EC. (2005). Globalización, gobernanza local y democracia participativa. *Cuadernos Constitucionales de La Catedra Fadrique Furio Ceriol*, (52), 13–31.
- Puga, M., Alonso, A., y Zafra, R. (2014). *Renta Básica de las iguales y feminismos: De la centralidad del empleo a la centralidad de la vida*. Baladre y Zambra.
- Red Española de Ciudades Saludables. (2018). *Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud pública*. Madrid.
- Rodríguez García, A. (2008). *Informe anual 2008 Estado Español. Soluciones residenciales para personas sin-hogar*. Recuperado desde https://www.feantsa.org/download/spain_housing_homelessness_2008_es2254204703535068250.pdf
- Rubio Martín, María José Monteros, S. (2002). *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*. Editorial CCS.
- Sáez Carreras, J y Delgado Ruiz, Manuel, MVP. (2013). *Exclusiones. Discursos, políticas, profesiones*. Barcelona: UOC.

Sales i Campos, A., Uribe, J., y Marco, I. (2015). La situación del sinhogarismo en Barcelona. Evolución y políticas de intervención. *Xapsll*, 1, 76. Recuperado desde www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2016/2/sense_sostre2015_es.pdf

Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Ediciones Minerva.

11. ANEXOS

11.1. ANEXO I

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A MUJERES TITULARES DE DERECHOS

Contextualización.

Edad, nacionalidad, formación, diversidad funcional, estado civil, experiencia laboral, tiempo en situación de sin hogar, espacio donde habita (calle, chabola, vivienda insegura...)

Barreras de acceso a derechos que llevan a la situación de sin hogar y a mantenerse en la misma

- *Barreras personales*

¿Con qué barreras u obstáculos te encontraste en tu vida para quedarte sin hogar?

¿Con qué dificultades o problemáticas te encuentras por no tener hogar?

¿Con qué barreras u obstáculos te encuentras en estos momentos para salir de la situación de sin hogar?

- *Barreras de los servicios públicos*

¿Tuviste acceso a los Servicios Públicos para que garantizaran tus derechos, y no te vieras en la situación de sin hogar? ¿Qué paso?

¿Y siendo más pequeñas y sabiendo lo que te había pasado, que ayuda te ofrecieron?

¿Acudes a los Servicios de la Administración para que te ayuden a salir de esta situación y garanticen tu derecho a una vida digna? (A qué servicios, cómo es la atención, qué te ofrecen...)

Género y sinhogarismo

- *Barreras que sufren las mujeres.*

¿Piensas que hay barreras o acontecimientos en tu vida que te han sucedido por ser mujer, y que han favorecido el que te vieras en la situación de sin hogar?

¿Piensas que esas barreras o acontecimientos siguen condicionando que no puedas salir de la situación de sin hogar?

¿Los Servicios Públicos han tenido en cuenta esas barreras o acontecimiento para protegerte, o hacer más accesible tu derecho a una vida digna?

¿Piensas que las mujeres tienen más dificultades que los hombres cuando se encuentran en situación de sin hogar? ¿Y para salir de esta situación?

Capacidades /Habilidades

- *Capacidades/habilidades personales.*

¿Qué capacidades o habilidades personales tienes para salir de la situación de sin hogar y acceder a tus derechos?

¿Piensas que te deberían de ayudar a desarrollar alguna capacidad/habilidad que te facilitara salir de la situación de sin hogar y poder acceder a tus derechos?

- *Capacidades de los poderes públicos (Recursos, servicios, prioridades, intereses...)*

¿Qué capacidades (*recursos, servicios, prioridades, intereses...*) deberían tener la Administración Pública para hacer accesibles tus derechos?

¿Qué tipo de atención, prestación o intervención precisarías para hacer accesible tu derecho a una vida digna (derecho a vivienda, trabajo, salud, seguridad...)?

- *Capacidades de Metges del Món Comunitat Valenciana*

¿Qué piensas que debería de hacer Médicos del Mundo para facilitar que puedas acceder a tu derecho a una vida digna (derecho a vivienda, salud, seguridad...)?

¿En qué te hemos ayudado?

¿Cómo valoras nuestro trabajo?

¿Qué mejorarías?

11.2. ANEXO II

ENTREVISTA GRUPAL TITULARES DE DERECHOS

En cada entrevista grupal se adaptaron las preguntas al colectivo al que iba dirigida la entrevista. En este anexo mostramos las preguntas de forma genérica.

