

# Política social y exclusión severa Análisis y Perspectivas Comunitat Valenciana 2018

**Editores:**

**Enrique Lluch Frechina**

**Ana López Izquierdo**

**María del Rosario Moreno Montes**

**Minerva Saura Fausto**

Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión en la Comunitat Valenciana



**CEU**  
*Universidad  
Cardenal Herrera*

Colaboran:



**Càritas**  
Comunitat Valenciana



**FUNDACIÓN FOESSA**



ISBN: 978-84-09-07069-5

Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión de la Comunitat Valenciana

# Índice

## **Introducción**..... 5

Emèrit Bono Martínez

## **Analizamos** ..... 9

Análisis de las condiciones de vida en la Comunitat Valenciana

Enrique Lluch Frechina. Universidad Cardenal Herrera - CEU.

M<sup>a</sup> Pilar García Alcober. Universidad Cardenal Herrera - CEU.

Rafaela Pizarro Barceló Florida Universitaria y Univesitat de València.

## **Profundizamos**

La doble discriminación de las personas descartadas..... 39

Sonia Olea Ferreras. Cáritas Española.

Trauma complejo y sin hogarismo ..... 49

Alberto Martínez Serrano. Cáritas Diocesana Orihuela-Alicante.

Salud mental y grave exclusión social..... 55

Minerva Saura, Begoña Sabater, Anna Ramos,

Antonio Amurrio, Lledó Vivas, Mari Carmen Martí, Rosana Bernat.

Cáritas Diocesana Segorbe-Castellón.

## **Experiencias**

Contextos relacionales, afrontamiento y bienestar psicosocial.

Una experiencia de trabajo con grupos de apoyo. .... 63

Isabel Clemente Navarro. Cáritas Diocesana de Girona

El trabajo en red de Cáritas frente a la exclusión sanitaria: ..... 75

la experiencia de ODUSALUD

Ana López Izquierdo. Cáritas Diocesana de Valencia

## **Propuestas**

¿Hasta cuándo con mi mochila a cuestas?

Barreras, retos y propuestas..... 83

Rosario Moreno Montes. Cáritas Diocesana Orihuela Alicante



# Introducción

## Algunas consideraciones

Emèrit Bono

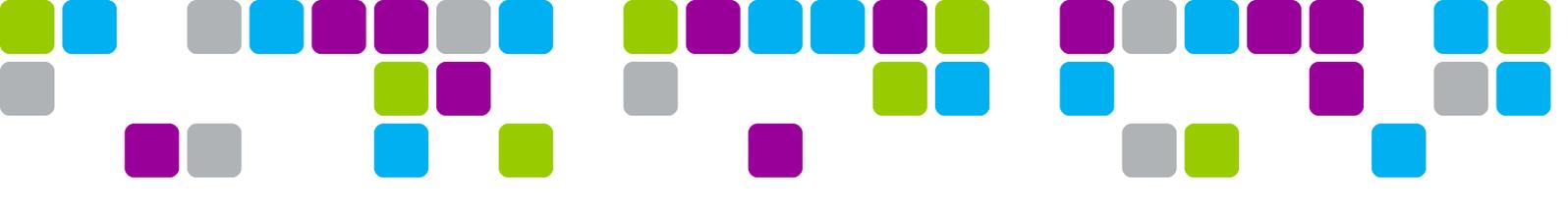
El estudio coordinado y dirigido por R. Flores Martos, *La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas*, (FOESSA, 2016) ponía de relieve que la marginación social, en el ámbito estatal, tanto la exclusión moderada como la severa, va en aumento y la población que se considera integrada en la vida social se ha reducido a algo más de un tercio de la sociedad (o sea, el 34,1 %, que suponen 16 millones de personas). Pues bien, cinco años después y según la publicación *Análisis y Perspectivas 2018; Exclusión Estructural e Integración Social* (FOESSA, 2018), el grupo de integración plena es ahora del 48,4 %, o sea, algo menos de la mitad y supone más de 22,5 millones de personas frente a los 16 millones del año 2013. La explicación es muy sencilla: entre el año 2014 y 2018 la economía española ha crecido entre 2 y 3 puntos anuales. Es evidente que ha habido una mejoría importante en el colectivo de integración plena.

Ahora bien, esta publicación pone de manifiesto que la mejora económica ha sido bastante desigual y en algunos casos, como en el grupo de la exclusión, su situación es peor que antes de la crisis (2017).

Partiendo de la división que hace el informe de los diversos colectivos sociales: integración plena, integración precaria, exclusión moderada y exclusión severa, el espacio de la integración plena ha resultado el más favorecido, como ya hemos indicado, contrastando con el espacio de integración precaria que aglutina a 15,5 millones de personas de las cuales, 8 millones estarían en riesgo de que una nueva recesión les empujara hacia la exclusión social con una probabilidad muy alta.

Sin embargo, lo más grave que pone de relieve la publicación *Exclusión Estructural e Integración Social* (FOESSA 2018) son las secuelas de este periodo para las personas y hogares que están en la situación de exclusión social. En la actualidad son 8,6 millones de personas las que se encuentran en el espacio de exclusión social, 1,2 millones más que en 2007 (año anterior a la crisis). Ello significa un aumento de un 40 % en la exclusión social severa en la que se encuentran 4,1 millones de personas que viven en 1,5 millones de hogares.

Por otro lado, el ciclo de recesión y expansión económica (entre 2007-2018, seis años de recesión y cuatro años de expansión) ha multiplicado por dos la población que tiene afectadas cuatro o más dimensiones de la exclusión social. En concreto, las personas en situación de exclusión que, incluso contando con empleo, atraviesa por



graves aprietos en otras dimensiones es muy superior a la de la población en general, llegando sus niveles de exclusión al 54,1 % en el caso de la dimensión de la vivienda, al 50 % en la salud y el 24 % en la dimensión del consumo. Resumiendo, diríamos que una de cada cinco personas en exclusión estará afectada simultáneamente por la exclusión en el empleo, la vivienda y la salud y una de cada tres si hablamos de personas en situación de exclusión severa.

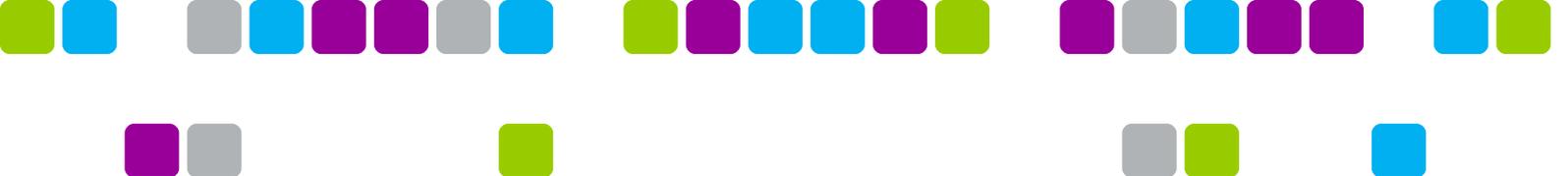
Mención aparte la constituye la pobreza severa, aquella que afecta a los hogares situados bajo el estricto umbral del 30 % de la mediana de ingresos y que afecta al 5,1 % de la población. Si bien se reduce con respecto a lo registrado en 2013 (7,3), sigue estando muy por encima de los datos obtenidos en 2007, donde afectaba al 3,5 % de la población.

En cuanto a la Comunitat Valenciana, mejora claramente en sus agregados macroeconómicos tanto en ingresos como en el empleo. Mientras los ingresos medios por hogar han sufrido, por término medio una caída del 5,3 % en todo el periodo (de crisis), sin embargo. Desde 2014 presentan un incremento acumulado del 7,4 %, en sincronización con el resto de España. En cuanto al desempleo, la situación ha mejorado en los años 2017 y 2018 pues se ha producido una reducción en la tasa de desempleo de 3,04 puntos entre el segundo trimestre de 2017 y el segundo de 2018 situando este último trimestre en un 15,6 % que está muy lejos del 23 % que había en 2015.

Sin embargo, paradójicamente, la desigualdad se está incrementado al mismo tiempo que la renta. Las personas en riesgo de pobreza y exclusión aumentan en la Comunitat Valenciana de tal modo que seguimos teniendo un 6 % de personas que padecen carencias severas y que está por encima de la media española. Las causas de esta anomalía tienen sus raíces en el hecho de que más de una tercera parte de la población percibe menos del salario mínimo interprofesional lo que supone que estas personas no son capaces de tener unos ingresos superiores al umbral de la pobreza. También el que el salario medio de la Comunitat Valenciana está un 9 % por debajo de la media nacional y que el subsidio de desempleo no llegue a la mitad de la población desempleada.

Insistimos en que un incremento de un 12 % más de personas de exclusión social (pasa de 7,3 millones en 2007 a 8,6 millones en 2018) y de un 40 % de la población de exclusión severa (pasa de 2,8 millones de personas en 2007 a 4,1 millones en 2018) es la factura en términos de exclusión social que nuestra sociedad ha pagado tras la crisis.

El balance de estos diez años nos deja una estructura social diferente, una sociedad con una integración más débil y una exclusión aumentada. Un cambio que, por supuesto, deja la imposibilidad de retornar a la situación de 2007.



En cuanto a nuestro marco social y quizás lo más peligroso, es que estamos construyendo una sociedad desligada, que destruye con cada vez mayor intensidad los vínculos y ligamentos por los que podemos vivir juntos, con derechos y obligaciones y poder desarrollar tareas comunes. Esta sociedad desligada, cada vez más anómica es el resultado que pone de manifiesto la publicación de FOESSA Exclusión Estructural e Integración Social.

Si a lo dicho más arriba, le unimos las conclusiones del estudio realizado por Raúl Flores Martos (*op.cit.* FOESSA, 2016) sobre la transmisión intergeneracional de la pobreza, que indica que 8 de cada 10 menores pobres, de adultos mantendrán ese estatus (esta transmisión es tres veces mayor que la media de la Unión Europea), tenemos el cuadro bastante completo del enquistamiento de la exclusión estructural de la sociedad española y, en consecuencia, la parálisis de la promoción social. Es más, el importante avance de la precarización y la exclusión social nos sitúa en la perspectiva de correr desenfrenadamente hacia la sociedad del descenso teorizada por Olivier Nactwey<sup>1</sup>

Así pues, la aportación del presente informe: *Política social y exclusión severa*, trata de profundizar en uno de los colectivos situados en la exclusión severa y que tradicionalmente ha sido atendido desde Cáritas, las personas en situación de sin hogar.

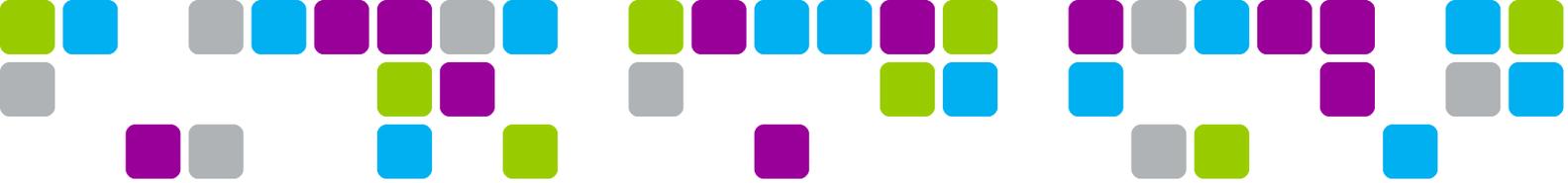
De este modo, el informe comienza analizando cuál puede ser la perspectiva de futuro en el contexto de la Comunitat Valenciana donde los indicadores sociales apuntan que las mejoras generales no llegan a quienes ya partían en peores condiciones y, por supuesto, no llegan a las personas que carecen de hogar.

El informe profundiza en aspectos que tienen que ver con cómo la sociedad sitúa y conceptualiza a estas personas y cómo incluso se llega a criminalizar su situación, con el desarrollo de ordenamientos jurídicos que penalizan el uso que hacen del espacio público y con la limitación del ejercicio de sus derechos.

Otro aspecto que preocupa a Cáritas tiene que ver con la salud mental de muchas de estas personas, cuya afectación influye claramente en la precipitación del deterioro de condiciones de vida que conducen a la situación de encontrarse sin hogar o que dificultan la inclusión social. Cáritas conoce que la inclusión social de las personas en situación de sin hogar requiere de un acompañamiento constante en un proceso que tiene en cuenta todos los ámbitos de desarrollo de la persona, que no se construye de un día para otro.

---

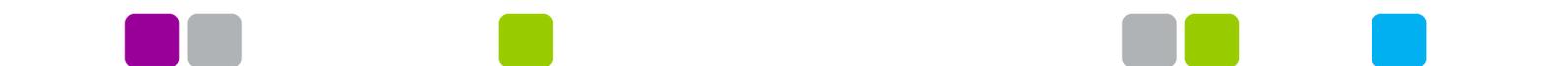
1 *La sociedad del descenso: precariedad y desigualdad en la era posdemocrática*, Paidós 2017.



Fruto de la experiencia, el informe expone dos modos de trabajar que han de ser simultáneos: por un lado, el trabajo a pequeña escala, con el individuo y con grupos pequeños para poder incidir en el bienestar personal y la integración grupal; y por otro lado, el trabajo en red con otras entidades para hacer frente a temas comunes y tener incidencia en temas legislativos y de política para defender sus derechos, como el derecho a la sanidad pública y universal. Ambos modos son complementarios e interdependientes y la actuación de Cáritas no puede descuidar ninguno de ellos.

La presente publicación concluye con una serie de propuestas que Cáritas Comunitat Valenciana concreta en la creación de una Estrategia Autonómica Integral para personas que se encuentran sin hogar.

Este informe ha sido posible gracias al trabajo coordinado por Cáritas Comunitat Valenciana y el Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión social en la Comunitat Valenciana, de la Cátedra de la Solidaridad de la Universidad Cardenal Herrera CEU.



# A. Analizamos Análisis de las condiciones de vida en la Comunitat Valenciana: renta, desigualdad y pobreza.

Enrique Lluch Frechina. Universidad Cardenal Herrera - CEU.  
M<sup>a</sup> Pilar García Alcober. Universidad Cardenal Herrera - CEU.  
Rafaela Pizarro Barceló Florida Universitaria y Univesitat de València.



La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) permite obtener información sobre la renta y su distribución, la situación económica de los hogares, la composición de la pobreza y la exclusión social en España, a partir de información de corte transversal y de datos de panel de los hogares en las distintas comunidades autónomas españolas. La publicación de los datos actualizados a 2017 nos permite ofrecer a continuación un análisis descriptivo de los principales indicadores referidos a la Comunitat Valenciana<sup>1</sup>.

## 1. La renta y su distribución

Para determinar la evolución y distribución de la renta, se utilizan dos indicadores: *la renta total neta del hogar y la renta por unidad de consumo*.

La renta total neta del hogar recoge todos los ingresos (en euros) que se percibieron por todos los miembros del hogar en el año anterior a la encuesta; en concreto, los ingresos del trabajo por cuenta ajena, beneficios / pérdidas del trabajo por

---

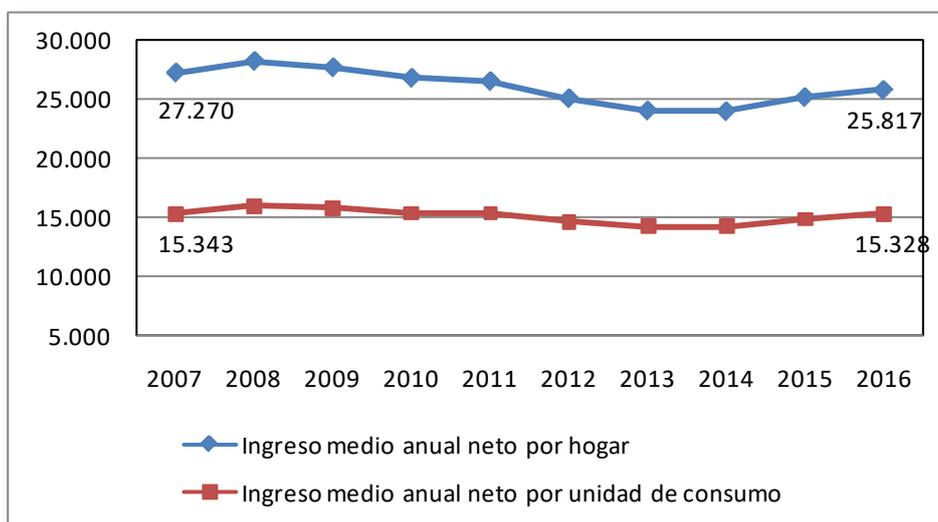
1 Los datos utilizados en este informe son los microdatos publicados por el INE para el período 2008-2017, ficheros transversales, base 2013.

cuenta propia, prestaciones sociales, rentas procedentes de esquemas privados de pensiones no relacionados con el trabajo, rentas de capital y de la propiedad, transferencias entre hogares, ingresos percibidos por menores y el resultado de la declaración por el IRPF.

Para poder realizar una comparativa más real de los ingresos entre los distintos tipos de hogar, según los miembros que los componen, se utiliza internacionalmente el concepto de renta por unidad de consumo. Una persona que viva sola constituye una unidad de consumo, ya que ha de hacer frente a todos los gastos del hogar por sí sola<sup>2</sup>.

En el gráfico 1 se observa la evolución del ingreso medio anual neto por hogar y por persona (unidad de consumo). Mientras que los ingresos medios por hogar han sufrido, por término medio, una reducción del 5,3% en todo el período, sin embargo, desde 2014 presentan un incremento acumulado del 7,4%. Este comportamiento positivo está en sincronía con la recuperación económica que se está dando en el conjunto del territorio español. Atendiendo a los ingresos medios por persona, estos alcanzaron los 15.328 euros en 2016, ligeramente inferior a los registrados en 2007, pero con un incremento acumulado del 7,6% desde 2014.

**Gráfico 1. Evolución de los ingresos medios por hogar y por persona.**



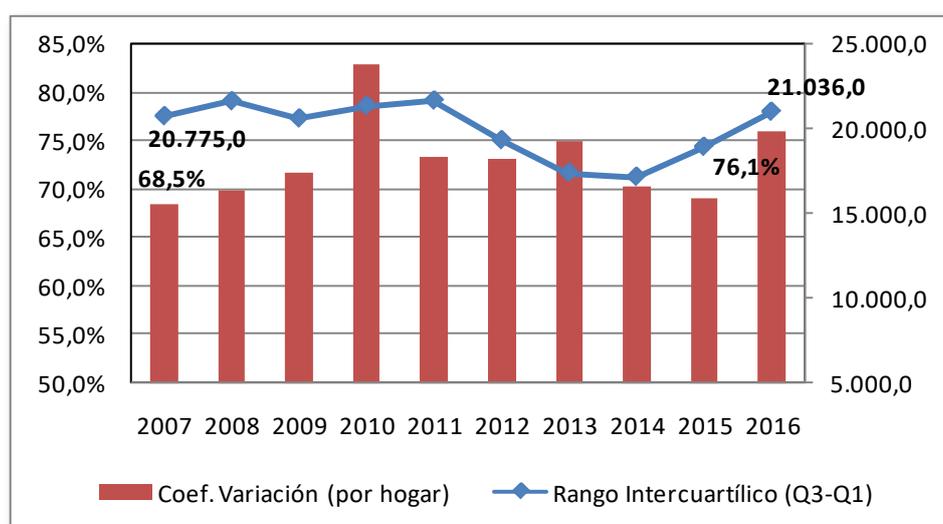
Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

2 Para determinar las unidades de consumo que hay en cada hogar, se utiliza la *escala de la OCDE modificada*, que asigna un peso de 0,5 por cada adulto adicional en el hogar y un peso de 0,3 a los menores de 14 años.

¿Está teniendo dicha evolución un efecto positivo en el reparto más igualitario de la renta entre los hogares y las personas o, por el contrario, las desigualdades se están acrecentando? Utilizando como medidas de dispersión el coeficiente de variación y el rango intercuartílico, se puede afirmar que la distribución de la renta entre los hogares es más desigual (gráfico 2) ya que, por un lado, no sólo el peso de las diferencias sobre la renta media es mayor –el 76,1% frente al 68,5% en 2007– sino que, además, dentro de la clase media (entre el percentil 25 y el 75) la desigualdad es mayor entre el hogar con mayores ingresos y el hogar con menos renta, superando el primero en 21.036 € al segundo en 2016. Si bien la crisis reciente había reducido las disparidades, desde 2014 éstas se acrecentan.

Teniendo en cuenta la distribución de la renta entre unidades de consumo (gráfico 3), las diferencias son crecientes aunque ligeramente inferiores las de los hogares –el 70,5% en 2016 frente al 62,6% en 2007–. Además, también se observa una creciente desigualdad a partir de 2014.

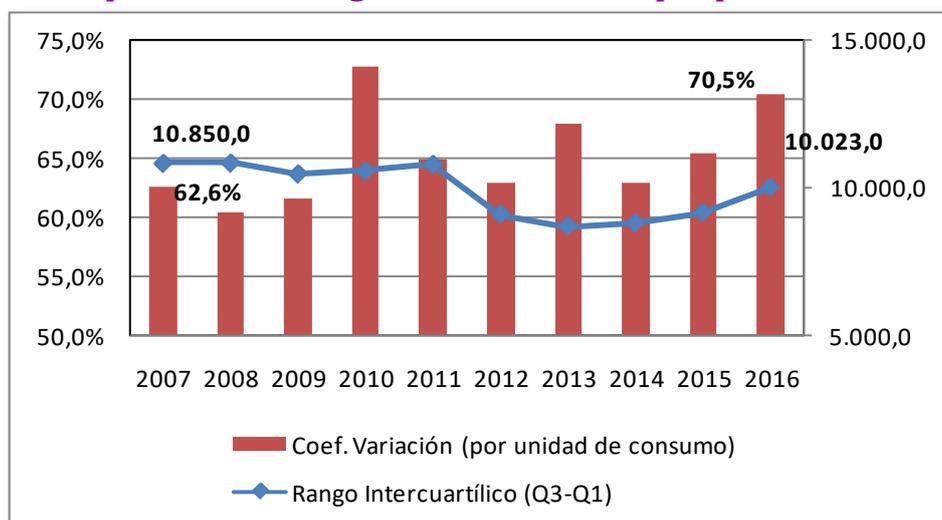
**Gráfico 2. Dispersión de los ingresos medios netos por hogar.**



Nota: El coeficiente de variación está medido en el eje izquierdo y el rango intercuartílico en el eje derecho.

Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

**Gráfico 3. Dispersión de los ingresos medios netos por persona.**



Nota: El coeficiente de variación está medido en el eje izquierdo y el rango intercuartílico en el eje derecho.

Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

La distribución de la renta en la Comunitat Valenciana no es equitativa (tabla 1), ya que el 20% de los hogares y de las personas más pobres sólo poseen, por término medio, el 5,8% y el 6,9% de las rentas, respectivamente; mientras que el 20% de los hogares y de las personas más ricas poseen, por término medio, el 41,5% y el 39,3% del total de las rentas, respectivamente. Además, en 2016 se observa un empeoramiento ya que las rentas más bajas pierden peso en su participación en la renta total, mientras que las rentas más altas suben.

**Tabla 1. Distribución por quintil de la renta por hogar y por persona.**

	Por hogar		Por persona	
	1º quintil, 0-20% (menor renta)	5º quintil, 80-100% (mayor renta)	1º quintil, 0-20% (menor renta)	5º quintil, 80-100% (mayor renta)
2007	5,9	41,3	7,4	38,8
2008	5,9	41,1	7,4	38,4
2009	5,6	41,7	6,9	39,0
2010	5,5	42,5	6,7	40,1
2011	5,6	42,7	6,5	40,1
2012	5,8	40,7	6,8	38,7
2013	6,2	41,5	7,1	39,5
2014	6,0	40,9	7,0	38,9
2015	6,2	40,8	7,2	39,5
2016	5,5	42,2	6,5	40,4

Fuente: ECV, Fuente: INE. Elaboración propia.

### **La pobreza: umbral de riesgo de pobreza y tasa de riesgo de pobreza**

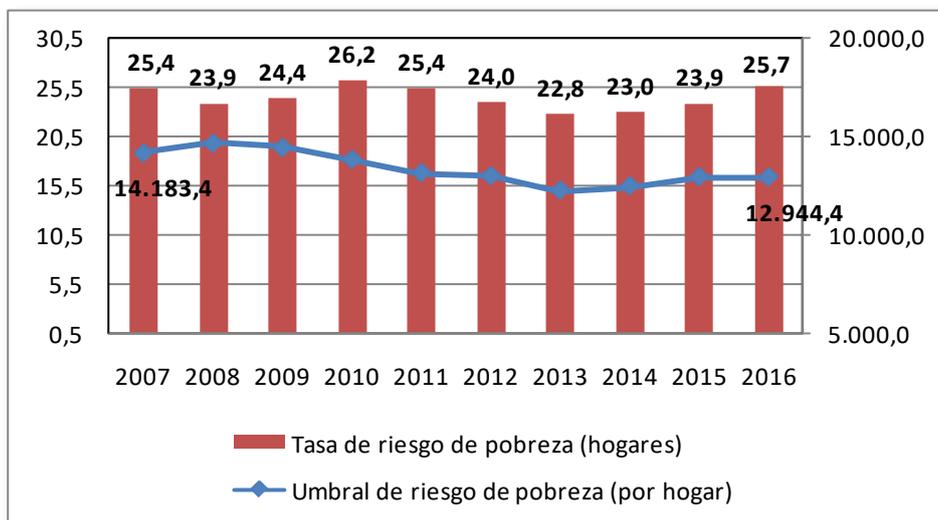
Una de las consecuencias de las disparidades distributivas de la renta en la Comunitat Valenciana es la situación de vulnerabilidad de las clases más bajas: un empeoramiento en las percepciones monetarias conlleva un agravamiento en la situación económica-social de las personas, una mayor probabilidad de estar en situación de pobreza y un mayor riesgo de exclusión social.

A continuación se presenta un análisis pormenorizado del riesgo de pobreza a partir de diversos indicadores: *el umbral de riesgo de pobreza, la tasa de riesgo de pobreza y el indicador de exclusión social* –indicador AROPE (“At Risk of Poverty or Social Exclusion”) de riesgo de pobreza–.

El *umbral de riesgo de pobreza* se establece como el 60% de los ingresos medianos anuales percibidos por unidad de consumo (se expresa en euros) e indica que una persona con unos ingresos anuales inferiores a este umbral se considera que está en riesgo de pobreza. La *tasa de riesgo de pobreza* mide cuántas personas tienen ingresos por debajo del umbral, es decir, es el porcentaje de población que está en riesgo de pobreza.

Observando al conjunto de los hogares (gráfico 4), el 25,7% de los hogares valencianos estaban en una situación de riesgo de pobreza en 2016, frente al 23,9% del año anterior. Aunque el umbral de riesgo de pobreza es una medida relativa, ya que depende de los ingresos de todos los hogares, el descenso experimentado a lo largo del período puede llevar a un aumento en la probabilidad de que un hogar se encuentre en una situación de pobreza.

**Gráfico 4. Umbral de riesgo de pobreza y tasa de riesgo de pobreza de los hogares.**



Nota: La tasa de riesgo de pobreza está medida en el eje izquierdo y el umbral de riesgo de pobreza en el eje derecho.

