

De aquellos barro, estos lodos. Un intento fallido de responsabilización pública: las personas sin hogar

María José Rubio-Martín¹

Recibido: 01/06/2017 / Revisado: 13/06/2017 / Aceptado: 06/03/2018

Resumen. Una vez reinstaurada la Democracia en el Estado Español, el desarrollo de un Sistema Público de Servicios Sociales supuso un cambio en la atención prestada a las Personas sin Hogar. Pero, casi treinta años después, este ámbito sigue siendo uno de los menos desarrollados dentro del llamado cuarto pilar del Bienestar. En este artículo, y a través de un enfoque sociohistórico, se analizan las limitaciones que ha supuesto ese cambio. En concreto, se atiende a la desconexión del Sistema Público de Servicios Sociales con otras áreas de la Política Social, así como al escaso desarrollo que el primero ha llegado a alcanzar. Por último, se aborda la desigual participación y responsabilidad de las distintas administraciones públicas en relación al *sinhogarismo*.

Palabras clave: Políticas públicas; Persona Sin Hogar; Servicios Sociales.

Sumario: Las Personas sin Hogar: el ámbito menos desarrollado del Sistema Público de Servicios Sociales. 1. De las políticas del orden y la seguridad a una (posible) política social. 2. El (imposible) vínculo con otras áreas de la Política social. 3. Entre las estrechas hechuras del Sistema Público de Servicios Sociales. 3.1. La normativa. 3.2. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales. 4. La desigual implicación de las Administraciones Públicas. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Rubio-Martín, M. J. (2018) De aquellos barro, estos lodos. Un intento fallido de responsabilización pública: las personas sin hogar, en *Cuad. trab. soc.* 31(2), 479-492.

Las Personas sin Hogar: el ámbito menos desarrollado del Sistema Público de Servicios Sociales

Yo creo que dentro de las políticas sociales, los Servicios Sociales han sido el patito feo, y dentro de los Servicios Sociales el patito feo han sido las Personas sin Hogar (...). En la Administración central, lo social, desde el traspaso de competencias, se evaporó. La gran meta que fue la de hacer una ley estatal, pues se quedó en el cajón, se quedó sin hacer. Y de aquellos barro vienen...²

Hace apenas unos años, en 2011, uno de los protagonistas del diseño y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales escribía: “[Las personas sin hogar] es el ámbito menos desarrollado a lo largo del proceso de modernización de los Servicios Sociales” (García Herrero, 2011, p. 22). Y ante esa constatación desarrollaba, a demanda del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, un documento que pretendía servir de base para una política social pública de atención a las personas sin hogar (en adelante PSH)³.

¹ Universidad Complutense de Madrid, España
majrubio@ucm.es

² Este fragmento forma parte de una entrevista realizada a la responsable de una organización sin ánimo de lucro en el contexto de otra investigación (Rubio-Martín, 2016).

³ Sin embargo, esta propuesta nunca llegó a ser desarrollada. En su lugar, el 6 de noviembre de 2015, fue aprobada, por Acuerdo de Consejo de Ministros, *La Estrategia Nacional Integral para personas sin hogar. 2015-2020*.

Adelantamos aquí varias pinceladas sobre ese panorama, que cuando escribimos estas páginas sigue ofreciendo un diagnóstico similar, aunque en el epígrafe siguiente se añaden otros datos que contribuyen a dibujarlo. En la actualidad en el Estado español existe una red de centros y servicios para PSH insuficiente y desigual a lo largo de todo el territorio. Por un lado, el INE (2016) señala que en tan sólo dos años (2014-2016) la media diaria de personas que se alojaron en centros de atención a PSH se incrementó en un 20,5%. Por otro lado, muchos recuentos nocturnos de población “sin techo” también informan de aumentos sustanciales de personas que duermen en la calle. Todo lo cual lleva a hacer estimaciones que superan las 40.000 PSH⁴. Para las cuales, la red de alojamiento específica tan sólo ofrece 19.124 plazas. Pero, como decimos, esa oferta además de ser insuficiente es desigual. Mientras que, por ejemplo, en Extremadura hay 15,21 plazas de alojamiento por cien mil habitantes, en la Rioja se cuenta con 76,12 plazas y en el País Vasco se llega a 135,30 plazas. (Elaboración propia a partir de INE, 2016).

Además, la titularidad de esa red sigue siendo mayoritariamente privada (73,1%). Y si bien es cierto que la mayor parte de ella (76,8%) depende únicamente o en su mayoría de las subvenciones públicas, no lo es menos que todavía no se han creado mecanismos estables de concertación público-privado equiparables a los de otros sectores de la política social. Estos mecanismos de concertación deberían garantizar una atención básica en todo el territorio y establecer unos estándares mínimos de calidad (INE, 2016). Por otra parte, cabe destacar que el peso de la Iglesia Católica en la atención a la población sin hogar sigue siendo notable. Aunque a partir de los años noventa (y al calor de la implantación de las rentas mínimas de inserción), se crearon muchos recursos no confesionales por parte de entidades sin ánimo de lucro, sin embargo, su dependencia financiera de las subvenciones públicas (siempre escasas e inseguras) ha impedido que se llegue a compensar ese déficit de atención público, y no confesional, arrastrado desde hace décadas.

En última instancia, el compromiso que las corporaciones locales deberían haber hecho efectivo a partir del principio de proximidad no parece haberse cumplido. En su lugar, se sigue delegando en el sector no lucrativo una responsabilidad pública nunca del todo asumida. De tal suerte que aunque en teoría la Red de Atención a PSH forme parte del Sistema Público de Servicios Sociales, en la práctica, al no haberse garantizado unos niveles mínimos de atención, cobertura, etc. siempre aparecerá como un ámbito poco desarrollado y en posición secundaria respecto de los demás.

Otro dato significativo, que viene a corroborar este infradesarrollo, es el hecho de que el sector sigue estando atendido por un porcentaje de voluntarios (59,7%) impensable en otros sectores (INE, 2016). Aunque es en las organizaciones de la Iglesia y en las entidades sin ánimo de lucro donde mayor peso tiene el personal no remunerado. En el hecho de que estos centros resulten más económicos debido a la ayuda voluntaria con la que cuentan⁵, podemos encontrar alguna de las razones por las que muchos responsables políticos siguen delegando en estas entidades la asistencia a las PSH, evitando asumir la responsabilidad pública que les compete. Por otra parte, si bien en los últimos años se ha avanzado hacia la diversificación de la atención a las PSH (pisos, centros de día programas de atención en medio abierto, talleres ocupacionales, talleres de inserción, oferta de cuidados médicos en la calle, etc.), esta todavía se encuentra centrada en ofrecer los servicios más tradicionales –Información y acogida, alojamiento, comida y ropa- (INE, 2016). En definitiva, a nuestro modo de ver, la necesaria reforma de la red de atención a PSH está lejos de ser completada y su desarrollo es lento y escaso.