Se realizaron cinco entrevistas grupales con titulares de derechos: 1) personas migrantes. 2) Personas con dependencia al alcohol. 3) Personas con dependencia a drogas ilegales. 3) Personas con problemas graves de salud mental. 5) Personas con problemas psicoemocionales.

- **BARRERAS QUE SE ENCUENTRAN LAS PERSONAS SIN HOGAR CON (PROBLEMÁTICA ASOCIADA), EN LOS SERVICIOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**

¿Qué recursos conocéis para personas sin hogar con (*problemática asociada*)?

Ámbito social:

¿Acudís a estos servicios? ¿Por qué?

¿Qué os ofrecen (albergue, comedor, vivienda tutelada, actividades de ocio y tiempo libre...)?

¿Son suficientes?

¿Os ponen algún tipo de condición para poder acceder al servicio (estar documentado/a, abstinencia...)?

¿Podéis acudir en cualquier momento que lo necesitéis?

¿Cómo valoráis la calidad de la atención (trato, recursos, horarios, profesionales...)?

¿Es posible participar en la toma de decisiones respecto a la actividad que se va a hacer con vosotros/as (tramitaciones, solicitud de recursos...)?

¿Estos recursos son los mismos para hombres que para mujeres? ¿Son mixtos?

¿Hay alguna variación en ellos si eres mujer (nº plazas, acceso, recursos...)?

Ámbito sanitario:

¿Acudís a estos servicios? ¿Por qué?

¿Qué os ofrecen (albergue, comedor, vivienda tutelada, actividades de ocio y tiempo libre...)?

¿Son suficientes?

¿Os ponen algún tipo de condición para poder acceder al servicio (estar documentado/a, abstinencia...)?

¿Podéis acudir en cualquier momento que lo necesitéis?

¿Cómo valoráis la calidad de la atención (trato, recursos, horarios, profesionales...)?

¿Es posible participar en la toma de decisiones respecto a la actividad que se va a hacer con vosotros/as (tramitaciones, solicitud de recursos, tratamiento farmacológico...)?

¿Estos recursos son los mismos para hombres que para mujeres? ¿Son mixtos?

¿Hay alguna variación en ellos si eres mujer (nº plazas, acceso, recursos...)?

Ámbito laboral/ocupacional:

¿Acudís a estos servicios? ¿Por qué?

¿Qué os ofrecen (albergue, comedor, vivienda tutelada, actividades de ocio y tiempo libre...)?

¿Son suficientes?

¿Os ponen algún tipo de condición para poder acceder al servicio (estar documentado/a, abstinencia...)?

¿Podéis acudir en cualquier momento que lo necesitéis?

¿Cómo valoráis la calidad de la atención (trato, recursos, horarios, profesionales...)?

¿Es posible participar en la toma de decisiones respecto a la actividad que se va a hacer con vosotros/as (tramitaciones, solicitud de recursos, elección de ocio...)?

¿Estos recursos son iguales para hombres y mujeres? ¿Son mixtos?

¿Hay alguna diferencia por ser hombre o mujer (nº plazas, acceso, recursos...)?

- **CENTROS, SERVICIOS O RECURSOS ESPECÍFICOS PARA PERSONAS SIN HOGAR CON (PROBLEMÁTICA ASOCIADA), DE ENTIDADES SOCIALES.**

¿Hay algún centro, servicio o recursos específicos para personas sin hogar con (*problemática asociada*)?

(Ej. Albergue, comedor, centro de reducción de daños, vivienda tutelada, centro especial de empleo...)

¿Pensáis que son necesarios? ¿Por qué?

¿Hay recursos específicos para hombres y para mujeres?

¿Pensáis que son necesarios? ¿Por qué?

¿De qué forma se accede a ellos? ¿Es fácil acceder a ellos?

¿Hay diferencias en el acceso entre hombres y mujeres?

¿Hay personas con problemas (*problemática asociada*) en situación de sin hogar, que no pueden acceder a ellos? ¿Quiénes?

¿Estos centros, servicios o recursos son suficientes?

¿Son de calidad (suficientes profesionales, recursos técnicos, buen horario...)?

¿Se adaptan a vuestra situación?