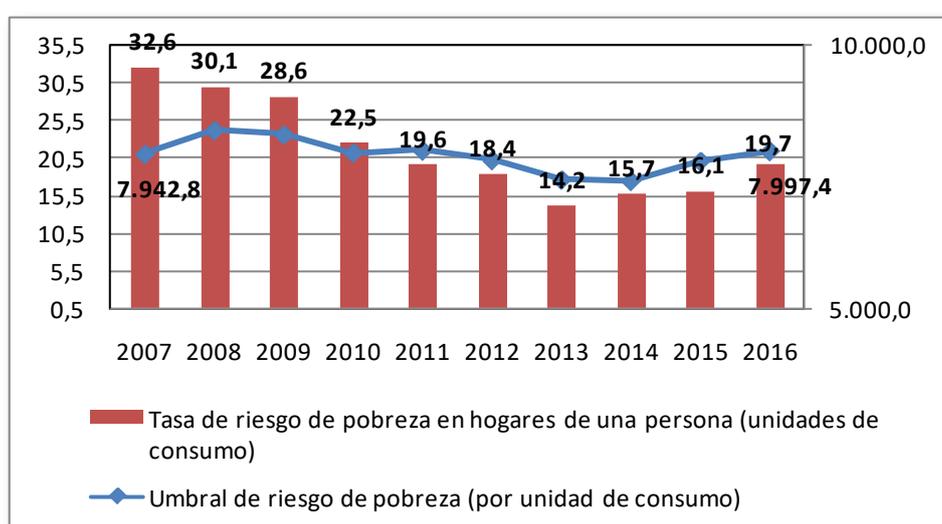
Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

Dado que los hogares difieren por el número de miembros y por la edad de los mismos, se adopta el criterio de Eurostat y se calcula el umbral de riesgo de pobreza respecto a las unidades de consumo (una persona viviendo sola) y se obtiene para los distintos hogares, según su tamaño y la edad de las personas que viven en él<sup>3</sup>.

Atendiendo a los hogares compuestos por una única persona (gráfico 5), el 19,7% de las personas que viven solas están en una situación de riesgo de pobreza en 2016. Aunque este porcentaje es sensiblemente inferior que en los primeros años de la crisis, se observa un repunte en los tres últimos años, aumentando más de tres puntos porcentuales en el último año.

3 Según la *escala de la OCDE modificada*, que asigna un peso de 0,5 por cada adulto adicional en el hogar y un peso de 0,3 a los menores de 14 años, un hogar con dos adultos tiene 1,5 unidades de consumo, un hogar con dos adultos y un niño menor de 14 años tiene 1,8 unidades de consumo y un hogar con dos adultos y dos menores se le asignan 2,1 unidades de consumo.

**Gráfico 5. Umbral de riesgo de pobreza y tasa de riesgo de pobreza por unidad de consumo.**

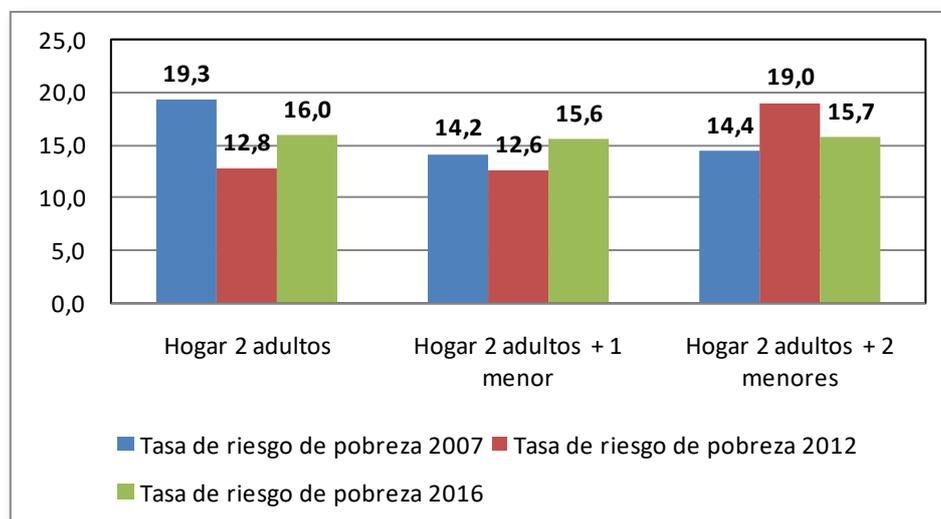


Nota: La tasa de riesgo de pobreza está medida en el eje izquierdo y el umbral de riesgo de pobreza en el eje derecho.

Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

Por tipo de hogar (gráfico 6), los porcentajes de hogares en riesgo de pobreza han aumentado en 2016 respecto a 2012, excepto para los hogares compuestos por dos adultos y dos menores. Observando los datos referidos a 2016, se puede afirmar que los hogares con una única persona tienen más probabilidad de estar en riesgo de pobreza (19,7%) que aquellos hogares con hasta 4 personas (15,7%).

**Gráfico 6. Umbral de riesgo de pobreza y tasa de riesgo de pobreza por tipo de hogar (por unidades de consumo).**



Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

Por último, se ha utilizado el indicador de exclusión social o *indicador AROPE de riesgo de pobreza*<sup>4</sup>, el cual define la población en riesgo de pobreza o exclusión social como aquella que está al menos en alguna de estas tres situaciones:

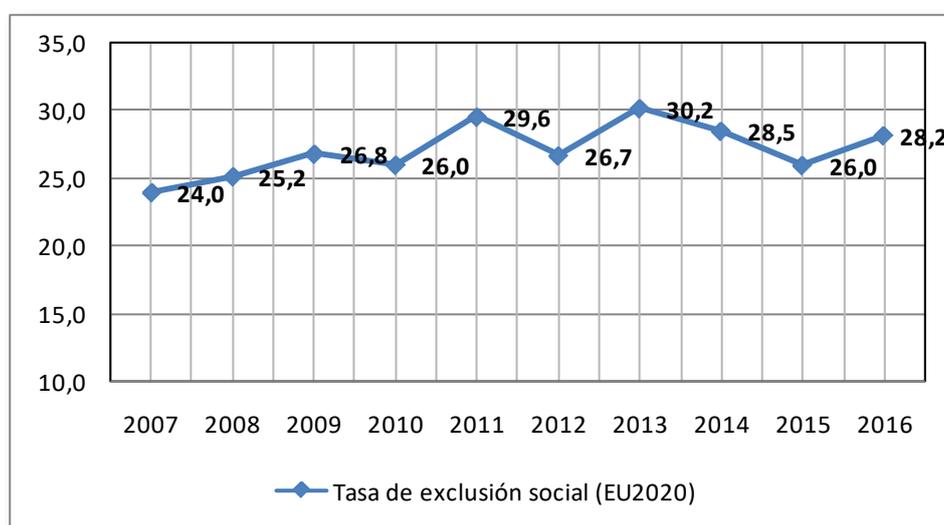
- En riesgo de pobreza (ingresos por unidad de consumo por debajo del 60% de la mediana de los ingresos del año anterior).
- En situación de carencia material severa (son los hogares con carencia de al menos cuatro conceptos de una lista de nueve). Los nueve conceptos considerados son:
  1. no puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año;
  2. no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días;
  3. no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada;
  4. o tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos ;
  5. ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad,...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses;
  6. no puede permitirse disponer de un automóvil;
  7. no puede permitirse disponer de teléfono;
  8. no puede permitirse disponer de un televisor;
  9. no puede permitirse disponer de una lavadora.

4 La tasa AROPE forma parte de los indicadores de la estrategia Europa 2020 de la Unión Europea. Para más información: [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/europe-2020-strategy\\_es/](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/europe-2020-strategy_es/)

- En hogares sin empleo o con baja intensidad laboral. Son los hogares en los que sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% del total de su potencial de trabajo durante el año de referencia de los ingresos.

Observando el gráfico 7, se puede afirmar que el 28,2% de la población valenciana está en riesgo de pobreza o de exclusión social, siendo dos puntos porcentuales superior que en 2015. Este dato, superior que cuando se utiliza el criterio del umbral de riesgo de pobreza únicamente (gráfico 5), evidencia problemas de acceso al mercado laboral y/o situaciones de dificultad económica en los hogares valencianos. Y lejos de percibir síntomas de mejoría, el dato de 2016 muestra un agravamiento en la situación económica de las familias.

**Gráfico 7. Tasa de exclusión social (estrategia Europa 2020).**



Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

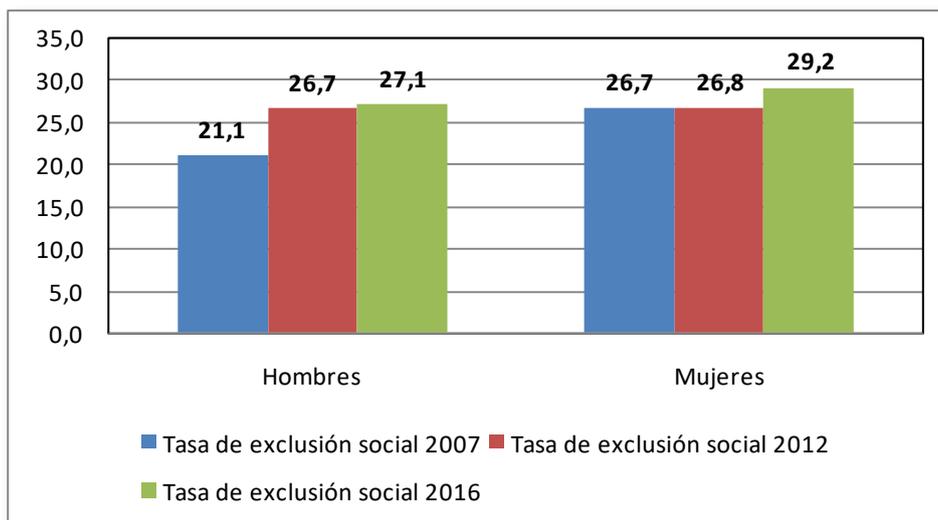
Teniendo en cuenta el sexo (gráfico 8), aunque en 2012 tanto hombres como mujeres presentaban la misma tasa de exclusión social (al inicio de la crisis muchas mujeres fueron el sostén económico de la familia), en 2016 el porcentaje de mujeres en riesgo de pobreza es dos puntos porcentuales superior al de los hombres.

Y, en relación con la actividad desempeñada (gráfico 9), los jubilados es el colectivo menos vulnerable, el sistema de pensiones público les ampara de situaciones adversas, aunque la escasa revalorización de las pensiones subyace en el ligero aumento de su tasa de exclusión social en 2016.

Por otro lado, el colectivo de trabajadores muestra mayor vulnerabilidad que los parados en los últimos cuatro años. La devaluación salarial sufrida por los

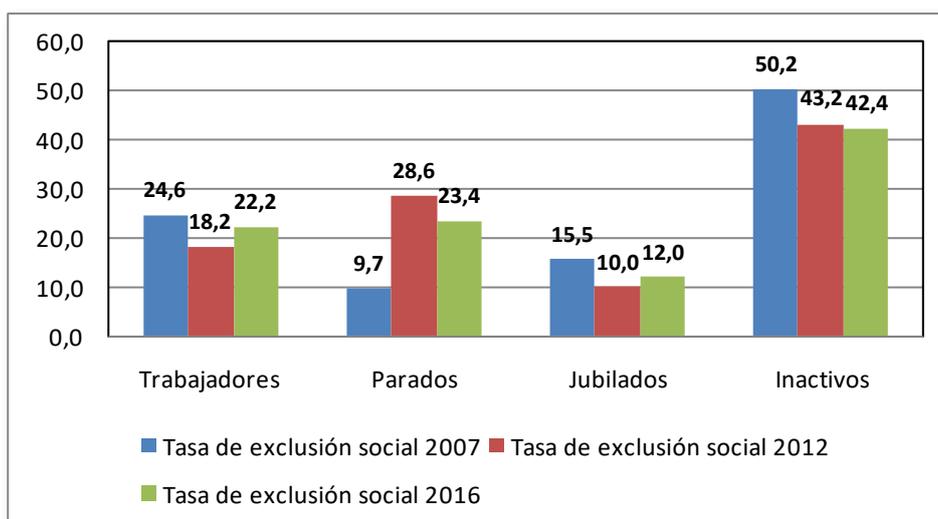
trabajadores y la precarización laboral acentúan los problemas de pobreza de los trabajadores de la Comunitat Valenciana.

**Gráfico 8. Tasa de exclusión social (estrategia Europa 2020), según el sexo.**



Nota: Los porcentajes son sobre el total de hombres y de mujeres, respectivamente.  
Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

**Gráfico 9. Tasa de exclusión social (estrategia Europa 2020), según la situación laboral.**



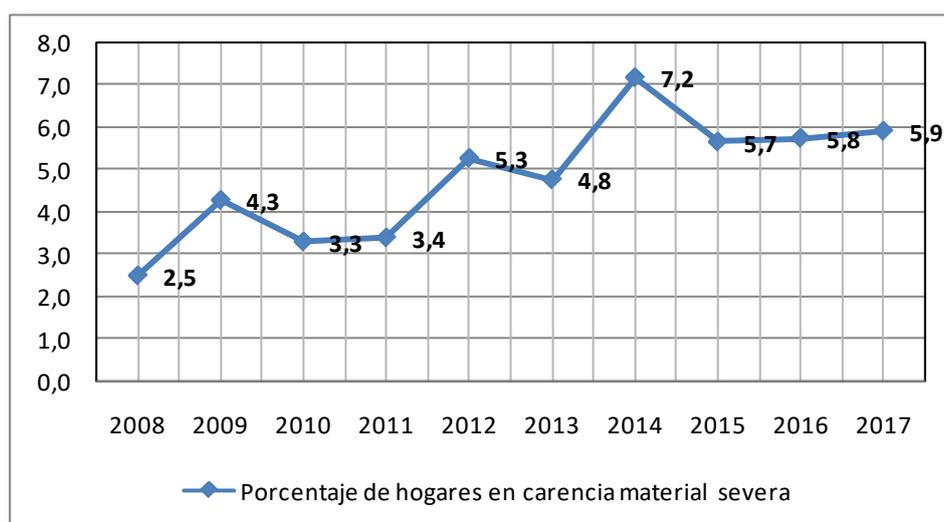
Nota: Los porcentajes son sobre el total de trabajadores, parados, jubilados e inactivos, respectivamente.  
Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

### Carencia y privación

Los hogares en riesgo de pobreza se enfrentan a bastantes dificultades económicas, difíciles de superar debido a su bajo nivel de renta. Dificultades económicas que se manifiestan en la privación y en la carencia de determinados bienes y servicios. Sin embargo, estas carencias no son únicas de la población en riesgo de pobreza, sino que también pueden sufrirlas el resto de hogares, mermando su “salud” económica.

¿A qué dificultades económicas se enfrentan los hogares en la Comunitat Valenciana? Según la definición de *carencia material severa* –la carencia de al menos cuatro conceptos de una lista de nueve (véase la pág. 16) –, en 2017 el 5,9% de los hogares valencianos presentaban carencia material severa, algo superior que el resto de hogares españoles (5,1%). Además, la evolución presenta una tendencia ligeramente creciente (gráfico 10).

**Gráfico 10. Porcentaje de hogares en carencia material severa.**



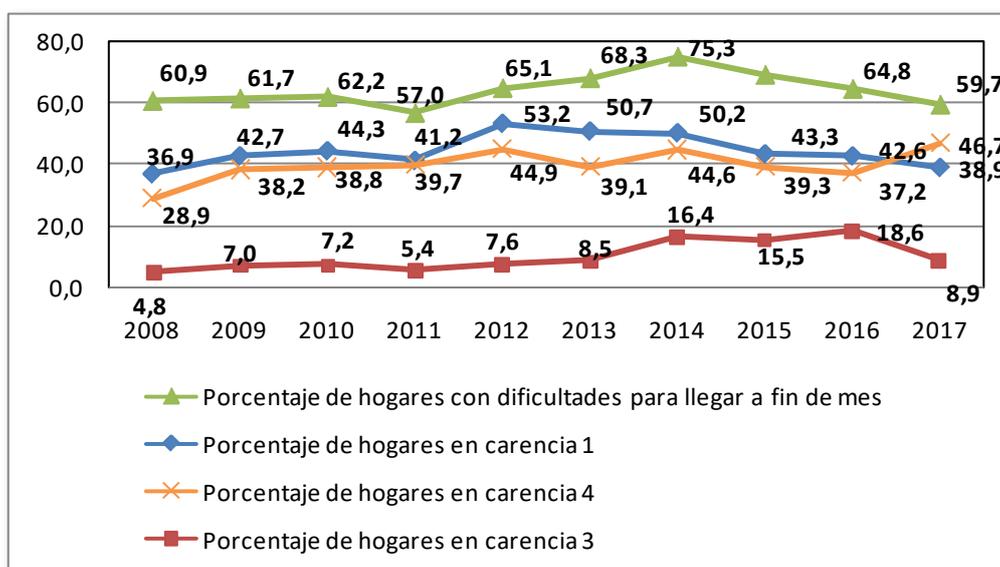
Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

¿Cuáles son las carencias más importantes de los hogares valencianos? La primera dificultad que encuentran es no poder llegar a fin de mes: cerca del 60% de los hogares tienen serios problemas para afrontar todos los gastos y llegar a fin de mes con sus ingresos ordinarios. Sin embargo, este porcentaje se ha reducido 15 puntos porcentuales desde 2014, como consecuencia de la salida de la crisis.

La segunda carencia en importancia es la imposibilidad de hacer frente a gastos imprevistos: cerca del 47% de los hogares valencianos se encuentran en esta situación, mostrando un aumento desde 2015. Hecho relacionado con la pérdida de poder adquisitivo de los hogares debido a la precariedad laboral.

En tercer lugar aparece la imposibilidad de ir de vacaciones al menos una semana al año: 4 de cada 10 hogares valencianos se encuentran en esta situación, mejorando respecto a 2012, donde más del 50% de los hogares no podía irse de vacaciones. Y, por último, la carencia energética aparece en cuarto lugar, destacando el descenso brusco de hogares que no pueden mantener la vivienda a una temperatura adecuada: del 18,6% en 2016 al 8,9% en 2017.

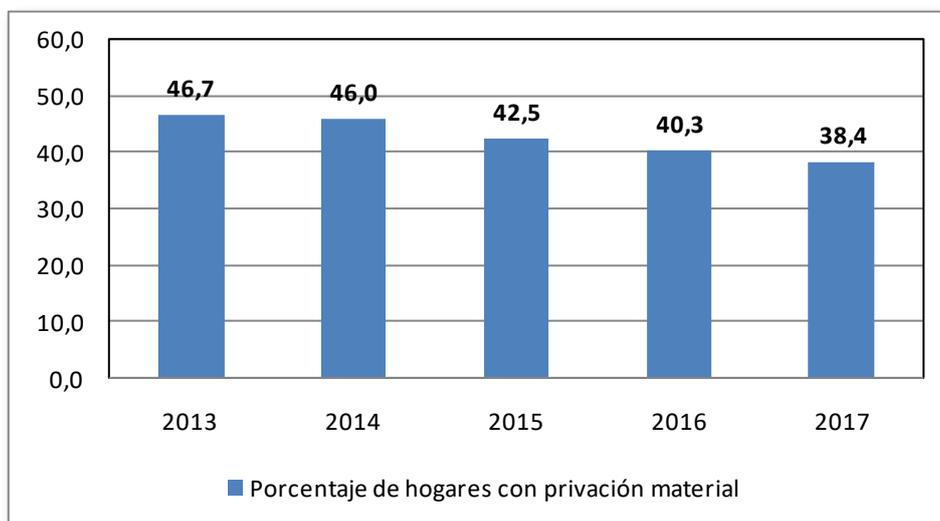
**Gráfico 11. Evolución de las dificultades económicas de los hogares.**



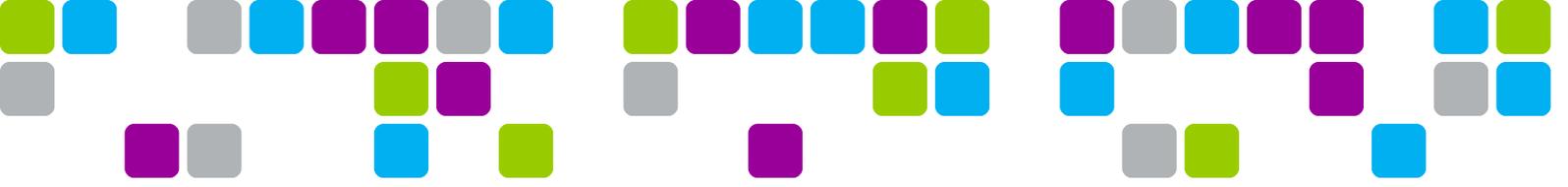
Nota: Las carencias indicadas son: (1) No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. (3) No puede permitirse mantener la vivienda en una temperatura adecuada. (4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos. Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.

Finalmente, un síntoma de las dificultades económicas que puede sufrir un hogar es que no pueda permitirse sustituir sus muebles estropeados o viejos, es lo que se conoce como *privación material*. En 2017 el porcentaje de hogares que no pueden permitirse comprarse muebles nuevos es del 38,4%, ocho puntos porcentuales menos que en 2013 (los datos de este indicador sólo están disponibles desde 2013).

**Gráfico 12. Porcentaje de hogares con privación material.**



Fuente: ECV, INE. Elaboración propia.



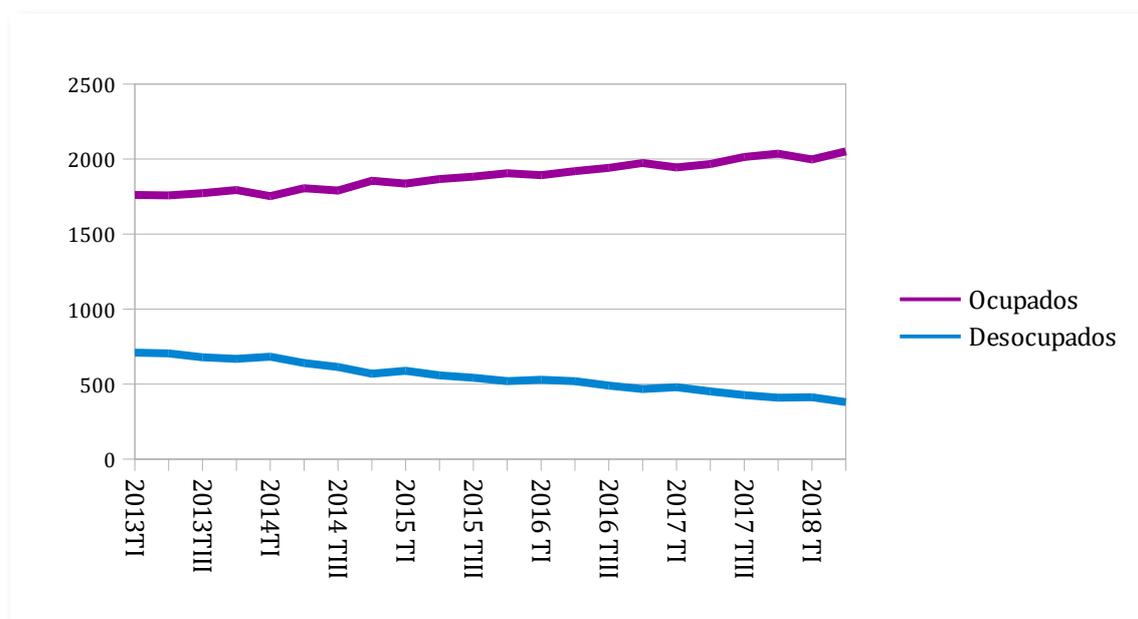
## 2. Empleo

### Los datos agregados

Los datos agregados del empleo en la Comunitat Valenciana entre 2017 y 2018 siguen la tendencia generalizada desde el año 2013. Seguimos creando empleo y reduciendo el desempleo, a un ritmo lento, pero constante. Solamente en los primeros Trimestres del año, debido especialmente al efecto del final de las fiestas navideñas se ve un empeoramiento momentáneo de las cifras. Entre el primer trimestre de 2017 y el primero de 2018 se han creado 53 200 empleos (una cifra similar a la de años anteriores que había sido de 51 700 y 56 500 en 2017 y 2016 respectivamente). El segundo cuatrimestre de 2018 ha sido especialmente bueno en la Comunitat Valenciana creándose con respecto al primer trimestre 53 800 empleos (mientras que en los años anteriores esta creación de empleo había sido de tan solo 22 100 y 26 900). Esta mejora se aprecia especialmente cuando se compara lo que ha crecido el empleo entre el 2º trimestre de 2017 y el segundo de 2018 que han sido 84 900 personas, una cifra muy superior a la que se dio en idénticos periodos de los años anteriores (46 900 y 52 700)

Algo similar ha sucedido con las cifras del desempleo habiéndose reducido este entre el segundo trimestre de 2017 y el segundo de 2018 en 71 400 personas, una cifra bastante similar a la que se había dado en el mismo periodo del año anterior (que fue de 67 800 personas). Esta combinación entre incremento de las personas empleadas y descenso de las que están desempleadas nos da como consecuencia una mejora en la tasa de desempleo de 3,04 puntos entre el segundo trimestre de 2017 y el segundo de 2018, situándose en este último trimestre en un 15,64%, muy lejos ya del 23,03% que se daba en el segundo trimestre de 2015, hace tan solo tres años.

### Gráfico 13: Ocupados y desocupados en la CV



Fuente: Encuesta de Población Activa EPA. Elaboración propia.

Cuando desagregamos estos datos por provincias los resultados nos dejan ver algunas diferencias entre provincias y según hablemos del empleo o el desempleo. Cuando hablamos del empleo, Valencia y Castellón han tenido un comportamiento muy similar. Su crecimiento en este año ha estado en ambos casos alrededor de dos puntos por encima de la media (6,07% en Valencia y 6,70% en Castellón). Sin embargo, la creación de empleo en la provincia de Alicante ha sido pequeña, de 9.000 empleos que suponen un 1,22% de crecimiento. No sucede lo mismo con el desempleo, ya que la mayoría de este ha decrecido en la provincia de Alicante que ha concentrado el 40,9% del descenso del desempleo de toda la provincia. Esto supone que mientras que en Valencia y Castellón el número de empleados se ha incrementado por encima del descenso de desempleados, lo que supone una creación neta de empleos, en Alicante ha sucedido exactamente lo contrario, de modo que el número de desempleados ha bajado mucho más que el de empleados. Esto supone que gran parte de esta bajada se da por jubilaciones o por personas que salen del mercado de trabajo por diversas causas.

**Tabla 2: Ocupados y parados por provincias (en miles de personas)**

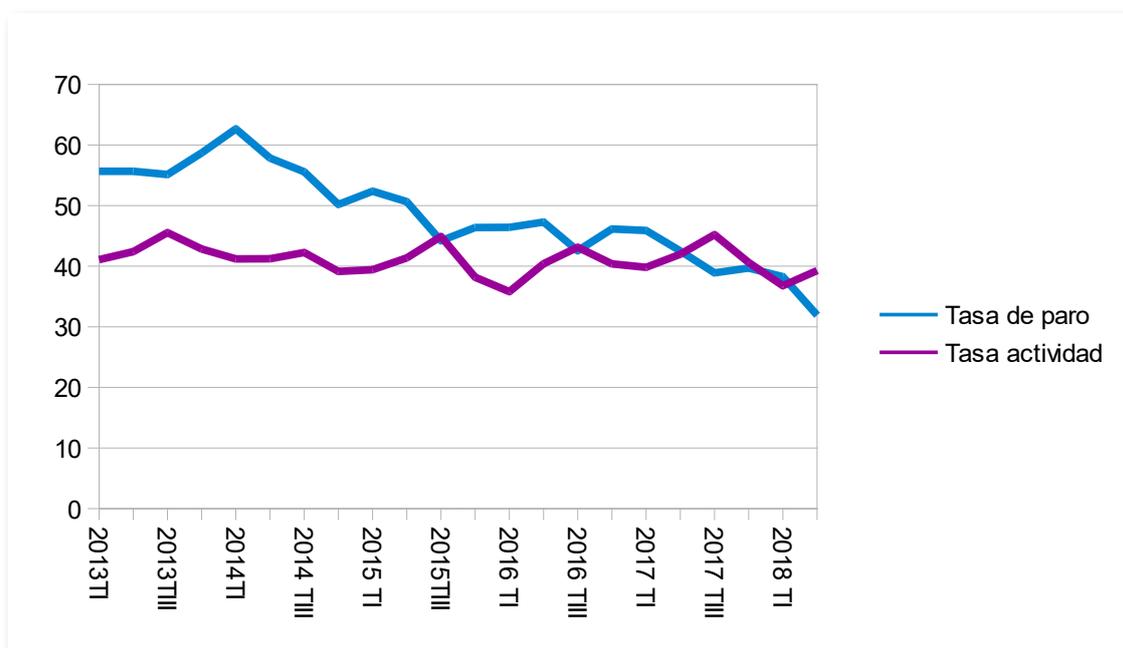
		2T 2017	3T 2017	4T 2017	1T 2018	2T 2018
OCUPADOS	<b>Alicante</b>	739,1	758,2	742,4	729,9	748,1
PARADOS		167,5	146,8	162,5	163,5	138,3
OCUPADOS	<b>Castellón</b>	217,9	227,7	234,1	227	232,5
PARADOS		46,5	41,5	39,3	45,8	43,3
OCUPADOS	<b>Valencia</b>	1009,6	1028,1	1059,4	1040,8	1070,9
PARADOS		237,8	238,8	208,2	203,6	198,8

Fuente: Encuesta de población activa

### *El enfoque de la privación*

Atendiendo a la principal línea de trabajo de este informe, tenemos que fijarnos, no solo en los datos agregados sino también en qué está sucediendo con aquellas personas más desfavorecidas que están dentro del mercado de trabajo. Nos interesa conocer qué pasa con aquellos que tienen más problemas, con los colectivos que tienen más dificultades para acceder a este mercado. El enfoque de la privación que domina estos informes nos obliga a ver si esta mejora está repercutiendo también en aquellos colectivos que tienen más problemas, en los más desfavorecidos.