Pero, más allá de las insuficiencias de la red de centros y servicios, parece que sigue existiendo una desafección de las propias PSH respecto de los Servicios Sociales. Y aunque en los últimos años las valoraciones han mejorado, casi la mitad (44,4%) manifiesta haber recibido poca o ninguna ayuda de esos servicios (INE, 2012). Sin duda, la sobresaturación de trabajo de los profesionales de Atención Primaria de los Servicios Sociales, así como

⁴ A partir de los datos de 2014 ofrecidos por el INE, se barajaba una cifra de entre 30.000 y 36.000 PSH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a). Si se toma en cuenta la última encuesta sobre centros de alojamiento (INE, 2016), y se aplican las extrapolaciones que suelen efectuarse a partir del número de plazas de alojamiento y de personas que duermen al raso, no sería arriesgado estimar una cifra como mínimo de 40.000 PSH.

⁵ P. Cabrera (2009) ha calculado que el presupuesto de cada centro público es alrededor de un 77% mayor que el de uno privado.

la excesiva burocratización del modelo actual (Parajuá, 2015), tropiezan con las necesidades y demandas específicas que presenta la población en situación de exclusión social más extrema.

En este contexto surge la pregunta de por qué esto es así. A saber, ¿por qué un problema persistente en el tiempo, y en aumento en la actualidad, no ha sido atendido suficientemente por parte de la Administración Pública? Para dar respuesta a este interrogante, en este artículo se analiza el presente como resultado de un proceso. Con el fin de dar cuenta del escenario actual, rastreamos un tramo de la historia reciente (la etapa democrática) en el que precisamente se llevó a cabo la implantación y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales. Situados en esta perspectiva socio-histórica, presentamos algunas claves de lo ocurrido hasta ahora para desentrañar por qué la cuestión de las PSH ha tenido tan escasa relevancia. En este artículo se presenta, en primer lugar, el significativo paso que supuso la inclusión de la atención a las PSH en el Sistema Público de Servicios Sociales, para posteriormente explicar las limitaciones y dificultades que han ido apareciendo. Además, se aborda la desconexión de este sistema con otras áreas de la Política Social y el escaso desarrollo que ha llegado a alcanzar. Finalmente, se analizan las repercusiones que todo ello ha tenido en la atención a las PSH y la desigual participación y responsabilidad de las distintas administraciones públicas en el tema abordado.

1. De las políticas del orden y la seguridad a una (posible) política social

Una vez que España se constituyó como un Estado Social y Democrático de Derecho, la inclusión de la atención a las PSH dentro del Sistema Público de Servicios Sociales, fue la forma de *dignificar*⁶ un problema que hasta ese momento tan sólo había sido gobernado desde las políticas del orden y la seguridad pública⁷. Durante los primeros años de la Democracia, además de las recogidas forzosas de “mendigos”, que aún se siguieron llevando a cabo, el panorama de la atención social a las PSH era tan exiguo como paternalista. En Madrid, por ejemplo, la Iglesia Católica disponía de la mayor parte de los recursos (el 72% de plazas en albergues y casi la totalidad de las plazas de comedores sociales) (FACIAM, 1984). Y salvo contadas excepciones, el adoctrinamiento moral (a unos sujetos considerados esencialmente como inmorales e improductivos), el control del espacio público y la movilidad forzosa de las PSH⁸ formaban la matriz de esa actuación política represiva.

La incorporación al Sistema Público de Servicios Sociales supuso, por tanto, el traslado del *sinhogarismo*⁹ desde el espacio del *orden* y la *seguridad* al espacio de lo *social*, dejando atrás un modelo de actuación eminentemente centrado en medidas voluntaristas, moralistas y represivas¹⁰. Desde el marco de los Servicios Sociales será desde donde se tratará de emprender una acción social profesionalizada

⁶ La palabra “dignificar” aparece en numerosos documentos históricos de diferentes instituciones públicas y entidades sociales vinculadas con la atención a las PSH. A nuestro modo de ver, y como más adelante se explica, la utilización del concepto conecta con la secular clasificación entre pobreza digna e indigna (*Deserving/Undeserving poor*).

⁷ Como por ejemplo, recogidas forzosas de mendigos, servicios municipales de represión de la mendicidad, juicios para mendigos reincidentes bajo la Ley de Vagos y Maleantes (y de la posterior Ley de Peligrosidad Social), albergues cuasicarcelarios, etc.

⁸ Desde finales de los años cincuenta, esa movilidad forzada estuvo muy vinculada con el denominado “modelo de puerta giratoria”, según el cual se debía dar albergue al “transeúnte” tan sólo por unos días para que no prolongara su estancia y no desarrollara resistencias al trabajo. Después, a partir de la década de los noventa ese modelo fue progresivamente sustituido (en buena parte de la Red de Atención a PSH), por otro denominado “modelo de escalera” basado en estancias de más larga duración, acompañamiento social, promoción de la persona a dispositivos de mayor exigencia según fuera cumpliendo objetivos, etc. En este sentido, es un referente el programa *Volver a Ser* impulsado por Cáritas (Nerín, 1996). Actualmente, el modelo de escalera” este último modelo está siendo muy cuestionado, no sólo en España sino también en Europa, y en su lugar van ganando terreno iniciativas desinstitucionalizadoras basadas en la estrategia de la vivienda primero (*Housing led; Housing First*).

⁹ La palabra *sinhogarismo* es una traducción literal del término inglés *homelessness*.

¹⁰ Sin que ello suponga, en adelante, una renuncia completa a las medidas coercitivas.

orientada a atender a los que entonces se les denominaba “marginados sin hogar” y, posteriormente, ya en los años noventa, “Personas sin Hogar”¹¹. Sin embargo, este paso arrastrará enormes inercias de un pasado secular de difícil superación. Sirva como ejemplo, el hecho de que siendo éste un ámbito tradicionalmente atendido por voluntarios, las instituciones públicas (por ejemplo, los albergues) no empezarán a incorporar profesionales especializados hasta ya bien entrada la década de los años noventa. Estando actualmente el sector (como ya se ha visto más arriba) muy lejos de esa pretendida profesionalización.

Pero, más allá de esas rémoras, la incorporación del *sinhogarismo* al espacio de lo *social* generó una oportunidad para la posible formación de una política social pública dirigida a este sector. De hecho así quedó plasmado en algunos documentos de la época¹². Sin embargo, el nuevo enfoque desde el que se entendió (y atendió) el problema, así como su encapsulamiento en el Sistema Público de Servicios Sociales, apenas sirvieron para desarrollar algunas medidas, servicios y recursos.

