

DOSSIER

Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situación española

Homelessness in Spain: Psychosocial aspects

Manuel MUÑOZ*

Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad Complutense.

Carmelo VÁZQUEZ**

Profesor Titular. Facultad de Psicología. Universidad Complutense.

RESUMEN

En el presente trabajo se analiza la situación de las Personas Sin Hogar en España, desde una perspectiva psicosocial. En primer lugar se revisan las definiciones españolas e internacionales del término y las principales cifras relativas a las personas que sufren esta situación. Seguidamente se presentan los resultados de diversos trabajos que se han ocupado del estudio de los factores causales y mantenedores de la situación Sin Hogar, especialmente aquellos que han abordado aspectos económicos y psicosociales conjuntamente. Igualmente se pasa revista a los datos disponibles relativos a la Salud Física y Mental de este grupo de población. Posteriormente se ofrece una reflexión sobre la respuesta social española: factores de protección, servicios específicos y eficacia de los mismos.

PALABRAS CLAVE

Personas sin Hogar. Epidemiología. Servicios sociales. Salud Mental.

ABSTRACT

This paper describes the phenomenon of homelessness in Spain from a psychosocial view. First, both Spanish and international definitions are reviewed and figures relative to people affected are provided. Then, results of studies on casual and sustaining factors of

* 28223 Madrid. Tel.: 34-1-394-3126. Fax: 34-1-394-3189. E-mail: mmunoz@PSI.UCM.ES

** 28223 Madrid. Tel.: 34-1-394-3131. Fax: 34-1-394-3189. E-mail: cvazquez@PSI.UCM.ES

homelessness are presented, specially those referring to economic and psychosocial aspects. Available data on physical and mental health concerning this population are further reviewed. Finally, a reflection is included on the Spanish social response: protection factors, specific services, and their efficiency.

KEY WORDS

Homeless, Epidemiology, Social Services, Mental Health.

1. ¿QUE SIGNIFICA PERSONA SIN HOGAR (PSH)?

A diferencia de otros países europeos, en España no existe una definición oficial de PSH. Es decir ni el estado central, ni los poderes autonómicos o municipales, ni el censo de población, han definido el término. Igualmente no existen definiciones oficiales de términos que podrían considerarse sinónimos o muy similares. Este hecho ha tenido hasta el momento serias implicaciones sociales, especialmente para las PSH, entre las que cabe destacar muy especialmente el vacío legal que afecta a las personas en esta situación. Sin embargo, a pesar de la falta de definición oficial, es obvio que existe una población sin hogar y que, en gran medida presentan características similares a las de los demás países europeos. Ha sido esta situación la que ha hecho que, a lo largo de las últimas décadas, se utilicen distintos tipos de definiciones por los distintos autores y por los distintos sectores sociales implicados en el problema. A continuación se exponen los principales tipos de definición y se comentan brevemente sus aplicaciones actuales.

En primer lugar deben comentarse aquellos términos con significados en el idioma español que a lo largo de los años han querido reflejar, de una forma u otra, al colectivo de personas que hoy podrían definirse como PSH. Es decir no son definiciones del término PSH, sino palabras con contenidos muy cercanos a dicha realidad tal y como hoy se conoce. Siguiendo el Diccionario de la Real Aca-

demia Española (1997) cabe destacar: **mendigos** (persona que ejerce la mendicidad); **vagabundos** (persona que anda de un lado para otro sin rumbo fijo); **carrilano** (de carril, camino; persona que está en el carril, en la carretera); **vago** (persona sin oficio ni profesión; sinónimo de vagabundo). Todas las definiciones afectan a distintos segmentos de población que pueden coincidir, en distinta medida con las PSH. Igualmente todas ellas tienen un marcado carácter negativo en el lenguaje cotidiano. Y ninguna de ellas recoge todas las características de esta población. Hoy día estos términos son utilizados en cierta medida por la población general, pero ningún especialista o administración los utilizaría, incluso existen campañas para la no utilización de este tipo de términos (denigrantes y vejatorios) en este contexto (para una buena revisión del aspecto terminológico ver Salinas, 1994).

Desde otro punto de vista se pueden destacar aquellos intentos de definición surgidos de los estudios más antiguos en el área o de los proveedores de servicios públicos o privados. La idea básica es siempre la misma: PSH es aquella persona que **utiliza los servicios** diseñados para esta población. La definición puede variar en función del tipo de servicio incluido en la misma. Si bien este tipo de definiciones ayudaron a esclarecer el contexto de trabajo y facilitaron las primeras investigaciones al respecto, resulta difícil mantenerlas hoy pues incluyen personas que no son PSH y excluyen auténticos PSH que no usan servicios.

Cáritas España (salinas, 1994; Nerin, 1996), ha preferido utilizar el término «transeúnte» en este contexto. Para Salinas (1994) los transeúntes son personas que sufren pobreza y exclusión y utilizan los servicios (principalmente albergues); los «sin techo» son aquellos transeúntes que viven literalmente en la calle (no utilizan albergues).

Definiciones internacionales: Pobreza y exclusión social

En los últimos años distintos grupos de investigación europeos, coordinados alrededor de la **Federación Europea de Servicios para Personas Sin Hogar** (FEANTSA) (Avramov, 1995) han venido apuntando la necesidad de contar con una definición común para todos los países miembros de la UE. Se ha llegado a exigir dicho objetivo, todavía no atendido, a todos los gobiernos de la Unión (Daly, 1993).

En el esfuerzo inicial por conseguir una definición común han tenido cierta relevancia las definiciones utilizadas en los Estados Unidos, principalmente la recogida en la **McKinney Homeless Assistant Act** (1987) y muy especialmente la de la United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983) que define a la PSH como: «cualquier persona que no dispone del alojamiento, los recursos ni los lazos comunitarios adecuados». Es decir se incluyen los criterios de **pobreza y aislamiento social**.

El **Consejo de Europa** (1992) ha definido a las PSH como: «personas o familias que están socialmente excluidas de ocupar permanentemente un domicilio adecuado y personal. Personas o familias que:

— no tienen techo sobre sus cabezas y están condenadas a vivir en la calle como vagabundos;

— están temporalmente alojados en refugios o centros de acogida, especialmente creados para personas sin hogar por las autoridades públicas o por el sector privado;

— están temporalmente alojados en el sector privado, en establecimientos de cama y desayuno, hoteles baratos u otros refugios privados, o con amigos o familiares con los que se podrían ver forzados a cohabitar;

— ocupan, legal o ilegalmente, viviendas inseguras, cabañas, chozas, casas abandonadas, barracas, etc.

— residen en instituciones, establecimientos de cuidados infantiles, hospitales, prisiones y hospitales psiquiátricos, y que no tienen domicilio al que ir al salir de estas instituciones;

— tienen una vivienda que no se puede considerar adecuada o socialmente aceptable, y que, por tanto, se convierten en personas o familias mal alojadas».

FEANTSA y el **Observatorio Europeo para los Sin Hogar** (Daly, 1994; Avramov, 1995) llegan a una conclusión muy similar: «PSH es aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios, o incapaces de mantener alojamiento con la ayuda de los Servicios Sociales».

En estas definiciones se unen dos criterios relevantes: **pobreza económica** que impide acceder a una vivienda en el mercado y **exclusión social** que, además de provocar una situación personal de exclusión, impide el acceso a la vivienda a través de los canales comunitarios de ayuda (servicios sociales). Igualmente se consideran PSH aquellas personas que actualmente viven en instituciones (hospitales, cárceles, etc.) y no disponen de alojamiento personal donde ir al salir. Y personas que viven en alojamientos infrahumanos o con claro hacinamiento.