**Gráfico 14: Tasa de desempleo y de actividad de menores de 25 años en la CV**



Fuente: EPA. Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

Para ello comenzamos analizando el colectivo de personas menores de 25 años ya que ellos fueron uno de los colectivos más desfavorecidos llegando a alcanzar tasas de desempleo por encima del cincuenta por cien. Los dos fenómenos más destacables de la evolución de las personas menores de 25 años son el mantenimiento de la tasa de actividad (personas que están empleadas o buscando empleo con respecto al total de la población entre 16 y 25 años) y el descenso continuado de la tasa de desempleo. Se observa claramente que la tasa de actividad sigue rondando el 40% de la población en esta edad. El restante 60% sigue estando fuera del mercado de trabajo, sobre todo porque siguen con sus estudios. Lo que se aprecia con claridad es como se sigue dando un descenso de la tasa de desempleo. De hecho, el crecimiento del empleo entre el segundo trimestre de 2017 y el segundo de 2018 ha sido el mayor de todos los tramos de edad, situándose en un 12,7%, mientras que la media de crecimiento del empleo ha sido de un 4,32%. Se trata, pues, de un crecimiento importante aunque inferior al que se había dado en el mismo periodo del año anterior (14,11%). Este aumento del empleo ha resultado en una tasa de desempleo de 31,92%, la mitad de la que se llegó a dar en el primer cuatrimestre de 2014. Los trabajos que se crean en este colectivo son sobre todo en el sector servicios y la remuneración percibida en estas edades es bastante reducida, siendo menos de la mitad de la remuneración media.

**Tabla 3: Porcentaje de parados que llevan más de un año buscando empleo en la CV.**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>C. Valenciana</b>	49,80%	55,70%	56,80%	61,80%	64,70%	63,50%	58,07%	51,76%

Fuente: Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

Los parados de larga duración son uno de los colectivos más desfavorecidos debido a que suelen tener más inconvenientes para volver al mercado de trabajo. Aquí encontramos una mejora significativa en la disminución de este colectivo. En el periodo estudiado, los parados que estaban en esta situación se han reducido en 56 200 personas, una reducción menor que en el mismo periodo del año anterior (72 200). Es difícil saber si este descenso se debe a que hayan encontrado trabajo, a que se hayan jubilado o simplemente a que estén desincentivadas a buscar un empleo. En todo caso, las personas que están en desempleo más de un año siguen suponiendo la mitad de la población desempleada.

**Tabla 4: Creación de empleo en la CV entre 2º trimestre de 2017 y 2º trimestre de 2018 (en miles de personas)**

	TOTAL	T. Completo	T. Parcial	C. Indefinido	C. Temporal	Cuenta propia
<b>Total</b>	84,9	121,1	-36,2	47,7	11,9	27,2
<b>Hombres</b>	31,4	39,6	-8,1	11,5	2,4	18,5
<b>Mujeres</b>	53,5	81,6	-28	36,2	9,5	8,7

Fuente: Encuesta de población activa. Elaboración propia

Si analizamos la creación de empleo según el sexo de las personas y según el tipo de contrato, los resultados son positivos en todos los casos. Por un lado, la creación de empleo ha sido mucho mayor en las mujeres que en los hombres (un 6,18% ante un 2,85%). Además, tanto en uno como en otro, ha sido principalmente una creación de empleo a tiempo completo y una destrucción de empleo a tiempo parcial (que también se ha concentrado en las mujeres que, por otro lado, son las que concentran la mayoría de los contratos a tiempo parcial). Además, el crecimiento de los contratos de duración indefinida ha sido superior al de los contratos temporales (un 4,11% ante un 2,5%) y en ambos casos los crecimientos de las mujeres han sido superiores a los de los hombres. Esta mejora se ha dado en todos los tipos de situación profesional, ya sean estos por cuenta propia o por cuenta ajena, privados o públicos. Se puede afirmar, por tanto, que la mejora en el empleo abarca todas las modalidades profesionales posibles.

**Tabla 5: Creación de empleo en la CV entre 2º trimestre de 2017 y 2º trimestre de 2018 según los estudios realizados**

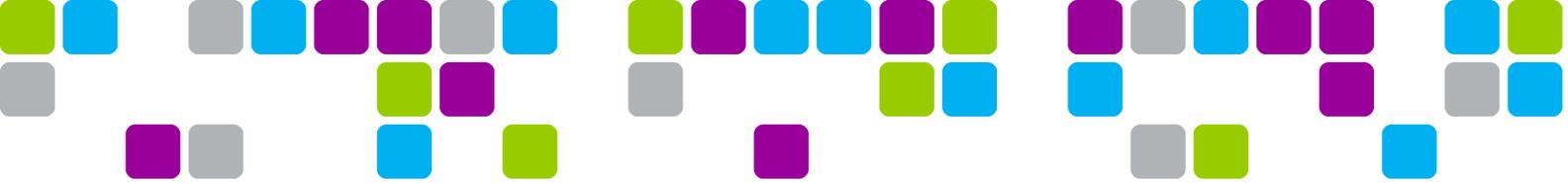
	Diferencia en personas	Crecimiento anual	Porcentaje del total
Analfabetos	-400	-19,05%	-0,47%
Sin estudios primarios	-3.300	-22,45%	-3,89%
Educación primaria	-14 700	-19,55%	-17,31%
1ª Etapa secundaria	15 000	2,36%	17,67%
2ª Etapa secundaria	-5.600	-1,92%	-6,60%
Secundaria y profesional	25 300	12,00%	29,80%
Educación Superior	68 600	9,31%	80,80%

Fuente: Encuesta de Población Activa. Elaboración propia.

Cuando vemos la creación de empleo en el periodo estudiado según la formación de los ocupados, observamos como la práctica totalidad del incremento del empleo se ha centrado en los colectivos con más formación. De hecho, han sido las personas con educación superior las que han logrado incrementar más su ocupación seguidas por aquellas que tienen educación secundaria y profesional. Sin embargo, los colectivos con menor formación han reducido su número de ocupados, con unos descensos porcentuales acusados, en especial en aquellos que menor formación tienen. Las estadísticas no nos permiten saber si se trata de una sustitución de empleados menos cualificados por otros que lo están más para el mismo puesto de trabajo o si, tal y como parecen apuntar las estadísticas anteriores, la mayor calidad del empleo creado ajusta con que esté destinado para personas más cualificadas.

### *El mercado de trabajo en la Comunitat Valenciana*

Las conclusiones que podemos extraer de esta comparativa entre las cifras del segundo trimestre de 2017 y de 2018 son varias. La primera sería que las cifras agregadas siguen mejorando tal y como hacían en los años anteriores. Las cifras totales siguen dando un panorama optimista debido a la mejoría que experimentan. Pero lo principal de este informe es ese enfoque de la privación que quiere centrarse en los colectivos más desfavorecidos de la sociedad. En esta línea hemos observado como la creación de empleo ha mejorado tanto a los jóvenes de menos de 25 años como a las mujeres. Dos colectivos que habían tenido problemas en los años anteriores y que en este ven mejorar significativamente sus cifras de ocupados. Además, la calidad de sus empleos parece mejorar también ya que la creación de empleo en el caso de las mujeres se ha centrado en contratos a tiempo completo e indefinidos.



Lo mismo ha pasado con los parados de larga duración que han seguido su senda decreciente que ya llevaban en los años anteriores. Sin embargo, cuando analizamos la creación de empleo según los estudios realizados, aquí los peor parados han sido los colectivos que menos posibilidades tienen de acceder a buenos trabajos, es decir, aquellos que tienen una cualificación inferior. El empleo para estos grupos se ha reducido en el último año lo que conlleva que haya menos posibilidades de empleo y que tienen unos salarios inferiores. Cuando miramos a los más desfavorecidos, la reducción de empleos para aquellos que tienen menor formación es un signo preocupante que hace que toda esta recuperación no parezca favorecer a los últimos de los últimos.

## 3.- Derechos sociales

### *La evolución de los salarios*

La crisis económica de 2007 tuvo una especial incidencia en la Comunitat Valenciana. Tras años de un crecimiento económico basado fundamentalmente en el sector construcción, el estallido de la crisis constató las debilidades de ese tipo de modelo, dando lugar a unas altas tasas de desempleo de difícil reciclaje. A esto se añadió el largo periodo de tiempo que duró la crisis. En el último informe que publicamos pudimos constatar las dramáticas consecuencias de la crisis en la Comunitat Valenciana. De hecho, se tuvieron que tomar medidas adicionales por parte de la Administración, como el desarrollo del Decreto-Ley 5/2016, de 22 de julio, de agilización de la tramitación de la Renta Garantizada de Ciudadanía, ante la situación de emergencia social.

En este apartado vamos a analizar cuál ha sido la evolución de los salarios ahora que la economía está creciendo y, en el apartado siguiente, hablaremos de las prestaciones sociales.

Tras la crisis económica, los salarios se vieron congelados para poder recuperar la competitividad económica de nuestro país. En este apartado del estudio nos vamos a centrar en los trabajadores que cobran un salario inferior al Salario Mínimo Interprofesional (SMI). En España el porcentaje de trabajadores que no llegan a cobrar el SMI es muy elevado, las altas tasas de desempleo, vividas durante los años posteriores a la crisis, han llevado a una precarización laboral cuya consecuencia es que muchos trabajadores no tengan una jornada laboral completa y/o tengan trabajos temporales. Ambos motivos llevan a que se puedan llegar a cobrar un salario inferior al SMI.

Tal y como hicimos en el informe anterior, vamos a recurrir a la información de la Agencia Tributaria para ver la evolución de la población asalariada con un salario inferior al SMI. Recordemos que es una fuente estadística distinta a las habituales que se vienen utilizando para hablar del mercado de trabajo (como la Encuesta de Población Activa o la Contabilidad Nacional). Es una información de carácter censal obtenida de la Declaración Anual de Retenciones e Ingresos a Cuenta sobre Rendimientos del Trabajo. Más detalles sobre esta fuente estadística se pueden encontrar en nuestro informe anterior.

En la tabla podemos ver como en España, en el año 2016 (el último dato disponible hasta la fecha), el 34% de los trabajadores recibían un salario inferior al SMI. Aunque sigue siendo una cifra muy alta, como dato positivo se puede reseñar que la tendencia al alza del número de trabajadores con un salario inferior al SMI dio

un giro del año 2014 al 2015 y lleva dos años decreciendo, además la principal caída ha sido la de los trabajadores que cobran menos de la mitad del SMI, lo cual es un signo esperanzador. Si nos fijamos en la Comunitat Valenciana observamos el mismo cambio de tendencia, a pesar de que el porcentaje es superior al español, de hecho fue en 2016 de un 36,4%, y de un 21,9% en el caso de los trabajadores que ni siquiera cobran la mitad del SMI.

**Tabla 6: Población asalariada en función de su ganancia respecto al SMI en España\* y en la Comunitat Valenciana (% s/total)**

	España							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 0 a 0,5 SMI	18,5	19,0	19,5	20,5	21,8	21,9	21,3	20,9
De 0,5 a 1 SMI	12,2	12,2	12,4	12,4	12,6	13,0	13,1	13,1
De 0 a 1 SMI	30,7	31,2	31,9	32,9	34,5	34,9	34,4	34,0

	Comunitat Valenciana							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 0 a 0,5 SMI	20,0	20,6	21,1	22,1	23,2	23,1	22,2	21,9
De 0,5 a 1 SMI	13,7	13,6	13,8	14,1	14,2	14,5	14,6	14,5
De 0 a 1 SMI	33,7	34,2	34,8	36,2	37,4	37,6	36,8	36,4

\* No están incluidas la C. Foral de Navarra y el P. Vasco

Fuente: Agencia Tributaria y elaboración propia.

En la tabla podemos ver un resumen de la comparativa del porcentaje de trabajadores que cobran menos del SMI el último año disponible, en España y en la Comunitat Valenciana, en ella se observa claramente que la situación de la Comunitat Valenciana sigue siendo peor. Al desglosar los porcentajes por género se constata que la situación de las mujeres es mucho peor, así pues, en España un 38,6% de las mujeres no alcanzan el SMI frente a un 30,1% de los varones. Si nos fijamos en la Comunitat Valenciana la diferencia es incluso superior, alcanzando los 10 puntos porcentuales, mientras que el 31,8% de los hombres no llega al SMI, tenemos que un 41,8% de las mujeres están en esa situación.

**Tabla 7: Población asalariada en función de su ganancia respecto al SMI por sexo en España\* y la Comunitat Valenciana, 2016 (% s/total)**

	Ambos sexos	
	España	C. Valenciana
De 0 a 0,5 SMI	20,9	21,9
De 0,5 a 1 SMI	13,1	14,5
De 0 a 1 SMI	34,0	36,4
Hombres		
	España	C. Valenciana
De 0 a 0,5 SMI	18,7	19,4
De 0,5 a 1 SMI	11,4	12,4
De 0 a 1 SMI	30,1	31,8
Mujeres		
	España	C. Valenciana
De 0 a 0,5 SMI	23,6	24,8
De 0,5 a 1 SMI	15,0	17,0
De 0 a 1 SMI	38,6	41,8

\*No están incluídas la C. Foral de Navarra y el P. Vasco.

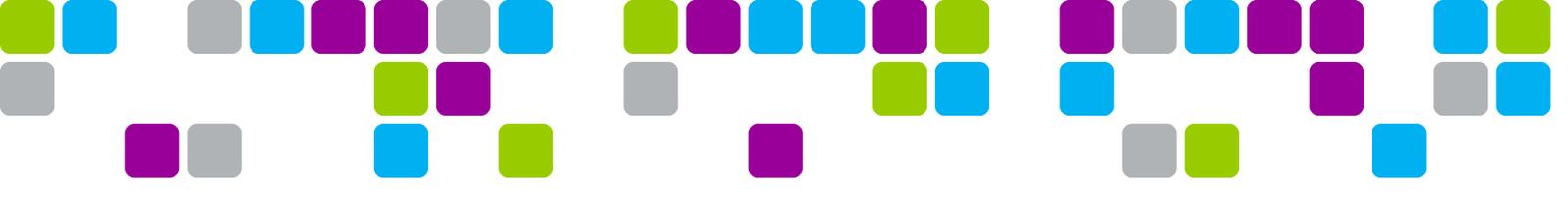
Fuente: Agencia Tributaria y elaboración propia.

**Tabla 8: Salarios medios en euros anuales por sexos**

Años	Comunitat Valenciana			España		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2009	17 303	19 302	14 710	19 085	21 433	16 110
2010	17 371	19 339	14 876	19 113	21 449	16 209
2011	17 424	19 410	14 955	19 102	21 422	16 264
2012	16 788	18 750	14 407	18 601	20 876	15 872
2013	16 800	18 627	14 593	18 505	20 647	15 956
2014	16 756	18 550	14 588	18 420	20 537	15 917
2015	17 019	18 836	14 835	18 645	20 779	16 143
2016	17 222	19 130	14 945	18 835	21 026	16 281

Fuente: Agencia Tributaria y elaboración propia

Los salarios medios que podemos ver en la tabla 8, descendieron claramente hasta el año 2014, sin embargo, a partir de ese año han ido incrementándose, aunque aun no han llegado a alcanzar los niveles de hace siete años. En el último año disponible, 2016, los salarios medios aumentaron un 1,19% en la Comunitat Valenciana y un 1,02% en España, aunque los salarios de la comunidad siguen siendo un 9,37% inferiores a los del total de la nación. Llama especialmente la atención, que el



incremento del salario medio femenino ha sido bastante inferior al masculino lo que repercute directamente en un incremento del diferencial entre ambos. Así pues, el salario medio femenino se ha incrementado el último año un 0,74% en la Comunitat Valenciana y un 0,85% en España.

En general, podemos decir que hay una cierta recuperación salarial. Sin embargo, teniendo en cuenta que el crecimiento del Producto Interior Bruto del año 2016 fue de un 3,2% el incremento del salario medio no parece muy significativo, especialmente si hablamos del salario femenino.

### *La evolución de las prestaciones sociales*

El acceso a un trabajo digno y bien remunerado es la principal vía para terminar con la pobreza. En el apartado anterior se ha realizado un análisis del acceso a un salario digno. Es importante que se garantice un salario mínimo al mayor número de personas posibles, como hemos podido ver un porcentaje considerable de la población ni siquiera llega a cobrar el salario mínimo. A esto hay que añadir que parte de la población no tiene acceso al empleo, por eso, en las sociedades desarrolladas entran los mecanismos de protección social que garanticen un nivel de vida digno. Siguiendo el principio de equidad se establecen una serie de prestaciones para aquellas personas que no puedan acceder al mercado laboral, dichas prestaciones están financiadas con impuestos o cotizaciones sociales. Estas prestaciones constituyen un pilar clave a la hora de minimizar la pobreza y/o exclusión social. Vamos a hacer un análisis de las principales prestaciones, empezando por la prestación por desempleo.

## **Prestaciones por desempleo**

Las prestaciones por desempleo son claves a la hora de hablar de pobreza y exclusión social. Cuando un trabajador se queda desempleado tiene que enfrentarse a dos tipos de efectos: los psicológicos y los económicos. Dichos efectos se acentúan cuando las perspectivas de encontrar un nuevo puesto de trabajo son menores. Por eso durante la época de crisis en la que muchas personas, especialmente las dedicadas al sector construcción, perdieron el trabajo y no veían posibilidad de encontrar uno nuevo y gran parte de ese desempleo pasó a ser de larga duración. En la tabla 9 podemos observar la tasa de cobertura de las prestaciones por desempleo. Esta tasa nos indica el porcentaje de personas desempleadas que tienen acceso a una prestación por desempleo, por tanto, cuanto menor es la tasa más personas hay sin ingresos laborales y sin prestación por desempleo, fomentándose la pobreza. En esta tabla se puede observar como dicha cobertura fue reduciéndose entre los años 2010 al 2016. Esta reducción puede deberse

a dos motivos, por un lado, los desempleados de larga duración ya no tienen acceso a esas prestaciones y, por otro lado en los años inmediatamente posteriores a la crisis se generó mucho empleo temporal y precario que tampoco garantizaba una prestación al finalizar. Sin embargo, el año 2017 la tasa de cobertura ha aumentado un 8% para el caso español y casi un 9% en el caso de la Comunitat Valenciana, aunque dicha tasa sigue siendo inferior en la Comunitat Valenciana, un 52,1% frente a un 56,2% en España. Por otro lado, la provincia de Alicante es la que tiene una tasa de cobertura inferior, indicando que casi la mitad de los desempleados no reciben prestación por desempleo.

**Tabla 9: Tasa de cobertura de las prestaciones por desempleo (%)\***

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ESPAÑA	71,4	73,6	74,9	66,8	62,3	59,1	55,6	52,6	52,0	56,2
C. VALENCIANA	64,0	67,6	68,9	59,8	55,8	54,6	50,8	48,3	47,9	52,1
Alicante	59,9	63,9	66,0	57,3	52,9	50,5	47,8	46,0	45,8	50,3
Castellón	70,6	77,1	77,1	65,9	61,0	58,5	53,7	50,6	50,8	55,5
València	66,3	68,3	69,4	60,4	56,9	56,9	52,4	49,6	48,9	52,7

\*Beneficiarios de las prestaciones por desempleo \* 100 / Paro registrado.

Fuente: Ministerio de Empleo y S. Social.

Respecto al peso de las prestaciones contributivas sobre el total de las prestaciones, podemos ver en la tabla 9 que sufrieron una caída entre los años 2010 y 2015 del 28,5% en el caso de la Comunitat Valenciana y de un 21% en España. Durante los dos últimos años, 2016 y 2017 se ha truncado la senda negativa para pasar a crecer, aunque su peso global todavía sigue siendo inferior al que tenían en el año 2010 tras la explosión de la crisis. Hay que tener en cuenta que las prestaciones contributivas son las de mayor cuantía, por eso preocupa la caída de su peso sobre el total de las prestaciones.

**Tabla 10: Peso de las prestaciones contributivas de desempleo en el total de prestaciones (% en medias anuales)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Comunitat Valenciana	52,0	47,7	46,7	44,5	40,6	37,2	38,1	39,6
España	47,7	46,0	46,3	45,1	41,7	37,7	38,0	39,0

Fuente: Servicio Público de Empleo y S. Social y elaboración propia.

### Pensiones contributivas

En un estado de bienestar las pensiones van a garantizar unas rentas básicas para aquellas personas que no están trabajando. Cuando hablamos de pensiones contributivas nos referimos a aquellas que se generan cuando ha habido un periodo de cotización determinado y su cuantía va a depender de las cotizaciones de cada trabajador. En la tabla 11 podemos observar las pensiones contributivas medias españolas y de la Comunitat Valenciana de los últimos 10 años. El último año la pensión media fue de 848€/mes en la Comunitat Valenciana, aunque la tendencia ha sido creciente sigue siendo muy inferior a la media española. Así pues, la media española es de 920, 5€/mes, unos 73€ al mes más. En ambos casos las pensiones han aumentado un 1,9%, al igual que lo hicieron el año anterior. Ese incremento se debe que las personas que se jubilaron estos dos últimos años tenían bases de cotización más elevadas, no a la revalorización de las pensiones.

**Tabla 11: Pensión contributiva media. España, Comunitat Valenciana. Euros/mes en medias anuales**

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
España	719,7	754,1	779,5	805,0	829,8	856,4	871,0	886,8	903,6	920,5
Comunitat Valenciana	658,9	691,2	715,3	738,9	762,5	787,7	802,1	816,9	832,3	848,0

Fuente: Ministerio de Empleo y S. Social

### Pensiones no contributivas

Las personas que no han trabajado el mínimo exigido por la ley tienen derecho a pensiones no contributivas. Este tipo de pensiones tiene un efecto mayor a la hora de hablar de protección contra la pobreza, ya que, lógicamente, van destinadas a personas que tampoco han estado cobrando unos salarios de forma continuada en el tiempo. En la tabla 12 podemos ver la cantidad de personas con acceso a esas pensiones y el importe medio. Aquí se distingue entre pensiones de jubilación y de invalidez. El número de beneficiarios de las pensiones no contributivas de jubilación ha ido aumentando desde el año 2012 hasta alcanzar las 29 943 personas, la cuantía de dichas pensiones también ha ido creciendo pero podemos ver que el importe medio es bastante bajo, en 2017 fue de 353,32€/mes. Respecto a las pensiones de invalidez, el número de pensiones es menor y en 2017 era de 18 954 pensiones. Sin embargo su cuantía media es algo superior, aunque sigue siendo baja, en 2017 fue de 393,13€

**Tabla 12: Número de pensiones no contributivas e importe medio (en euros/mes) en la Comunitat Valenciana**

	Pensiones de Jubilación	Importe mensual medio (euros)	Pensiones de Invalidez	Importe mensual medio (euros)
2008	26 581	301,60	19 605	345,73
2009	26 659	309,59	20 029	356,19
2010	26 678	314,77	20 098	356,56
2011	26 623	323,61	20 024	365,86
2012	26 508	335,71	19 596	375,93
2013	27 016	345,18	19 402	386,69
2014	28 001	349,37	19 258	389,20
2015	28 604	348,27	19 357	389,86
2016	29 440	351,30	19 305	390,35
2017	29 943	353,32	18 954	393,13

Fuente: Imserso

### Rentas mínimas de inserción

El último pilar que nos encontramos a la hora de hablar de redistribución de renta en una economía de bienestar es el de las rentas mínimas. Estas rentas son competencia de cada CCAA y reciben distintos nombres (salario social básico, renta de inclusión social, etc.). En la tabla 13 podemos observar el número de personas beneficiarias de esas rentas, como titulares o como totales, es decir, el titular de la renta más sus personas dependientes. En la Comunitat Valenciana el total de beneficiarios de esas rentas fue de 50 771 personas en 2016 (de ellas 20 574 eran titulares). Por género, un 66% de las personas beneficiarias eran mujeres y un 34% varones.

**Tabla 13: Personas beneficiarias de rentas mínimas. España y Comunitat Valenciana**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
España. Titulares	223 940	217 358	258 408	264 279	323 406	314 562
España. Total	547 663	556 857	637 573	616 885	789 672	782 806
Comunitat Valenciana. Titulares	6 342	12 282	11 840	15 127	16 383	20 574
Comunitat Valenciana. Total	16 982	31 710	31 382	40 283	42 249	50 771

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

### Prestaciones de ayuda a la dependencia

Por último vamos a tratar el tema de las prestaciones de ayuda a la dependencia. En una sociedad cada vez más envejecida, va creciendo el número de personas dependientes. En España las políticas de apoyo a las personas dependientes son todavía muy incipientes, tradicionalmente se consideraba que estas personas estaban a cargo de las mujeres que no trabajaban fuera de casa, sin embargo, con la incorporación de la mujer al mercado laboral y el envejecimiento de la población, cada vez son más necesarias unas políticas de apoyo a la dependencia más desarrolladas. En la tabla 14 se puede ver cómo las personas beneficiarias de prestaciones de dependencia han ido aumentando considerablemente, llegando casi a duplicarse desde el año 2008 al 2017.

**Tabla 14: Personas beneficiarias de prestaciones de dependencia. España y Comunitat Valenciana**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
España	422 846	463 303	654 499	741 713	764 969	753 842	745 720	796 109	865 564	954 831
C. Valen.	25 437	23 439	36 776	42 960	42 816	41 752	41 809	43 239	51 564	61 488

Fuente: Imsero.

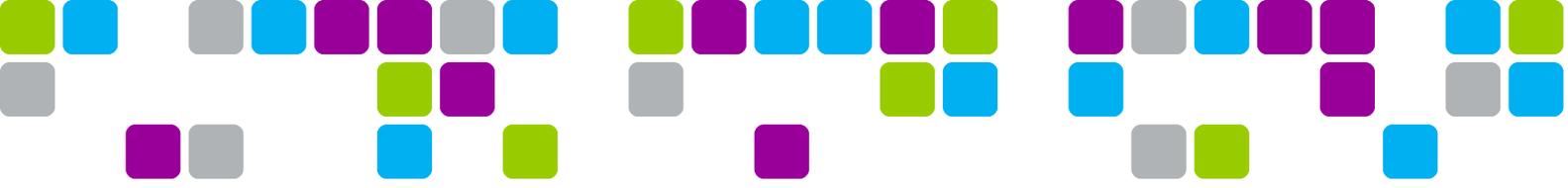
## 4.- Conclusiones

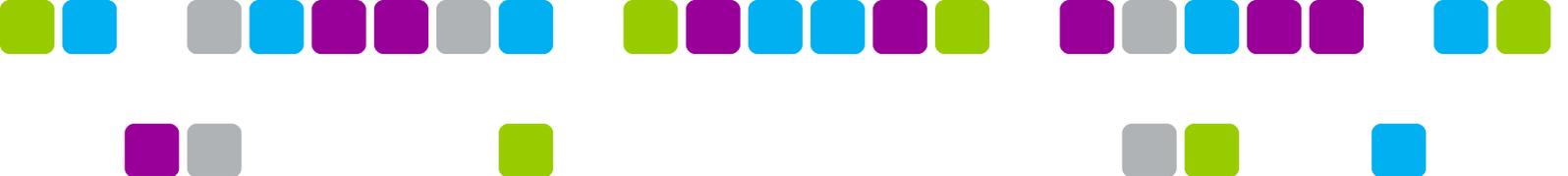
Las conclusiones principales de este capítulo nos llevan a constatar una disonancia entre lo que son las cifras agregadas de la evolución económica del periodo estudiado y lo que ha sucedido con las personas más desfavorecidas en estos meses. Por un lado constatamos una mejora de la renta media en la Comunitat Valenciana, los ingresos medios de la población se siguen incrementando al mismo tiempo que las cifras agregadas de empleo también lo hacen. Se ha creado empleo, se ha reducido el desempleo y las rentas medias se incrementan, se trata de un panorama agregado considerado positivo para la sociedad en su conjunto. Sin embargo, cuando analizamos esta misma realidad desde un enfoque de la privación las conclusiones de este breve periodo de tiempo no son tan halagüeñas.