Ese nuevo enfoque trató de sustituir las viejas ideas moralistas e higienistas sobre mendigos y vagabundos por otras que tenían como base aquellos aspectos psicosociales que influían en los individuos hasta convertirlos en *marginados* sociales¹³. Sin embargo, aunque esta nueva forma de entender el asunto supuso un avance en aquella época, no dejó de poner el foco de atención en los aspectos individuales más o menos incapacitantes de los sujetos (desafiliación, problemas de inadaptación personal, adicciones, etc.). Al tiempo que relegó a una posición muy secundaria las causas socioestructurales que llevan a estar sin hogar. Con este telón de fondo, la atención social se centró más en tratar de reconstruir los déficits personales y las habi-

lidades psicosociales de los usuarios, que en prevenir y atender el problema a través de medidas relacionadas con el acceso y mantenimiento de la vivienda, la precariedad laboral y el desempleo, el acceso efectivo a la sanidad, los flujos migratorios, etc. Desde ese enfoque individual-psicologizante, la única política que desde entonces se consideró como posible permanecerá anclada en medidas destinadas a resolver *problemas personales de inserción social* gestionadas principalmente desde los Servicios Sociales de Atención Especializada, sin que apenas se tomen en consideración otras medidas más relacionadas con las causas y factores *estructurales* que inciden en el *sinhogarismo*. El albergue, los centros de baja exigencia, algunos centros de día, los comedores sociales, la estancia en pensiones hosteleras, etc. serán los dispositivos de un modelo institucionalizador asentado en los principios de la acogida, el acompañamiento social y la relación de ayuda.¹⁴ Todo lo cual configurará un circuito de atención muy característico (a veces denominado “circuito de las PSH”), con una escasísima eficacia social, del que será muy difícil salir habida cuenta de la casi inexistencia de recursos para ello (vivienda pública, especialmente)¹⁵.

2. El (imposible) vínculo con otras áreas de la Política social

Si se relacionan esas concepciones tan diferentes del *sinhogarismo* (el enfoque centrado en las causas individuales vs. el enfoque centrado en las causas socioestructurales) con las políticas públicas desde las que se ha abordado el problema (políticas de orden y seguridad vs. política social), se puede entender mejor ese paso efectuado a partir de los años ochenta con la creación y desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales (Figura 1)¹⁶.

¹¹ Aunque las antiguas expresiones (“mendigo”, “vagabundo”, “carrilano”, “transeúnte”, etc.) nunca terminarán de estar en desuso entre la opinión pública, y muy especialmente entre los medios de comunicación de masas (Contreras, B. y Sánchez, A., 2009; EAPN, 2012).

¹² Véase, por ejemplo, Federación Española de Municipios y Provincias (1986).

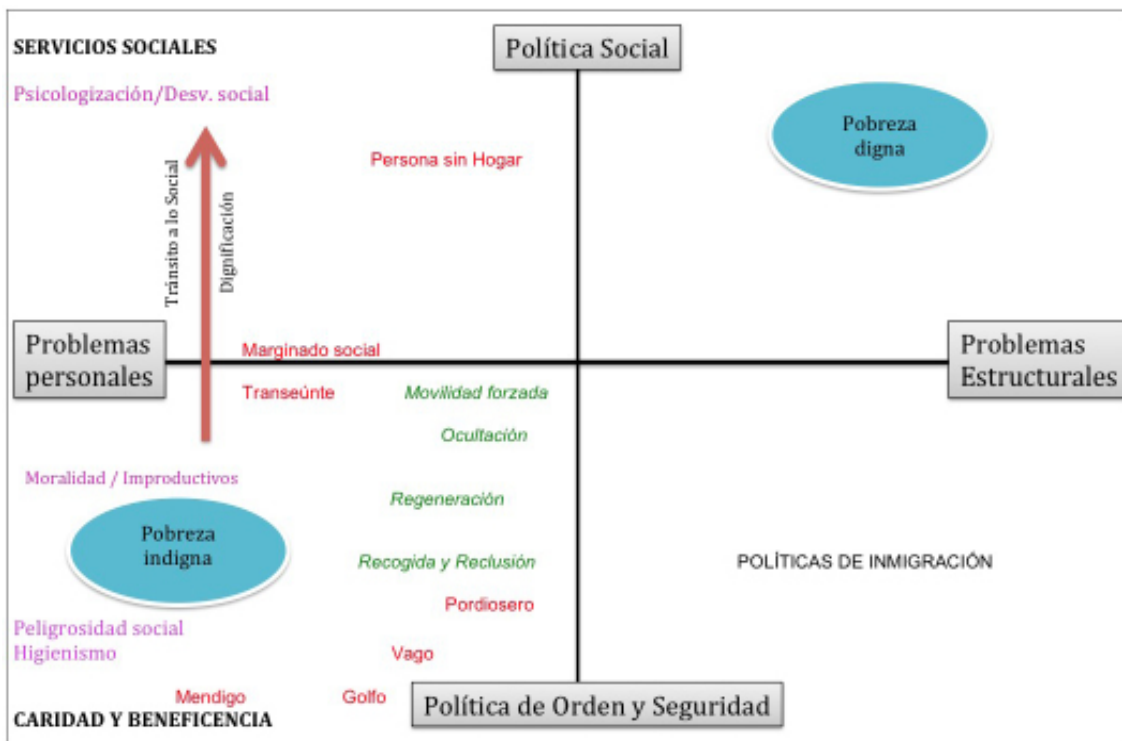
¹³ Véase Cáritas (1984).

¹⁴ En la gestación y desarrollo de todo este modelo de atención tuvo un papel central Cáritas Española, quien creó el modelo de atención *Volver a ser* (Nerín, 1996).

¹⁵ La prestación básica de alojamiento siempre ha sido una pieza muy débil en el marco del Sistema Público de Servicios Sociales. A este respecto, se pueden consultar las Memorias del Plan Concertado en las que esa prestación apenas aparece concretada económicamente. Por otro lado, la casi desaparición de la vivienda pública, a partir de la segunda mitad de los años ochenta, hizo muy difícil articular proyectos de inserción con PSH a través de la vivienda, que rompieran con el consabido circuito de las PSH (Cabrera, 2009; Malagón, 2008).

¹⁶ Esta figura está inspirada en Cabrera (2006).

Figura 1. El paso a una política social centrada en medidas de Servicios Sociales



Fuente: Elaboración propia.

El traslado del problema (desde el cuadrante inferior izquierdo al superior) supuso un cambio sin precedentes desde el espacio del *orden y la seguridad pública* al espacio de lo *social*. Y en ese sentido es cierto que se dignificó la atención a las PSH. Sin embargo, al enfocarlo desde una perspectiva psicologizante y al encorsetarlo en los Servicios Sociales sin conectarlo con otras áreas que le son consustanciales (vivienda, empleo, sanidad, etc.), no se consiguió homologar esa pobreza extrema sin hogar con esa otra pobreza que podríamos llamar “integrada” (atendida en el cuadrante superior derecho). A saber, una pobreza con acceso efectivo no sólo a los Servicios Sociales sino a otras políticas públicas.¹⁷ En consecuencia, lo que podría haber inaugurado una política social para PSH se vio reducido a

meras medidas y actuaciones de recuperación personal para la inserción desde el estrecho margen de maniobra con el que, además, ha contado el Sistema Público de Servicios Sociales. Cuestión de la que nos ocuparemos en los siguientes epígrafes.