- REVISIÓN DE CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS (VIVIENDA, SALUD Y TRABAJO), DESDE LA EXPERIENCIA DE SER PERSONA SIN HOGAR CON (*PROBLEMÁTICA ASOCIADA*)

Si observamos los siguientes esquemas que se elaboraron en las sesiones participativas en Metges del Món, sobre las consecuencias y las causas de la vulneración del derecho a la vivienda, a la salud y al trabajo, y a la escasez de recursos en el ámbito de los servicios sociales, sanitarios y laborales, ¿añadiríais alguna cuestión específica en referencia a las problemáticas con las que os encontráis las personas sin hogar con (*problemática asociada*)?

(*En este apartado les mostrábamos los árboles elaborados en las sesiones participativas sobre las causas y consecuencias de las vulneraciones a sus derechos y las personas entrevistadas hacían aportaciones desde su realidad*)

- VALORACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS CON (*PROBLEMÁTICA ASOCIADA*)

¿Pensáis que sois más vulnerables que las personas sin hogar que no tienen problemas (*problemática asociada*)? (probabilidad de sufrir situaciones estresantes, posibilidades de salir de la situación de calle...)

¿Por qué?

- DEMANDAS, ESPECÍFICAS DE LAS PERSONAS SIN HOGAR DEPENDIENTES DE ALCOHOL, DIRIGIDAS A LOS PODERES PÚBLICOS.

En las sesiones participativas que llevamos a cabo en Metges del Món, se elaboraron una serie de demandas dirigidas a los poderes públicos del ámbito social, sanitario y laboral, para garantizar el derecho a vivienda, salud y trabajo.

(*Se les mostraban las demandas*)

¿Añadiríais alguna cuestión específica más para que se pudieran ver garantizados los derechos de las personas sin hogar (*problemática asociada*)?

- **CAPACIDADES**

¿Pensáis que debéis hacer algo para exigir que no se vulneren vuestros derechos?

¿Qué capacidades pensáis que necesitáis para poder hacer llegar vuestras demandas a los poderes públicos?

¿Qué recursos personales consideraríais necesarios para reclamar vuestros derechos?

¿Qué podéis hacer para reclamar vuestros derechos vulnerados?

Os vamos a leer el listado de capacidades que surgieron en las sesiones que realizamos en Metges del Món, para que nos contéis si pensáis que esas capacidades son necesarias, y qué podemos hacer para adquirirlas si no las tenemos.

Capacidad de comprometerse.
Capacidad de organizarse (ponerse de acuerdo, tomar decisiones, asignación de tareas...)
Capacidad de movilizarse.
Capacidad de movilizar a otros grupos sociales.
Capacidad de representación (saber que es lo que quiere el colectivo, saber comunicar, contar con el apoyo del colectivo)
Tiempo.
Espacio
Recursos económicos para poder adquirir materiales.
Apoyo y asesoramiento de personas expertas: temas jurídicos, temas de comunicación.
Apoyo de Entidades Sociales que trabajen para la obtención de los mismos objetivos.

- **DEMANDAS A TITULARES DE RESPONSABILIDADES.**

¿Cómo os podemos ayudar las entidades sociales a potenciar vuestras capacidades?

¿Y a reclamar vuestros derechos?

- ANÁLISIS DE GÉNERO (estas preguntas las realizaremos una vez terminada la sesión sólo a las mujeres que hayan participado).

¿Crees que existen factores que impiden a las mujeres sin hogar acceder a los recursos para personas con (*problemática asociada*)?

¿Crees que existen factores que impiden a las mujeres con (*problemática asociada*) acceder a los recursos para personas sin hogar?

¿Crees que las mujeres sin hogar con (*problemática asociada*) son escuchadas?

¿Por qué?

¿Piensas que tienes la posibilidad de decidir sobre las cuestiones importantes de tu vida? ¿Por qué? ¿Tiene que ver con ser mujer?

11.3. ANEO III

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON TITULARES DE OBLIGACIONES. REPRESENTANTES POLÍTICOS

CONTEXTO Y SITUACIÓN DE LAS PERSONAS TITULARES DE DERECHOS. BARRERAS DE ACCESO A DERECHOS.

¿Conoces la situación del colectivo respecto al acceso a sus derechos como ciudadanía?

¿Hay diferencias en cuanto a la situación de hombres y mujeres?

¿Qué mecanismos tiene (*organismo competente*) para conocer su situación?

¿Quiénes son consideradas las personas titulares de derechos más vulnerables?

¿Qué barreras de acceso a derechos se han detectado desde tu ámbito de competencia?