Por un lado las desigualdades se están incrementando al mismo tiempo que la renta, lo que muestra que esta mejora se está repartiendo de una manera desigual entre la población. Por eso las personas en riesgo de pobreza y en riesgo de exclusión se incrementan en la Comunitat Valenciana al mismo tiempo que mejoran las cifras agregadas. Seguimos teniendo un 6% de personas que padecen carencias severas. Además, estas cifras siguen siendo superiores a las que se dan en la media nacional.

Las causas que pueden estar detrás de esta aparente anomalía tienen que ver con los indicadores sociales que se estudian en el tercer apartado del estudio. Por un lado más de una tercera parte de las personas que trabajan perciben menos del salario mínimo interprofesional. Esto supone que estas personas no son capaces de tener unos ingresos superiores al umbral de la pobreza. Además, el salario medio de la Comunitat Valenciana está un 9% por debajo de la media nacional, la tasa de cobertura del subsidio del desempleo sigue más o menos en la mitad de la población desempleada y tenemos un importante porcentaje de población que recibe pensiones no contributivas muy bajas. En todas estas cifras se ve, además, una diferencia entre las mujeres y los varones siendo las primeras las que presentan peores cifras en todos los indicadores. Por último, las cifras más recientes de empleo nos muestran como este se crea para colectivos más cualificados, mientras que en el caso de los menos cualificados asistimos a una destrucción neta de empleos.

El optimismo que generan unas cifras agregadas positivas, no se traduce en una mejora generalizada de quienes peor están. Cuando vemos las cifras desde el enfoque de la privación, podemos observar que los colectivos más desfavorecidos no tienen una mejora sustancial y en ocasiones empeoran. La mejora económica agregada está, por tanto, mejorando a quienes ya están bien y llega escasamente a quienes peores condiciones tienen.





## B. Profundizamos La doble discriminación de las personas descartadas por nuestra sociedad: sin acceso a Derechos Humanos y criminalizadas por su pobreza

Sonia Olea Ferreras  
Jurista experta en Derechos Humanos.  
Equipo de Incidencia de Cáritas Española



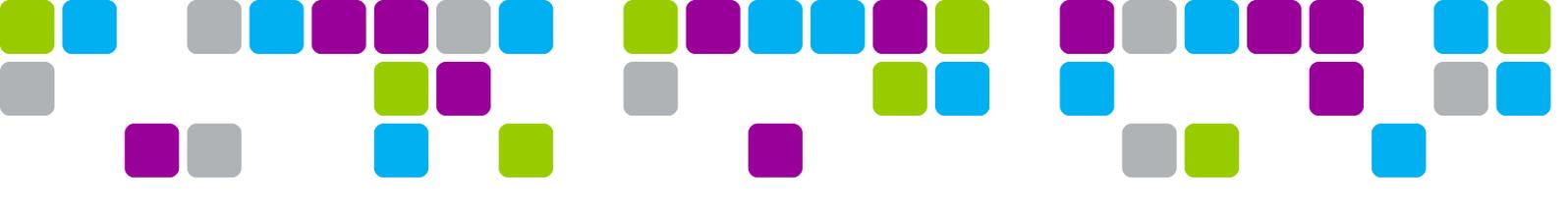
### **ABSTRACT**

Son urgentes y obligadas unas Políticas Públicas que sitúen en su centro a las personas con mayor vulnerabilidad y se basen en estrategias de Derechos Humanos. Esto conlleva los correspondientes soportes normativo y presupuestario, además de la plasmación de los principios de universalidad, indivisibilidad, participación y no discriminación en la necesaria coordinación orgánica y territorial junto con un acceso a la justicia garantizado.

**Palabras clave:** personas descartadas. Invisibilidad. Políticas públicas para el acceso, garantía y disfrute de Derechos. Criminalización. Pobreza.

### **Introducción**

La pobreza, la exclusión social y la desigualdad son causa y resultado del no acceso ni la garantía en el disfrute y defensa de los Derechos Humanos desde sus fundamentos de la dignidad inalienable de la persona y su ejercicio universal. Partir de esta premisa



es clave para la búsqueda de estrategias y políticas que terminen con la realidad de sufrimiento de tantos miles, cientos de miles, de personas en nuestro Estado.

Porque desde aquí, como nos remite intermitentemente en sus Informes anuales la Relatora especial de Naciones Unidas para una vivienda adecuada (entre otros los de 2015, 2016 y 2018<sup>1</sup>), son los *Gobiernos los que tienen que afrontar el diseño de estrategias de políticas públicas y cambios legislativos necesarios para abordar la falta de Derechos*, la sistemática discriminación que viven las personas —en especial las más vulnerables y excluidas—; y la difícil garantía de su justiciabilidad en caso de ser vulnerados.

“Los derechos del hombre<sup>2</sup> exigen ser tutelados no solo singularmente, sino en su conjunto: una protección parcial de ellos equivaldría a una especie de falta de reconocimiento. Estos derechos corresponden a las exigencias de la dignidad humana y comparten, en primer lugar, la satisfacción de las necesidades esenciales —materiales y espirituales— de la persona (...) Universalidad e indivisibilidad son las líneas distintivas de los Derechos Humanos: “Son dos principios guía que exigen siempre la necesidad de arraigar los Derechos Humanos en las diversas culturas, así como de profundizar en su dimensión jurídica con el fin de asegurar su pleno respeto” (Juan Pablo II, Mensaje para la Jornada Mundial de la Paz 1998, 2: AAS 90 (1998) 149).

“La universalidad, la indivisibilidad y la interdependencia de los Derechos Humanos sirven como garantía para la salvaguardia de la dignidad humana” (papa Emérito Benedicto XVI. Discurso<sup>3</sup> ante Naciones Unidas Nueva York 2008 60º Aniversario de la Declaración Universal de los DDHH); por tanto, cuando no se promocionan y llevan a cabo dichos fundamentos, la dignidad humana se ve vulnerada.

Además, se produce una doble discriminación, un doble castigo cotidiano y doloroso para las personas y las familias en situación de pobreza, exclusión social y desigualdad. Ya que, unido a lo anterior, son criminalizadas en su trato e incluso abocadas a sanciones administrativas (hasta penales, como en el caso de la ocupación de vivienda vacía —tipificado como delito de usurpación de inmueble— que conllevan multas económicas muy elevadas e imposibles de asumir dada su situación.

---

1 <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/AnnualReports.aspx>

2 N° 154 Compendio Doctrina Social de la Iglesia

3 [http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/speeches/2008/april/documents/hf\\_ben-xvi\\_spe\\_20080418\\_un-visit.html](http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/speeches/2008/april/documents/hf_ben-xvi_spe_20080418_un-visit.html)

## *Sin acceso a Derechos Humanos*

Cáritas lleva años denunciando los “llamados recortes sociales” de la crisis como una vulneración de Derechos Humanos (DDHH). De forma estructural se ha procedido tanto a dificultar (e incluso cesar o impedir) legal y administrativamente el disfrute de los DDHH en nuestro Estado; como a entorpecer y ralentizar su garantía y reparación cuando se ven violentados.

En junio de 2015, ante el Consejo de Derechos Humanos en Ginebra y durante el Examen Periódico Universal a España<sup>4</sup>, Cáritas compartía esta denuncia con toda la comunidad internacional<sup>5</sup> en especial ante las situaciones de criminalización de la pobreza (con normativas tales como la actual Ley de Protección a la Seguridad Ciudadana, más conocida como “Ley Mordaza” y sus subsiguientes ordenanzas municipales), las devoluciones sumarias desde Ceuta y Melilla y su legalización; la discriminación racial y étnica llevada a cabo por las administraciones; la brutal emergencia habitacional y la trata de seres humanos.

Terminaba su intervención conminando a la comunidad internacional y a nuestro Gobierno en particular: «La crisis económica no puede ser excusa, no debe ser excusa para que esto sea así, porque una sociedad siempre será medida y examinada por cómo trata los más pequeños (o los que más sufren) en los momentos de mayor dificultad».

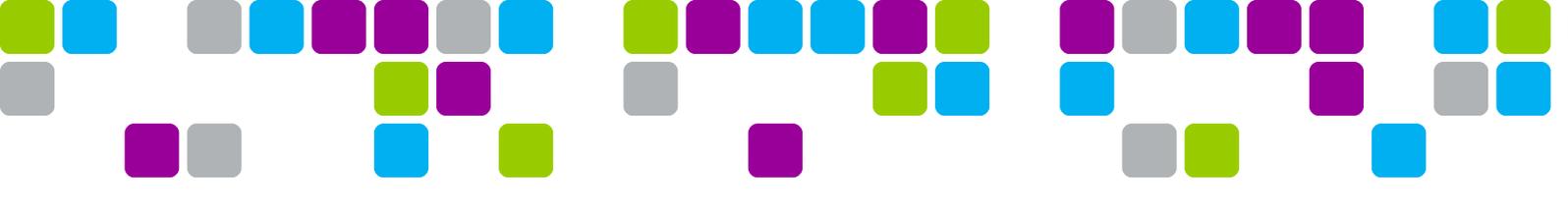
En abril de 2018, el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de Naciones Unidas (UN) emitía las Recomendaciones<sup>6</sup> a nuestro Estado en referencia a su 6º Examen Periódico sobre el acceso, disfrute y garantía a dichos derechos. Y ante el Informe de respuesta presentado por el Gobierno sobre la situación de crisis económica de los últimos años, manifestaba con rotundidad: «Si bien el Comité toma nota que el Estado parte se encuentra en un proceso de recuperación del crecimiento económico, **le preocupa que la prolongación de la aplicación de algunas medidas de austeridad continúe afectando desproporcionadamente a los grupos y personas más desfavorecidos y marginados** en el goce efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales, lo cual ha favorecido el incremento de la desigualdad».

---

4 El Examen Periódico Universal (EPU) es una herramienta política de Naciones Unidas, no vinculante, para evaluar cada cuatro años las políticas públicas de sus países miembro en el acceso, disfrute y garantía de DDHH (Declaración Universal). Diferente son los exámenes temporales de los tratados internacionales de Naciones Unidas –Pactos de derechos civiles y políticos; de derechos económicos sociales y culturales; convenciones de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; convención contra la tortura, el genocidio...-.

5 [https://www.caritas.es/espanola/noticias\\_tags\\_noticiaInfo.aspx?Id=8396](https://www.caritas.es/espanola/noticias_tags_noticiaInfo.aspx?Id=8396)

6 <https://plataformadesc.wixsite.com/2012-2016>



Constatando que la salud, la vivienda, el empleo, las condiciones de trabajo y la brecha salarial, la no discriminación, la movilidad humana, la seguridad social y otros derechos de relevancia extrema para las personas en situación de vulnerabilidad se han visto lesionados por medidas de austeridad que no han tenido en cuenta «sus impactos (...), su proporcionalidad y temporalidad, y su posible terminación».

“Los Derechos menguantes”, que hemos visto y vivido cómo iban siendo vulnerados en mayor o menor medida para toda la población, lo han sido de manera exponencial para las personas que acompañamos en Cáritas. Los Informes de nuestro Observatorio de la Realidad<sup>7</sup> han ido detectando el enorme aumento de personas y familias acompañadas (muy especialmente en los “años de la crisis”, cuando en 2012 acudieron a nuestros proyectos y servicios más de un millón trescientas mil personas).

Una de las situaciones más graves sobre vulneración de Derechos Humanos que hemos vivido, y con muy especial repercusión en las personas y familias más vulnerables y excluidas, ha sido la Reforma Sanitaria de 2012, que acabó con el acceso universal al Derecho a la Salud y que, como también hemos denunciado de manera continuada desde Cáritas, ha provocado situaciones irreversibles de enfermedad y fallecimiento. En 2014 España fue advertida por el Comité Europeo de Derechos Sociales porque dicha reforma (Real Decreto 16/2012<sup>8</sup>) no era compatible con la normativa internacional de Derechos Humanos (DDHH).

Han sido constantes las condenas por tribunales y comités internacionales que hemos recibido estos últimos años por otras vulneraciones de DDHH: desde las “expulsiones sumarias” practicadas en nuestras fronteras de Ceuta y Melilla, hasta los desahucios de viviendas sin alojamiento alternativo; las sanciones administrativas y penales a organizaciones sociales derivadas del incumplimiento de la normativa de seguridad ciudadana o las intervenciones policiales basadas en perfiles étnicos, entre otras.

Tanto en el ámbito internacional de DDHH: de parte de varias relatorías, de su Alto Comisionado de Derechos Humanos, del Comité de Derechos Civiles y Políticos, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Como del europeo: Tribunal Europeo de DDHH, Tribunal Europeo de Justicia, Comisariado de Derechos Humanos del Consejo de Europa... Condenas y sanciones derivadas de políticas públicas que no tienen mirada de DDHH y no ponen a las personas en el centro de las mismas, menos aún a las “descartadas de la sociedad”.

Cuando excepcionalmente se han implementado estrategias o planes donde han estado presentes las personas en extrema situación de vulnerabilidad, o no se ha

---

7 [http://www.foessa.es/publicaciones\\_Info.aspx?Id=443](http://www.foessa.es/publicaciones_Info.aspx?Id=443)

8 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403>

sustentado esta política pública en el necesario presupuesto económico para su implementación (Estrategia Nacional Integral para Personas sin hogar<sup>9</sup> 2015-2020) o, aun teniendo dicho presupuesto, no se han incluido en los programas de desarrollo del mismo (Plan Estatal de Vivienda 2018-2021<sup>10</sup>).

Caso significativo es la aplicación de la “Ley de Dependencia”. Dicha normativa, publicada en 2006, fue un hito en la implementación de los DDHH en nuestro ordenamiento al establecer un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, con un modelo de atención integral al ciudadano; reconociendo en el texto beneficiarios en su participación en el Sistema y estableciendo un nivel mínimo de protección en el ámbito estatal. Otra cuestión es la realidad cotidiana de las personas y familias. Según el Observatorio Estatal de la Dependencia<sup>11</sup>, en su XVIII Dictamen de 2018, 310 120 personas no reciben ninguna prestación o servicio y durante 2017 fallecieron diariamente más de 100 personas dependientes sin haber llegado a recibir prestaciones o servicios. El recorte acumulado de la Administración General del Estado en dependencia, tras el Real Decreto de Salud de 2012, asciende ya a 4600 millones de euros.

Los datos anteriores inciden en lo que ya venimos denunciando desde hace años las organizaciones sociales: que las **políticas públicas de inversión social son las “últimas” en el listado de prioridades de los presupuestos generales aprobados por nuestras Cortes Generales**. El Informe Alternativo<sup>12</sup> de la Sociedad Civil para el Examen a España en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (presentado ante Naciones Unidas en Nueva York en julio de este año) propone, como uno de los ámbitos prioritarios de avance en políticas públicas «incrementar el gasto social y asegurar que la orientación de ese gasto vaya dirigido a las personas y colectivos más vulnerables. (...) Uno de los pilares necesarios en esta nueva etapa política es el enfoque de equidad —y de reducción de las desigualdades— en las políticas e inversión, para lograr que no dejemos a millones de personas atrás. La acción política deberá tener como eje central los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad —mujeres, infancia, jóvenes, población migrante y refugiada, personas con discapacidad, entre otros— y las causas que generan esta exclusión».

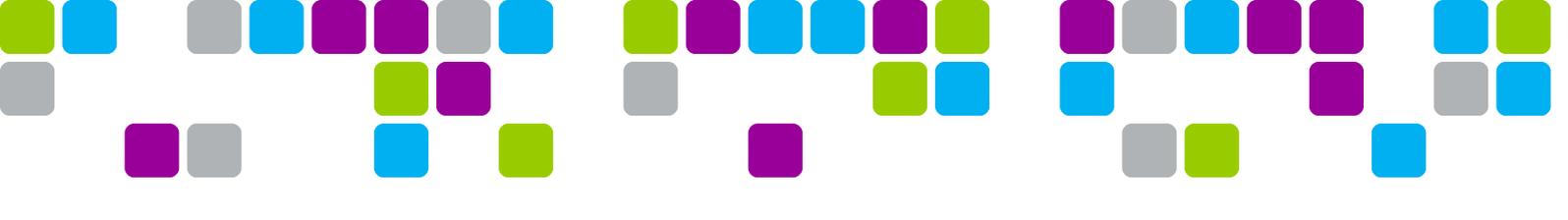
Especial referencia queríamos hacer al Derecho Humano a la participación de las personas afectadas en todo el proceso de diseño de las políticas públicas que tendrían

9 <https://www.msrebs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/ENIPSH.pdf>

10 [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-3358](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-3358)

11 <https://www.directoressociales.com/prensa/427-xviii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia.html>

12 [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/203533.\\_Civil\\_Society\\_Report\\_Informe\\_Sociedad\\_Civil\\_Espan771ola\\_Futuro\\_en\\_Cmn.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/203533._Civil_Society_Report_Informe_Sociedad_Civil_Espan771ola_Futuro_en_Cmn.pdf)



que implementar el acceso, disfrute y garantía de los DDHH. La Relatora de UN para una vivienda adecuada recomienda<sup>13</sup> a los Estados miembro, como Principio nº 4 para el logro de una estrategia de políticas públicas basada en los DDHH, “la participación basada en derechos”. Esto, ¿qué significa? Que los Estados respondan afirmativamente a las siguientes preguntas: ¿Establece la estrategia (política pública) mecanismos concretos para asegurar la participación basada en derechos? ¿Se vela por la participación significativa en el diseño, la aplicación y la supervisión de la estrategia, y se ofrece apoyo para la participación de los grupos marginados?

De la experiencia compartida en el ámbito confederal, todavía son muchas las dificultades para que el Tercer Sector esté presente desde el inicio en el análisis de la realidad (cuando lo hay) que marca y fundamenta el diseño de políticas públicas (más su implementación, elaboración de indicadores, evaluación periódica, etc.); mayores aún son las barreras para que las propias personas afectadas por las cotidianas vulneraciones de DDHH lo hagan.

Desde luego, este es un reto común en los espacios de las Administraciones Públicas y, en igual medida, dentro de las propias organizaciones sociales.

El Comité Europeo de Derechos Sociales recomendaba a España en 2014 que las personas afectadas puedan aportar y participar cuando se trata de reformas legales y en el diseño de políticas públicas que les afectan. Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los DDHH<sup>14</sup> de Naciones Unidas insisten en ello «no solo estén debidamente representados en todos los procesos de adopción de decisiones que los afecten sino que también tengan poder y apoyo para expresar sus opiniones» y, por último, en referencia al Derecho Humano a la **Salud Mental**, la relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha recomendado en 2017<sup>15</sup> a todos los Estados miembro de Naciones Unidas que «adopten medidas inmediatas para establecer marcos participativos inclusivos y significativos en la formulación de la política pública y la adopción de decisiones a este respecto, que incluyan, entre otros, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, usuarios de los servicios, la sociedad civil y las personas que viven en la pobreza y aquellas en las situaciones más vulnerables».

Si esto fuera así, las muchas dificultades que luego encuentra el desarrollo cotidiano de derechos como el de la **Buena Administración** (Artículo 41 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea), disminuirían de forma notable. Las

---

13 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/007/68/PDF/G1800768.pdf?OpenElement>

14 [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR\\_ExtremePovertyandHumanRights\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/OHCHR_ExtremePovertyandHumanRights_SP.pdf)

15 [http://ap.ohchr.org/documents/dpage\\_e.aspx?si=A/HRC/35/21](http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21)

dificultades administrativas a la hora de hacer efectivo el Derecho a la **Protección Social** (Artículo 22 Declaración Universal de DDHH) son evidentes —y así lo venimos constatando en nuestras acogidas de las Cáritas Parroquiales, en nuestros proyectos diocesanos y arciprestales, en nuestras acciones—. Desde la tramitación de un empadronamiento, a la obtención de una reunión con los servicios sociales, recopilación de listado de documentación, etc, con una especial vulnerabilidad en las situaciones donde se suma el no acompañamiento en salud mental.

Aún más, en los últimos años, las exigencias referidas al tiempo de residencia en un lugar para acceder a dicha Protección, unida a un sinfín de documentación anexa, ha hecho que para muchas personas y familias en situación de especial protección haya sido imposible acceder realmente a dicho derecho universal. Solo un ejemplo. Como sabemos, según la normativa vigente (Artículo 15 y ss de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local) todas las personas se pueden empadronar acreditando que están en un municipio, independientemente de donde vivan —una casa, la calle, un centro social...—. Como Cáritas denunciaba en su Campaña Nadie Sin Hogar de 2011<sup>16</sup>, las dificultades para tramitar el empadronamiento en los supuestos de vivir en la calle han sido habitualmente un quebradero de cabeza para las personas afectadas y para las personas que las acompañan (en especial, la recopilación de la documentación acreditativa de su “vivir” en el lugar de solicitud y, en el caso de tramitar el llamado “empadronamiento ficticio”, el que los servicios sociales de proximidad asuman esta titularidad).

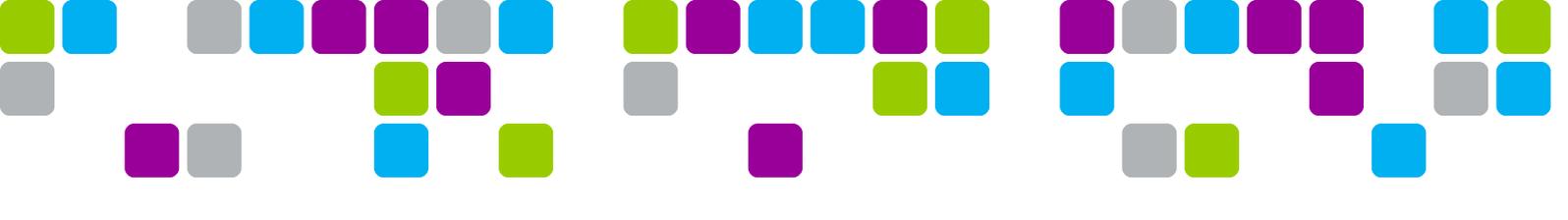
Además, desde 2015, la Resolución<sup>17</sup> de 30 de enero de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Coordinación de Competencias con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, sobre instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre gestión del padrón municipal; establece que, en estas situaciones, los Servicios Sociales deben conocer a la persona. Este requisito añadido supone desde entonces la imposibilidad de la consecución del empadronamiento ficticio (puerta para el Derecho a la Protección Social) debido a las dificultades prácticas y diarias de acceder a dichos Servicios en los casos de no cumplir requisitos documentales (por ejemplo, regularidad administrativa en el caso de personas extranjeras. No exigida para la obtención del empadronamiento, pero sí para tener una cita con los Servicios Sociales).

Volviendo al hilo conductor de este apartado: “sin acceso a DDHH”. Podríamos pensar que la llamada “salida de la crisis” ha modificado también ese “retroceso” o “recorte” o “regresión”; pero el avance de la Encuesta FOESSA 2018 vuelve a remarcar lo que ya en 2014 se detectaba y denunciaba: que las personas en mayor situación de exclusión social, pobreza y desigualdad siguen manteniéndose en una ya

---

16 <https://www.youtube.com/watch?v=lc31-gUcKB8>

17 [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3109](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-3109)



estructural dificultad evidente en el acceso al empleo digno, a la vivienda adecuada, a las energías, a la salud, a la cultura y el ocio, a la protección social... (con cada vez mayores dificultades de acceso en la proximidad del territorio).

Por tanto, **como Tercer Sector, estamos en la incidencia política para impulsar, proponer y hacer seguimiento de políticas públicas** que persigan los logros del acceso, disfrute y garantía de los DDHH de todas las personas, muy en especial de las más excluidas. Al menos, la “excusa” de la situación de crisis esgrimida por nuestros Gobiernos ante tantos espacios internacionales puede ser ahora el sustento de, dada la mejora económica que ratifican nuestros gobernantes, procurar una consecuente inversión social urgente e ineludible. **Y como acción caritativa y social de la Iglesia, que las personas estén en el centro y puedan vivir con total dignidad su plenitud de hijas de Dios**, es una misión cotidiana de Cáritas. Y así se ha venido reflejando en estos años desde su intervención social, análisis, sensibilización... hasta, como veíamos en los párrafos anteriores, la labor de denuncia e incidencia política realizada.

### *Criminalización de la pobreza*

«Quienes viven en la pobreza tienen el derecho de ser protegidos contra el estigma negativo asociado a la situación de pobreza. Los Estados deben prohibir a las autoridades públicas, tanto nacionales como locales, que estigmaticen o discriminen a las personas que viven en la pobreza, y deben adoptar todas las medidas adecuadas para modificar las pautas socioculturales con vistas a eliminar los prejuicios y los estereotipos. Los Estados deben establecer programas educativos, en particular para los funcionarios públicos y los medios de comunicación, que promuevan la no discriminación de las personas que viven en la pobreza» (Principios Rectores de la Pobreza y los Derechos Humanos de Naciones Unidas).

Discriminación que, incluso, lleva a **castigar estructural e institucionalmente situaciones de exclusión severa, desigualdad y pobreza**. Lo que hemos denominado *Criminalización de la Pobreza*<sup>18</sup>.

Ya en 2006, la Campaña de Personas Sin Hogar, coordinada por Cáritas, denunciaba «la tendencia generalizada en los Ayuntamientos de toda España a aprobar Ordenanzas municipales destinadas a hostigar la vida de las personas sin hogar en la calle. Con

---

18 Otra cuestión, de igual gravedad, sería el “castigo social” del rechazo a la pobreza por parte de la ciudadanía y sus reacciones. Ver Informes de Delitos de Odio del Ministerio de Interior: aporofobia (odio a la pobreza) <http://www.interior.gob.es/gl/web/servicios-al-ciudadano/delitos-de-odio/estadisticas>

estas medidas se intentan reestablecer medidas de control para aislar a determinados grupos sociales que son catalogados como “peligrosos”, “incívicos” o susceptibles de “perturbar la convivencia de los buenos ciudadanos”. Estas ordenanzas, fuente de grave exclusión y marginación de las personas sin techo, penalizan, estigmatizan y criminalizan aún más a un colectivo ya de por sí vulnerable». Diez años después, un somero análisis sobre la normativa local de 15 ciudades (grandes y medianas) del Estado nos sigue reportando la misma realidad; así también la “Ordenanza Tipo”<sup>19</sup> que la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) tiene en su web como modelo para ser implementada por sus miembros. Sanciones por dormir, comer, ejercer la mendicidad, lavarse, uso de parques, jardines y zonas verdes, buscar en la basura etc... Utilizando en el desarrollo de la tipología (leve, grave y muy grave) conceptos jurídicos indeterminados y estableciendo una jerarquía de multas muy elevadas. Más aún para personas que tienen el espacio público como lugar de su diario vivir.

Durante la tramitación y posterior publicación de la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana (LPSC), **Cáritas ha hecho un esfuerzo ingente de incidencia política y análisis social y jurídico con sus propuestas para la no criminalización de la pobreza en el espacio público.**

En el ámbito internacional<sup>20</sup> ante el Consejo de Derechos Humanos en 2015 y, durante 2016, ante diversos espacios de Naciones Unidas: Ginebra, Nueva York y Asamblea General de Hábitat 3 en Quito<sup>21</sup>. E igualmente, en los espacios europeos y estatales (participación en la Plataforma No Somos Delito, propuestas legislativas de reforma de la LPSC, seguimiento por Defensoría del Pueblo<sup>22</sup>, Agenda Urbana Europea 2017, aportes al Plan Nacional de Vivienda 2018, Agenda Urbana Española 2018...).