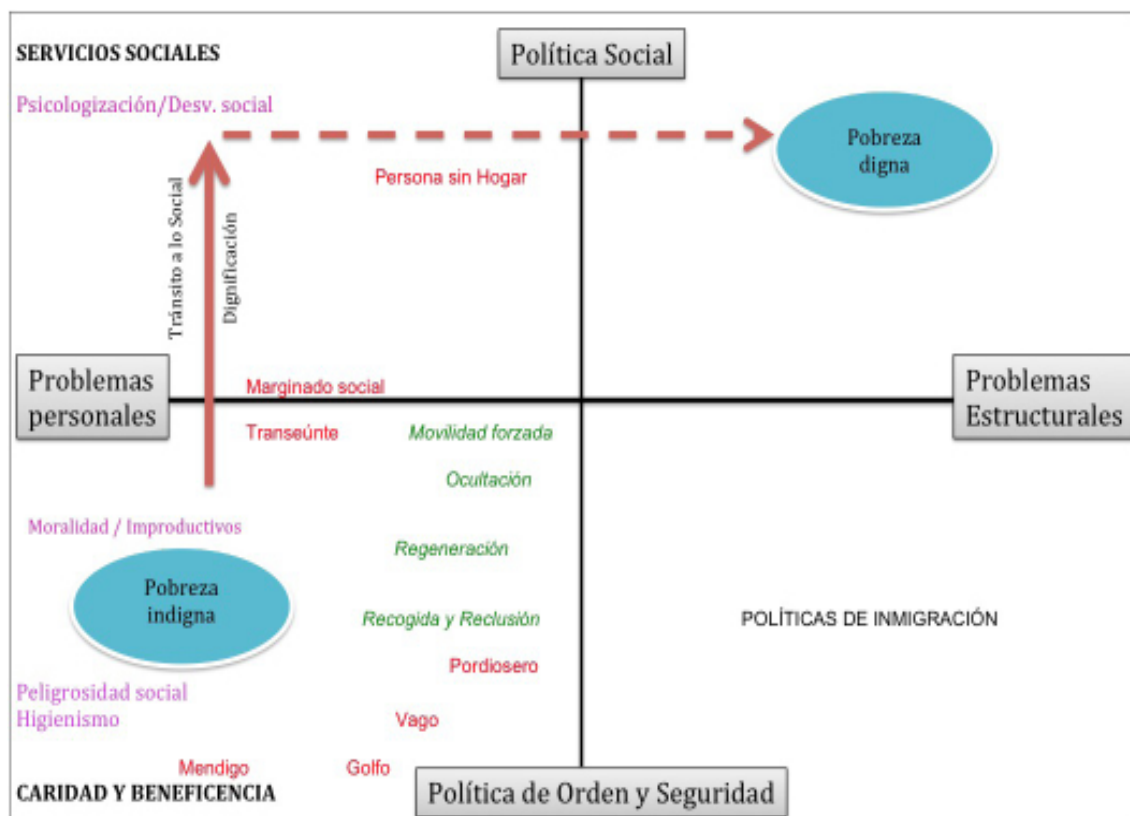
En ese sentido es importante señalar que aún faltaría por efectuar un paso verdaderamente *dignificador* de la pobreza más extrema sin hogar (un paso expresado en la Figura 2 mediante la línea discontinua), que conllevaría el diseño de una política integral de erradicación del *sinhogarismo* (y no sólo de mera gestión), que tuviera como base tanto la consideración de las causas estructurales del problema (para prevenirlo), como la garantía del acceso a los derechos sociales básicos que corresponden a todas las personas (vivienda digna, salud,

¹⁷ De hecho, por ejemplo, el acceso de las PSH al sistema sanitario ha estado siempre lastrado por muchas dificultades. Así, en 2012, mientras que el 30,72% de las PSH declaraba tener una enfermedad crónica, sólo el 61,6% con nacionalidad española contaba con tarjeta sanitaria (INE, 2012). Y las dificultades son también apreciables si nos centramos en la vivienda: las personas que han vivido situaciones de exclusión social severa tienen muchas más dificultades de acceder a una casa que el resto de los ciudadanos. De modo que la falta de patrimonio familiar y el excesivo precio de las viviendas avocan a una reproducción intergeneracional de la exclusión residencial (Sales, 2012). También la precariedad laboral y la falta de empleo suponen un factor de riesgo muy importante. Como muestra, se pueden ver los datos del Recuento organizado por la Red de Atención a PSH de Barcelona (abril de 2016), en los que se recoge que el 11% tenía un contrato laboral. Y en alguno de los albergues de la red de atención (San Joan de Déu) la cifra alcanzaba el 35% (Recuperado de: <http://sensellarisme.cat/es/>).

educación, garantía de rentas, empleo, etc.). Justamente aquí, aparece uno de los aspectos clave del problema: la necesidad de avanzar y consolidar la idea de que las PSH son ante todo ciudadanos y ciudadanas que, independiente-

mente de su situación, han de tener los mismos derechos y obligaciones que el resto. Sin que tengan que estar sometidas ni a una atención de segunda categoría, ni a ningún tipo de paternalismo moral, social o institucional.

Figura 2. El paso a una política social centrada en resolver problemas estructurales



Fuente: Elaboración propia.

A nuestro modo de ver (y como queda recogido en los gráficos), en el trasfondo de este intento fallido de iniciar una política social de atención a las PSH resuena todo un pasado, que puede verse condensado en la vieja dicotomía entre la pobreza “digna” e “indigna” tan remarcada a finales del siglo XIX, cuando la tensión en torno a la cuestión social vino a amortiguarse a través de una Reforma Social dirigida a trabajadores pobres, desempleados, huérfanos, viudas, etc. (pobreza digna). Mientras que para los otros pobres (mendigos, vagabundos y demás gentes de malvivir) bastaba con los restos que podían derivarse de la cari-

dad y la beneficencia (pobreza indigna) (Himmelfarb, 1988).