¿Existe alguna diferencia en el tipo de barreras que afectan a hombres y mujeres?

¿Cómo consideras que están afectando estas barreras a las personas TTDD?

¿Qué mecanismos de participación existen para que las personas TTDD puedan opinar/influir sobre los planes, programas y servicios que les afectan?

¿Piensas que las personas titulares de derechos cuentan con la capacidad para reclamar sus derechos, por ejemplo, capacidad para acceder a la información, organizarse, influenciar?

¿Crees que hay sensibilidad política hacia estas situaciones? ¿Cómo se concreta?

¿Y sensibilidad por parte de la sociedad civil?

ANÁLISIS DE CAPACIDADES DE TITULARES DE OBLIGACIONES.

¿Piensas que las instituciones públicas/responsables políticos tienen capacidad para garantizar los derechos de estas personas?

¿Consideras que es un problema de capacidad económica? ¿Organizacional?
¿De recursos humanos? ¿De voluntad?

¿Existen mecanismos de comunicación directa/indirecta con este colectivo? (para que puedan acceder a la información y también para que puedan denunciar la vulneración de derechos).

¿Existe algún impedimento/limitación en esta (organismo competente) que influya en la toma de decisiones en relación a garantizar/proteger los derechos de este colectivo?

¿Cuál consideras que es el motivo/causa de estas vulneraciones?

MARCO NORMATIVO.

¿Existe alguna normativa o protocolo de actuación, orientada a facilitar el acceso de las personas sin hogar, en la reclamación de sus derechos vulnerados?

RECLAMACIONES DE LAS PERSONAS TITULARES DE DERECHOS.

Se comentan y entregan las reclamaciones de las personas titulares de derechos.

CUESTIONES FINALES.

Por favor, comenta cualquier otra cuestión que no hayamos preguntado y quieras destacar.

11.4. ANEXO IV

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA CON TITULARES DE OBLIGACIONES. PERSONAL TÉCNICO DE LA ADMINISTRACIÓN.

Barreras con las que se encuentran las Titulares de Derechos.

- 1- ¿Podrías comentar que barreras personales y sociales, afectan a las personas sin hogar con problemas asociados de adicciones o patología dual, a la hora de intentar acceder a sus derechos?
- 2- ¿Qué barreras tienen los Servicios sanitarios de la Administración, hacia las personas sin hogar con problemas de adicciones o patología dual? Nos referimos a si los servicios son accesibles, de calidad, con una disponibilidad suficiente, y criterios de aceptabilidad.
- 3- Y en el caso de las personas sin hogar con problemas asociados que hacen uso de los servicios sanitarios, ¿qué barreras impiden su acceso al derecho a la salud?
- 4- ¿Qué barreras tienen los Servicios Sociales de la Administración, hacia las personas sin hogar con problemas de adicciones o patología dual? Nos referimos a si los servicios son accesibles, de calidad, con una disponibilidad suficiente, y criterios de aceptabilidad.
- 5- Y en el caso de las personas sin hogar con problemas asociados que hacen uso de los servicios sociales, ¿qué barreras impiden su acceso al derecho a una vida digna (alimentación adecuada, vivienda, vestido y seguridad)?
- 6- ¿Piensas que las mujeres sin hogar, con problemas asociados de adicciones o patología dual, se encuentran con barreras específicas por el hecho de ser mujer? ¿Cuáles?
- 7- ¿Piensas que este servicio tiene barreras para las Personas Sin Hogar con problemas asociados? Nos referimos a si el servicio es accesible, de calidad, con una disponibilidad suficiente, y criterios de aceptabilidad.

Barreras con las que se encuentra el Servicio

- 8- ¿Con qué dificultades os encontráis en este servicio a la hora de facilitar el acceso a derechos (tratamiento, seguimiento médico, social, recursos...) de las Personas sin hogar con problemas asociados de adicciones o patología dual?
- 9- ¿Os encontráis con alguna barrera específica cuando queréis facilitar el acceso a derechos de las mujeres sin hogar con problemas asociados?
- 10- Y en el caso de mujeres que además han sufrido o sufren violencia machista, ¿piensas que hay más barreras?
- 11- ¿Piensas que los marcos normativos, planes, y protocolos en materia de drogas y adicciones, amparan a las personas sin hogar, y protegen sus derechos? ¿Son capaces de materializarse o se quedan en marcos teóricos?