Por tanto, como el nº 13 b) de la Nueva Agenda Urbana mundial pide a nuestros Gobiernos, estos deben diseñar, promocionar y mantener «espacios públicos seguros, inclusivos, accesibles, verdes, de calidad (...) reconociendo necesidades específicas de aquellos en situaciones de vulnerabilidad».

Para que, como en Cáritas venimos proponiendo y reclamando, **el espacio público sea el lugar del ejercicio de las libertades públicas para todas las personas, sea cual sea su situación, y no se criminalice la pobreza en las ciudades, pueblos y zonas rurales.**

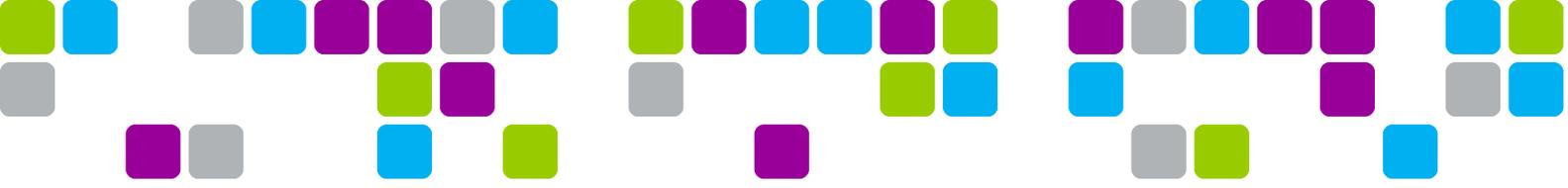
---

19 [http://www.fempclm.es/Ordenanza-tipo-de-Seguridad-y-Convivencia-Ciudadana\\_es\\_288\\_827\\_0\\_318.html](http://www.fempclm.es/Ordenanza-tipo-de-Seguridad-y-Convivencia-Ciudadana_es_288_827_0_318.html) (Agosto 2018)

20 <https://www.lavanguardia.com/vida/20150713/54433381850/caritas-denuncia-que-la-ley-de-seguridad-ciudadana-criminaliza-la-pobreza.html>

21 <http://habitat3.org/wp-content/uploads/Caritas-Internationalis.pdf>

22 <https://www.elboletin.com/nacional/116107/caritas-movilizacion-ley-mordaza.html>





# Trauma Complejo y Sinhogarismo

Alberto Martínez Serrano.  
Psicólogo de Cáritas Diocesana  
Orihuela-Alicante



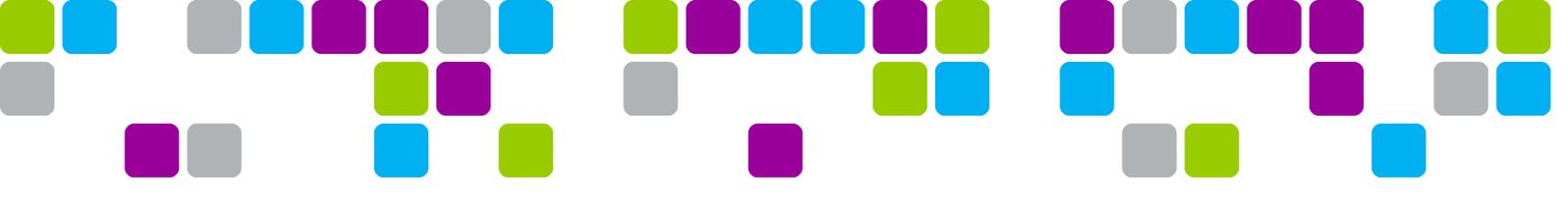
## ABSTRACT

El presente artículo pretende subrayar la relación existente entre las experiencias biográficas traumáticas y su influencia sobre las dinámicas de exclusión social que llevan a situaciones de sinhogarismo. Se constata la prevalencia significativamente más elevada de experiencias traumáticas vitales, predominantemente tempranas y las manifestaciones psicopatológicas de espectro traumático complejo en personas en situación de sin hogar en comparación con la población general. Asimismo, se establecen algunas características de la fenomenología psicológica traumática y cómo esta puede tener un carácter explicativo en el deterioro socio-personal que aumentan las probabilidades de converger en exclusión social. Por último se muestran algunas orientaciones en la intervención psicológica con personas que sufren trauma complejo y sinhogarismo.

**PALABRAS CLAVE:** Trauma complejo, sinhogarismo, exclusión social, salud mental, intervención psicológica, psicoterapia

A veces, la realidad social tiene una hondura que no alcanzamos a vislumbrar: perspectivas y matices cuyo desconocimiento nos impide comprender las verdaderas claves del fenómeno social que queremos abordar. Así sucede con el sinhogarismo, un fenómeno muchas veces analizado y descrito, desde el ámbito político, social o jurídico... ya sea, por ejemplo, como limitación del ejercicio de un derecho constitucional o por las consecuencias sociales de la insatisfacción de una necesidad básica como es la vivienda. Este artículo nos invita a profundizar en la perspectiva psicológica, cuya **sustantividad radica en la experiencia humana de sufrimiento que hunde sus raíces en la historia singular de cada individuo desde su nacimiento y que configura el origen de su sistema de creencias ante el mundo, hacia sí mismo y hacia los demás.**

Mi despacho de psicólogo es testigo de los relatos de tantísimas personas en situación de sin hogar que expresan cómo amanecieron a la vida en hogares desestructurados,



fueron víctimas de abusos sexuales y maltrato físico, presenciaron situaciones de violencia doméstica o tuvieron vínculos parentales negligentes o desorganizados. En tales situaciones hablamos de **trauma complejo**, es decir, de un conjunto de síntomas de carácter conductual, cognitivo y emocional que manifiesta una persona cuando ha estado expuesta a una experiencia traumática prolongada y repetida, sobre todo si la misma se ha producido en la infancia. Está asociada a situaciones reiteradas de pérdida de control, impotencia o indefensión de las que el individuo no puede o no sabe escapar.

**La prevalencia de experiencias traumáticas infantiles entre las personas sin hogar es significativamente más elevada que las sufridas por la población general.**

Los principales resultados referidos a los sucesos vitales estresantes sufridos en la infancia por las personas en situación de sin hogar parecen coincidir en apuntar hacia la existencia de indicadores de hogares disfuncionales, como pueden ser las historias de maltrato físico, que afectan a entre el 31 y el 66 por ciento (llegando a triplicar el sufrido por los niños y adolescentes domiciliados), o abuso sexual en la infancia, que indican cifras entre el 14 y el 44 por ciento. En este mismo sentido, resulta más preocupante la constatación de que las personas en situación de sin hogar con trastornos mentales parecen sufrir una tasa especialmente elevada de abusos sexuales infantiles.

Otros estudios alertan de la aparición de abuso de sustancias o enfermedad mental en los padres (alrededor de un 30 por ciento), cuidado sustituto e institucionalización (20-40 %). A mayor concentración de acontecimientos adversos en la infancia, parece corresponderle una reducción de la edad de llegada a la situación sin hogar.

Como podría esperarse, los eventos estresantes que de forma principal afectan a las personas en situación sin hogar (PSH) en su edad adulta son los problemas económicos, las crisis personales y la pérdida de relaciones sociales. La propia vulnerabilidad a la que están expuestas las PSH incrementa el riesgo de sufrir robos y otras formas de victimización como abusos físicos o sexuales que llegan a afectar a entre el 20 por ciento y el 60 por ciento según el tipo de agresión.

**Si observamos la situación de las mujeres encontramos un escenario de mayor desprotección.** Como dato ilustrativo, la prevalencia vital de violación en mujeres sin hogar supera el 50 por ciento. En esta misma línea, un mayor número de sucesos vitales parece estar relacionado con una mayor frecuencia de pensamientos e intentos de suicidio, que llega en algunos estudios a cifras del 25 por ciento antes de los 25 años (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial, 2010).

Otra información reveladora nos indica que el 44 por ciento de aquellas personas con problemas de salud mental manifiesta haberse “automedicado” con drogas o

alcohol y el 14 por ciento se ha autolesionado, en comparación con el 4 por ciento de la población general.

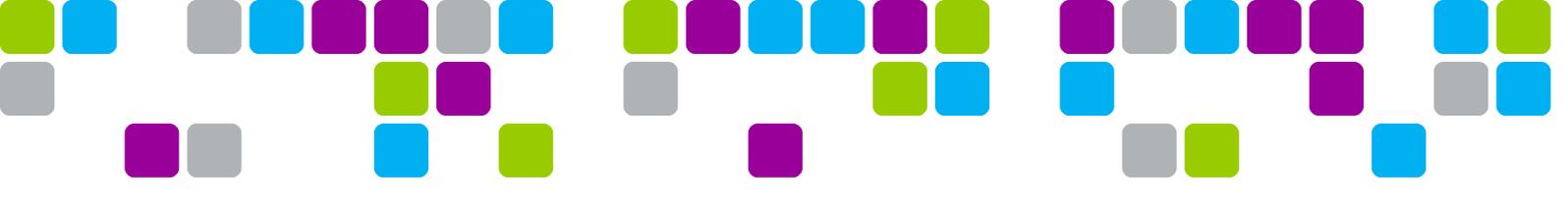
Quizás sea necesario profundizar, especialmente, en las personas en situación sin hogar que sufren un trastorno de personalidad, cuyas características algunos autores consideran asimilables a la categoría diagnóstica de trauma complejo y cuya prevalencia es especialmente elevada entre los participantes de nuestros servicios. **Algunas investigaciones revelan que el 60 por ciento de las personas sin hogar se ven afectadas de trauma complejo o trastorno de personalidad.**

Las personas que tienen un trauma complejo suelen mostrar un amplio rango de conductas que sugieren dificultades subyacentes en las relaciones o en el manejo de sus emociones. La idea de que los trastornos de personalidad se forman en la infancia como consecuencia, frecuentemente, de vínculos afectivos de apego extremadamente problemáticos, pueden ser fácilmente reconocibles en las personas en situación de sin hogarismo.

Los trastornos de personalidad se enraízan frecuentemente en abusos infantiles, de privación, negligencia o trauma, desarrollando como consecuencia, dificultades para funcionar efectivamente, individual y/o socialmente. Las personas con trauma complejo tienen confusión en la propia conciencia de identidad, o ven alterada su capacidad para satisfacer necesidades personales (de apego, intimidad e integración) o de relaciones estables con grupos y en sociedad. Asimismo, se presenta frecuentemente asociado con problemas de abusos de sustancias, depresión, riesgo suicida, problemas de sinhogarismo y dificultades de carácter interpersonal.

**Los síntomas traumáticos pueden desconectarse de su origen y adquirir un funcionamiento desvinculado de las experiencias del presente** como consecuencia de que los recuerdos traumáticos son almacenados en la memoria de forma disfuncional —carecen de narrativa verbal y contexto, siendo codificados como sensaciones vívidas e imágenes descontextualizadas—, fuera del alcance de nuestra conciencia. De ahí que uno de los síntomas más importantes del trauma sea la **reviviscencia del evento traumático** como si estuviera sucediendo en el presente y los esfuerzos por parte del superviviente de evitar las **intrusiones** de los mismos —marca indeleble del momento traumático— en forma de **pesadillas, imágenes, sensaciones y pensamientos egodistónicos** (Herman, 1992).

El trauma es resuelto solo cuando la víctima desarrolla un nuevo esquema mental para comprender lo que le ha sucedido. Las emociones traumáticas están fuera del rango común de experiencia emocional y sobrepasan la capacidad ordinaria del individuo de soportar sentimientos. Revivir una experiencia traumática provoca tal perturbación emocional intensa, que las personas traumatizadas van a intentar evitarlas aunque este intento de autoprotegerse tenga un alto coste: la



reducción de su nivel de conciencia, el aislamiento social y una vida empobrecida. El abuso de alcohol y narcóticos pueden ser usados como un intento de controlar la **hiperactivación** constante de su sistema nervioso, síntomas intrusivos, insomnio, pesadillas, irritabilidad y episodios de rabia. La disminución de la confianza en la realización de planes y las dificultades motivacionales para tener iniciativa en su proyecto vital así como la supresión de nuevas oportunidades de éxito, son otras de las manifestaciones de evitación de la reminiscencia del trauma, tan frecuentemente observadas entre personas sin hogar.

**Algunas investigaciones revelan que el 60 por ciento de las personas en situación sin hogar se ven afectadas de trauma complejo o trastorno de personalidad.**

Con el tiempo, los síntomas intrusivos disminuyen, predominando la sintomatología psicósomática y la asociada al entumecimiento o supresión. Los síntomas negativos no son fácilmente reconocidos y sus orígenes traumáticos son frecuentemente perdidos. La sociedad tiende a juzgarles de nuevo por estos aspectos reproduciendo un proceso de retraumatización.

**La evidencia sugiere que la psicoterapia puede tener grandes resultados en personas sin hogar que han sufrido problemas relacionados con abuso y negligencia en la infancia.**

En el ámbito internacional, existe una conciencia creciente del impacto del trauma psicológico en las dinámicas de exclusión social que convergen en situaciones de *sinhogarismo*. Múltiples son las publicaciones que demuestran el interés de organizaciones que trabajan con personas sin hogar en el ámbito europeo y EE.UU. La Asociación Americana de Psicología, por ejemplo, se refiere al modelo del trauma como un marco terapéutico fundamental para el abordaje del *sinhogarismo* (APA, 2010) Asimismo, FEANTSA Europa mostró su interés en este sentido, publicando un número monográfico sobre la relación existente entre trauma y *sinhogarismo*. (FEANTSA, 2017) Por otra parte, en Reino Unido, las instituciones gubernamentales Communities and Local Government and National Mental Health Development Unit (2010) establece el trauma complejo como foco de especial interés en los procesos de recuperación de personas sin hogar a través de una guía específica sobre este tema. Estos son algunos ejemplos significativos, pero son muchos los que se podrían añadir.

La situación en España parece ser diferente. Prueba de ello es la inexistencia dentro de los programas de formación continua de las principales organizaciones que trabajan con personas en situación de sin hogar, de contenidos formativos a propósito del abordaje específico de las secuelas traumáticas. Desgraciadamente, el daño traumático es muy resistente a la remisión sin una intervención específicamente

dirigida a su recuperación, por lo que, probablemente, muchos de nuestros esfuerzos se estén mostrando ineficaces, al menos, para un subgrupo importante de PSH.

Desde el Servicio de Atención Psicológica de Cáritas Diocesana Orihuela-Alicante implementamos un plan de intervención psicológica para personas con trauma complejo que distingue cuatro fases: **(I) Evaluación psicológica** (haciendo especial énfasis en la recogida de información sobre la historia traumática, apego temprano y sintomatología disociativa); **(II) Estabilización y reducción de síntomas**. En esta fase nos centramos, principalmente, en el establecimiento de una sólida alianza terapéutica, en la reducción de la hiperactivación psicofisiológica, la instalación de recursos positivos y en el trabajo sobre creencias nucleares más disfuncionales. Psicoeducación y mentalización. Toma de conciencia y conexión con sus propios valores. Clarificación de objetivos vitales **(III) Intervención con las experiencias traumáticas propiamente**. Se aplican distintos protocolos basados en el abordaje con EMDR **(IV) Reintegración de la personalidad**. (Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K., 2006).

Afortunadamente, hoy en día contamos con un cuerpo de técnicas y modelos teóricos, cuya exposición excede los objetivos del presente artículo, que se han mostrado eficaces en el tratamiento de las patologías de espectro traumático.

## **BIBLIOGRAFÍA**

American Psychological Association. Presidential Task Force on Psychology's Contribution to End Homelessness. (2010) *Helping people without homes: The role of psychologists and recommendations to advance research, training, practice, and policy*. Recuperado de <http://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/end-homelessness.aspx>

Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (2010). *Monográfico sobre Personas sin Hogar con Enfermedad Mental*, 25, 1-58.

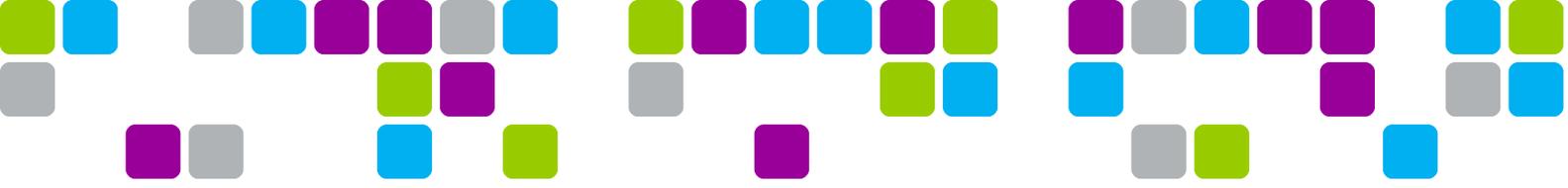
FEANTSA (2017). Trauma and Homelessness. *Homeless in Europe*, 1-20.

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books

Homeless link (2018). *Homelessness, Mental Health and Wellbeing Guide*. Recuperado el 11 de septiembre de 2018 desde [https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental\\_Health\\_Guide.pdf](https://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Mental_Health_Guide.pdf)

National Mental Health (2010). *Mental Health: Good Practice Guide*. London: Communities and Local Government

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2006) *Elyo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: DDB





# Salud Mental y Grave Exclusión Social Claves para un acompañamiento integral desde Cáritas

Equipo Área Inclusión Cáritas Diocesana Segorbe-Castellón:  
Minerva Saura, Begoña Sabater, Anna Ramos, Antonio Amurrio,  
Lledó Vivas, Mari Carmen Martí, Rosana Bernat

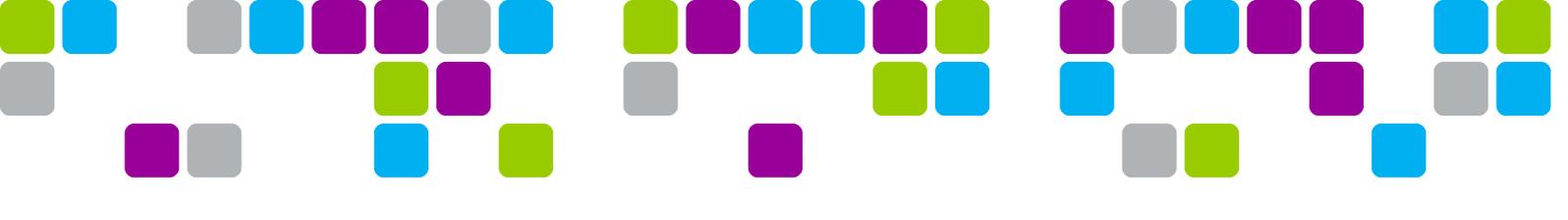


## **ABSTRACT**

Según el “Marco de intervención con personas en grave situación de exclusión social” de Cáritas Española (2009), cuando hacemos referencia a la grave exclusión social estamos pensando en: «personas y grupos en los que se da una gran acumulación de situaciones de desventaja, de elementos negativos, de entre los cuales destacamos el hecho de la pérdida de vínculos, de la ausencia de un nicho comunitario capaz de hacerse cargo, de acoger mínimamente, de acompañar procesos, en aquellas situaciones donde se dan factores de riesgo de exclusión social que, por su consistencia y resistencia, conforman situaciones de Estar, pero no Estar, de vivir en algún lugar, pero no ser parte de ese lugar (antropológicamente entendido). En definitiva, gente de paso, literal o metafóricamente hablando. Procesos y personas que precisan de un tipo de intervención especial, en orden al grado de deterioro, y sobre todo a las capacidades, potencialidades, expectativas».

Este tipo de intervención especial que precisan las personas en situación de grave exclusión social, siendo el extremo más grave de esta exclusión las personas afectadas por problemas de salud mental y/o adicciones en situación de sin hogar, es lo que venimos denominando en Caritas ***acompañamiento de procesos de desarrollo integral***.

**PALABRAS CLAVE:** salud mental, exclusión social, acompañamiento integral, proceso...



## Introducción

Las palabras *acompañar*, *integral*, *proceso* son referencias constantes en nuestro discurso cuando hablamos de nuestro modelo de intervención social. Solemos utilizarlas para describir aquello que hacemos con las personas en situación de exclusión para ayudarlas a superar sus dificultades. Pero, ¿qué queremos decir cuando decimos que nuestro modelo de intervención social está basado en el acompañamiento de procesos de desarrollo integral? Desde el punto de vista etimológico **acompañar** comparte la raíz de compañero: com-panio, el prefijo con (com antes de p, b) quiere decir “al mismo tiempo que”, y panio quiere decir “pan”. Así, la palabra Com-pañero nos refiere a que dos o más personas se encuentren juntos compartiendo el mismo pan.

Por tanto compañero es aquel con el que compartes habitualmente el pan, y si compartes el pan, compartes la vida, la conversación, los desafíos, los proyectos y también las dificultades para lograrlos. Desde un punto de vista más técnico, Corera en Pérez Eransus (2004) entiende el acompañamiento como «ese trabajo de relación personal continuada, relativamente duradera, de comprender a las personas para contribuir a que ellas mismas entiendan y empiecen a dominar su situación y las claves de sus dificultades; de apoyo para activar y movilizar recursos, capacidades, potencialidades de las personas y de su entorno».

El acompañamiento tiene una clave esencial para comprenderlo y definirlo. Esta clave se sitúa en la comprensión del hecho como un **proceso**, bastante diferente a la comprensión de lo que hasta ahora se han venido deno minando itinerarios de inserción. Frente a la linealidad de los itinerarios de inserción nos hemos de situar en un modelo en espiral. Cuando se inicia una relación de acompañamiento con una persona, esta es el elemento central y todo debe girar alrededor de las decisiones y pequeños pasos que la persona va tomando en función de las capacidades que va desarrollando. Pero también se realiza un trabajo de acompañamiento alrededor de los retrocesos o bucles que pueden interpretarse como señales de fracaso en un modelo lineal, pero que son incorporados como un elemento más del proceso en un modelo en espiral. Además, con la particularidad de que ese avance y retroceso puede no ser homogéneo en todas las dimensiones del desarrollo humano. Estar al lado, (acompañar) esos avances y retrocesos es entender que el desarrollo humano se explica en clave de proceso y no en clave de itinerario lineal. El centro de la intervención es la persona y los diferentes recursos son los apoyos necesarios que habrán de mobilizarse para facilitar el empoderamiento de la persona en la solución de sus dificultades.

Si acompañamos procesos de desarrollo, ese desarrollo tiene que realizarse en todas las dimensiones de la persona, por tanto lo definiremos como desarrollo integral. Acompañar no es una acción que pueda centrarse en elementos parciales de la persona, sino que tiene que abarcar todas las dimensiones (física, psicológica y espiritual). El desarrollo humano solo puede serlo si lo es de “toda” la persona.

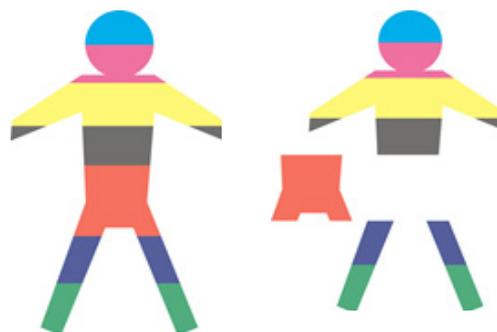
Acompañamos desde una concepción sistémica, sabiendo que al tocar una de las dimensiones estamos modificando el conjunto. Una intervención integral con las personas en situación más grave de exclusión tiene que tener en cuenta todas las dimensiones vitales y sociales que afectan a la persona. La persona es una suerte de sistema: no podemos trabajar por partes, no debemos fragmentar, sino buscar una intervención integral a la par que respetuosa con la libertad de cada cual (Modelo de Acción Social de Caritas Española, 2009, en adelante MAS). Desde nuestra acción somos referentes para la persona, pero no *El Referente*. No debemos olvidar que uno de los objetivos de nuestra acción es que nuestros programas hagan red complementaria con otros agentes. Siguiendo a Víctor Renes (2004) la primera cuestión que nos deberíamos plantear es: «¿Cuál es el eje que focaliza nuestra intervención social? ¿Las personas, las situaciones sociales, la “relación” entre ambas?». Si situamos el eje de nuestra intervención en una determinada situación social<sup>1</sup>, estaremos obviando la complejidad del fenómeno de la exclusión. Para Begoña Pérez Eransus (2004) la exclusión social se entiende como un «fenómeno amplio que se caracteriza por la acumulación de diversas barreras y límites que dificultan la participación en la vida social mayoritaria a quienes están inmersos en ella». Y la segunda cuestión que hay que tener en cuenta, según V. Renes (2004) es «en qué y dónde intervenimos; o sea, cómo a la hora de intervenir en un determinado aspecto (puesto que la intervención siempre es concreta), estamos afectando al conjunto de la persona, y a su relación social y societal». Todas las situaciones sociales que están definiendo la relación con la exclusión de una persona están relacionadas entre sí de manera que forman un todo, si nuestra intervención la realizamos tomando como eje de la intervención una única situación no estaremos teniendo en cuenta la complejidad humana. Las personas no somos la suma de partes aisladas sobre las que es posible realizar una intervención a modo de reparación de una pieza:

**Empleo**  
**Vivienda**

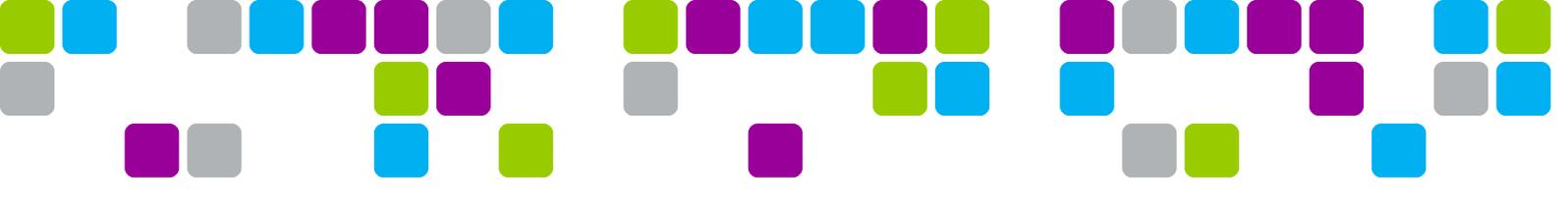
**Salud**  
**Ingresos**

**Aspectos legales**

**Participación**



1 Situaciones sociales: Estado de una persona respecto al trabajo (ocupado/desocupado), vivienda (con hogar/sin hogar), salud (sano/ enfermo: dependencias, toxicomanías, enfermedades crónicas), educación (con formación/ sin formación), participación (vínculos con tejido social/ sin vínculos), aspectos legales (documentación, pendientes jurídicos...), renta (con ingresos/ ingresos mínimos/sin ingresos: acceso a prestaciones, subsidios, ayudas monetarias o en especie...)



Si lo hacemos así, la persona no es el sujeto del proceso, sino que lo son sus problemas. «El reconocer problemas e intervenir ante ellos no es lo mismo que hacer de ellos el único objeto de intervención. Dicho de otra manera, no debemos trabajar con problemas de personas. Las problemáticas son ejes de intervención, pero no son El Eje». (Marco de intervención con personas en grave situación de exclusión social, 2004). Dicho de otra manera, los problemas no se pueden acompañar, se acompaña a las personas.

### *Discusión*

Desde nuestro MAS defendemos que los problemas no se pueden acompañar, abordar la intervención desde una fragmentación de las múltiples dificultades, carencias y potencialidades que presentan las personas en situación de grave exclusión, no facilita el proceso de inclusión social de estas personas.

Se habla mucho en la literatura relacionada con la intervención social del modelo de atención integrada de los diferentes sistemas de políticas sociales verticales (sanitaria, educativa, servicios sociales, empleo, vivienda y garantía de ingresos), pero en palabras de Fernando Fantova (consultado en Internet el 23 de julio de 2018 en el artículo ¿Dónde está el problema para la integración entre servicios sociales y servicios sanitarios?) «en España, las experiencias reales de integración entre los servicios sociales y los servicios sanitarios no pasan de ser minúsculas islas en un mar de palabras confusas en el que las olas y las corrientes de los discursos se repiten sin cesar, sin que esas islas formen archipiélagos o emerjan como continentes: sin que surja ninguna experiencia de tamaño y consistencia suficiente como para que pueda considerarse mínimamente pertinente, eficiente, sostenible y modélica».