Pero, además, en el Estado español esa falta de homologación de la pobreza sin hogar tiene que ver con otra cuestión más cercana en el tiempo: la herencia benéfico-asistencial de la que se tuvo que partir una vez restituida la Democracia. Y es que cuando a finales de los años ochenta se comenzó a implantar el Sistema Público de Servicios Sociales, casi todo estaba por hacer (la atención domiciliaria, las residencias y los centros de día para mayores, los centros para atención a las toxicomanías, las guarderías, los centros de planificación familiar, etc.)¹⁸. En

¹⁸ En Madrid, por ejemplo, hasta 1983 las permanencias de Asistencia Social seguían distribuyendo las pocas ayudas que había entre los “pobres de solemnidad” a partir de los registros del Padrón de pobres. Y la atención médico-sanitaria a los pobres (aquellos que no tenían un seguro médico) corría a cargo de la Beneficencia pública.

este escenario muchas corporaciones locales evadieron sus responsabilidades, dejando que el problema de las PSH continuara recayendo sobre las entidades que tradicionalmente lo habían atendido (Iglesia Católica), sin ofrecer por su parte más que las consabidas ayudas de emergencia (bonos para el pago de alguna comida o estancia puntual en una pensión, billetes de viaje a otra ciudad, etc.). No obstante, sobre todo en los municipios de mayor tamaño, algunas entidades locales trataron de dignificar la atención social a las PSH, pero, en modo alguno se pensó que esa dignificación tuviera que ver con los otros pilares del Bienestar: la atención a las PSH debía circunscribirse a los Servicios Sociales. Es más, paradójicamente, la situación fue a la inversa, el albergue terminó siendo un depósito (un “cubo de basura”¹⁹) donde arrojar todo lo que las otras áreas de la Política Social no eran capaces de abordar. En cualquier caso, es justo reconocer que esa falta de conexión con las otras áreas de la Política Social no sólo tiene que ver con el ámbito de las PSH, sino que es una característica común a toda la rama de los Servicios Sociales (Rodríguez Cabrero, 2012; Casado, 2014).

Un campo especialmente significativo de toda esa desvinculación del *sinhogarismo* con otras áreas de la Política social, es el de la vivienda. Una vez que a partir del denominado segundo franquismo se comenzó a liberalizar el mercado de la vivienda, esta terminó por convertirse en una pieza del desarrollismo y de la política económica en lugar de un instrumento de la política social²⁰. En este contexto, no es de extrañar que el vínculo entre la vivienda y la atención a las PSH se hiciera imposible e impensable. El bajo desarrollo que llegará a alcanzar la vivienda pública (Alguacil et al., 2013), así como las dificultades que para las rentas medias y bajas supondrá el acceso a una casa, no permitirán establecer la necesaria conexión entre vivienda y *sinhogarismo*.

3. Entre las estrechas hechuras del Sistema Público de Servicios Sociales

3.1. La normativa

Como ha quedado dicho, la inclusión de la atención a las PSH en el Sistema Público de Servicios Sociales supuso un paso crítico para crear una política social hasta entonces inédita, pero precisamente encerrarla en ese área de la política social condicionó enormemente el alcance de las medidas que se han llegado a adoptar. Y esto no sólo porque no se logró conectar el problema con otras ramas de la política social, sino por el escaso desarrollo que el propio Sistema Público de Servicios Sociales llegó a alcanzar.

A partir de lo señalado por la Constitución Española de 1978 en materia de Asistencia Social, y del reparto competencial que en ella se hizo, son las Comunidades Autónomas las que tienen competencias exclusivas en esta materia (art. 148. 20). En un nivel inferior, teniendo en cuenta el principio de descentralización territorial y de autonomía municipal, aparecen las Corporaciones Locales; quienes, a pesar de no haberseles encomendado “ni títulos, ni papeles” en la Constitución, asumirán las responsabilidades operativas con el fin de ofrecer respuestas desde el ámbito administrativo más cercano a los ciudadanos (Casado, 2014). Pero, ¿cómo ha afectado este reparto de competencias a la atención de las PSH?

Las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas (tanto de primera como de segunda generación) no garantizaron el derecho a las prestaciones y servicios del Sistema Público de Servicios Sociales. Por un lado, porque en ellas los Servicios Sociales no quedaron establecidos como verdaderos derechos subjetivos. Por otro lado, por la falta de desarrollo normativo y concreción precisa, con

¹⁹ La expresión “cubo de basura” aparece de forma reiterada en muchos documentos elaborados por los profesionales de diferentes centros de atención a PSH durante el periodo que estamos analizando. Hemos tenido ocasión de acceder a este tipo de documentos (que la literatura de investigación social suele denominar de “archivo”), en otros trabajos de investigación (Rubio-Martín, 2016; 2017).

²⁰ De hecho, durante el desarrollismo, y ante la falta de una adecuada política de vivienda, muchos inmigrantes del éxodo rural dejarán su huella en los albergues para PSH.

rango de ley, de las prestaciones y servicios del sistema. Así, por ejemplo, se establecieron Carteras de Prestaciones y Servicios a partir de desarrollos normativos de rango menor (decretos o reglamentos), lo que terminó traducándose en una falta de garantía de derechos. De modo que, a diferencia de lo que ocurre en sectores como la Educación (enseñanza obligatoria), la Sanidad (dentro de la relación de prestaciones garantizadas) o las Pensiones por invalidez o vejez, las Administraciones Públicas pueden diseñar recursos de Servicios Sociales en función de diferentes variables como la suficiente consignación presupuestaria, el cumplimiento de requisitos de apreciación discrecional o la prioridad que en cada momento se le da a las diferentes medidas a llevar a cabo (Tornos y Galán, 2007)²¹. Finalmente, algunas Comunidades Autónomas (como Navarra, Cantabria, Cataluña, País Vasco, Galicia, Aragón, etc.) han creado a partir de 2006 una nueva tanda de leyes (de tercera generación) en las que se introduce el derecho subjetivo a las prestaciones y Servicios Sociales, aunque no todas lo han hecho de la misma manera ni incluyen las mismas prestaciones dentro de tal derecho.

El caso es que todo este problema en torno al derecho a los Servicios Sociales, así como a su oferta y exigibilidad, ha perjudicado considerablemente al sector de las PSH. Tradicionalmente atendidas por la caridad y la beneficencia municipal (como un problema a caballo entre la ayuda compasiva y el orden ciudadano), la cuestión ha sido considerada de una forma secundaria, cuando no ha caído en el olvido. Esto es, delegando (por omisión) la atención del problema a los actores tradicionales (Iglesia Católica y Corporaciones Loca-

les, principalmente). Además, hay que tener en cuenta que las PSH casi nunca han contado con una posición activa y reivindicativa (“voz”) en defensa de sus derechos, lo que ha supuesto un *hándicap*, a partir del cual no harán suya la oportunidad de reclamar sus derechos ya de por sí debilitados.