Mecanismos de participación y análisis de capacidades

- 12- ¿Existe algún mecanismo de participación de las PSH en este servicio?
- 13- ¿Qué capacidad tiene este servicio de participar en la elaboración de normativas, planes, protocolos o programas, que atañan al acceso a derechos de las PSH con problemas de adicciones o patología dual?
- 14- ¿Cómo piensas que deberían ser los Servicios (*Sanitarios o Sociales*) de atención a PSH con problemas de adicciones o patología dual, para facilitar su acceso a derechos?
- 15- ¿Qué capacidad tiene este servicio de reclamar los requisitos expuestos en la pregunta anterior, al organismo competente?

Perspectiva de Género

- 16- ¿Piensas que este servicio tiene incorporado el enfoque de género? ¿Por qué?

11.5. ANEXO V

GRUPOS FOCALES TITULARES DE RESPONSABILIDADES ENTIDADES QUE TRABAJAN CON PSH

- Barreras detectadas en el acceso a derechos, de las personas Titulares de Derechos.
- Diferencias en las barreras de acceso a derechos según género.
- Barreras que nos encontramos las entidades cuando queremos facilitar el acceso a derechos de las personas que atendemos.
- Colectivos más vulnerables y desprotegidos dentro de las PSH. Colectivos invisibles. Colectivos a los que no llegamos.
- Adecuación de los recursos y servicios de la Administración Pública dirigidos a PSH.
- Dificultades con las que nos encontramos las entidades sociales cuando queremos denunciar situaciones de vulneración de derechos.
- Causas inmediatas, subyacentes y estructurales de la vulneración de derechos.
- Trabajo en red para la denuncia de la vulneración de derechos, ¿Qué hacemos? ¿Qué deberíamos hacer? ¿Qué capacidades tenemos? ¿Qué capacidades nos faltan?

11.6. ANEXO VI

CUESTIONARIO HOMBRES SIN HOGAR

Fecha	
Lugar	
Persona que administra el cuestionario	
Nº cuestionario	

Edad			
Sexo			
País nacimiento			
Minusvalía		No	
		Si	Física
		Porcentaje	Psíquica
			Sensorial

1. DÓNDE Y CON QUIEN VIVES.

1.1. ¿Dónde vives?
En la calle
En una infravivienda/chabola
En un recurso de alojamiento (vivienda tutelada, residencia)
En una vivienda ocupada
En una habitación alquilada
En casa de amigos/conocidos/familiares de manera provisional
Intercambias alojamiento por cuidados o compañía
Duermes en un albergue y pasas el resto del día en la calle
En un piso/habitación de prostitución
Otros:
NC

1.2. ¿Con quién vives?
Solo
Pareja
Amigos/as

	Otras personas sin hogar
	Con las personas a las que cuido
	Con las personas del piso donde me "ocupo"
	Otros:
	NC

2. POR QUÉ MOTIVO Y DESDE CUÁNDO NO TIENES HOGAR.

2.1. Motivos por los que no tienes hogar.	
	Tuve problemas de convivencia con mi familia
	Problemas con consumo de drogas/alcohol
	Me quedé sin trabajo
	Salí de una institución
	Me quedé sin familia
	Conocí a una persona que vivía en la calle y me fui a vivir con ella
	Separación de la pareja
	Problemas de salud mental
	Por tener una orden de alejamiento por violencia de género.
	Fracaso de mi proyecto migratorio
	Otros:
	NC

2.2. Tiempo en situación de sin hogar (en los últimos 10 años)	
	Menos de un mes
	Entre 1 y 6 meses
	Entre 6 meses y 2 años
	De 2 a 5 años
	Más de 5 años
	NC

3. SITUACIÓN ECONÓMICA.

3.1. ¿Tienes ingresos económicos?	
	Sí
	No
	NC

3.2. ¿Cómo obtienes ingresos?	
	Trabajos puntuales
	A cambio de cuidar o hacer compañía a otras personas

	Pedir en la calle, aparcacoches.
	Prestación social (pensión, subsidios, ayudas sociales)
	Ayuda de familiares/amigos/conocidos
	Otras:
	NC

3.3. ¿Te sientes en la obligación de compartir tus ingresos con otras personas?	
	Sí
	No
	Otras:
	NC

3.4. Si te sientes en la obligación, ¿con quién los compartes?	
	Pareja
	Amigos/as
	Otras personas sin hogar
	Hijos/as
	Otras:
	NC
	¿Por qué motivo te sientes obligada a compartirlos?