Ante esta ausencia de respuestas integradas que faciliten el proceso de inclusión de las personas en grave exclusión social desde el Servicio de Acogida y Acompañamiento de Cáritas Diocesana nuestra intervención intenta ser un elemento facilitador, un hilo conductor que ponga en relación los diferentes sistemas: salud, servicios sociales, vivienda, también judicial... para propiciar una intervención integral que haga posible acompañar a la persona en toda su globalidad y no dar soluciones fragmentadas y parciales a su situación de grave exclusión social.

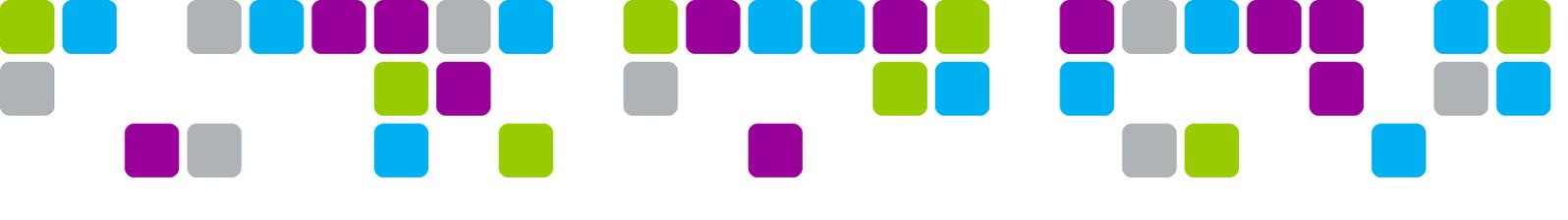
El rol del personal técnico del servicio es el de referentes del proceso de acompañamiento a modo de hilo conductor que hilvana fragmentos de intervención y pone en relación, y en la mayoría de ocasiones acompaña físicamente a los servicios de: salud mental, servicios sociales, vivienda, prestaciones... realizando, por un lado, funciones de mediación entre la persona y el sistema de atención y, por otro lado, coordinando la relación entre los diferentes sistemas. Los diferentes sistemas actúan

de manera aislada, sin relación entre ellos. Aunque se habla del modelo socio-bio-sanitario ocurre en muy pocos casos que se dé una verdadera coordinación entre los diferentes sistemas. El sistema de salud interviene sobre la enfermedad desde su perspectiva médica: diagnosticar y proponer un tratamiento. Cómo llega la persona a la consulta (¿dispone de tarjeta sanitaria?), cómo “sobrevive” fuera de la consulta, qué apoyos requiere para poder tomarse la medicación, dónde vive, cómo se alimenta, cómo se relaciona con el resto de la sociedad, cómo ocupa su tiempo queda al margen de la intervención médica... Nuestro modelo de intervención propone a las personas iniciar una relación de acompañamiento para que la persona vaya tomando conciencia de su situación y sus posibilidades en la toma de decisiones y ofreciendo los apoyos necesarios para iniciar y mantener tratamiento médico: cobertura de necesidades básicas, flexibilidad de normas en el acceso a recursos propios, paciencia, tiempo, oportunidades... todo enfocado a la creación del vínculo y de una relación basada en la confianza, en fiarnos juntos de un proyecto común. Aunque el proyecto común sea en un principio llegar juntos a la consulta del médico de cabecera o del psiquiatra.

Siguiendo el símil de Fantova (2018) de que existen minúsculas islas de experiencias integradoras, en ese mar nos encontramos con los siguientes escollos en el proceso:

**Acceso al empadronamiento.** La mayoría de los Ayuntamientos no facilita el acceso a empadronarse a las personas en situación de sin hogar, y ya no hacemos referencia a personas en tránsito, sino a personas en situación sin hogar asentadas en un territorio. Esto pasa por una indebida aplicación de la *resolución de 16 de marzo de 2015 del Ministerio de Presidencia, por la que se publica la resolución de 30 de enero de 2015, de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección general de Coordinación de Competencias con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, sobre instrucciones técnicas a los Ayuntamientos sobre gestión del padrón municipal*. El empadronamiento es la llave que da acceso a la mayoría de las prestaciones, recursos y servicios y se niega de manera inconsistente a las personas en situación sin hogar.

**Atención emergencias/urgencias psiquiátricas.** Cuando se da una situación de calle es mucho más necesario un ingreso hospitalario para estabilizar a la persona y poder realizar en ocasiones un diagnóstico acertado. Nos encontramos en ocasiones que el diagnóstico al alta del servicio de urgencias es “caso social”, pero no se produce la coordinación necesaria para la intervención integral que pueda facilitar el seguimiento de este diagnóstico. El concepto de emergencia social nos hace pensar en situaciones graves que requieren rapidez en la respuesta. Para que esto se dé, todos los recursos potencialmente capaces de ofrecer respuestas tienen que estar al servicio de esa emergencia. Ejemplos: ante una persona en situación de exclusión social y enferma que no es capaz de cuidar de sí misma, desde que se informa a fiscalía hasta que esta se pronuncia puede pasar mucho tiempo. Otro ejemplo: existen pocas plazas en los recursos para emergencia social, UHD (desintoxicación



hospitalaria), plazas residenciales... generalmente ocupados en mayor número por personas vulnerables más que situación de grave exclusión.

**Alta hospitalaria con diagnóstico psiquiátrico grave sin alojamiento estable ni garantías de recibir los apoyos y los cuidados necesarios.** Ausencia de redes coordinadas y estables que funcionen como un único sistema de atención a las necesidades de las personas en situación de grave exclusión social, en el caso que nos ocupa, personas en situación sin hogar con enfermedad mental. Esto dificulta el acceso a recursos especializados de salud mental que faciliten un seguimiento y un tratamiento continuado (estas personas suelen visitar mucho las urgencias de los hospitales, pero reciben el alta con indicaciones de “caso social” o recomiendan visita por USM). En ocasiones, la persona desaparece de los recursos sociales de atención o continúa en ellos pero con las mismas conductas disruptivas y de falta de autocuidados al no tener conciencia de su enfermedad o no estar capacitado para cuidar de sí mismo porque su propia situación se lo impide. Mantener la permanencia en nuestro Centro de Acogida Temporal de estas personas con enfermedad grave de salud mental como esquizofrenia, trastorno bipolar, psicosis es muy difícil, incluso cuando hay un tratamiento médico, pero sin duda es básico mantener el vínculo para poder acompañar el proceso.

**Graves limitaciones para atenderles en recursos de alojamiento que no están pensados para estas problemáticas y que adaptamos para poder dar una mínima respuesta de sostén.** Durante todo este proceso de acceso al servicio médico especializado (psiquiatría), diagnóstico, inicio y adherencia al tratamiento, en ocasiones las personas encuentran limitado el acceso a los recursos de alojamiento disponibles por las necesidades complejas de intervención que pueden presentar a causa de su enfermedad, aún en nuestros propios recursos y siendo muy flexibles con la situación de enfermedad de cada persona. En ocasiones, para garantizar unos mínimos de convivencia, no nos es posible atenderles.

**El Samur social o similar no existe en todas las provincias de la Comunitat.** En numerosas ocasiones, ante una situación de crisis (delirios, alucinaciones, extrema violencia, verbalización de deseos de autolisis...) hemos llamado desde nuestros servicios de acompañamiento al 112 y la ambulancia que ha acudido a recoger al posible paciente ante la negativa de este a subir voluntariamente a la ambulancia se ha marchado sin atenderle, quedando la persona en situación de calle o ante las puertas de nuestros recursos, o ante la ausencia de signos evidentes de riesgo inminente para la vida (infarto, herida sangrante, desvanecimiento...) tampoco se ha intervenido, dejando a la persona con sus delirios y alucinaciones en situación de calle.

**Ausencia de un entorno estable que proporcione los cuidados necesarios:** Alimentación, descanso, higiene, seguridad. La preocupación principal pasa a ser: dónde comeré hoy, dónde dormiré y cómo satisfaceré mi adicción en el caso de

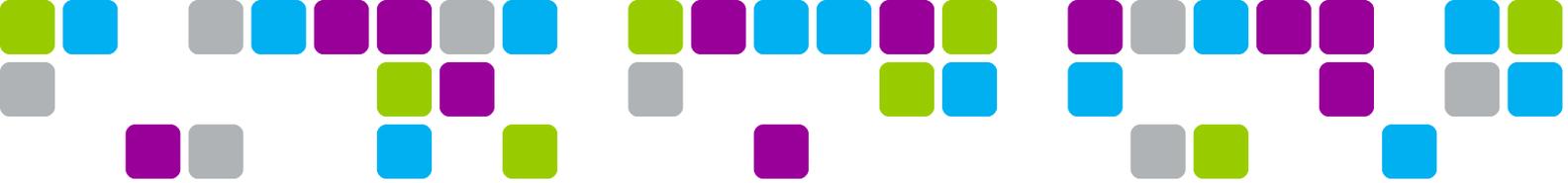
patología dual. La adherencia al tratamiento y la preocupación por la fecha de la siguiente visita queda muy atrás en la lista de prioridades cotidianas.

**Dificultades para conseguir un diagnóstico y un informe médico y social que explique las capacidades de la persona para el desarrollo de la vida cotidiana que permita solicitar certificados de discapacidad que faciliten el camino hacia diferentes tipos de prestaciones.** En ocasiones, representa un laberinto administrativo que las personas en situación de grave exclusión no pueden recorrer por ellas mismas sin nuestro acompañamiento y mediación. Para estas personas la Administración pública es muy complicada, poco accesible y cercana, dependiendo en muchas ocasiones del “talante” facilitador y comprensivo del personal de admisión. Estamos hablando de personas que no tienen nada, que están completamente fuera de los márgenes, en el extremo de la zona de exclusión, y en muchas ocasiones carecen de las competencias necesarias para realizar los trámites administrativos y saber dónde, cuándo y cómo tienen que dirigirse para presentar solicitudes, documentación. Si hablamos de personas migradas en situación de grave exclusión social con enfermedad mental la situación se complica aún mucho más: a la ausencia de competencias se unen dificultades con el idioma y diferente interpretación de códigos sociales y culturales.

**Ausencia de “ventanilla única”.** Como ya venimos diciendo, al no haber un abordaje integral de la exclusión sino de las múltiples situaciones concretas que la configuran, bien por colectivos o por necesidades, para cada situación concreta se tiene que acudir a una “ventanilla” determinada y no a otra. Nos encontramos que cada una de esas “ventanillas” tiene sus requisitos y, en algunas ocasiones, listas de espera. Cuando se consigue esa primera atención, llegan los trámites y luego las resoluciones que suelen retrasarse bastante, tres meses para primera cita en Servicios Sociales, seis meses para neurología en hospital, un año para valoración de discapacidad... y de los tiempos de espera de la tramitación de la dependencia. Como se dan respuestas positivas o negativas a cada situación concreta, nunca existe una valoración global de toda la situación de exclusión (salud, laboral/ocupacional, vivienda, cuidados personales, prestaciones económicas...) y, por lo tanto, no se ataja esta situación por la raíz sino por las hojas de sus ramas.

### **Conclusión**

Queda de manifiesto la necesidad imperiosa de coordinar muchos y diferentes tipos de recursos para poder acompañar a las personas en situación de sin hogar con problemas de salud mental en los procesos de inclusión. Son necesarias intervenciones complejas que den respuesta al mismo tiempo y durante periodos muy extensos a la cobertura de necesidades básicas, alojamiento/vivienda,

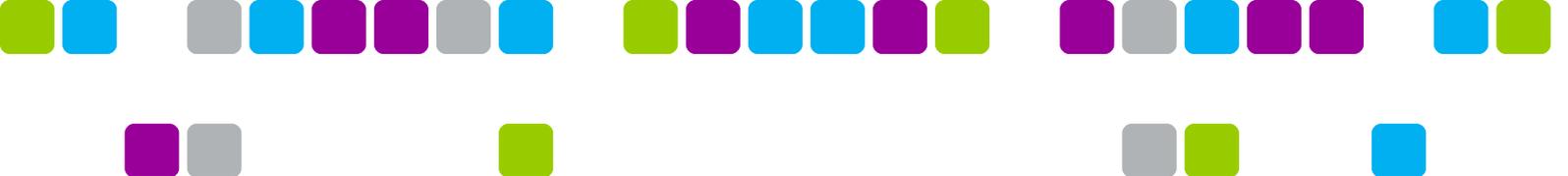


acompañamiento social personalizado que empodere a la persona en su propio proceso, atención social (acceso a rentas/prestaciones), atención jurídica, atención médica primaria y especializada, ocupación significativa del tiempo...

Nuestra propuesta es un modelo de atención que sitúa a la persona en el centro de la intervención y en función del proceso de acompañamiento puede disponer de las herramientas (recursos, servicios, centros...) apropiados y necesarios para la intervención. Es una propuesta que impulsa los procesos individualizados de acompañamiento con la creación de la figura del referente que coordina todo el proceso y actúa de mediador con el resto de sistemas. Es una propuesta que se basa en la necesidad de la coordinación y el trabajo en red de todos los sistemas de protección social.

### **Bibliografía:**

- Cáritas Española (2009) Modelo de Acción social de Cáritas  
Cáritas Española (2009) Marco de intervención con personas en grave situación de exclusión social  
Fantova, F. (2018) en Internet [http://fantova.net/?page\\_id=4](http://fantova.net/?page_id=4)  
Pérez Eransus, B. (2004) El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión. *Revista Documentación Social n° 135*.  
Renes, V. (2004) Criterios y objetivos para la calidad en la intervención social. *Revista Documentación Social n° 135*.



## C. Experiencias

# Contextos relacionales, afrontamiento y bienestar psicosocial.

## Una experiencia de trabajo con grupos de apoyo

Isabel Clemente Navarro. Psicóloga y trabajadora social.  
Cáritas Diocesana de Girona

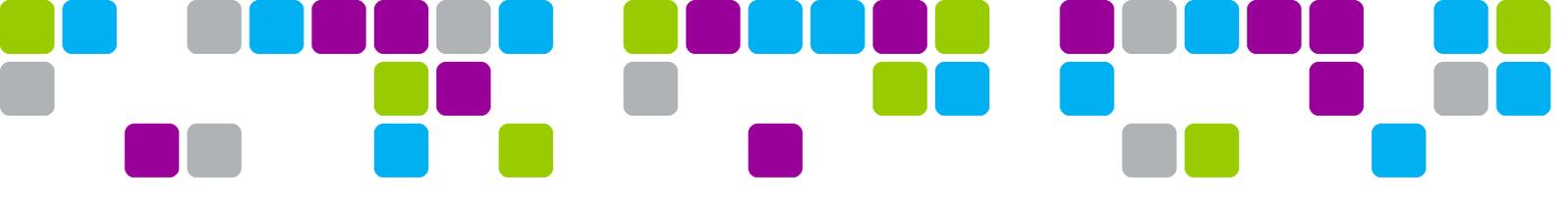


### Introducción

Los estudios sobre riesgos para la salud mental en la crisis económica de España, refieren un aumento alarmante de las consultas en los centros de salud por motivos de malestar emocional y afecciones del estado de ánimo. Algunos factores que se han señalado como precipitantes: la desocupación mantenida, la imposibilidad de hacer frente a las demandas económicas de bienes materiales o la experiencia de aislamiento social han agravado el estado de salud de las personas, que han visto limitada su participación y contribución en la sociedad.

El hecho de que en la Península en general, el estado de bienestar no haya alcanzado los niveles de cobertura de otros países europeos (*Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, 2014. Fundación FOESSA*), ha supuesto un sobreesfuerzo en las ya debilitadas redes de soporte primarias, que despojadas de su potencial amortiguador, han situado a las personas en zonas de mayor riesgo y acelerado procesos de exclusión social.

Numerosos son los estudios que han volcado datos a favor de un entorno social consistente y seguro, como estructura de contención, de elementos desencadenantes y factores de estrés, ante situaciones de adversidad (Lin, Woelfel, Light, 1985; Curtrona, 1986; Lakey i Heller, 1988; Gore i Aseltine, 1995).



El creciente interés por los recursos derivados de los vínculos sociales, así como la correlación entre relaciones interpersonales y salud (Cassel, 1974), ha dado lugar al uso frecuente de conceptos como *sistemas de apoyo comunitario*, *apoyo social* o *recursos del entorno*, que han sido claves en el desarrollo de nuevos proyectos de investigación para el análisis de las redes de soporte sociales y de sus beneficios sobre la salud física de las personas y su bienestar emocional.

El presente artículo, pretende hacer un recorrido por las fuentes teóricas y metodológicas sobre las que se sustenta el proyecto *Ubuntu*. Revisar la literatura científica que aporta luz en materia de exclusión social e identificar las directrices que, desde las investigaciones en el campo social y de la salud emocional, nos conducen a una mayor comprensión de las problemáticas sociales y de las variables que se hayan implicadas en su resolución, es materia ineludible para contextualizar nuestra intervención y dotar de argumentos sólidos la apuesta firme por la interdisciplinariedad y el trabajo psicosocial con grupos.

### ***Bienestar Psicosocial***

La necesidad de sentirse bien es inherente a todo individuo. Disciplinas como la psicología o aquellas provenientes de las ciencias sociales, han mostrado, desde conceptos más operativos, su interés por el bienestar humano.

Los planteamientos en torno a la consideración del bienestar, parten de dos grandes tradiciones epistemológicas: la *hedónica*, centrada en la felicidad y el bienestar subjetivo y la *eudaimónica*, interesada en el desarrollo del potencial humano y el bienestar psicosocial.

Desde esta segunda y más reciente perspectiva, autores como Keyes (2005), han afirmado que el bienestar psicológico y el bienestar social conforman criterios de diagnóstico para la salud mental; y que la comprensión global de los fenómenos sociales, requiere integrar en los modelos teóricos variables socio-estructurales y psicológicas simultáneamente (House, 1981).

Riff, Keyes y Banco, apuntaron algunas dimensiones para conceptualizar dichos constructos. En sus respectivos análisis hallaron que el ***bienestar psicológico*** se relacionaba con variables como el *autoconcepto*, las *relaciones positivas*, la *autonomía* y *autorregulación* del comportamiento, la *percepción de control* sobre el entorno y el interés por el *crecimiento personal* y el desarrollo del propio potencial. El ***bienestar social***, enfocaba su mirada con más detenimiento en la vertiente relacional de la salud mental, atendiendo a factores como la *integración social*, conformada por el sentimiento de pertenencia y los vínculos sociales; la *aceptación social*, reflejada en actitudes

positivas hacia los otros y hacia uno mismo; la *contribución social*, o sentimiento de *utilidad* y aportación al bien común; la *actualización social*, entendida como confianza en la capacidad de la sociedad para generar bienestar; y la *coherencia social*, como el propio interés por lo que sucede a nuestro alrededor (Keyes, 1998); (Blanco & Díaz, 2005).

Los resultados de las investigaciones sobre bienestar psicológico y social, subrayaron la necesidad de abordar su contenido desde aspectos relacionales, emocionales y de significancia existencial.

Algunos de los trabajos más relevantes sobre la relación dada entre bienestar y exclusión social, fueron acometidos por Leary y col. (1995), pudiendo confirmar que **«existe un nexo de unión negativo y vinculante entre autoestima y exclusión social»**. La autoestima era para Leary uno de los mejores predictores para medir el grado en que las personas se sentían aceptadas por su comunidad de pertenencia.

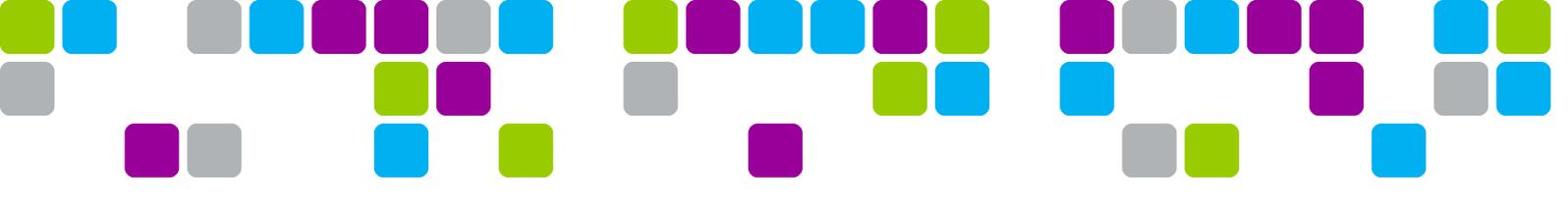
Stillman concluyó que **«la exclusión social reducía la percepción global de que la vida tenía sentido»** y William y cols. (2000), corroboraron, una vez más, la relación íntimamente establecida entre exclusión social y malestar psicológico.

Twenge (2003) explicó científicamente cómo la exclusión social producía un aplanamiento afectivo y emocional, caracterizado por un estado de debilitamiento. El mismo autor, señaló la interrelación entre rechazo social y conducta de ayuda, y cómo esta última quedaba intervenida temporalmente por una disminución de la capacidad empática, lo que producía una menor inclinación a ayudar a los otros y a cooperar con ellos.

La seguridad en nuestras acciones, la capacidad de afrontamiento de la que disponemos ante la adversidad y la accesibilidad a los recursos personales con los que contamos para gestionarla, se encuentra vehiculizada por el contenido de nuestro autoconcepto y por la percepción de apoyo social y familiar que permanece en el recuerdo y a su vez se valida en la calidad de los vínculos que mantenemos con nuestro entorno social más inmediato. Las situaciones de exclusión social generan fisuras en la propia estima personal, que de manera *bucleniana* alimentan el propio aislamiento, adentrándonos a su vez en un mayor deterioro de las mismas.

### ***Apoyo social v exclusión social***

La exclusión social va más allá de la pobreza, señala los múltiples y cambiantes factores que provocan que determinadas personas queden excluidas de los intercambios normales y de las prácticas y derechos de la sociedad moderna. Gabàs y Gassa (2003), se refiere a las personas excluidas cuando lo explica en términos de



aquellos individuos que han estado progresivamente invalidados por la coyuntura y las reglas del juego social y económico.

La alta motivación por ser aceptados se ha expresado, en lo que conocemos, como *sentimiento de pertenencia*. Maslow (1954) situó nuestra necesidad de pertenecer en el segundo escalafón de su pirámide, hermanada con el amor y la necesidad de afecto. Desde los albores de la humanidad, el tema de la pertinencia social ha sido clave para la supervivencia.

Beach y Tesser (2000) entendieron que la inclusión en el grupo había proporcionado a la persona la posibilidad de trascenderse, la protección y la defensa, la obtención de alimentos y un lugar donde refugiarse. Estos incuestionables beneficios de pertenecer y vivir como colectividad han favorecido evolutivamente la presencia de mecanismos motivacionales de evitación de la exclusión. La autoestima ha sido uno de los más extendidos por su funcionamiento, a modo de sociómetro, en el que las personas detectan a través de sus reacciones afectivas negativas, las señales de reprobación, rechazo y exclusión en el grupo.

En la investigación en torno a las influencias sociales en salud mental, el *apoyo y aceptación social* han constituido un pilar fundamental para el desarrollo del bienestar psicológico. En la actualidad, conocemos empíricamente, que las respuestas positivas de los demás, aumentan nuestra autoestima y bienestar emocional, y que **«la exposición durante períodos de tiempo prolongados al rechazo, se traduce en dificultades psicológicas y altos índices de salud física y mental deficitaria»** (Pressman i Cohen, 1995).

Investigadores como Lin, Dean y Ensel (1986) definieron el apoyo social en base a las provisiones instrumentales y expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, los grupos sociales y los amigos íntimos.

La significación de las redes de apoyo social sobre el bienestar emocional y colectivo, justifica la creación de sistemas de soporte adecuados, grupos de apoyo y ayuda mutua, la efectividad de los cuales ha sido demostrada como herramienta en la prevención de la exclusión social y ensamblaje para la provisión de recursos psicosociales.

Sin duda alguna, las relaciones sociales constituyen el entramado donde se germinan los lazos de afecto necesarios para la pervivencia como individuos en sociedad. La sostenibilidad de estos intercambios comunicacionales, mediatizada en la actualidad por las redes de interacción virtuales, depende, entre otros factores, del despliegue de nuestras habilidades sociales y de la predisposición emocional para desarrollarlas en su máxima expresión. Los intercambios recíprocos de validación y confirmación, permiten fortalecer una autoimagen positiva y predisponernos a mostrarla y compartirla con otros.

### **El grupo socioterapéutico**

Aunque hace millones de años que nos relacionamos en grupos y que toda la historia de la humanidad está vinculada a fenómenos grupales, no es hasta el S.XX que la intervención con grupos es concebida como instrumento terapéutico.

G. Konopka (1963) definió **«el trabajo social con grupos como un método de intervención que ayudaba a los individuos a mejorar su funcionamiento social, a través de experiencias compartidas».**

Desde el momento de su consolidación como método de intervención social, los primeros autores, M. Murphy (1959), G. Konopka (1968), G. Wilson (1956) distinguieron dos modalidades de grupos: aquellos que tenían por finalidad ayudar a mejorar los problemas de las personas y los grupos cuyo objetivo era incidir en el ámbito comunitario. Kisnerman (1969) hablaba de grupos orientados al crecimiento personal y grupos para la acción social.

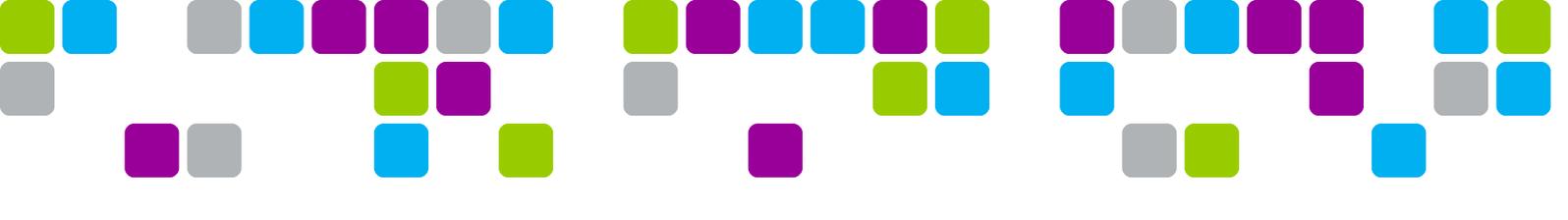
Varios autores coinciden en señalar la aparición, en el trabajo con grupos, de elementos que pueden diferenciarse por los efectos beneficiosos que producen en los individuos y facilitadores de los procesos de cambio. Killilea, 1976; Richardson, 1983; Rogers, 1987; Orfford, 1992; Gracia, 1997, señalaron aquellas características, de mayor relevancia terapéutica, que aparecían en los grupos de apoyo: el intercambio de experiencias comunes, el apoyo emocional, la información y orientación, la ampliación del abanico de percepciones alternativas a las dificultades y oportunidades; la superación del aislamiento social como función especialmente importante (Katz, 1993), la realización conjunta de acciones y la promoción de sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

El grupo favorecía la incorporación de relaciones y experiencias positivas para utilizar fuera de este (Alissi, 2001) y se configuraba como plataforma para el enriquecimiento de las redes de apoyo social (Berry i Letendre, 2004; Sands i Solomon, 2004).

Los efectos que, de su paso por los grupos de apoyo, describían las personas que habían formado parte de ellos, denotaba un incremento sustancial de la autoafirmación personal y de la percepción de control sobre la propia experiencia vital, lo que dotaba de contenido a la motivación para el cambio.

### **La Psicología Humanista en la intervención grupal**

Michel Fourcade (1982) define la *psicología humanista* como un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad; un movimiento científico que



comprende la psicología en sus dimensiones dinámica y social, retomando valores como el autodesarrollo y la autorrealización.