Resumiendo, la situación actual en España indica la extrema necesidad de que el gobierno defina oficialmente el término PSH de acuerdo con los demás gobiernos de la Unión. Las implicaciones estadísticas, políticas y de servicios que tendría tal definición resultan obvias. Mientras tanto sería deseable asumir la definición ofrecida por el Consejo Europeo y delimitada posteriormente por FEANTSA y el Observatorio Europeo para los Sin Hogar.

2. ¿CUÁNTAS PERSONAS SIN HOGAR HAY EN ESPAÑA?

En lo relativo al número de PSH en España no existen censos de PSH, ni globales, ni por ciudades o áreas geográficas. Considerando esta limitación, los datos disponibles provienen de estimaciones parciales realizadas a partir de distintos parámetros y utilizando distintas definiciones (Cabrera, 1997; Vázquez, Muñoz & Rodríguez, 1998). En la tabla 1 se resumen algunos de los principales datos relativos al número estimado de PSH en España.

Como puede observarse en la tabla 1 las estimaciones más realistas del fenómeno no se han realizado hasta el año 1995. En este año el Observatorio Europeo para las PSH (Avramov, 1995) estima el número de PSH en España alrededor de los 160.000. Para llegar a esta cifra Avramov, utiliza el número de personas/día que duermen en albergues (aproximadamente 8.000), la duración media de la estancia (2 meses) y el porcentaje de vuelta al albergue (38,5%), para delimitar el número de personas utilizando albergues en torno a los 11.000. Después combina esta cifra con las ofrecidas por Cáritas (Salinas, 1990; 1991; 1992; 1993) sobre personas transeúntes (entre 40 y 45.000 al año) y con las personas con necesidades muy importantes de vivienda (alrededor de 100.000).

En ese mismo año 1995, Salinas modifica las cifras sobre la situación española, incluyendo una definición más amplia de la de transeúnte que había venido utilizando hasta el momento. Utilizando la definición de PSH elaborada por FEANTSA (Avramov, 1995) y utilizando los datos provenientes de los

TABLA 1
Número personas sin hogar en España, según diferentes estimaciones

FUENTE	Personas que utilizan albergues al año	Personas con urgentes necesidades de vivienda	Personas sin hogar (según la definición de FEANTSA)
Salinas (1989-1993)	40 - 45.000	—	—
Avramov, 1995 (estimación)	11.000	100.000	160.000
Salinas (1995) combinando usuarios de albergues y datos del Informe FOESSA (Pobreza extrema + vivienda inhumana)	30.000	—	225 - 250.000

informes del Observatorio de años anteriores y a los provenientes del Informe de la Fundación FOESSA (1994) se llega a una cifra de PSH que ronda entre las 225.000 y las 250.000 personas, si se incluyen personas en pésimas condiciones de vivienda. Esta cifra situaría a España en una Tasa de 7 PSH/1.000 habitantes, muy cercana al 7,5/1.000 estimado para el conjunto de la UE (Daly, 1993; Drake, 1994). Como puede observarse existen fuertes diferencias en el número de PSH en función de las distintas definiciones utilizadas: las estimaciones más elevadas aparecen cuando se incluyen los criterios de vivienda inadecuada y no se consideran los de aislamiento social. Las estimaciones más bajas responden al único criterio de dormir literalmente en la calle. Las intermedias, en torno a 45.000-50.000 personas, aparecen al considerar a los que duermen literalmente en la calle, más aquellos que tienen problemas muy graves de acceso a la vivienda y un fuerte aislamiento social. Con esta última acepción, más amplia, se observa una similitud mucho mayor con el resto de países de la Unión de lo que se había considerado hasta el momento.

3. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS ACTUALES Y CAMBIOS A LO LARGO DEL TIEMPO

El censo español no incluye referencias válidas respecto a las PSH. En este sentido cualquier comentario relativo a las características demográficas de la población sin hogar en España no pueden ser sino estimaciones realizadas a partir de los principales trabajos de investigación realizados. En la tabla 2 se incluyen aquellos datos considerados más relevantes para definir el perfil sociodemográfico de las PSH en España. Todos los datos provienen de estudios de investigación relacionados con la salud y/o las necesidades de las PSH: no se han realizado

con fines propiamente sociodemográficos e incluyen distintas definiciones de PSH¹.

En función de los datos y considerando las debidas precauciones puede decirse que las PSH en España:

- Son predominantemente varones, aunque los diseños que incluyen estrategias de muestreo más sofisticadas muestran hasta un 21% de mujeres.

- Tienen una media de edad en torno a los 40 años y el grupo más numeroso es el 31 a 45 años.

- Tienen un nivel de educación bajo, asimilable a la Enseñanza General Básica, obligatoria en España.

- Son personas que viven solas en la inmensa mayoría de los casos.

- En un porcentaje significativo (alrededor del 30% cuando se combinan los datos) han sufrido experiencias de institucionalización en cárceles y/o hospitales psiquiátricos.

- Tienen un nivel muy alto de desempleo.

- Una vez llegados a la situación de PSH tienden a permanecer en ella durante años, incluso el resto de su vida. El 80% de la población sin hogar actual lo es desde hace más de un año, entre un 30 y un 40% lo es desde hace más de cinco años.

En la tabla 3, puede observarse cómo los cambios ocurridos desde el año 1975

¹ El estudio realizado en Aranjuez. (Rico, Vega y Aranguren, 1994) utiliza como criterio de inclusión la utilización de los servicios prestados por un albergue: el caso de Barcelona (Lucas et al., 1995) incluye personas que utilizan los servicios de un albergue y personas que pernoctan en la calle; el estudio de Gijón (Vega, 1996) recoge datos sobre personas, elegidas aleatoriamente de entre aquellas que utilizan cualquier servicio para PSH de la ciudad y, finalmente, el estudio de Madrid (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995) realiza un muestreo aleatorio en albergues, servicios sociales, comedores y calles de Madrid.

TABLA 2
Características demográficas de las personas sin hogar en España. (Porcentajes)

	Madrid ¹	Aranjuez ²	Barcelona ³	Gijón ⁴
N	262	524	99	170
Porcentaje de varones	79	95,2	85,9	87
Edad				
18-30	24	S.I.	24,2	24,5*
31-45	38	S.I.	41*	38,9*
46-60	28	S.I.	32*	26,4*
>60	10	S.I.	1	7,5*
Media (Sd)	41,9	40	39,2	39,9
Años de educación (Media)	7,7	8*	10*	8*
Estado civil				
Casados	7	7	12,1	3
Viudos	5	4	5,1	4
Separados o divorciados	24	19	37,4	35
Nunca casados	64	70	45,5	57
Total no casados	93	93	87,9	97
Hospitalización psiquiátrica previa	25	18	S.I.	22,2
Paso por cárceles o prisiones	28	24	24,2	S.I.
Empleo actual	97	88	68,7	75
Duración de la situación sin hogar (en años)	S.I.	5,3	2,4	S.I.
Menos de 1 año	20	S.I.	54,5	38
1-5 años	39	S.I.	31,4	32
5-10	16	S.I.	S.I.	13
>10 años	25	S.I.	S.I.	17

¹ Muñoz, M., Vázquez, C. y Cruzado J.A. (1995).

² Rico, P., Vega, L.S. y Aranguren, L. (1994).

³ Lucas, R. *et al.* (1995).

⁴ Vega, L.S. (1996).

* Estimado a partir de los datos indirectos proporcionados por el autor.

S.I. Sin información.

hasta el año 1995 en algunas variables sociodemográficas solamente reflejan cambios significativos en el apartado de divorcios (el divorcio no se autorizó en España hasta el año 1981). Como se ha adelantado anteriormente, las esperadas modificaciones en este perfil (e.g., más mujeres y más jóvenes), aunque destacadas por los observadores sociales, no aparecen reflejadas en los estudios empi-

ricos aunque esto puede deberse a la falta de estudios fiables.