3.5. ¿Alguna persona depende de ti económicamente?	
	Sí
	No
	Otras:
	NC

3.6. En caso de que dependan de ti económicamente, ¿quiénes son esas personas?	
	Pareja
	Familia
	Amigos/as

	Hijos/as
	Otras
	NC

3.7. ¿Has trabajado de manera irregular (sin contrato)?	
	Sí
	No
	NC
¿En qué tipo de trabajos? ¿Cuánto tiempo en total?	

3.8. En caso afirmativo, ¿crees que esta situación te ha afectado para no tener hogar?	
	Sí
	No
	NC

-

4. IDEAS RESPECTO A LAS RELACIONES, LA VIOLENCIA Y EL GÉNERO

4.1. Dinos si estás, muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), indiferente (3), en desacuerdo (4), o muy en desacuerdo, con las siguientes afirmaciones.

1	2	3	4	5	
					Las mujeres y los hombres son iguales, en cuanto a derechos
					El hombre suele ser quien protege a la mujer, por ese motivo ella debe acatar lo que él diga
					Las mujeres y los hombres se deben el mismo respeto
					El maltrato por parte de los hombres a sus parejas, a veces , es una demostración de su preocupación por ellas
					La violencia de género es un problema social
					Cuando hay violencia en la pareja es un problema únicamente de la pareja
					Está mal visto que una mujer contradiga a su pareja
					Una mujer puede tomar decisiones sobre su dinero sin consultárselo a su pareja
					Algunas mujeres provocan a sus parejas para que ellos las golpeen
					Los insultos y amenazas son violencia verbal

					En una relación de pareja, una mujer debe tener relaciones sexuales con su pareja, aunque no tenga ganas
					Las mujeres pueden decidir libremente sobre su salud sexual y reproductiva
					La mujer debe estar atenta a las necesidades de su pareja
					Insultar a tu pareja en una discusión es algo normal, no debe considerarse violencia
					Los hombres y las mujeres tienen las mismas responsabilidades en el cuidado y la crianza de los hijos/as
					Manejar el dinero de tu pareja es normal, lo suyo es de los dos

5. GÉNERO Y SIN HOGAR.

5.1. ¿Qué diferencias ves entre ser hombre o mujer sin hogar?

5.2. ¿Cómo afecta el hecho de ser hombre sin hogar en la vida de una persona?

6. SIN HOGAR Y RECURSOS.

6.1. ¿Crees que hay los mismos recursos y servicios para hombres y mujeres sin hogar?	
	Sí
	No, ¿cuáles son las diferencias?
	NC

6.4. ¿Consideras que los recursos públicos (CAST, CAI Y Centros Municipales de Servicios Sociales) para personas sin hogar prestan el mismo apoyo a mujeres y a hombres?	
	Sí
	No
	¿Por qué?
	NC

-
-

6.5. ¿Consideras que los recursos públicos (CAST, CAI y Centros Municipales de Servicios Sociales) para personas sin hogar dan prioridad a las mujeres por ser mujeres?	
	Sí
	No
	NC
	¿Por qué?

--	--

7. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES.

--

11.7. ANEXO VII

CUESTIONARIO MUJERES SIN HOGAR

Fecha	
Lugar	
Persona que administra el cuestionario	
Nº cuestionario	

Edad			
Sexo			
País nacimiento			
Minusvalía		No	
		Si	Física
		Porcentaje	Psíquica
			Sensorial

3. DÓNDE Y CON QUIEN VIVES.

1.3. ¿Dónde vives?	
	En la calle
	En una infravivienda/chabola
	En un recurso de alojamiento (vivienda tutelada, residencia)
	En una vivienda ocupada
	En casa de amigos/conocidos/familiares de manera provisional
	Intercambias alojamiento por cuidados o compañía
	Duermes en un albergue y pasas el resto del día en la calle
	En un piso/habitación de prostitución
	Otros:
	NC

1.4. ¿Con quién vives?	
	Sola
	Pareja
	Amigos/as
	Otras personas sin hogar

	Con las personas a las que cuido
	Con las personas del piso donde me "ocupo"
	Otros:
	NC