Clarificar un término tan polisémico y camaleónico (Bayés, 1980), nos sitúa ante un conjunto de prácticas, no siempre conectadas entre ellas y que por consiguiente no pueden defender, para algunos críticos, unas bases filosóficas comunes. Sin embargo, Rogers, como humanista reconocido, no dudó en afirmar que **«las diferentes perspectivas en la psicología humanista tienden a enriquecer el campo de acción, en contra de limitarlo; y que de su diversidad de pensamientos surge una aprehensión más auténtica de la condición, naturaleza y conducta humana»**.

La historia de la ciencia y de la psicología, demuestran con frecuencia que aquello que se ha clasificado como pseudociencia, se ha convertido, a pesar de la resistencia inicial, en fuente de conocimiento y enriquecimiento del cuerpo científico (Villegas, 1984).

Gimeno (1983), por su parte, corroboró la existencia de características comunes en el seno de la psicología humanista, destacando entre otras: el carácter positivo de todas las *emociones auténticas* —independientemente de su valoración social—; un *concepto optimista del ser humano*, la *confrontación terapéutica en el presente* (prioridad del *cómo* sobre el *porqué*), la implicación y autenticidad del terapeuta, la toma de *consciencia* como paso previo y necesario para la asimilación, y la *integración de las dificultades* de forma creativa y productiva.

Para la psicología humanista, la intervención pasa por facilitar al individuo el desarrollo de sus propias potencialidades; y parafraseando a Rogers: **«crear el ambiente propicio para que la persona pueda ser lo que es»**. La educación humanista, en este sentido, sería sinónimo de fomentar lo que ya existe en lo más íntimo de la persona (Sebastián, 1985).

Algunos renombrados seguidores de las epistemologías humanistas han realizado aportaciones interesantes al trabajo con grupos. Moreno (1989-1974), uno de los padres fundadores de la psicología social, fue pionero en el estudio de grupos pequeños y en la ideación y aplicación de las técnicas grupales. Maslow (1908-1970), como reconocido psicólogo humanista, abandona en los años cincuenta la psicología experimental para dedicarse al campo social. Perls (1893-1970), identificándose con enfoques gestaltistas y existencialistas, pone en valor la terapia de grupo, como un espacio privilegiado, donde las personas experimentan los conflictos en situaciones sociales y colectivas, y no de forma aislada.

Carl Rogers (1902-1987), creador de los *grupos de encuentro*, coincide con Maslow en la idea de autorrealización y con Perls en el desarrollo positivo. Para Rogers, la

propia realización está en el contacto con los demás, es decir, en la relación social. Su terapia no directiva invita al profesional a la no interpretación, *haciendo ver a la persona lo que vale, lo que puede y lo que hace*, desde una aceptación incondicional y empática.

Nuestro trabajo con grupos, pretende intervenir en el desarrollo de aquellas variables psicosociales, que han venido a demostrar su papel determinante en los procesos de exclusión social, incidiendo en la promoción de la autoestima y el desarrollo de habilidades relacionales y emocionales, proveedoras del bienestar psicosocial de los individuos y promotoras de su integración social.

Requiere importancia para el objetivo del proyecto *Ubuntu*, atender a las capacidades y fortalezas de las personas, con el fin de generar cambios que se traduzcan en nuevas formas de entender, percibir y relacionarse con su medio social, favoreciendo la consciencia de una identidad colectiva, como parte del autoconcepto del individuo que pertenece a un determinado grupo social, y *de la significación que para él tiene esa pertenencia* (Tajfel, 1981).

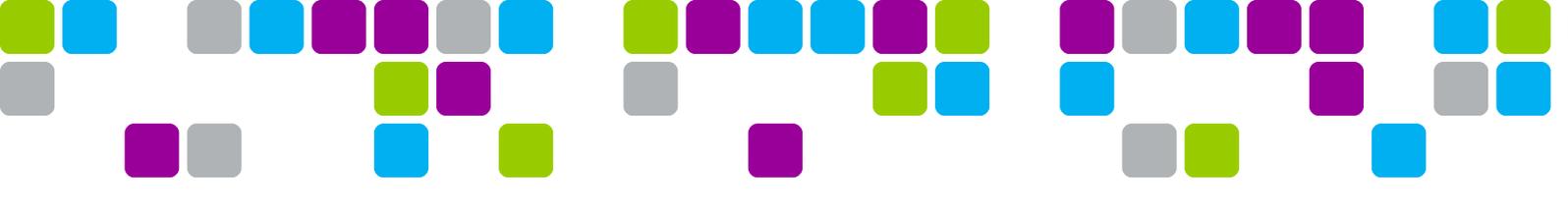
### **El proyecto Ubuntu**

Situamos los inicios del proyecto en el año 2014 en los servicios de acogida de la Cáritas Diocesana de Girona.

En ese contexto, y como consecuencia de los efectos que la crisis económica dejaba tras de sí, los equipos de trabajo técnico ubicados en la atención de base de las Cáritas locales describieron un componente psicosocial *nuevo*, vinculado a las también nuevas problemáticas sociales, que precisaba de un enfoque transdisciplinar para ser abordado en toda su globalidad.

Observando las narraciones que las personas construían de sus dificultades, la incidencia de factores psicosociales se evidenciaba con claridad en los niveles de malestar emocional subjetivo con el que —los usuarios del servicio— relataban dichas situaciones. En su forma, respondían a parámetros psicológicos conocidos asociados a respuestas emocionales habituales ante la adversidad, aunque la significación de los acontecimientos sobrevenidos adquiría un contenido emocional que distaba en su presentación de aquél con el que los profesionales del trabajo social estaban acostumbrados a lidiar.

La descripción de la emoción expresada por las personas en riesgo de exclusión difería en el grado de intensidad con el que habían sido abordadas las problemáticas sociales con anterioridad, desdibujando los senderos de acceso para el reconocimiento



y desarrollo de los propios recursos personales y habilidades de afrontamiento. La demanda de bienes materiales de primera necesidad, se vio incrementada exponencialmente y el debilitamiento de las redes primarias de apoyo, pasó a ser un agravante en la cronificación de las problemáticas sociales.

La conjunción de factores socio-emocionales en los procesos de exclusión, impulsó la creación de proyectos de intervención que respondiesen a las nuevas necesidades psicofectivas y de demanda de apoyo emocional, que emergían con intensidad entre aquellos colectivos de mayor vulnerabilidad.

El componente emocional reactivo a la vivencia autoculpabilizadora de la exclusión social, como factor determinante, conllevaba un sentimiento de indefensión —o parálisis— en detrimento de estrategias psicosociales adaptativas al uso en los procesos de inclusión social. Precisábamos de un enfoque de intervención centrado en la recuperación de la autoestima y la autovaloración personal, en un entorno relacional desde el que *re-conocer* las propias fortalezas y el potencial genuino de cada individuo.

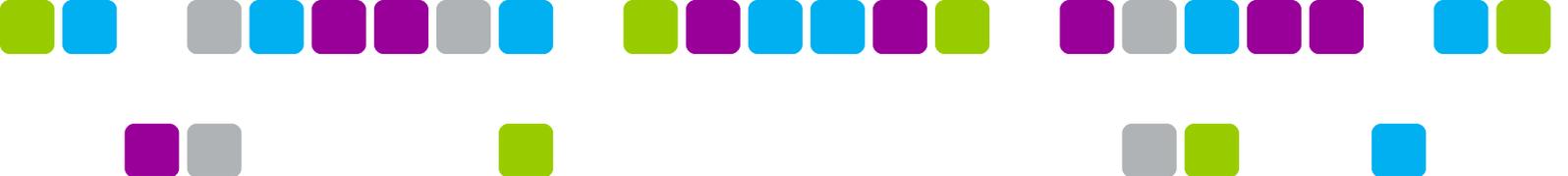
### **Objetivo**

El objetivo general del proyecto fue promover el desarrollo de las habilidades psicosociales que favorecían el bienestar personal y la integración grupal y comunitaria de las personas en riesgo o situación de exclusión social, mediante el trabajo con grupos socioterapéuticos y su abordaje desde los postulados básicos de la psicología humanista.

### **Población**

La población beneficiaria del proyecto, mayoritariamente sujetos en franjas de edades comprendidas entre los 20 y los 55 años de edad, con niveles formativos equivalentes a estudios primarios, secundarios y ocasionalmente universitarios, describían situaciones de exclusión del mercado laboral o formas precarias de inclusión social, refiriendo sentimientos de desesperanza, soledad y angustia vital. La ausencia o fragilidad de redes de apoyo social, se sumaba a la dificultad para sostener el ya patente sufrimiento emocional.

Las participantes fueron informados por profesionales del ámbito, ubicados en los servicios sociales de atención primaria y en las acogidas de las respectivas Cáritas, de la posibilidad de participar en un grupo de trabajo para el desarrollo de habilidades



de afrontamiento ante situaciones de intenso malestar personal derivadas de una problemática social coexistente.

El Proyecto se materializó en un servicio especializado de intervención con grupos, que con vigencia en la actualidad, ofrece espacios terapéuticos de encuentro para el desarrollo de las competencias psicosociales aunadas a los procesos de integración social.

### *Metodología*

El trabajo con grupos de apoyo de corte humanista, fue la metodología escogida para diseñar planes de acción que partiesen de realidades concretas y subjetivadas por aquellos colectivos que las vivenciaban en primera persona.

Abogar por la co-autoría en los cambios sociales y personales motivó la elaboración de propuestas de trabajo participativas, experimentando en la dinámica de los grupos aquellas estrategias relacionales adaptativas para la vida en sociedad.

La estructura del proyecto se concretó en la organización de grupos pequeños y medianos, con una frecuencia de encuentro semanal y una temporalidad de 4 a 6 meses duración —según requerimientos económicos e institucionales— traduciéndose en un máximo de 36 sesiones grupales y 5 sesiones individuales por participante y grupo.

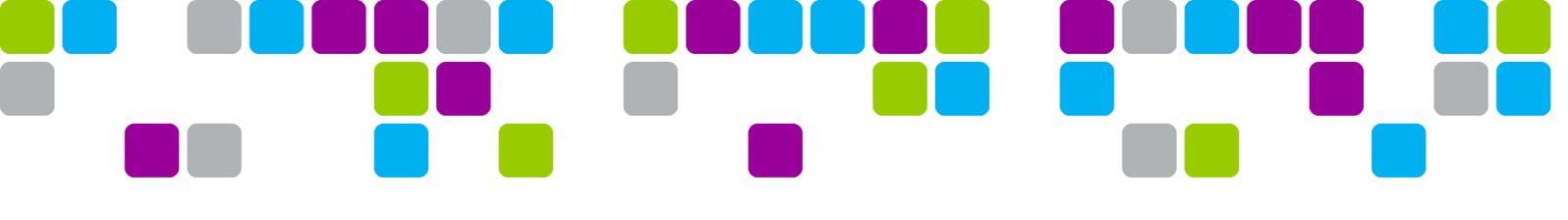
En el 2015, se iniciaron 27 grupos de apoyo psicosocial, en 20 poblaciones de las comarcas de Girona, con un total de 289 participantes.

### *Equipos de trabajo*

El equipo de profesionales, constituido por 11 especialistas de la psicología y 21 personas voluntarias con formación en el ámbito social, ejercían funciones de dinamizadores en calidad de terapeutas, co-terapeutas y observadores, y en estrecha colaboración con los distintos agentes sociales y de la salud del territorio. El número de personas que conformaban los distintos grupos oscilaba entre 7 y 12 participantes por grupo y sesión.

### *Evaluación*

El método de evaluación, prioritariamente cualitativo, consistió en verificar y objetivar dentro de la subjetividad, la propia experiencia interna de las personas,



reparando en aquellos elementos psicosociales de mayor relevancia, para los participantes, relatados en sus historias de vida.

El objetivo de la evaluación –fue detectar cambios en los indicadores emocionales, relacionales y situacionales– que anteriormente eran vividos como carenciales o disfuncionales en términos de bienestar emocional e inclusión social, desde la comparativa de los discursos iniciales con aquellos que se narraban en las etapas finales del trabajo con grupos.

### *Resultados*

Los resultados obtenidos sugirieron una mejora en las variables emocionales y relacionales implicadas en el bienestar psicológico y social de los participantes que se constataba en la transformación que de sus relatos efectuaban y en los cambios reflejados en las descripciones de las propias emociones, sentimientos y vivencias personales.

Los participantes en el proyecto señalaron la prevalencia de los siguientes indicadores: mayor percepción de control sobre las problemáticas sociales, uso extensivo en sus narraciones de características positivas asociadas al propio autoconcepto, interés por la continuidad en el trabajo de desarrollo personal, mejora de la autoestima en el reconocimiento del propio potencial, presencia recurrente de conductas prosociales y de ayuda mutua, consciencia de las propias emociones y habilidades para su gestión social, creación de vínculos afectivos más profundos y satisfactorios, mayor predisposición al cambio y dominio en las habilidades de afrontamiento, empoderamiento en el cuidado personal, emocional y de las relaciones familiares y sociales, percepción de seguridad y apoyo social, motivación para la participación social y la inserción sociolaboral, ampliación de las redes de apoyo comunitario, reconocimiento de las propias fortalezas y talentos; y predominio de conductas empáticas y socialmente vinculantes.

### *Conclusiones*

El consenso mayoritario en afirmar el reconocimiento de una mejora en el bienestar emocional y en los procesos de cambio social de las personas que participaron en el proyecto, nos reafirmó en la convicción que los intercambios sociales, bajo parámetros de autenticidad, empatía y cooperatividad, sientan las bases para una convivencia armónica y feliz, enfatizando la hegemonía de lo social como elemento constituyente e inapelable del bienestar en nuestras sociedades.

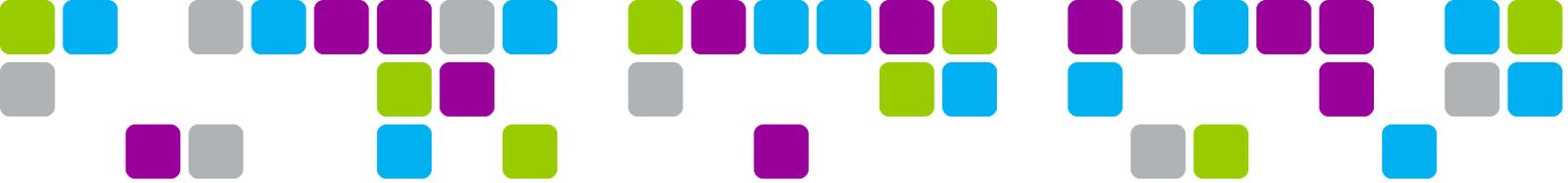
«La tendencia a formar grupos sociales, es la adaptación evolutiva más importante que ha existido a lo largo de la historia» (Barchas, 1986) y la inclusión en los mismos ha supuesto un reto para nuestra supervivencia.

Desde la psicología comunitaria y humanista, la intervención profesional ha estado ligada a aspectos de detección de potencialidades, auspicio de estas y cambios en las formas de afrontar la realidad, interpretarla y reaccionar ante ella.

Identificar los engranajes por los cuales la persona adquiere mayor control sobre su medio ambiente, nos interpela a comprender, desde una mirada inclusiva, la significación que los factores psicosociales tienen en nuestro desarrollo como individuos y en el de la sociedad a la que anhelamos pertenecer.

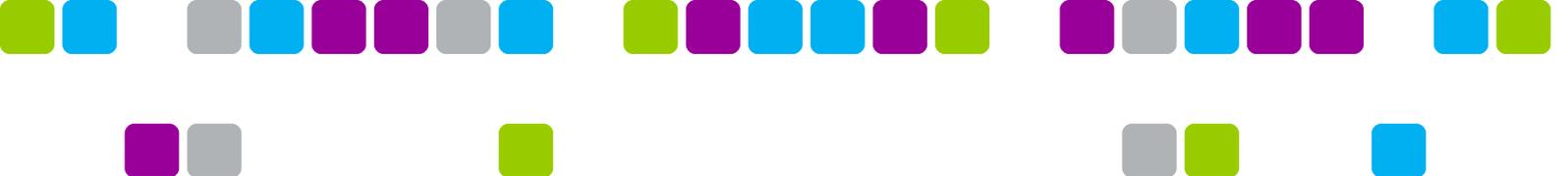
### **Bibliografía**

- Barón López de Roda, A y Sánchez Moreno, E (2001). *Estructura social, Apoyo Social y Salud Mental*. Psicothema, vol. 13, nº 1, pp.17-23.
- Blanco, A (2006). *Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social*. Clínica y Salud, vol. 17, nº 1, pp.7-29.
- Caplan, G. y Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help*. Nova York: Grune & Stratton.
- Chull Han, B. (2017). *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder.
- Domenech, Y. (1998). *Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social*. Cuadernos de Trabajo Social, nº 6, pp. 179-195.
- Fernández Peña, R (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud*. Periferia, nº 3.
- Gómez Serrano, P. J y Buendía García, L (2014). *La crisis y los Estados de bienestar en Europa*. Informe FOESSA. Documentos de Trabajo 8.3.
- Konopka, G. (1968). *Trabajo social de grupo*. Madrid: Euramérica.
- Méndez López, A. J, J. V Perez Cosín i F. X Úceda i Maza (2013). *La importancia de la participación social en el proceso de integración social de las diversidades culturales*. Documentos de Trabajo Social. Revista de Trabajo Social y Acción social, nº 52, pp. 326-337.
- Rogers, C (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Rogers, C (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Rogers, C (2004, 2013). *Grupos de encuentro*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). *The structure of psychological well-being revisited*. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 69, pp. 719-727.
- Vives, A. (2014). *El grupo como herramienta de trabajo desde los Servicios Sociales*. Revista de Trabajo Social, nº 201, pp. 40-49.



Wilson, G. (1956). *The Practice of Social Group Work*. New York: National Association of Social Workers.

Zubieta, E. M. y Delfino, G. I. (2010). *Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires*. *Anuario de Investigaciones*, vol. 17, pp. 277-283.



# El trabajo en red de Cáritas frente a la exclusión sanitaria: la experiencia de ODUSALUD

Ana López Izquierdo.  
Coordinadora Área de Inclusión.  
Cáritas Diocesana de Valencia

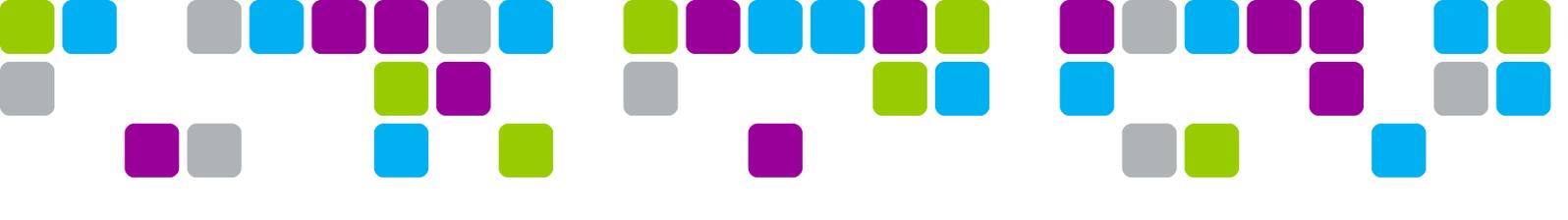


## Introducción

En el año 2012, el Gobierno de España aprobó el *Real Decreto Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*. Aparentemente, esta normativa, al menos en su título, no vislumbraba la restricción del derecho a la asistencia sanitaria, que comenzamos a observar a partir de entonces. Con esta normativa, la asistencia sanitaria dejó de ser un derecho de todas las personas en nuestro país y pasó a considerarse como una prestación vinculada a una condición administrativa, en la que las personas eran atendidas en función de su condición de *asegurado* o no *asegurado*.

En pocos meses, Cáritas Diocesana de Valencia, junto a otras dos organizaciones sociales que trabajamos en la primera línea de la vulnerabilidad y la exclusión social, empezamos a detectar, el alcance que, parte del articulado de este Real Decreto, iba a tener en la vida de las personas que desde nuestros programas y servicios acompañamos cada día.

En el año 2014, cuando se cumplían dos años de la entrada en vigor del RDL 16/2012, Cáritas Española junto a sesenta organizaciones y plataformas de los ámbitos social, profesional y científico, denunciaban a través de la publicación de un manifiesto, los impactos de esta normativa, en la población más vulnerable y el incumplimiento por parte del Gobierno Español de la legislación internacional de derechos humanos.



Según cifras del propio Gobierno en esa época, al menos 873 000 personas en España habían perdido el derecho a la asistencia sanitaria a los dos años de su entrada en vigor. Se trataba de una población especialmente vulnerable y que debería gozar de medidas de protección socio sanitarias.

Las cifras en la Comunitat Valenciana no eran menos preocupantes: en el *Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunitat Valenciana derivado del VII Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*, algunos indicadores del eje político y de ciudadanía en relación a la salud ya eran alarmantes. En concreto, el 16,4 % de los hogares en la Comunitat había dejado de comprar medicinas, seguir tratamientos o dietas por problemas económicos.<sup>1</sup>

Años después, en 2017, la misma Fundación FOESSA en su estudio *Desprotección Social y Estrategias Familiares*, recoge que el 27,4% de los hogares manifiesta estar en una situación peor a antes de la crisis a la hora de tener capacidad para comprar las medicinas que necesita.<sup>2</sup>

Este movimiento de denuncia social e incidencia política, en el ámbito del trabajo en red de las organizaciones sociales, tuvo un desarrollo diferente, según las distintas comunidades autónomas. En la Comunitat Valenciana se materializó en la creación de ODUSALUD (Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunidad Valenciana).

El artículo que a continuación se presenta, pretende trasladar una experiencia, creemos de éxito, del trabajo en red en el ámbito de la salud, impulsado junto a otras organizaciones, por Cáritas Diocesana de Valencia desde los inicios, como entidad promotora.

### **Qué es ODUSALUD: cómo nace y cómo permanece en la actualidad.**

El Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD) nace en noviembre de 2012 a partir de la preocupación por los efectos que producía la entrada en vigor del RDL 16/2012 (en adelante RDL), en las personas y colectivos más vulnerables, de la Comunitat Valenciana.

Su objetivo “es velar por el cumplimiento del Derecho Universal a la protección de la Salud de los ciudadanos y ciudadanas, especialmente en poblaciones que

---

1 Fundación FOESSA (2014) Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunitat Valenciana  
2 Fundación FOESSA (2017) Desprotección social y estrategias familiares. Análisis y Perspectivas.

se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, personas en situación administrativa irregular, sin recursos económicos o personas vulnerables.”<sup>3</sup>

Un objetivo complejo, que tuvo, en cambio, un origen sencillo. Las entidades promotoras se sentaron preocupadas por los efectos que la aplicación del RDL estaba teniendo en la población con la que a diario trabajaban. Básicamente consistía en que, aquellas personas que hasta ahora tenían atención sanitaria universal, dejaban de tener acceso a servicios y prestaciones sanitarias (médico de familia, pediatra, especialistas, tratamientos, etc...). Y aquellas que hasta ahora no la habían tenido y utilizado (como las personas extranjeras recién llegadas, en situación administrativa irregular), se veían envueltas en un complejo entramado administrativo, que finalmente concluía en no poder ser atendido en los servicios primarios de salud.

Las tres entidades promotoras de ODUSALUD fueron: Médicos del Mundo Comunitat Valenciana, la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària y Cáritas Diocesana de Valencia. Las tres comenzaron a trabajar en red, poniendo en común todos los problemas que estaban detectando en la población con la que cada entidad trabajaba, desde este cambio legislativo.

Pusieron en marcha un **instrumento de recogida de incidencias** que permitía plasmar todas las situaciones concretas que se presentaban y el efecto que estas circunstancias causaban en las personas concretas.

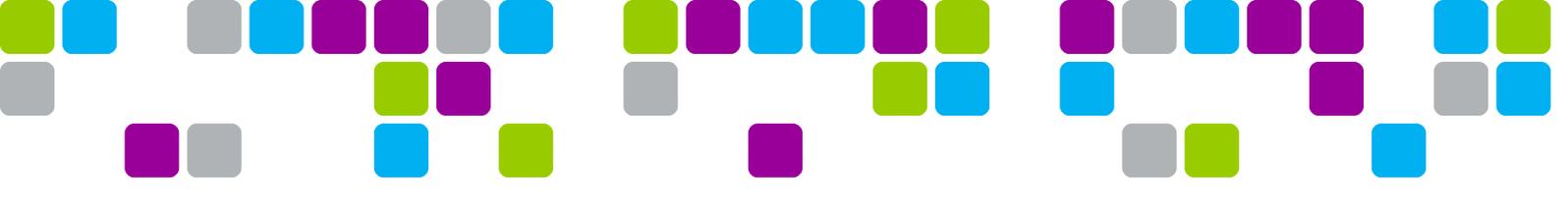
Desde los inicios de ODUSALUD, el censo de incidencia ha estado a disposición de las autoridades sanitarias de la Comunitat Valenciana y de la opinión pública como compromiso de retorno y transparencia de la información recogida. Todo ello, garantizando la seguridad de los datos y compromiso de confidencialidad y cumpliendo la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) al no incluir ningún dato de identificación individual en el formulario de alta de incidencias.

Asimismo, ODUSALUD se comprometía a analizar los datos y a presentarlos periódicamente, dando información pública de las incidencias registradas y siendo informados de los resultados, tanto a las entidades que forman la plataforma, como las autoridades sanitarias y toda la ciudadanía, a través de los medios de comunicación.

Uno de los mayores logros, tras seis años de existencia de ODUSALUD, es el impulso que se generó en la sociedad civil, en la ampliación de esta red de entidades de todo tipo (organizaciones humanitarias, sociales, cívicas, científicas, colegios profesionales, fundaciones, redes y plataformas de entidades, etc...), todas preocupadas por esta privación del derecho a la asistencia sanitaria. En poco tiempo, la red comienza a crecer, siendo **en la actualidad 87 entidades** las que conforman esta plataforma.

---

3 [www.odusalud.com](http://www.odusalud.com)



### **Marco legislativo: antecedentes, desarrollo y situación actual**

Desde 2012, la Comunitat Valenciana ha pasado por diferentes contextos legislativos en el marco del acceso a la asistencia sanitaria, que, sin duda, han determinado el enfoque del trabajo que ha ido acometiendo ODUSALUD y que a continuación intentamos resumir.

Si bien se han producido grandes avances legislativos en la línea de recuperar el acceso a la sanidad universal, hemos padecido una situación de gran incertidumbre legislativa. A ello debemos unir la arbitrariedad y la falta de aplicación administrativa efectiva de algunos avances legislativos en la universalización de la sanidad, en todos los centros sanitarios, que aún hoy seguimos detectando.<sup>4</sup>

Tras la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, han sido varios los hitos legislativos que merecen nuestra atención:

- en julio de 2015 el Gobierno Valenciano publica el **Decreto Ley 3/2015**, de 24 de julio, del Consell, por el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. Su objeto es garantizar el acceso universal a la atención sanitaria;

- 3 noviembre de 2017, se publica el **Decreto 169/2017**, del Consell, por el que se desarrolla el anterior Decreto ley 3/2015, y mediante el que se regula el acceso universal a la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. Su objeto es establecer en el ámbito del Sistema Valenciano de Salud, los requisitos que garanticen 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 Comunitat Valenciana, que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

El Decreto Ley 3/2015 y su desarrollo (169/2017) fueron respuestas legislativas pioneras, respecto a una serie de leyes promulgadas en diversas Comunidades Autónomas con el fin de paliar las nefastas consecuencias de la “reforma sanitaria” que supuso el RD 16/2012 contra la población más vulnerable.

Con posterioridad, el Gobierno central, interpuso un **recurso de inconstitucionalidad** ante el Tribunal Constitucional, respecto a la ley Decreto Ley 3/2015, de 24 de julio. Este fue admitido a trámite y la norma fue cautelarmente suspendida desde octubre de 2016 hasta marzo de 2017. Finalmente, en diciembre de 2017, el DL se declaró

---

4 14 Informe ODUSALUD ([www.odusalud.com](http://www.odusalud.com))

inconstitucional por dicho tribunal, cuya justificación fue la existencia de intromisión de las CCAA en competencias que no les correspondían.

En el mes de junio del presente año, con el cambio de Gobierno estatal, se produce un cambio legislativo en materia de Sanidad a favor de la Sanidad Universal. Concretamente, en el plazo de un mes, se publica en el BOE el **Real Decreto Ley 7/2018**, de 27 de julio, sobre Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud, aprobado por Consejo de Ministros.