Todo lo anteriormente expuesto señala la necesidad de realizar estudios de estimación y definición sociodemográfica de las PSH en España que se guíen por las nuevas definiciones europeas de PSH y utilicen las metodologías de muestreo más actuales desarrolladas para este tipo

TABLA 3
Cambios en algunas características demográficas en los últimos 20 años

	1975 ¹	1984 ²	1991 ³	1995 ⁴
Edad				
18-39	48	40	56	43
40-59	43	42	36	42
>60	9	17	7	8
Media (Sd)	41.9	40	39.2	40
Años de educación (Media)	S.I.	S.I.	8	8
Estado civil				
Casados	18	16	7	5
Viudos	6	10	8	4
Separados o divorciados	3	10	23	30
Nunca casados	73	53	57	60
Total no casados	82	84	93	95

¹ Cáritas (1975).

² Informe de CEDIA (España).

³ Informe de Adleso-Incis (no publicado).

⁴ Datos promediados a partir de Muñoz et al. (1995); Rico et al. (1994); Lucas et al. (1995) y Vega (1996).

S.I. Sin información.

de población (Burt, 1992; Marpsat y Firdion, en este mismo número). En este sentido, dentro del Plan Nacional de I+D, los autores estamos llevando a cabo un estudio sobre los factores psicosociales relacionados con la situación de Sin Hogar. Este estudio incluye un sistema de muestreo estratificado por servicios, aleatorio y con pesos en función de la probabilidad de ser elegido en la muestra y de la frecuencia de uso de los servicios, y un grupo de contraste de personas que utilizan los servicios para PSH, pero disponen de alojamiento. Este trabajo introduce además un seguimiento de los dos grupos de 12 meses.

4. CAUSAS DE LA SITUACIÓN SIN HOGAR

Resulta obvio que la situación Sin Hogar es el resultado de factores complejos interactivos (Morse, 1992). Aunque es claro que los factores socioeconómicos de

gran escala (política de vivienda, cifras de desempleo, política de protección social, migración, etc.) son una base importante del problema, no son las únicas causas. Como afirma Rossi (1989), aunque los factores estructurales generales pueden ayudar a explicar cuántas personas en un momento determinado están sin hogar, «... las características personales pueden explicar quién puede llegar a esa situación» (p. 144). Por lo tanto, resulta fundamental conocer mejor los factores de *vulnerabilidad personal* (sucesos vitales, redes de apoyo, acontecimientos críticos, enfermedades, etc.) que pueden hacer que unos individuos sean más vulnerables que otros. Esta *doble perspectiva causal* (macroeconómica y psicosocial) es esencial para analizar las causas diferenciales que, en cada país, pueden conducir a la situación de Sin Hogar. Por ejemplo, la pobreza es importante pero no determinante. Como señala de nuevo Rossi (1989), las personas extremadamente pobres parecen tener el mismo

nivel de recursos económicos que los Sin Hogar pero, obviamente, sólo una pequeña parte de los muy pobres llega a ser Sin Hogar². De acuerdo con los datos españoles sobre pobreza aproximadamente 6.5 de cada 1.000 personas extremadamente pobres llegan a ser Sin Hogar.

En trabajos anteriores (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995; Muñoz, Vázquez, Bermejo y Vázquez, en prensa) hemos realizado un estudio de los factores causales y mantenedores de la situación de Sin Hogar. Hemos organizado los sucesos siguiendo la clasificación de Daly (1994) quien, en su informe resumen de la situación de las personas sin hogar en Europa, considera que las causas más comunes de la situación de SH pueden organizarse en torno a cuatro grupos de factores:

- **Materiales:** agrupan las variables económicas, esencialmente relacionadas con la pobreza.

- **Afectivos:** agrupan principalmente variables relacionadas con la pérdida del apoyo social y la ruptura de las redes sociales.

- **Personales:** se incluyen en esta categoría las enfermedades físicas y mentales, las adicciones y la soledad.

- **Institucionales:** incluyen la relación de la persona con todo tipo de instituciones.

Resumiendo los principales resultados, el primer punto a destacar es que, como en otros trabajos realizados en España (Vielva, 1992; Vega, 1996) y en otros países (Wright y Weber, 1987; Banyard,

1993; Padgett, Struening, Andrews y Pittman, 1995; D'Ercole y Struening, 1990; Ingram, Corning y Schmidt, 1996; Fischer, 1992; Goodman, Dutton y Harris, 1995; Stein y Gelberg, 1995; Alexander, 1996), en nuestros datos se observa que las PSH han sufrido un extraordinario número de sucesos estresantes a lo largo de su vida, en torno a 9 sucesos importantes. Un número tan elevado de sucesos estresantes puede afectar a las personas tanto en su salud física y mental como debilitando sus redes sociales, variables todas ellas muy relacionadas con la situación SH. Este elevado número de sucesos estresantes puede tener un impacto incluso más negativo en aquellas personas SH que padezcan trastornos mentales como la esquizofrenia (Lieberman, 1988; Calsyn y Morse, 1992).

Al pedir a las personas que sitúen temporalmente dichos acontecimientos de su vida con relación al primer episodio de SH, la mayoría de los sucesos (una media de ocho) aparecen como ocurridos **antes** o **durante** su transición a dicha situación de SH (Muñoz *et al.*, 1995). Este dato parece coincidir con el aportado por North y Smith (1992) respecto al momento de aparición del Trastorno por Estrés Post Traumático. En su estudio, tres de cada cuatro personas que sufren dicho trastorno lo inician antes de su primera situación SH.

De los resultados encontrados en dicho trabajo, pueden destacarse algunos puntos de interés. En primer lugar, la distribución de los sucesos que se observa, confirma la necesidad de contemplar el fenómeno de las Personas Sin Hogar como una situación **multicausal**. No son sólo, ni mucho menos, los factores económicos los que, desde el punto de vista subjetivo, inciden en la aparición y mantenimiento de este problema. Desde el punto de vista de los afectados, a los factores económicos (crisis económicas personales, desempleo) deben sumárseles

² Esta es una discusión extraordinariamente relevante para España y posiblemente otros países mediterráneos pues los niveles de pobreza e infravivienda son relativamente peores que los de otros países pero tales niveles no se corresponden con unas tasas proporcionales de literalmente sin hogar (Avramov, 1995).

los factores personales, especialmente los trastornos mentales graves, el consumo de drogas y alcohol en exceso y los sentimientos de soledad y abandono en momentos clave de la vida; los factores afectivos relacionados con las dificultades en las relaciones sociales, que llevan a la aparición de conflictos interpersonales, separaciones matrimoniales, etc.

En segundo lugar, las PSH tienden a situar la aparición de los sucesos vitales estresantes en el período **anterior** y de **transición** hacia la primera situación SH, disminuyendo de forma muy importante su ocurrencia posterior. De esta forma nuestro estudio apoya el cumplimiento, por parte de los sucesos vitales estresantes, de uno de los principales requisitos para considerar la relación entre variables como causal, la ocurrencia anterior en el tiempo (Haynes, 1992).

En tercer lugar las PSH otorgan un alto valor causal de su situación a la mayoría de los sucesos incluidos en el trabajo, especialmente a los relacionados con problemas económicos, rupturas de relaciones afectivas y sociales y enfermedad mental. Aunque estos datos, como los anteriormente descritos, deban ser estudiados en el futuro, a través de estudios longitudinales con medidas tanto subjetivas, como objetivas, que permitan el contraste de los datos aportados, este hallazgo permite admitir que hay una cierta jerarquía (al menos desde el punto de vista subjetivo) en la causalidad de la situación SH.

5. ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

Los estudios sobre el estado de salud de las PSH han constituido un importante foco de investigación durante los últimos años. En España la situación no resulta todo lo completa que cabría desear, pero se dispone de más datos sobre estos aspectos que sobre cualquiera otro relativo a las Personas Sin Hogar. A con-

tinuación resumimos los principales resultados relativos a la salud física y mental de este grupo de población.

5.1. Salud física

Dos investigaciones, en dos ciudades diferentes, han abordado directamente este problema. Son las realizadas en Madrid (Muñoz, Vázquez y Cruzado, 1995) y Guijón (Vega, 1996). En el caso de Madrid se recogen datos de *auto-informe* relativos a los diagnósticos médicos que el sujeto ha sufrido siguiendo el esquema utilizado en el Washington, D.C. NIDA Study (Thornberry, Ardini y Dennis, 1991). En el caso de Gijón se solicita el auto-informe del entrevistado, pero se le pide al sujeto que aporte alguna *prueba documental* del diagnóstico (informes médicos, recetas, ...). Los principales resultados se recogen en la tabla 4.

TABLA 4
Enfermedades físicas de las personas sin hogar en España. (Porcentajes).

Trastornos	Madrid ¹ n=250	Gijón ² n=334
	Diagnósticos médicos informados	Diagnósticos médicos confirmados
Tuberculosis	1.6	2.9
SIDA	2.4	4.5
Respiratorios	56.3	8.0
Circulatorios	24.8	2.4
Locomotores	26.8	2.7
Digestivos	27.2	7.2
Sistema Nervioso (no mentales)	14.2	2.7
Otros	15.2	3.0

¹ Muñoz, M., Vázquez, C. y Cruzado J.A. (1995)

² Vega, L.S. (1996)

Como se observa, existen fuertes discrepancias en los resultados de la mayoría de los trastornos, muy posiblemente debidos a

la estrategia de recogida de información. De todos modos pueden destacarse algunos hechos significativos y alarmantes. En primer lugar, en el estudio de Madrid la práctica totalidad de la muestra presenta algún tipo de trastorno de salud, en el caso de Gijón los índices son más bajos (pero recuérdese que en este estudio el entrevistado debía poseer algún dato empírico que demostrase su diagnóstico). En ambos estudios los índices de SIDA y Tuberculosis son muy elevados, tanto si se comparan con la población normal española como con la población sin hogar de otros países (Vázquez, Muñoz y Sanz, 1997).

5.2. Salud Mental

En la tabla 5 se muestran los principales resultados obtenidos por los diferentes estudios en distintas ciudades. Debe destacarse el hecho de que los lugares y procedimientos de muestreo son distintos y

los instrumentos diagnósticos son igualmente distintos. Este hecho puede explicar parte de las discrepancias reflejadas en la tabla. Cuando los instrumentos se igualan y los muestreos son representativos (Muñoz, et al, 1995; 1996; Vega, 1996) los resultados se aproximan mucho más.

Como puede observarse, aparecen índices elevados de esquizofrenia (entre un 4.2 y un 28.3%). Las tasas de Depresión Mayor, cuando se utiliza la Composite Diagnostic International Interview (CIDI) se sitúa entre el 15 y el 20 %, índices importantes, pero no alarmantes si se considera que se habla de prevalencia vital y de personas que sufren extrema pobreza y carecen de hogar y lazos sociales. Resulta igualmente alto el índice de sufrimiento de Síndrome Orgánico Cerebral (entre el 1 y el 6 por % aproximadamente), la diferencia puede deberse en esta ocasión a la dificultad de este diagnóstico. En términos generales puede observarse que cuando se

TABLA 5
Prevalencia vital de trastornos DSM-III basados en entrevistas diagnósticas.
(Los porcentajes han sido redondeados).

Autores	Ciudad	Lugar	Instru- mentos	N	Hom %	Esqui- zofrenia	Depresión mayor	Distimia	Deterioro cognitivo grave actual	Dependencia o abuso de alcohol	Dependencia o abuso de drogas
Riro, Vega y Aranjuren (1994)	Aranjuez	Albergue	Entrevista clínica	524	95	5	2	0.6	0.8	29	5
Lucas y cols. (1995)	Barcelona	Albergue Calle	PERJ y MOR	99	86	28 ^a	S.I	S.I	S.I	48	30
Muñoz, Vázquez y Cruzado (1995)	Madrid	Albergues Comedores Servicios sociales Calle	CIDI	282	79	4	20	17	6	41	13
Vega (1996)	Gijón	Oficina de información para personas sin hogar	CIDI	170	91	12	15 ^b	S.I.	2	24	20

Notas: a **Cualquier** trastorno psicótico

b **Cualquier** trastorno afectivo.

CIDI: Composite Internacional Diagnostic Interview [Versión en español 1.1]

S.I.: Sin información

igual a el instrumento (CID), los resultados tienden a igualarse.

Aunque dichos índices de prevalencia vital son muy elevados si se comparan con la población con hogar, no son tan elevados como algunos observadores habían anunciado en años anteriores; se había llegado a afirmar que el 90% de los PSH eran enfermos mentales y que la mayoría provenían de la desinstitucionalización psiquiátrica. Si se considera, igualmente, que sólo alrededor de un 18% de PSH habían estado ingresadas en hospitales psiquiátricos, se anula, o al menos se pone en serias dificultades, la hipótesis de la desinstitucionalización psiquiátrica como causa global importante de la situación sin hogar.

Sin embargo lo más destacable hace referencia a la prevalencia del consumo (abuso y dependencia) del alcohol y de otras drogas. Según los distintos estudios, y considerando el doble diagnóstico, los trastornos asociados al consumo de drogas de uno u otro tipo llegan a afectar casi al 50 por 100 de la población sin hogar (Muñoz, Koegel, Vázquez, Sanz & Burnam, en prensa).

Es evidente que en los resultados aparecen discrepancias importantes entre estudios (Muñoz, Vázquez, Koegel, Sanz & Burnam, en prensa). En la actualidad no conocemos si dichas discrepancias son atribuibles exclusivamente al diseño de la investigación o a diferentes patrones de PSH. De nuevo la necesidad de llevar a cabo investigaciones rigurosas de forma generalizada queda de manifiesto.

6. RESPUESTA SOCIAL

6.1. Factores sociales de protección

Aunque las cifras de pobreza relativa y, sobre todo, de desempleo son elevadas, los indicadores de exclusión social en

España, incluyendo a las personas sin hogar, no muestran cifras elevadas³. Estudios procedentes de diferentes comunidades autónomas sugieren que el porcentaje de excluidos estaría en torno a un 4% de familias y un 3% de las personas de nuestro país (Laparra, Gaviria y Aguilar, 1994). En este sentido, parece que la sociedad española, en comparación con el ámbito europeo, está relativamente bien integrada. Hay una serie de factores diferenciales que posiblemente ayudan a explicar que la pobreza en España no se refleje en altas tasas de exclusión, y en particular, de Personas Sin Hogar.

Estructura familiar. El primer factor cohesionante es la familia. Por ejemplo, dos de cada tres desempleados vive en una familia en la que hay otro trabajador, la proporción más alta de la UE (Laparra, Gaviria y Aguilar, 1994). Otro aspecto integrador es que muy pocas personas en comparación al resto de países europeos, viven solas. Según datos oficiales de 1991, en el conjunto de España, sólo un 10% de los hogares son unipersonales (y sólo hay un 3,6% de hogares unipersonales con un adulto de menos de 65 años). Estas cifras son mucho más bajas que las del resto de los países de la OCDE. Por ejemplo, Francia tiene aproximadamente un 25% de hogares unipersonales, Suecia un 33%, Canadá 20%, Irlanda e Italia un 18% y USA un 23% (Roussel, 1986; de Miguel, 1993)⁴.