Por su parte, la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local (Ley 7/1985, de 2 de abril) permitió poner en marcha una red pública municipal de Servicios Sociales. Pero, el establecimiento de la obligación genérica de prestar Servicios Sociales y de promoción y reinserción social (art. 25.2k), con carácter obligatorio en los municipios mayores de 20.000 habitantes (art. 26.1-c), sin exigir la creación expresa de recursos específicos para PSH, terminó suponiendo una desventaja. Sólo una voluntad política decidida acerca de la responsabilización que compete a las Administraciones Públicas a la hora de atender el problema hubiera hecho posible una red de centros y servicios para PSH equiparable a la de otros ámbitos. Sin embargo, esto no ocurrió así. Y después de los primeros intentos de responsabilización pública²², todo terminó con la construcción de una insuficiente y desigual red de atención concentrada principalmente en las localidades de mayor tamaño. Así, por ejemplo, en 2016 más del 72,8% de los centros y servicios se ubicaba en ciudades de más de 100.000 habitantes (Tabla 1). De modo que actualmente sigue desatendiéndose un *sinhogarismo* rural originado por diferentes transformaciones demográficas y sociales (inmigración, trabajo estacional, etc.), que viene siendo un hecho desde hace décadas (Cabrera y Rubio, 2006).

²¹ El riesgo de que se terminara configurando un Sistema Público de Servicios Sociales frágil e insuficiente era palpable. La Constitución de 1978 preveía dos mecanismos diferentes de protección social: la Seguridad Social, competencia del Estado (legislación básica y régimen económico, art. 149,1,17 CE), y la Asistencia Social, o Servicios Sociales, de competencia autonómica (art. 148,1-29). Mientras que el primero fue consiguiendo aceptables cuotas de previsión social y desarrolló algunos mecanismos no contributivos, la segunda no consiguió más que “un enteco desarrollo de los mecanismos sociales” lo que a la postre supuso un “estrepitoso fracaso del sistema institucional de protección frente a la pobreza” (Aznar, 1986, p.87).

²² Véase Federación Española de Municipios y Provincias (1986); Cáritas (1984).

Tabla 1. Evolución de los centros de atención a PSH según tamaño del municipio (2006-2016)

	2006	2012	2014	2016
Menos de 20.000	77	114	126	133
De 20.000 a menos de 50.000	69	65	70	62
De 50.000 a menos de 100.000	70	78	41	50
De 100.000 y más y capitales de provincia	382	480	557	657
TOTAL	598	737	794	902

Fuente: INE (2006, 2012, 2014, 2016)

De nuevo, la falta de especificidad de las leyes ha perjudicado a las PSH. Una vez desaparecida la obligación de crear “albergues para transeúntes” (Ley de Régimen Local de 1945 y 1953, luego refundida en 1955), nada parecía comprometer a los municipios. Las lastradas haciendas municipales dejaban en último lugar lo menos construido social y políticamente, lo minoritario, lo que no tenía articulación ni en el campo de las reivindicaciones y protestas ciudadanas, ni en los programas de los partidos políticos. Además, la creación de centros y servicios para PSH siempre ha contado con la oposición de parte de la ciudadanía, quien idealmente acepta que todas las personas sean atendidas, pero en la práctica rechaza que se creen determinados centros cerca de sus zonas de residencia²³. Todo lo cual terminará por traducirse en una falta de política social más allá de las grandes ciudades. O, mejor dicho, en una “no política” que en realidad conformaría “una política para PSH”, en el sentido señalado por Dye (1975). No hacer nada significa desviar el problema para que sean otros los que lo asuman, con el consecuente perjuicio para los propios afectados y para los municipios que deciden afrontarlo.

Más recientemente, tras las modificaciones introducidas en el marco de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local (LR-SAL), las competencias municipales se han visto afectadas y reducidas, al haberse producido un traslado competencial a las Comunidades Autónomas, quienes asumen la titularidad de las competencias relativas a la prestación de los Servicios Sociales y de promoción y rein-

serción social. De esta forma sólo los municipios podrán ejercer dichas competencias, si las Comunidades Autónomas se las transfieren. Aunque aún es pronto para evaluar el impacto de esta Ley, la misma ha suscitado numerosas críticas que advierten acerca del incierto futuro que de ella cabe esperar (Almeida, 2013). La falta de definición y concreción de algunos conceptos y obligaciones incluidas en ella, así como la evolución del gasto local en Servicios Sociales durante los últimos años²⁴, ponen sobre aviso acerca de un posible impacto negativo en la ya de por sí debilitada atención social a las PSH en numerosos municipios.

3.2. El Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales

Como es sabido, la falta de acuerdo entre los distintos grupos políticos parlamentarios y la sentencia del Tribunal Constitucional, que el 13 de agosto de 1983 declaró anticonstitucional gran parte de la Ley de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA), hicieron inviable la creación de una ley estatal de Servicios Sociales. Esta ley debería haber definido y especificado tanto los derechos como las prestaciones básicas del Sistema Público de Servicios Sociales a partir de los principios de igualdad y equilibrio interautonómico. Para tratar de solventar, en parte, los efectos negativos de la ausencia de esa Ley, la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social puso en marcha en 1988 el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales. El acuerdo entre

²³ A esta reacción de rechazo vecinal en relación a cárceles, albergues, centros para toxicómanos, etc. se le denomina fenómeno NIMBY (“Not In My Back Yard” – “No en mi patio trasero”).

²⁴ El gasto local en servicios sociales ha disminuido entre 900 y 1.000 millones de € anuales en los últimos años (alrededor del 15%). En 2011 este gasto alcanzó los 6.181 millones de €, mientras que en 2015 fue de unos 5.200 millones. (Asociación Estatal del Directoras y Gerentes en Servicios sociales. Recuperado de: <http://www.directoressociales.com>).

las tres Administraciones Públicas a través del convenio administrativo y de la cooperación económica y técnica, pretendía hacer de este plan la pieza principal para la construcción de una red de atención municipal capaz de garantizar unas prestaciones básicas a todos los ciudadanos en igualdad de condiciones e independientemente del territorio en el que estuvieran. Los equipamientos básicos a crear por este Plan eran de tres tipos (Centros de Servicios Sociales, Albergues y Centros de Acogida). Así, en principio, parecía asegurarse una prestación tan básica para la atención a las PSH como la del alojamiento temporal.

En su inicio, el Plan Concertado fue diseñado para dar cobertura a toda la población sin hogar en un máximo de 10 años. Con ese objetivo, las previsiones del Ministerio con-

sistían en que a partir de 1999, y una vez cubierto el 100% de las necesidades estimadas, la financiación debería ir disminuyendo por consolidación en presupuestos generales de las Administraciones Públicas en sus ámbitos competenciales de las partidas correspondientes, sin que por tanto hubiera necesidad de otros planes de promoción de nuevos servicios e infraestructuras. Sin embargo, los resultados que llegó a alcanzar el Plan Concertado fueron muy diferentes a lo previsto. En 1988 tan sólo 10 albergues recibieron financiación del Plan Concertado. Después, el punto más alto llegó en 1996, con 18 albergues. Sin embargo, en 2009, la cifra bajó a 12 albergues, y a partir de entonces no dejó de disminuir hasta que en 2013 sólo 9 albergues se beneficiaron de este Plan²⁵ (Tabla 2).