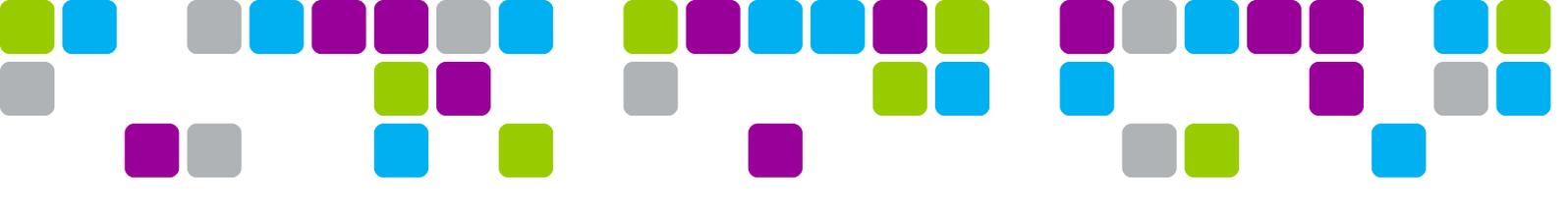
Tal y como se recoge en el texto, esta norma responde a la necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en España, permitiendo así la atención sanitaria normalizada a los colectivos que quedaron excluidos con el Real Decreto Ley 16/2012.

### ***Incidencia política: el alcance de los datos de ODUSALUD***

En los seis años de andadura de ODUSALUD ha sido constante el trabajo de incidencia política con la administración sanitaria de nuestra comunidad autónoma. Las facilidades en la interlocución, así como el alcance de esta han sido variados, dependiendo de los diferentes equipos de Gobierno que han tenido responsabilidades en la gestión sanitaria. Pero sin duda, todos los informes que se han ido publicando han tenido algún tipo de efecto en los estamentos de la Conselleria correspondiente. Este, a nuestro entender, ha sido otro de los grandes logros, que ODUSALUD puede atribuirse en estos años de andadura. Es difícil valorar el efecto concreto del trabajo del observatorio en el diseño de las políticas sanitarias. Sin duda, ODUSALUD ha estado vigilante en todos los periodos, subrayando en cada uno de sus informes las cosas que no estaban funcionando y denunciando todos aquellos “vacíos” que se producían en el acceso a la sanidad.

Desde noviembre de 2012, fecha en que comienza a caminar la red y se comienzan a registrar incidencias, se han elaborado y publicado **14 Informes**, en los que se han registrado un total de **1723 incidencias sanitarias**.

Desde el observatorio siempre se ha matizado que el registro de incidencias de ODUSALUD no era exhaustivo. Recogía solo aquellas situaciones notificadas, que serían ejemplos de un número significativamente mayor con características similares. De alguna manera, es la “punta del iceberg” y las notificaciones recogidas tendrían especial valor en cuanto que representarían las diferentes formas en las que se ha estado vulnerando el derecho a la asistencia sanitaria en la Comunitat Valenciana.



Actualmente, y tal como ha recogido el último informe presentado (Informe 14º) se mantiene la tendencia de disminución del registro de vulneraciones ya observada en los dos informes anteriores, que corresponden al periodo en el que se publica y entra en vigor, el Decreto Ley 3/2015.

La participación e incidencia de ODUSALUD, tanto en el desarrollo legislativo de la Ley 3/2015, como en la vigilancia de su puesta en marcha, ha sido muy destacable, así como determinante. En mayo de 2016 se constituye la Comisión Mixta que viene recogida en la norma, constituida por altos cargos de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, así como por representantes de Amnistía Internacional, Cruz Roja y la propia ODUSALUD, que ha trabajado de forma continuada para velar por la aplicación del DL 3. El nuevo escenario legislativo estatal, que conlleva el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre Acceso Universal al Sistema Nacional de Salud, esperamos que concluya con una etapa discriminatoria en materia de salud, que ha negado el derecho básico a la asistencia sanitaria a una gran cantidad de población, generando un sufrimiento innecesario especialmente en los colectivos más vulnerables y excluidos socialmente.

Tal y como recoge el 14º y último Informe de ODUSALUD, «tenemos el compromiso de observar y seguir vigilantes del cumplimiento del acceso a la atención sanitaria de todas las personas y trabajar conjuntamente para que estas situaciones de vulneración dejen de producirse, denunciando, en su caso, las que se mantengan».

Los proyectos y servicios de Cáritas, están en la primera línea de la vulnerabilidad y la exclusión social. A través de este trabajo, constatamos cómo las personas que sufren estas situaciones, y en concreto las personas que están en situación de sin hogar viven al margen de los sistemas básicos de protección social. En cuanto al sistema sanitario, y dada su situación, es en muchos casos imposible cumplir los requisitos de acceso al sistema (empadronamiento, sistema de cita para atención, etc...). En los casos en los que acceden a una atención médica (que suele ser habitualmente en un estado grave de salud) son atendidos en el sistema de urgencias hospitalarias, con la posterior dificultad de poder continuar el tratamiento pautado. Nos estamos refiriendo a personas que no tienen las necesidades básicas cubiertas (alojamiento, higiene, alimentación adecuada) y tampoco los apoyos necesarios en los cuidados básicos.

Desde Cáritas, urgimos a los poderes públicos a que se diseñen las políticas sociales de manera integradora e integradas. En las que los diferentes sistemas de servicios sociales, vivienda, empleo, salud, garanticen la prevención y ofrezcan un sistema plural de alojamiento y atención a estas personas.

Cáritas seguirá participando en red junto con otros para que los poderes públicos garanticen «el derecho a la protección y promoción de la salud establecido en la

Constitución Española y el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal y como es definida por la Organización Mundial de la Salud: completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad, como marco de las políticas, planes y estrategias de salud y base del modelo integrador bio-psico-social de atención a la persona enferma, derecho también recogido en el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales ratificado por España<sup>5</sup> »

### **Bibliografía**

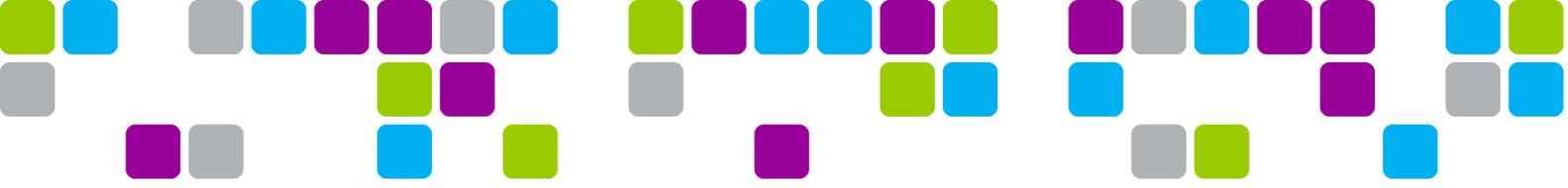
- Fundación FOESSA (2014) Informe sobre exclusión y desarrollo social en la Comunitat Valenciana
- Fundación FOESSA (2017) Desprotección social y estrategias familiares. Análisis y Perspectivas.
- 14 Informe ODUSALUD (2018) [www.odusalud.com](http://www.odusalud.com)
- Manifiesto entidades sociales entrada en vigor RD 16/2012 (2014)

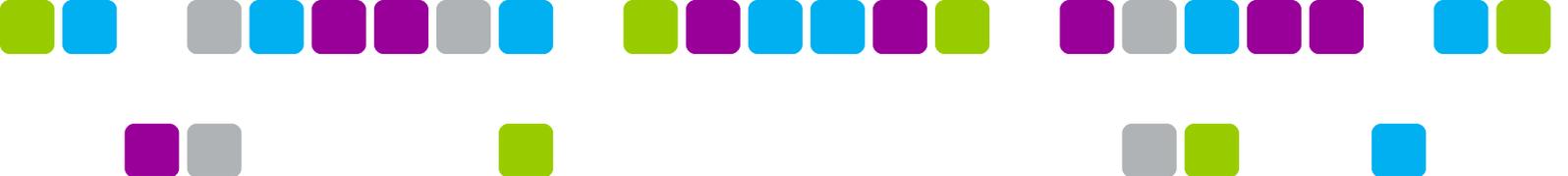
[https://www.caritasvalencia.org/cCaritas\\_qPensamos\\_articulo.aspx?Id=100](https://www.caritasvalencia.org/cCaritas_qPensamos_articulo.aspx?Id=100)

*Agradecimientos a mis compañeras de Cáritas Diocesana de Valencia, Nuria Baeza y Olivia Pérez, por el trabajo compartido en esta "aventura", reflexiones conjuntas en voz alta, momentos de cansancio sostenido y en definitiva, por recordarnos siempre, los rostros y nombres concretos de la exclusión sanitaria.*

---

5 Manifiesto 2014 de más de 60 entidades sociales tras el cumplimiento de dos años de la entrada en vigor del RDL 16/2012

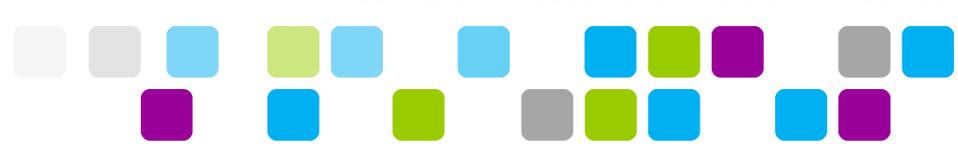




## D. Propuestas

# ¿Hasta cuándo con mi mochila<sup>1</sup> auestas?

Charo Moreno Montes. Referente del Área de Vivienda y Sin Hogar  
Cáritas Diocesana Orihuela - Alicante.



¿Cómo afrontar un horizonte que se dibuja tan árido como la experiencia de vivir en una situación de exclusión severa y padecer problemas de salud mental?

¿Cómo armar las piezas de un engranaje tan complejo y disperso como es el sistema de atención social, sanitario, judicial...?

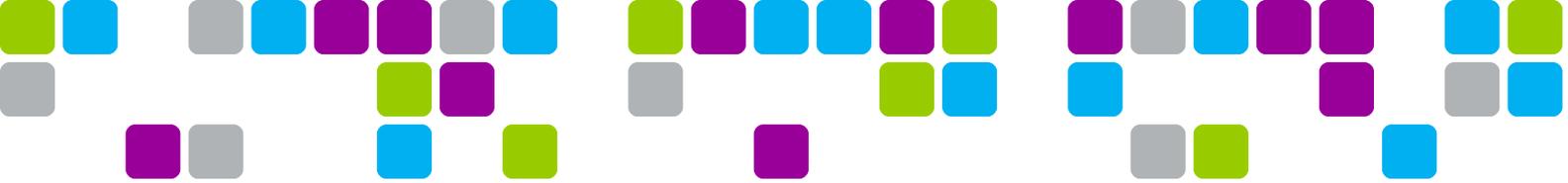
¿Cómo explicar a ese sistema la urgente necesidad de que sus piezas encajen y no vean a la persona como partes separadas y la traten como un todo en la complejidad de la situación sufriente en la que vive?

¿Cómo hacernos entender que estas situaciones no son “un problema de la persona” sino una situación estructural de la que la sociedad somos responsables, de la que el sistema es responsable porque descarta, aparta, olvida, invisibiliza, rechaza, estigmatiza, condena y culpabiliza?

¿Cómo acercarnos a las administraciones (estatal, autonómica y local) para recordarles sin descanso que son las garentes de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas que residen en este estado?

---

1 Mochila quiere ser una forma gráfica de explicar el peso que cada día ha de llevar una persona en situación de exclusión severa, es el peso de las pérdidas (personas y cosas), el peso de situaciones vitales estresantes, el peso de la soledad, el peso de la invisibilidad, el peso del silencio, el peso de la desesperanza, el peso del no contar, el peso de no tener intimidad, el peso de...



Como si de un cuadro se tratase vamos buscando los matices de cada color dibujado sobre un lienzo grisáceo que nos deja en la retina un tinte de desesperanza, soledad, frustración, sentimiento de fracaso; una mochila cargada de demasiadas cosas que pesan demasiado: situaciones vitales estresantes, problemas de salud mental, incompreensión, vacío, rabia, mucha rabia, dolor profundo, de ese que atraviesa lo más hondo, que te va dejando sin fuerzas, que te provoca distancia y te protejes con una fuerte coraza para sobrevivir, mal vivir, casi es más acertado.

Hagamos un breve viaje para descubrir que sí existen escritos, agendas, compromisos, estrategias, buenas intenciones de incidir para cambiar esta realidad, para generar mecanismos que nos ayuden a transformarnos en sociedades inclusivas de verdad.

La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible aprobada en Asamblea General de la ONU en 2015 dice en su redacción: «Las personas: estamos decididas a poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones, y a velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable».<sup>2</sup>

En el punto 41 de esta agenda se dice: «Reconocemos que cada país es el principal responsable de su propio desarrollo económico y social... La financiación pública, tanto a nivel nacional como internacional, será vital para proporcionar servicios esenciales y bienes públicos y catalizar otras fuentes de financiación. Reconocemos el papel que desempeñarán en la implementación de la nueva Agenda los diversos integrantes del sector privado, desde las microempresas y las cooperativas hasta las multinacionales, y la función de las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones filantrópicas»<sup>3</sup>.

Con estas dos referencias expuestas se puede ver con claridad que la intención es generar un sistema que permita vivir en dignidad erradicando cualquier forma que destruya la esencia de la persona, así como el recuerdo de que los Estados son los responsables de garantizar ese desarrollo, esa meta.

La estrategia europea 2020 fija cinco objetivos para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador, uno de los cuales es: **Lucha contra la pobreza y la exclusión social**. Reducir al menos en 20 millones el número de personas en situación o riesgo de pobreza y exclusión social.

Si continuamos este viaje hacia lo más cercano nos encontramos con la Estrategia

2 Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Transformar nuestro mundo: la agenda 2030 para el desarrollo sostenible.

3 Idem. Punto 41.

Nacional Integral (ENI) para personas sin hogar aprobada en Consejo de Ministros el 6 de noviembre de 2015 y pongamos atención a lo que dice en los dos primeros párrafos de su introducción: «La Estrategia Nacional Integral para las Personas Sin Hogar 2015-2020 (ENI-PSH) es el instrumento que propone el Gobierno para dar respuesta a la situación de estas personas y crear un marco integral de actuación con este colectivo. Las condiciones que sufren las personas sin hogar constituyen probablemente el peor rostro de la exclusión social en nuestro país y, además, el más visible. No obstante dicha visibilidad, el sinhogarismo es uno de los fenómenos peor conocidos y que ha adolecido de falta de políticas integrales en su intervención»<sup>4</sup>.

Dice ser un instrumento que propone el Gobierno y que el sinhogarismo ha adolecido de políticas integrales. El desarrollo de la ENI sigue con una declaración y un análisis de la realidad registrada numéricamente sobre esta situación de sin hogarismo.

Si se continúa buscando cómo, cuándo y quién o quiénes implementarán esta ENI, la claridad no es tanta como la declaración de principios. Así se puede ver exactamente qué dice sobre la financiación: «En cuanto a la financiación de la Estrategia se ha de tener en consideración la distribución territorial de competencias de los distintos niveles de las administraciones públicas en España. Por tanto, el establecimiento de las diferentes partidas presupuestarias que financiarán las actuaciones derivadas de las líneas contenidas en esta Estrategia provendrá tanto del ámbito estatal, como del autonómico y del local, de acuerdo con lo que establezcan los Planes de Atención Integral a Personas Sin Hogar en los distintos niveles de la Administración»<sup>5</sup>.

En ámbito autonómico, en la Comunitat Valenciana, no existe todavía, ninguna estrategia específica, para abordar esta situación de sinhogarismo en la que tantas personas se ven atrapadas. Celebramos que el Plan VICS<sup>6</sup> recoja en algunos de sus objetivos, el desarrollo de actuaciones específicas hacia las personas en situación de sin hogar, como en el acceso a la renta mínima, la creación de dispositivos de acogida para personas convalecientes, así como el establecimiento de equipos multidisciplinares en la atención a personas en situación de sin hogar, que sufran alguna enfermedad.

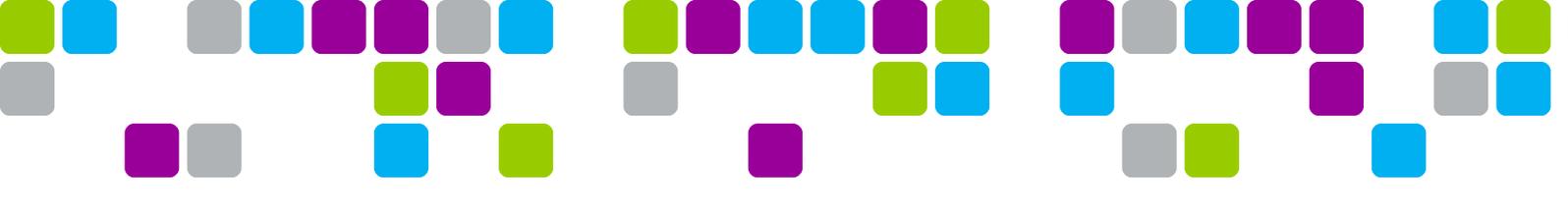
No obstante, lo que se ha definido en la estrategia nacional, como “el peor rostro de la exclusión social”, requiere de una mirada preferente y una estrategia propia, que posibiliten medidas reales y efectivas para intentar acabar con estas situaciones injustas.

Por otro lado, señalar que existe una estrategia autonómica de salud mental concebida

4 ENI-PSH. Presentación.

5 ENI-PSH. Punto 6 Evaluación y financiación de la estrategia.

6 Plan Valenciano de Inclusion y Cohesion Social



para el periodo 2016-2020, pero esta no hace alusión expresa a personas que están en situación de exclusión severa y con problemas de salud mental en muchos casos graves, personas que viven en situación de calle, sin alojamiento estable, sin garantías de medicación y seguimiento, por poner el ejemplo más sangrante.

Se podría decir que no es falta de literatura, de estrategias y de instrumentos, objetivos... porque se han plasmado que existen y están, pero no movilizados y llevados a la práctica.

Hay **barreras concretas**, diarias, cercanas que se encuentran las personas que viven estas situaciones como la **dificultad de empadronarse** derecho que es la llave de otro derecho como el **acceso a la sanidad**, por tanto a ser atendida, protegida, respetada.

Pero existen otras **barreras más invisibles** o de las que se habla y sobre las que se incide menos como es la **falta de conexión** entre los distintos departamentos estatales, autonómicos y locales.

El desarrollo de instrumentos no puede ser algo que se realice de forma parcial en lo social porque es una situación de sin hogar, en lo sanitario porque es una situación de salud mental, en lo urbanístico porque “molesta” al entorno, en lo judicial porque es un “expediente” que queda en una mesa, en la seguridad ciudadana porque “perturba” el orden...

Esta barrera, que quiere pasar desapercibida, es uno de los retos más importantes si se quiere, de verdad, si existe voluntad sincera de transformación para implementar los acuerdos internacionales, europeos y nacionales y lógicamente no puede estar exenta de **financiación**. Esta no puede quedar a la decisión de a quién le toca invertir o dar la vuelta al presupuesto.

Este **sistema fragmentado**, al que se enfrentan diariamente las personas en situación de sin hogar con problemas de salud mental, produce un mayor aislamiento social, así como un círculo de estigmatización que va dejando a la persona cada vez más al margen, más en la periferia, cada vez más atrapada, cada vez más vulnerados sus derechos y con unas administraciones que parece no ponen fin a esta sangrante falta de respeto por la dignidad.

El efecto que esto provoca es que se **criminalice a las personas** que se encuentran en estas situaciones pasando antes por un juzgado que por un servicio sanitario de atención especializada, redactando antes ordenanzas para cambiar el mobiliario urbano que creando políticas públicas de vivienda. Es la **no comprensión de esta situación en su conjunto** la que desencadena todo un amplio conjunto de diversas circunstancias como las mencionadas.

«Queremos decir “¡basta ya!”: de vulneraciones de derechos, de invisibilidad, de sufrimiento, de vivir en la calle, de inseguridad, de agresiones, de no poder acceder a una vivienda... de no tener hogar... Queremos y debemos interpelar a la sociedad, a

las administraciones públicas, a nosotros y nosotras mismas... Es necesario y urgente poner un límite a situaciones tan dolorosas, que suponen una grave vulneración de derechos, y que además afectan a miles de personas.

También queremos decir “¡así no!”: desde unas políticas públicas que no favorecen el acceso y ejercicio de derechos de las personas más vulnerables, principalmente el derecho a la vivienda, pero no sólo. También las personas sin hogar vemos vulnerados nuestro derecho a la salud cuando no podemos acceder a la tarjeta sanitaria (porque no tenemos empadronamiento), a la protección social cuando no podemos empadronarnos donde vivimos, a la participación cuando no podemos ejercer nuestra condición de ciudadanos y ciudadanas...»<sup>7</sup>.

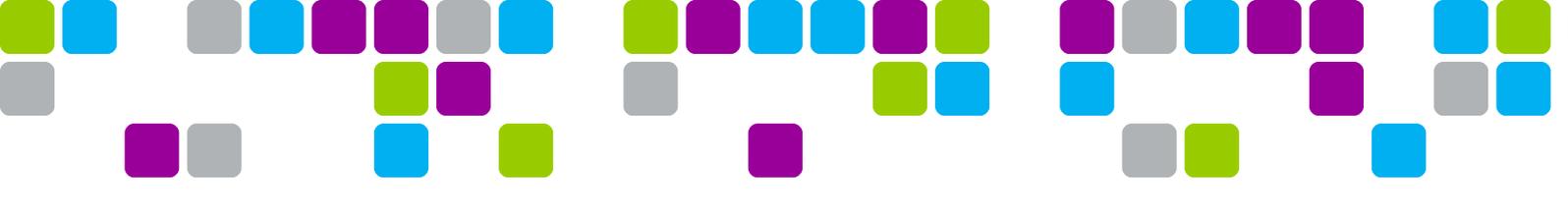
No podemos terminar este viaje aquí y quedarnos solamente en la constatación de que existen agendas, estrategias..., barreras y retos que tenemos delante. Desde Cáritas tenemos la firme convicción de que es posible transformar, ir siendo en sociedad, una sociedad que vela de forma especial por las personas más vulnerables, que se puede hacer realidad el lema NADIE SIN HOGAR.

Y con esa convicción hacemos nuestro trabajo diario de ESTAR, SER y ACOMPAÑAR a personas en situación de exclusión severa que además padecen problemas de salud mental. Y es desde ese tierra que pisamos cada día, desde los cientos de nombres, rostros, historias, vidas... desde donde exponemos medidas, herramientas, instrumentos... a fin de cuentas **propuestas** que abarcan desde lo más amplio hasta cuestiones muy concretas para que se llegue a erradicar el sinhogarismo en la Comunitat Valenciana.

- Creación y desarrollo de un Estrategia Autonómica Integral para personas en situación de sin hogar:
  - ✓ confeccionada con la participación de las personas en situación de sin hogar, de las entidades sociales y de las administraciones locales;
  - ✓ estrategia que contemple las distintas realidades de sin hogarismo que se dan (categorización denominada ETHOS, propuesta por la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas Sin Hogar FEANTSA);
  - ✓ estrategia que se base en un estudio que contemple: personas en situación de calle, recursos y plazas, ocupación, servicios... en la Comunitat Valenciana;
  - ✓ estrategia que entienda y contemple: la vivienda como derecho humano, garantía de ingresos y acompañamiento social;
  - ✓ estrategia que desarrolle las distintas realidades del sinhogarismo para poder abordarlas de forma específica;
  - ✓ estrategia que especifique la financiación prevista para su desarrollo y de dónde se extraerán los fondos (europeos, nacionales, autonómicos y locales);

---

7 Campaña Nadie Sin Hogar 2018

- 
- ✓ estrategia que contemple la coordinación efectiva con las administraciones sanitarias, departamentos de estadísticas, sistema judicial;
  - ✓ estrategia real para ser implementada en lo local;
  - ✓ estrategia que contemple recursos especializados para personas en situación de sin hogar y con problemas graves de salud mental;
  - ✓ estrategia que contemple la sensibilización como parte de su desarrollo.

- creación de mesas/redes locales donde se desarrolle en lo concreto la Estrategia Autonómica Integral a través de planes locales;
- coordinación entre las Consellerias de Sanidad y Políticas inclusivas para hacer efectivo que ninguna persona sea dada de alta de una unidad de psiquiatría sin tener alojamiento que asegure su convalecencia, recuperación y seguimiento;
- dispositivos de emergencia, no solo en época de frío, para que ninguna persona muera en la calle en la Comunitat Valenciana;
- que la comunicación que se hace a los medios por parte de las administraciones y entidades dejen de utilizar un lenguaje estigmatizante como “indigente”, “usuario”, “mendigo”, “un sin techo”;
- que los medios de comunicación dejen de trasladar un estereotipo de “sin techo” y se acerquen a la realidad de la persona;
- que se haga efectiva la ley de empadronamiento y que las personas puedan ser empadronadas allí donde viven (en la plaza, debajo del puente, en el banco del parque...) y que por tanto puedan acceder al resto de derechos para los que se pide estar empadronado;
- que se revisen las ordenanzas municipales que en su redacción cercenan el derecho a empadronarse en el municipio en el que se reside;
- que los profesionales que trabajan en el día a día con personas en situación de sin hogar (ya sea desde recursos residenciales, centros de día, dispositivos de calle) sean escuchados cuando acompañan a una persona al médico de familia, a un servicio especializado...;
- que las entidades sociales trabajemos en red y de forma coordinada y efectiva para hacer real la erradicación del sin hogarismo.
- que la administración autonómica y local no recorte presupuestos en la atención y acompañamiento a personas en situación de sin hogar;

- que se haga partícipes de todos los procesos a crear, desarrollar, implementar a las personas que están en situación de sin hogarismo:
  - ✓ contar con ellas para consultas;
  - ✓ que puedan participar en mesas de trabajo;
  - ✓ que participen en procesos de evaluación.
- realización de unas jornadas autonómicas de salud mental y sin hogarismo en la que se impliquen las distintas Consellerias, así como agentes de acompañamiento y personas afectadas.

Porque estamos convencidos y convencidas de que se puede construir de otra manera, de que podemos avanzar como sociedad, de que también somos responsables de exigir políticas públicas que pongan en el centro a las personas, responsables de exigir que nadie más tenga que tener una condena a prisión porque no se actuó a tiempo y no se ofrecieron los cauces para prevenir, responsables de exigir que ninguna persona vuelva a morir en la calle.

«NO SOMOS mendigos, vagabundos, carrilanos, pedigüeños, indigentes, vagos, viciosos, vividores, borrachos o yonkis. No somos sucios guarros, aprovechados, gorriones, subvencionados, violentos o gente deshonesta.

TENEMOS como todos y todas DERECHOS, derecho a la vida, a la libertad, a ser persona. Tenemos derecho a ir a los hospitales y centros médicos y a ser atendidos como otra persona más, sin menoscabo de nuestra dignidad por estar en situación de calle.

Por lo tanto PEDIMOS a las administraciones los recursos necesarios y adecuados para poder iniciar una nueva vida y poder salir de esta situación.

Nosotros también nos COMPROMETEMOS. NOS COMPROMETEMOS a participar en nuestros centros de referencia, a dar los pasos necesarios para salir de esta situación de calle, a aportar nuestras experiencias a la sociedad para que no se vuelvan a cometer estos errores, a visualizar nuestra situación a la sociedad para que no nos estigmaticen, a ayudar a otros a salir de la calle, nos comprometemos a ninguna persona se sienta sin hogar».<sup>8</sup>

## SON DERECHOS, NO REGALOS

---

<sup>8</sup> Manifiesto Campaña día personas sin hogar 2017. “Somos personas, Tenemos derechos”. Nadie Sin Hogar.



**CEU**  
*Universidad  
Cardenal Herrera*

Colaboran:



**Càritas**  
*Comunitat Valenciana*



**FUNDACIÓN FOESSA**

ISBN: 978-84-09-07069-5

Observatorio de Investigación sobre Pobreza y Exclusión de la Comunitat Valenciana