³ El concepto europeo de exclusión social hace referencia a aquellos individuos que, por cualquier razón, quedan fuera del acceso a los sistemas de protección social (empleo asalariado, prestaciones de desempleo, pensiones, vivienda, etc.).

⁴ Mientras que en París y Nueva York el porcentaje de hogares unipersonales es del 35%, en Madrid es del 16%. Igualmente, las tasas de personas sin hogar, en la calle o en albergues, por cada diez mil habitantes, es del 20-30 por mil habitantes en París, del 100-120 en New York, y del 6-8 en Madrid (US Census Bureau, 1992; INSEE, 1993).

El contacto familiar es muy elevado⁵, lo que sin duda constituye un importante recurso de afrontamiento. Además, la tradición familiar española favorece que los hijos permanezcan en casa, con los padres, hasta una edad avanzada, un fenómeno que se está incluso dilatando más debido a la crisis económica: según datos oficiales de 1991 el 88% de los hijos españoles menores de 20 años viven aún con alguno de sus padres (Valenzuela, 1995). Esto supone, sin duda, un importante elemento de protección social natural ante la situación potencial de quedarse sin hogar.

Gastos en protección social. Ha habido un gran incremento del gasto social en la última década⁶. Según datos de 1991, en la UE el gasto social supone el 26% del PIB⁷, mientras que en España supone un 22%. Sin embargo, el gasto social en España claramente difiere del de la UE en dos aspectos: prestaciones por jubilación y por desempleo. Mientras que los gastos en jubilación son menores en España (6.5% del PIB) que en la UE (9.3% del PIB)⁸, el gasto social en desempleo (3.9% del PIB) es, en términos relativos, más del doble que la media de la UE (1.7%). Este es un factor que sin duda amortigua los efectos de las impresionantes cifras de desempleo en España (Eurostat, 1992). Pero, desgraciadamente, la cobertura del desempleo no es universal e indefinida⁹. Aunque se ha hecho un gran esfuerzo en los últimos años al pasar de un 34.1% de cobertura en 1989 a un 67% en 1993 (una cifra semejante a la media europea), lo cierto es que, en la actualidad, 1 de cada 3 desempleados no recibe ningún tipo de ayuda económica de desempleo.

Otro aspecto importante del sistema de protección social lo constituye las *pensiones no contributivas*. Es decir, pensiones para grupos muy desfavorecidos que, por no haber cotizado previamente al sistema de seguridad social, no tendrían derecho a una prestación económica. En España se implanta este sistema en 1990. En la actualidad supone un 3 por 100 del conjunto de

las pensiones y aunque su cuantía es muy escasa, es un factor que también contribuye a la amortiguación de la exclusión social.

Prestación de servicios sanitarios. La cobertura sanitaria es otro elemento importante de cohesión social en la mayor parte de los países europeos. En España, el sistema sanitario se ha universalizado desde 1989. Es decir, todos los ciudadanos sin excepción (incluido cualquier ciudadano sin ningún recurso económico) tienen derecho a hacer uso de los servicios del Sistema Nacional de Salud¹⁰, a no ser que voluntariamente el trabajador decida pagar su cuota sanitaria a una sociedad privada¹¹. Esta universalización de las prestaciones sanitarias es también un elemento muy importante para reducir o atenuar los efectos de la exclusión en grupos marginales o de rentas muy bajas.

Vivienda. La vivienda, la educación y el empleo, son los factores más impor-

⁵ Dos de cada tres españoles tiene al menos un contacto semanal con miembros de su familia, que no viven en su vivienda (en concreto, un 30% lo hace todos los días y un 34% una vez semanal).

⁶ El gasto en protección social incluye prestaciones económicas (ej.: pensiones contributivas y no contributivas), asistencia sanitaria, servicios sociales, y protección al desempleo. Desde 1985 hasta 1993 se ha duplicado este gasto, siendo actualmente de más de dos billones de pesetas (Consejo Económico y Social, 1994.)

⁷ Los dos casos extremos son Holanda con un 32% y Portugal con un 19%.

⁸ España es el tercer país de la UE en dedicar menos gasto a este concepto (sólo Portugal e Irlanda gastan aún menos)

⁹ La duración media de la prestación reconocida es de 12.4 meses en 1992. Este es el periodo medio que el desempleado dispone para buscar trabajo antes de que se agote su subsidio. En términos medios, el parado agota unos 8 meses del periodo que le corresponde aunque, debido a la fuerte crisis del 1991-93, esta cifra se ha estado ampliando (Consejo Económico y Social, 1994).

¹⁰ En muchos casos, el Estado ha transferido a las Comunidades Autónomas la gestión de los recursos.

¹¹ Sólo un 7% de la población (Consejo Económico y Social, 1994) se acoge, voluntariamente, a sociedades privadas sanitarias.

tantes de integración/exclusión social (Gaviria, Laparra, y Aguilar, 1995). Una de las peculiaridades de España es que es el país europeo con una mayor tasa de viviendas en *propiedad*¹². El alquiler supone sólo el 20% de las viviendas, mientras que en los países de la Unión Europea supone el 40-60% del conjunto. Esta proporción muy elevada de viviendas en propiedad puede ser un importante factor diferenciador de la situación española frente a otros países pues la posesión de algún tipo de vivienda es un elemento de anclaje muy importante para amortiguar los efectos de la pobreza y la precarización. No obstante, la situación en los últimos 15 años se está endureciendo extraordinariamente. Por un lado, la construcción de nuevas viviendas ha disminuido significativamente, especialmente en el ámbito de las viviendas sociales *protegidas*¹³. Por otro lado, el precio de compra/alquiler de la vivienda se ha disparado¹⁴, lo que posiblemente constituye un serio factor de incremento de riesgo futuro para la situación de Sin Hogar, especialmente en los jóvenes, para quienes es muy difícil el acceso a vivienda (Salinas y León, 1995).

Aunque la población de personas literalmente sin hogar es comparativamente baja en España, la situación de la calidad del alojamiento vivienda no es buena. Como señalábamos en la Tabla 1, estudios con una metodología común, efectuados por la Fundación FOESSA, permiten estimar que, aparte de los 30.000 personas sin hogar (que viven en albergues, o durmiendo en la calle) —Salinas, 1995— hay aproximadamente 250.000 personas pobres viviendo en viviendas en mal estado o

infrahumanas (chabolas, cuevas, o alojamientos sin agua sanitaria o luz), o en condiciones de hacinamiento graves (dos o más familias en un mismo hogar) —Salinas y León 1995. Este mal estado de la vivienda se agrava porque la actividad *rehabilitadora*, pública o privada, es relativamente pequeña en España¹⁵.

6.2. Servicios para Personas Sin Hogar

El sistema de protección social en España (i.e., Seguridad Social, Sanidad, Educación, Desempleo, Vivienda, Servicios Sociales) ha experimentado un enorme avance en los últimos 15 años (Morena y Pérez, 1992; Rodríguez Cabrero, 1994) incluso para sectores tradicionalmente excluidos (García y Ramírez, 1992). La legislación española actual obliga a todos los municipios con más de 20.000 habitantes a disponer de servicios sociales para PSH, hecho que ha favorecido la disposición de nuevos recursos durante los últimos años. Todo ello ha contribuido a que también haya mejorado la atención y

¹² En 1975 se construyeron unas 370.000 viviendas anuales mientras que sólo se construyeron unas 220.000 en 1994. La construcción de viviendas protegidas ha disminuido aún más: ha pasado de 200.000 en 1975 a 50.000 en 1994 (El Mundo, 1996, p. 323).