4. POR QUÉ MOTIVO Y DESDE CUÁNDO NO TIENES HOGAR.

2.3. Motivos por los que no tienes hogar.	
	Tuve problemas de convivencia con mi familia
	Problemas con consumo de drogas/alcohol
	Me quedé sin trabajo
	Salí de una institución para mujeres que han sufrido violencia de género
	Salí de una institución (centro de menores, prisión...)
	Me quedé sin familia
	Conocí a una persona que vivía en la calle y me fui a vivir con ella
	Separación de la pareja
	Problemas de salud mental
	Escapé de una situación de violencia de género
	Fracaso de mi proyecto migratorio
	Otros:
	NC

2.4. Tiempo en situación de sin hogar en los últimos 10 años.	
	Menos de un mes
	Entre 1 y 6 meses
	Entre 6 meses y 2 años
	De 2 a 5 años
	Más de 5 años
	NC

5. SITUACIÓN ECONOMICA.

5.1. ¿Tienes ingresos económicos?.	
	Sí
	No (pasar a pregunta 3.7)
	NC

5.2. ¿Cómo obtienes ingresos? (aunque sean ingresos mínimos para comprar tabaco, cosas de higiene...)	
	Trabajos puntuales
	A cambio de cuidar o hacer compañía a otras personas

	Pedir en la calle, aparcacoches.
	Prestación social (pensión, subsidios, ayudas sociales)
	Ayuda de familiares/amigos/conocidos
	Prostitución
	Otras:
	NC

5.3. ¿Te sientes en la obligación de compartir tus ingresos con otras personas?.	
	Sí
	No
	Otras:
	NC

5.4. Si te sientes en la obligación, ¿con quién los compartes?.	
	Pareja
	Amigos/as
	Otras personas sin hogar
	Hijos/as
	Otras:
	NC
	¿Por qué motivo te sientes obligado a compartirlos?

5.5. ¿Alguna persona depende de ti económicamente?.	
	Sí
	No
	Otras:
	NC

5.6. En caso de que dependan de ti económicamente, ¿quiénes son esas personas?	
	Pareja
	Familia

	Amigos/as
	Hijos/as
	Otras
	NC

5.7. ¿Has trabajado de manera irregular (sin contrato)?	
	Sí
	No
	NC
¿En qué tipo de trabajos? ¿Cuánto tiempo en total?	

5.8. En caso afirmativo, ¿crees que esta situación te ha afectado para no tener hogar	
	Sí
	No
	NC

6. SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

4.1. ¿Has sufrido situaciones de violencia de género antes de estar en situación de sin hogar?	
	No
	Sí
	NC

4.2. En caso afirmativo ¿qué tipo de violencia has sufrido?	
	Violencia física
	Violencia psicológica
	Violencia sexual
	Violencia económica (que controlen tu dinero)
	Violencia verbal
	Trata con fines de explotación sexual, o que te obliguen a prostituirte
	Que te obliguen a mendigar
	NC

4.3. ¿Quién era la persona que ejercía la violencia?	
	Pareja
	Pariente
	Desconocido
	Amigo
	Otras
	NC

4.4. ¿El uso de la violencia fue?	
	Ocasional/ muy pocas veces, de forma muy puntual
	Frecuente/ todas las semanas en algún momento
	Muy frecuente/ lo normal, a diario
	NC

4.5. Consideras que el hecho de haber sufrido violencia de género ¿ha influido para encontrarte en situación de sin hogar?	
	No
	Sí, ¿Cómo ha influido?
	NC

4.6 ¿Has sufrido situaciones de violencia género estando en situación de sin hogar?	
	No
	Sí
	NC

4.7. En caso afirmativo ¿qué tipo de violencia has sufrido?	
	Violencia física
	Violencia psicológica
	Violencia sexual
	Violencia económica
	Violencia verbal
	Trata con fines de explotación sexual, o que te obliguen a prostituirte
	Que te obliguen a mendigar
	NC

4.8 ¿Quién era la persona que ejercía la violencia?	
	Pareja
	Pariente
	Desconocido
	Amigo
	Otras
	NC

4.9 ¿El uso de la violencia fue?	
	Ocasional/ muy pocas veces, de forma muy puntual
	Frecuente/ todas las semanas en algún momento
	Muy frecuente/ lo normal, a diario
	NC

4.10 ¿Consideras que el hecho de haber sufrido violencia de género ha influido para no poder salir de esta situación?	
	No
	Sí, ¿Cómo ha influido?
	NC