Tabla 2. Albergues financiados por el Plan Concertado (1988-2015)

1988	1996	2001	2009	2012	2013	2015
10	18	15	12	11	9	9

Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuarios del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Que en el primer año tan sólo 10 albergues se sumaran al Plan Concertado parece comprensible. Estando por construir todo un Sistema Público de Servicios Sociales, muchos municipios optaron por dedicar los recursos a cubrir necesidades básicas hasta entonces no atendidas. Pero, como se puede ver, tras una pequeña remontada en la primera parte de la década de los noventa, el número de albergues no hizo más que disminuir. De nuevo, el sector de las PSH saldrá perjudicado de un Plan que atravesará una serie de coyunturas, incumpli-

mientos y envites. Por otro lado, la insuficiente financiación del Plan se fue haciendo cada vez más evidente. A partir de 1996, la ya de por sí menguada aportación económica de la Administración General del Estado quedó congelada, disminuyendo claramente a partir de 2002. De modo inverso, las Comunidades Autónomas, incrementaron algo su aportación. Pero, claramente, las únicas que con el paso del tiempo aumentaron la financiación fueron las corporaciones locales, pasando de un 41% inicial a un 60,61% en 2009 (Tabla 3).

²⁵ Para hacerse una idea de lo que suponen estas cifras hay que tener en cuenta que según el INE, en 2014 había 16.684 plazas de alojamiento en toda España, mientras que los albergues financiados por el Plan Concertado tan sólo suponían 503 plazas.

Tabla 3. Evolución de las aportaciones económicas al Plan Concertado (1988-2015)

Años	AGE	CCAA	CCLL
1998	25,72	32,80	41,48
1996	16,47	24,28	59,25
2001	16,91	28,19	54,90
2002	15,55	28,44	56,01
2009	10,20	29,72	60,61
2010	6,69	50,33	42,98
2012	3,05	51,22	45,73
2013	1,99	50,39	47,62
2015	1,81	50,31	47,89

Fuente: Elaboración propia a partir de los Anuarios del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Aunque el Plan Concertado se creó sobre la base del reparto de financiación entre las tres administraciones (al 33%), la responsabilidad pública ha sido muy diferente. Esto no supone sólo un incumplimiento de lo acordado inicialmente, sino de la propia Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985, que aconsejaba una concertación en la que la Administración General del Estado debía ejercer un papel coordinador y de sustento económico.

A partir de 2010, y teniendo como telón de fondo la crisis económica y financiera iniciada en 2008, la caída de la aportación del Estado en el presupuesto del Plan ha sido drástica. Luego, en el marco de la Ley 2/2012, de 27 de abril de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad financiera y de la Ley 27/2013 (LRSAL), la aportación de la AGE ha pasado a considerarse una ayuda residual²⁶, dejando de tener la consideración de responsabilidad pública que por ley asumían las Administraciones para la cobertura de las necesidades más básicas de la ciudadanía en atención social. En este escenario, vuelve a surgir la incertidumbre acerca de cómo saldrá afectado el sector de las PSH.

4. La desigual implicación de las Administraciones Públicas

Ante la posición tan secundaria que ha ido teniendo el Plan Concertado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales se

han visto obligadas a mantener a flote las políticas de Servicios Sociales. De este modo lo que debería haber sido una colaboración entre las distintas administraciones públicas para la consolidación de ese cuarto pilar del Estado del Bienestar, más bien ha resultado una amalgama desigual de aportaciones con un resultado fragmentado, débil financieramente y escasamente coordinado (Rodríguez Cabrero, 2012).

Fuera del marco de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales, aunque finalmente incardinadas en él, a finales de los años ochenta y principios de los noventa, las Comunidades Autónomas implantaron los programas de rentas mínimas de inserción. En el marco de los mismos, la atención a las PSH se vio impulsada y renovada. Por ejemplo, en muchas Comunidades Autónomas, y a partir de la constatación de la incapacidad de los Servicios Sociales de Atención Primaria para incorporar a las PSH a esos programas, tuvo lugar la creación inducida de algunas entidades sociales no lucrativas para que llevaran a cabo esa tarea. Además, estas nuevas entidades introdujeron nuevas formas de intervención social (trabajo de calle, centros de día, centros de baja exigencia, algunos programas de alojamiento en viviendas supervisadas, etc.), que ayudaron a renovar la tradicional atención ofrecida por los albergues municipales u otros centros pertenecientes a las organizaciones de la Iglesia Católica.

²⁶ La aportación de la Administración General del Estado se ha ido reduciendo, pasando de 86.663.150 euros en 2011 a 46.361.619 euros en 2012, 27.593.730 euros en 2013 y 27.413.730 euros en 2014 y 2015 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

No obstante, entre las medidas para la atención a PSH de las Comunidades Autónomas hay tantas luces como sombras. Por lo que se refiere, por ejemplo, a la propia prestación económica de las rentas mínimas de inserción (la prestación pública más específica para PSH), lo cierto es que después de más de veinte años desde su implantación, tan sólo es percibida por el 11,4% de las PSH (INE, 2012). Además, la escasez de su cuantía en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, así como las dificultades burocráticas para su tramitación, plantean la pregunta de hasta qué punto esta prestación ha supuesto una herramienta eficaz en la lucha contra el *sinhogarismo*.

Otra de las sombras de las políticas autonómicas tiene que ver con la falta de voluntad y decisión a la hora de crear en su seno una política social propia que atendiera el problema no sólo en los grandes núcleos de población sino en las zonas rurales, semi-rurales o en los cinturones de los municipios más grandes. Y esto a pesar de que en muchas Comunidades Autónomas se aprobaron Planes de Inclusión social en los que, sin embargo, la atención a las PSH fue poco más allá de las actuaciones ya previstas en los programas de rentas mínimas, o en los que ni tan siquiera se crearon estructuras de colaboración entre la Administración Pública y las organizaciones sin ánimo de lucro. Así las subvenciones han seguido siendo la principal herramienta de financiación de la red. He aquí otro indicio de esa forma de gobernar una pobreza “indigna”, poco construida en el espacio de lo social y de lo político, y que, precisamente por ello, no acaba de tener el estatuto de *problema público* merecedor de una responsabilización pública que garantice su oferta y su viabilidad económica.

Por su parte, la Administración General del Estado ha tratado de cubrir los flecos del sistema de Servicios Sociales con los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social (PNAIN)²⁷, así como con la financiación de 0,7% del IRPF²⁸. A pesar de que estos planes dieron un gran impulso al enfoque multifactorial y multidisciplinar en el tratamiento de las situaciones de exclusión social con programas pilotos para los diversos colectivos afectados (y de que en esos planes las PSH siempre fue-

ron consideradas como “el paradigma de la exclusión social extrema”), el hecho cierto es que en ellos tan sólo se propondrán medidas muy genéricas, que serán evaluadas con indicadores de igual índole.²⁹

No obstante, y como antes se ha mencionado, en 2015, y tras ser incluida como medida a realizar en el PNAIN 2013-2016, la Administración General del Estado aprobó una *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-20120*, que en buena medida trata de recoger las principales recomendaciones europeas sobre la atención social a las PSH (enfoque de derechos, enfoque orientado a la vivienda, prevención y atención temprana, etc.). Es de desear que la misma sea aplicada con rigor y sirva de impulso para una definitiva responsabilización pública de la exclusión social más extrema: las personas sin hogar. El tiempo dará cumplida cuenta de esta medida.