¹⁴ En el periodo 1980-1990, el precio medio de la compra de vivienda subió en un 234% mientras que la comparación con Europa, el *stock* de viviendas en alquiler es escaso y además, desde 1985, por un conjunto de nuevas leyes liberalizadoras, los precios subieron enormemente. Además, el mercado de viviendas sociales de alquiler es el más bajo de Europa (sólo un 8% de las viviendas en alquiler entran dentro de esta categoría) mientras que los países con una mayor proporción de viviendas de alquiler es el más bajo de Europa (sólo un 8% de las viviendas en alquiler entran dentro de esta categoría) mientras que los países con una mayor proporción de viviendas de alquiler sociales son el Reino Unido (78%) y Holanda (66%) cf. The Netherlands's Ministry of Housing, 1992.

¹⁵ La rehabilitación, supone sólo un 20% de la actividad constructora del país, frente a una media europea del 32% (Salinas y León, 1995).

¹² Según datos de 1993, un 76 de los españoles viven en viviendas de su propiedad y esta tendencia parece ir incluso en aumento (Valenzuela, 1994, p. 1576).

los modelos de intervención con las personas más marginadas y sin techo.

Desgraciadamente, esta legislación no ha llegado a desarrollarse plenamente: sólo las grandes ciudades han desarrollado servicios sociales especiales para esta población. Por otra parte la iniciativa privada sigue dependiendo de las organizaciones religiosas casi exclusivamente. El papel de ONG laicas, aunque creciendo en los últimos años, todavía se encuentra en niveles muy bajos de desarrollo.

comedores y roperos. Los primeros suelen responder a iniciativas de ayuntamientos, que ofrecen este recurso como única ayuda a las personas en esta situación. El caso de los comedores y roperos es distinto: generalmente responden a iniciativas de parroquias y grupos religiosos u ONG laicas. De hecho, es posible, que la cantidad incluida en la tabla infraestime de manera importante este tipo de servicios debido a su gran implantación en pequeñas parroquias,

TABLA 6
Servicios públicos y privados disponibles para personas sin hogar en España.
(Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990).

SERVICIOS	Número de centros	Plazas disponibles	Personas/día
Albergues	129	5.224	S.I.
Laboral y/o ocupacional	50	386	630
Información	209	S.I.	S.I.
Comedores	135	S.I.	8.000
Servicios de ropero	96	—	1.524
TOTAL	619	5.610	—

S.I. Sin información

La información sobre los servicios existentes es parcial y fragmentaria puesto que no hay datos fiables que los contabilicen y que valoren de un modo global la atención prestada a este colectivo. No obstante, con la información disponible, en la tabla 6 se resumen los principales tipos de servicios de todo el país en 1990 (Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española, 1990).

Como puede observarse existen 129 albergues con 5.224 plazas disponibles, lo que resulta claramente insuficiente para una población que oscila entre los 11.000-45.000 personas. Además, solamente se dispone de 386 plazas para la rehabilitación ocupacional o laboral. El mayor número de servicios se refiere a las categorías de Centros de Información,

etc. muy difíciles de identificar en un censo o encuesta.

La inexistencia de censos de servicios o de una estructura de red que unifique los recursos disponibles hace que no se pueda especificar mucho más en la actualidad sobre el conjunto del estado. Para especificar alguna información más concreta hay que restringir el ámbito a las principales ciudades, en las que sí existe una red incipiente de servicios para PSH. En nuestro caso vamos a tomar la ciudad de Madrid como referencia del conjunto.

Como se observa en la tabla 7, en Madrid existen 10 albergues con alrededor de 1.100 plazas (2 públicos y 8 privados/religiosos) que alojan a un total de

1.100 personas/día, cifra que se acerca a las estimaciones de las necesidades para esta ciudad. Existen 2 servicios de información que atienden a 55 personas /día. Es especialmente relevante el *servicio público de información*, conformado por un teléfono de emergencias (SITADE) y un servicio de Unidades Móviles de Emergencia Social, que consta de coches que patrullan la ciudad y atiende a todo tipo de emergencias sociales (no de salud) incluidos todos los casos de personas durmiendo en la calle. Los servicios laborales siguen siendo muy escasos y en total no llegan a más de 200 personas al día, cifra muy por debajo de las necesidades estimadas. Existen dos centros de noche en los que se atiende a una población de alrededor de 120 personas al día. En este tipo de servicio las PSH pueden ir a pasar la noche, a recibir asistencia médica o psicológica, a beber algo caliente o simplemente a estar allí aunque no hay camas disponibles (dado que no es un albergue), resulta de especial interés el

centro de noche para drogodependientes Sin Hogar. Es igualmente escasa la existencia de centros con un verdadero enfoque de seguimiento de caso (case-management), es de destacar el centro Realidades, de iniciativa pública, atiende a unas 100 personas de forma integral, ayudando a los PSH a encontrar vivienda, trabajo, gestionar pensiones no contributivas, etc.

Como en el resto del país, los roperos y comedores presentan una situación distinta. Existen multitud de pequeños comedores y roperos extendidos por toda la ciudad (parroquias, centros sindicales, etc.) sobre los que no hay un censo completo (en la tabla sólo se incluyen aquellos más importantes y reflejan parcialmente la realidad de la ciudad).

En lo relativo a los servicios específicos para la población Sin Hogar, hay que recordar en primer lugar, que la asistencia sanitaria y de servicios sociales a todos los niveles se extiende a *toda la población* española, sin exclusión. Sin embargo,

TABLA 7
Servicios públicos y privados disponibles para personas sin hogar en Madrid.

SERVICIOS	Públicos		Privados	
	Número	Personas/día	Número	Personas/día
Albergues	2	350	8	750
Servicios de Información	1	15	1	40
Centros ocupacionales	1	38	3	150
Centros de noche	—	—	2	120
Baños	3	300	—	—
Roperos	—	—	14 ¹	140
Comedores	—	—	20 ¹	2.000
Centros de asistencia individualizada	1	100	—	—
TOTAL	7	803	48	3.200

S.I. Sin información.

¹ Estimación. Muchas Iglesias ofrecen servicios esporádicos de este tipo.

como se ha visto existen servicios específicos para las PSH. Estos se pueden resumir partiendo de los incluidos en los albergues, que funcionan como núcleos centralizadores de los posibles recursos.

Como se recoge en la tabla 8, todos los albergues incluyen al menos los servicios de alojamiento, comedor e higiénicos. El 84% incluyen además una asesoría jurídica y/o social. Una mayoría (68%) incluyen asistencia psicológica y/o programas de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos. En un nivel más bajo en la mitad de los casos se ofrecen servicios médicos y/o enfermería (siempre de asistencia primaria y derivación a servicios generales) y los de ropero. Un aspecto importante es que el 32% de los albergues disponen de algún piso protegido, que se utilizan como principio rehabilitador. Finalmente solamente en un caso se dispone de recursos para escolarizar a los niños alojados.

Como puede deducirse de los datos expuestos, la situación de la atención y los servicios y programas dispuestos para esta población, está lejos de ser idónea y de ser lo suficientemente flexible e individualizada para ofrecer apoyos y servicios individualizados de rehabilitación y reinserción social.

TABLA 8

Tipos de servicios ofrecidos en los albergues madrileños

SERVICIOS	Porcentajes
Alojamiento	100%
Comida	100%
Servicios de aseo y sanitarios	100%
Asistencia legal o social	84%
Asistencia psicológica	68%
Rehabilitación psicosocial	68%
Asistencia médica	50%
Servicios de ropero	50%
Pisos protegidos	32%
Escuela infantil	16%

7. EFICACIA DE LOS SERVICIOS

A pesar de los esfuerzos realizados por las principales organizaciones de lucha contra la situación de Sin Hogar llevados a cabo en los últimos años, esfuerzos que han conseguido poner en marcha intervenciones ciertamente interesantes (Cáritas, Rauxa, Reallidades, Albergue de San Juan de Dios, etc.), entre las que puede destacarse, por su complejidad, la que la Comunidad y el Ayuntamiento de Madrid han coordinado para la inserción social de los enfermos mentales crónicos Sin Hogar, que se recoge en este mismo número. Todavía no existe una evaluación específica de la efectividad de este tipo de servicio para Personas Sin Hogar. Sin embargo parece que una observación detallada de los mismos debe llevarnos a extraer un cierto número de conclusiones que recogemos a continuación:

1. Existe una desigual distribución de los recursos existentes en diferentes ciudades o regiones, lo que en algunos casos llega a provocar un desplazamiento de personas sin hogar de unas ciudades a otras, con los efectos negativos que esta situación genera.