8. MUJER SIN HOGAR.

5.1. ¿Qué diferencias ves entre ser hombre o mujer sin hogar? Señala aquellas afirmaciones con las que te identifiques (sólo a aquellas mujeres que han estado alguna vez en situación de calle).	
	Las mujeres tenemos más problemas con la higiene.
	En los centros para personas sin hogar hay mayoritariamente hombres y eso me hace sentir asilada.
	Las mujeres sin hogar estamos más estigmatizadas, peor vistas que los hombres

	sin hogar.
	Tengo más posibilidades de sufrir violencia (física, psicológica, económica...)
	En alguna ocasión he tenido que aguantar la violencia de algún hombre para no quedarme sola en la calle.
	Las mujeres tenemos prioridad en algunos recursos (albergues....)
	Las mujeres tenemos más posibilidades de salir de la situación de sin hogar.
	Otras:

5.2. ¿Cómo ha influido en tu vida el hecho de ser mujer y no tener hogar?

-

9. MUJER SIN HOGAR Y RECURSOS.

6.1. ¿Qué tipo de recursos has utilizado en tu situación de mujer sin hogar?
Centros Municipales de Servicios Sociales
CAST (Centro de Atención a Personas Sin Techo)
Albergues
Comedores
Centros Mujer 24 horas
Entidades sociales (ONG, Asociaciones, Fundaciones...)
Viviendas tuteladas
Otros:
NC

6.2. ¿Cuál de esos recursos han tenido en cuenta tu situación personal como mujer?	
	Centros Municipales de Servicios Sociales
	CAST (Centro de Atención a Personas Sin Techo)
	Albergues
	Comedores
	Centros Mujer 24 horas
	Entidades sociales (ONG, Asociaciones, Fundaciones...)
	Viviendas tuteladas
	Otros:
	NC

6.3. ¿Consideras que los recursos públicos (CAST, CAI y Centros Municipales de Servicios Sociales), para personas sin hogar, prestan el mismo apoyo a mujeres y a hombres?	
	Sí
	No
	NC
	¿Por qué?

6.4 ¿Consideras que los recursos públicos para personas sin hogar te han dado prioridad en algún momento por ser mujer?	
	Sí
	No
	NC

6.5 ¿Cómo piensas que deberían ser los recursos que pueden ayudarte a salir de la situación en la que te encuentras? (Señala las afirmaciones con las que estés de acuerdo).	
	De tipo residencial, dónde pudiera cubrir mis necesidades básicas: descanso, alimentación, higiene...
	Centro de día (no residencial), donde pudiera cubrir algunas necesidades básicas:

	alimentación, higiene.
	Que facilitaran la búsqueda de empleo y/formación.
	Que pudiera recibir terapia psicológica, individual y/o grupal, o donde pudiera integrarme en grupos de autoayuda con otras mujeres.
	Que se realizaran actividades de ocio y tiempo libre.
	Que hubiera servicio de mediación familiar.
	Que me realizaran un tutelaje económico
	Que me ayudaran a ser autónoma, independiente.
	Que tuvieran horarios y normas flexibles.
	Que fueran sólo para mujeres.
	Qué fueran mixtos (para hombres y mujeres)
	Que pudiera estar con mi pareja
	Otros:

-

10. COMENTARIOS Y OBSERVACIONES.

12. ACRÓNIMOS

CAI: Centro de Atención a la Inmigración

CAST: Centro de Atención Social a personas SinTecho

EBDH: Enfoque Basado en Derechos Humanos

ECAPSH: Encuesta sobre Centros de Atención a Personas Sin Hogar

EGYBDH: Enfoque integrado de Género y Basado en Derechos Humanos

EOH: Observatorio Europeo de Sinhogarismo

EPA: Encuesta de Población Activa

EPSH: Encuesta a Personas Sin Hogar

ETHOS: Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial

FEANTSA: Federación Europea de Asociaciones que Trabajan con personas sin Hogar

IAP: Investigación Acción Participativa

INE: Instituto Nacional de Estadística

ODS: Objetivos Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PSH: Persona Sin Hogar

SH: Sin Hogar

SMES- Madrid: Salud Mental y Exclusión Social Madrid

SVE: Sucesos Vitales Estresantes

TTDD: Titulares de Derechos

TTOO: Titulares de Obligaciones

TTRR: Titulares de Responsabilidades

UA: Unidad de Alcoholología

UCA: Unidad de Conductas Adictivas

USM: Unidad de Salud Mental



Metges de Món
Comunitat Valenciana

Con la colaboración



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE PARTICIPACIÓ CIUTADANA
I ACCIÓ VEINAL