2. Los dispositivos existentes no funcionan coordinada y complementariamente, lo que es una condición básica para una intervención integral. A pesar de los esfuerzos de algunas ciudades (e.g. Madrid o Barcelona) para avanzar en una red coordinada e integrada de atención, aun es mucho el camino que queda por recorrer. Uno de los principales factores que determinan esta situación de fragmentación y descoordinación, es la ausencia de adecuados planes integrales para la prevención, atención y reinserción de las personas sin hogar.

3. A pesar de los avances realizados desde el sistema público de servicios sociales, el peso fundamental de la atención y de los dispositivos para las personas sin hogar sigue recayendo en la iniciativa social fundamentalmente religiosa que

en la mayoría de los casos opera desde la precariedad de medios y apoyos. Se hace por tanto necesario, caminar hacia una mayor interrelación y coordinación entre el sector oficial y en no oficial, entre lo público y la iniciativa social que lleve a una mejor financiación y a un mejor reparto de responsabilidades.

4. Es indudable el avance que se ha producido en los últimos 20 años en la atención a este colectivo pasando desde un modelo de atención con un marcado carácter represivo y/o asilar, a un modelo que ha dignificado la atención a estas personas y busca procurar su rehabilitación y reinserción (Rodríguez Díaz, 1987). Sin embargo, el modelo de atención en general sigue centrado en lo *asistencial*: la mayoría de los recursos se centran en la cobertura de necesidades básicas (alojamiento, manutención, y vestido). De hecho, como hemos explicado, gran parte de los recursos existentes la constituyen Albergues o Centros de Acogida, comedores y roperos. Aunque hay un esfuerzo cada vez mayor en muchos de los Albergues y Centros de Acogida por ofrecer atención psicosocial y programas de rehabilitación, se requiere un impulso adicional en esta dirección para poder responder a la multidimensionalidad causal de este problema (Renes, 1994; Gaviria et al., 1995). Por otro lado, en muchos casos los servicios para personas sin hogar se convierten en el último recurso, en el cajón de sastre que recoge lo que los demás sistemas de protección han dejado de lado por sus rigideces o insuficiencias. Así, estos servicios se ven *sobrecargados* con la atención a problemas que no han sido atendidos desde las redes de servicios sociales y sanitarios. Por ejemplo la insuficiencia e inadecuación de la atención social comunitaria a ancianos, minusválidos, enfermos mentales, etc. está forzando a muchos albergues o centros de acogida a acoger a estas poblaciones porque no existen los recursos sociales necesarios para su atención y cuidado comunitario.

5. Es imprescindible avanzar en la implantación de un abanico más amplio de *dispositivos y programas*: Centros de Día, programas de rehabilitación psicosocial, alternativas de alojamiento comunitario (pisos supervisados, hogares, mini-residencias, apoyo al acceso y mantenimiento a la vivienda, etc.), programas de orientación y rehabilitación laboral, programas de promoción de empleo, equipos de seguimiento y apoyo social, etc. que, en su conjunto, les faciliten avanzar en sus propios e individualizados itinerarios de rehabilitación y reinserción.

6. La *prevención* es la gran asignatura pendiente, tanto en lo relativo a la prevención primaria como a la prevención secundaria o intervención precoz. No existen medidas suficientes de política social en las áreas de vivienda, servicios sociales, servicios sanitarios, etc., que permitan detectar a las personas que se encuentran en situación de precariedad personal y social y por tanto en *riesgo* de caer en procesos de marginación sin hogar (Castel, 1992). Desgraciadamente, una vez iniciado el problema, no existen apenas respuestas ágiles y flexibles que permitan ofrecer una adecuada intervención precoz que evite la consolidación y cronificación en la marginación. Esto se hace necesario pues, como señalábamos a propósito de los estresores vitales, las personas sin hogar padecen antes y durante el proceso de llegar a la situación de Sin Hogar un alto número de sucesos vitales estresantes.

7. Es básico desarrollar *planes integrales* que se asienten en la colaboración entre lo público y lo privado, en la actuación integrada desde todas las áreas del bienestar social y en la consideración de todos los niveles de actuación: prevención, atención, rehabilitación y reinserción. Una intervención que debe ser global e integrada que vaya más allá de la cobertura de necesidades básicas promoviendo procesos activos de recuperación personal y social y ofreciendo oportuni-

dades efectivas de participación e integración comunitaria.

Tanto desde los servicios sociales comunitarios, como desde los recursos específicos para personas sin hogar (Centros de Acogida, Albergues, etc.), se reconoce que la intervención, en general, se produce cuando el problema ya se ha instalado y la atención se presta ante la demanda específica del usuario. Hasta ahora ha predominado un enfoque asistencial con estilo de atención de espera, lo que es insuficiente y no se ajusta muy bien a la especificidad y naturaleza de la problemática de las personas sin hogar. Muchas personas sin hogar no acuden de un modo regular a los servicios ni se ajustan a sus normas y lógicas de funcionamiento. Es necesario promover más una orientación y un estilo de intervención activo, flexible, con una actitud de búsqueda, que no espera que llegue la

población sino que se implique en la detección de sus necesidades, en la identificación y captación de las personas con dificultades, en el acompañamiento y apoyo comunitario que favorezca la participación o implicación de los afectados tanto en la utilización adecuada de los servicios disponibles como en el desarrollo de sus itinerarios individualizados de reinserción social. Aunque hay esfuerzos aislados en este sentido (e.g. en Madrid con el *Servicio de Unidades Móviles de Emergencia Social* dependiente del Ayuntamiento) es necesario avanzar más en la consolidación de este modelo de intervención más comunitario con un estilo más activo, más dinámico, más centrado en la promoción, la prevención y el apoyo flexible para la rehabilitación y reinserción, o será cada vez más difícil ofrecer una adecuada atención y más gente sin hogar se quedará al margen incluso de los servicios para ellos dispuestos.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, M.J. (1996). Women with co-occurring addictive and mental disorders: An emerging profile of vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry* 66 (1) 61-70.
- AVRAMOV, D. (1995). *Homelessness in the European Union. Social and Legal Context of Housing Exclusion in the 1990s. Fourth Research Report of the European Observatory on Homelessness*. Brussels: FEANTSA.
- Anuario *El Mundo* (1996). Madrid: Ediciones El Mundo.
- Anuario *El País* (1996). Madrid: Ediciones El País.
- BANYARD, V.L. (1995). 'Taking another route'. Daily survival narratives from mother who are homeless. *American Journal of Community Psychology* 23 (6) 871-891.
- Burt, M. (1992). *Practical Methods for Counting Homeless People*. Washington, D.C.: Interagency Council for the Homeless and Department of Housing and Urban Development.
- CABRERA, P.J. (1997). *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Universidad Autónoma de Madrid.
- CALSYN, R.J. y MORSE, G.A. (1992). Predicting psychiatric symptoms among homeless people. *Community Mental Health Journal*, 28 (5) 385-395.
- Cárteras (1975) Los transeúntes. Desarrollo y Marginalización Social. *Documentación Social*, no. 20: special issue.
- Castel, R. (1992). La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales. In F. Alvarez Uria (ed). *Marginalización e Inserción*. Madrid: Ediciones Endymión.
- Consejo Económico y Social (1994). *España. 1993: Economía, trabajo y sociedad*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- DERCOLE, A. y STRUENING, E. (1990) Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of Community Psychology*, 18 (2) 141-152.
- DALY, M. (1993). *Abandonado: Perfil de la gente sin techo en Europa. Segundo Informe del Observatorio Europeo de las Sin Techo*. Brussels: FEANTSA.
- DALY, M. (1994). *Right to Housing Right to a Future*. Brussels: FEANTSA.
- DE MIGUEL, A. (1993). *La sociedad española. 1992-93: Informe sociológico de la Universidad Complutense*. Madrid: Alianza Editorial.

- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (1997). Madrid.
- DRAKE, M. (1994). *Homeless People in Europe and Their Rights*. Tercer Informe del Observatorio Europeo de los Sin Techo. Brussels: FEANTSA.
- EUROSTAT (1992). *Retrato Social de Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- FISCHER, P.J. (1992). Criminal behavior and victimization among homeless people. En Jahiel, R.I. (Ed.), *Homelessness: a prevention oriented approach* (pp. 87-112). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fundación Foessa (1994). *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa.
- GARCIA HERRERO, G. & RAMIREZ NAVARRO, J.M. (1992). *Los Nuevos Servicios Sociales: Síntesis de conceptos y evolución*. Zaragoza: Editorial Librería Certeza.
- GAVIRIA, M., LAPARRA, M. & AGUILAR, M. (1995). Aproximación teórica al concepto de exclusión. In F. Alvarez -Una (ed.), *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Ediciones Talasa.
- GOODMAN, L.A.; DUTTON, M.A. y HARRIS, M. (1995). Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of physical and sexual assault. *American Journal of Orthopsychiatry* 65 (4) 468-478.
- HAYNES, S. (1992) *Models of causality in Psychopathology: toward dynamic, synthetic and nonlinear models of behavior disorders*. New York: Macmillan.
- INGRAM, K.M.; CORNING, A.F.; y SCHMIDT, L.D. (1996). The relationship of victimization experiences to psychological well-being among the homeless women and low-income housed women. *Journal of Counseling Psychology* 43 (2) 218-227.
- Instituto de Estudios de la Opinión Pública Española (1990). *Instituciones de Servicios Sociales para Transeúntes*. Madrid: IOPE-ETMAR.
- LAPARRA, M., GAVIRIA, M. & AGUILAR, M. (1994). *La exclusión social en Aragón. Gobierno de Aragón*. Departamento de Bienestar Social y Trabajo.
- LIBERMAN, R.P.; MUESER, K.T.; WALLACE, C.J.; JACOBS, H.E.; ECKMAN, T. & MASSEL, I.K. (1986) Training skills in the psychiatrically disabled: Learning, coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12.
- LUCAS, R. et al. (1995) Prevalencia de sintomatología psicótica y hábitos tóxicos en una muestra de homeless. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 22, 1, 18-24.
- MARPSAT, M. & FIRDION, J.M. (1996). *The Homeless in Paris: a representative sample survey of users of services for the homeless*. Third FEANTSA Meeting: Vicuña. (Resumen incluido en este número).
- McKinney Homeless Assitant Act (1987). Washington, D.C.: NACHC.
- MORENO, L. & PEREZ, M. (eds.) (1992). *Política social y Estado de bienestar*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- MORSE, G.A. (1992). Causes of homelessness. In M.J. Robertson y M. Greenblatt (Eds), *Homelessness: A national perspective*. New York: Plenum Press.
- MUÑOZ, M., VAZQUEZ, C. & CRUZADO, J.A. (1995). *Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- MUÑOZ, M., VAZQUEZ, C., BERMEJO, M., VAZQUEZ, J.J., & SANZ, J. (1996). Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la Cidi (Composite International Diagnostic Interview). *Archivos De Neurobiología*, 59 (4), 269-282.
- MUÑOZ, M., VAZQUEZ, C., BERMEJO, M., VAZQUEZ, J.J. (enviado) *Stressful Life Events in Homeless*. *Journal of Community Psychology*.
- MUÑOZ, M., VAZQUEZ, C., KOEGEL, P., SANZ, J. & BURNAM, A. (enviado) *Differences in Mental Health in Homeless among Madrid (Spain) and Los Angeles (CA)*. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*.
- MUÑOZ, M., KOEGEL, P., VAZQUEZ, C., SANZ, J. & BURNAM, A. (en presentación) *Patterns of use of Alcohol and Drugs in Homeless: Differences among Madrid (Spain) and Los Angeles (CA)*.
- NERIN, J.M. (1996). *Volver a ser. Modelo de intervención social con transeúntes*. Madrid: Caritas.
- NORTH, C.S., & SMITH, E.M. (1992). Posttraumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital and Community Psychiatry* 43 (10), 1010-1016.
- PADGETT, D.K., STRUENING, E.L., ANDREWS, H., & PITTMAN, J. (1995). Predictors Of Emergency Room Use By Homeless Adults In New York City: The Influence Of Predisposing, Enabling And Need Factors. *Social Science Medical*, 41 (4), 547-556.
- RENES AYALA, V. (1994). *Luchar contra la pobreza hoy*. Madrid: Ediciones HOAC.
- RICO, P. VEGA, L.S. y ARANGUREN, L. (1994) *Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epi-*

- demiológico en Aranjuez. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 14, pp. 633-649.
- RODRIGUEZ DIAZ, A. (ed.) (1987). *Transeúntes e indigentes: Estados de respuesta y necesidad*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Servicios Sociales.
- RODRIGUEZ-CABRERO, G. (1994). Políticas de rentas. In Juárez, M. (ed.). *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa.
- ROSSI, P.H. (1989). *Down and out in America. The origins of homelessness*. Chicago: University Chicago Press.
- ROUSSEL, L. (1986). Evolution recente de la structure des ménages dans quelques pays industriels. *Population*, 41, 913-934.
- SALINAS, F. (1990). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. (1991). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. (1992). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. (1993). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. (1994). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. (1995). Sans-abri en Espagne. Observatoire National des Sans-abri en Espagne. Brussels: FEANTSA.
- SALINAS, F. & LEON, J. (1995). *El derecho a la vivienda como factor de Integración Social*. Observatorio Nacional de los Sin Techo. Brussels: FEANTSA.
- STEIN, J.A. y GELBERG, L. (1995). Homeless men and women: Differential associations among substance abuse, psychosocial factors, and severity of homelessness. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 3 (1) 75-86.
- THORNBERRY, J., ARDINI, M., & DENNIS, M.I. (1991). *Homeless and Transient Population Study*. Washington, D.C.: National Institute on Drug Abuse.
- United States Alcohol, Drugs Abuse and Mental Health Administration (1983). *Alcohol, drug abuse and mental health problems of the homeless. Proceedings of a round table*. Washington, DC: ADAMHA.
- VALENZUELA, M. (1994). La vivienda. En *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*. Madrid: Fundación Foessa.
- VAZQUEZ, C., MUÑOZ, M., & SANZ, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- VAZQUEZ, C., MUÑOZ, M. & RODRIGUEZ, A. (1998). Homeless in Spain. En C.O. Helvie & W. Kunstmann (Eds.) *Homeless: In International Perspective*. Westport, CT: Greenwood Press.
- VEGA, L.S. (1996) *Salud Mental en Población Sin Hogar*. Oviedo: SESPA.
- VIELVA, C. (1992). Estrés psicosocial y alteraciones emocionales en transeúntes marginados. Papel modular de las redes de apoyo social. *Intervención Psicosocial*, 1, 79-86.
- WRIGHT, J.D. & WEBER, E. (1987) *Homeless and health*. New York: Mc Graw-Hill.