5. Conclusiones

La creación de un SPSS conllevó el paso del problema de las PSH desde el espacio del orden y la seguridad al espacio de lo social. Esto supuso una primera dignificación de la atención a la pobreza más excluida. Sin embargo, el encapsulamiento del *sinhogarismo* dentro de ese sistema, desde el que se le ha tratado con medidas destinadas a resolver problemas personales de inserción social, no ha permitido ni su homologación con otro tipo de pobreza más integrada (a la que se responde con medidas socioestructurales, además de Servicios Sociales), ni una verdadera dignificación de la cuestión. Por otro lado, el débil desarrollo del Sistema Público de Servicios Sociales y la escasa conexión del *sinhogarismo* con otras áreas de la Política Social (vivienda, sanidad, empleo, etc.) han provocado un infradesarrollo de la atención a PSH. La secular atención a las PSH por parte de la Iglesia Católica, así como la falta de un compromiso fuerte y estable por parte de algunos niveles de la Administración Pública han hecho que el *sinhogarismo* nunca llegue a ser considerado como un problema de interés y responsabilidad pública. Esa falta de asunción de responsabilidades no ha sido toda-

²⁷ En 1986 se hizo en España el Primer Plan de Lucha contra la Pobreza y después se continuó con sucesivos Planes hasta su reconversión en Planes Nacionales para la Inclusión Social (PNAIN) en el marco de las directrices de la Unión Europea.

²⁸ El Programa del 0,5% del IRPF fue iniciado en 1987 para financiar la cooperación con las organizaciones sociales sin ánimo de lucro. Posteriormente, el porcentaje se amplió al 0,7% en la etapa del gobierno de J. L. Rodríguez Zapatero.

²⁹ En este sentido véase Linares (2006).

vía compensada ni en el plano de lo económico, ni en el de los mecanismos organizativos y de coordinación. Apenas existen fórmulas de financiación, ni estándares de calidad de los centros y servicios, equiparables a otros ám-

bitos. El sector de población sin hogar se ha terminado configurando como el sector con menos desarrollado de la política social española debido a una insuficiente y fallida responsabilización pública.

6. Referencias bibliográficas

- Alguacil, A., Alguacil, J., Arasanz, J., Fernández, G., Paniagua, J., Olea, S. y Renes, V. (2013): *La vivienda en España en el siglo XXI. Diagnóstico del modelo residencial y propuestas para otra política de vivienda*. Madrid, España: Fundación FOESSA. Cáritas.
- Almeida, M. (2013). El incierto futuro de los servicios sociales municipales. *Anuario de Derecho municipal*, 7, 93-144.
- Aznar, M. (1986). Reforma de la Seguridad Social y legislación autonómica de Servicios Sociales: notas para la sinfonía incompleta de la protección social. *Documentación Social*, 64, 85-104.
- Cabrera, P. (2006). *From shelter to permanent house. Peer review and assessment in social inclusion: National Strategy to prevent and tackle homelessness. Spain*. Recuperado de: <http://www.peer-review-social-inclusion.net>.
- Cabrera, P. y Rubio, M. J. (2006). *Características y extensión del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Familia y Servicios Sociales. Madrid: Comunidad de Madrid. (Sin Publicar).
- Cabrera, P. (2009). La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI. Avances y retos en la última década. En M. La Parra y B. Pérez Eransus (Coords.), *Exclusión social en España: Un espacio diverso y disperso en intensa transformación* (p. 173-219). Madrid, España: FOESSA.
- Cáritas (1984). *I Jornadas Internacionales de Estudio sobre Reinserción Social del Transeúnte*: 16, 17 y 18 de febrero. Zaragoza: Cáritas Española y Cáritas Diocesana de Zaragoza.
- Casado, D. (2014): *Los servicios sociales públicos. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*. Madrid, España: Fundación FOESSA.
- Contreras, B. y Sánchez, A. (2009). *Las Personas sin Hogar en la prensa escrita. Informe 2008*. Madrid: Enred.psh.
- Dye, T. (1975). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- EAPN (2012). *Mira a las personas sin hogar. Guía de estilo para periodistas*. Madrid, España: EAPN.
- FACIAM (1984). *Memoria 1984*. Madrid: FACIAM.
- Federación Española de Municipios y Provincias (1986). *Jornadas Internacionales sobre Reinserción Social del Transeúnte*: 4-6 de febrero. Granada, España: FEMP.
- García Herrero, G. (2011). *10 años de los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social en el Reino de España*. Madrid: Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Himmelfarb, G. (1988). *La idea de la Pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*. México: FCE.
- INE (2006). Encuesta sobre centros de atención a Personas sin Hogar [Base de Datos]. Recuperado de: <http://www.ine.es>.
- INE (2012). *Encuesta a las Personas sin Hogar*. [Base de Datos]. Recuperado de: <http://www.ine.es>.
- INE (2016). *Encuesta sobre centros de atención a Personas sin Hogar*. [Base de Datos]. Recuperado de: <http://www.ine.es>.
- Linares, E. (2004). *Campaña del Día de los Sin Techo. 2004: Los dos viven en la calle, pero sólo uno es de piedra. Un techo por derecho*. Madrid, España: Cáritas española.
- Malagón, S. (2008). La vivienda y los procesos de exclusión social. *Trabajo social, hoy*, Monográfico *Trabajo Social y Vivienda*, pp. 101-114.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015a). *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar, 2015-2020*. Madrid, España: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015b). Informe intermedio de seguimiento y evaluación del Plan Nacional de acción para la Inclusión social del Reino de España. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.
- Nerín, J. (1996): *Volver a Ser. Modelo de Intervención Social con Transeúntes*. Madrid, España: Cáritas Española.

- Parajuá, D. (2015). *Estar con la gente y estar en la institución. La construcción de los usuarios de los Servicios Sociales en el marco de las políticas sociales neoliberales.* (Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid).
- Rodríguez Cabrero, G. (2012). *Servicios Sociales y Cohesión Social.* Madrid: CES.
- Rubio-Martín, M. J. (2017). Limitaciones y necesidades de una política pública para personas sin hogar. *Sistema*, 248, 3-26.
- Rubio-Martín, M. J. (2016). *Políticas Públicas en el contexto de la exclusión social más extrema: Las personas sin hogar. 1900-2010* (Tesis doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca, Madrid).
- Sales I Campos, A. (2012): *La situación de las Personas sin Hogar en Barcelona el 8 de noviembre de 2011.* Recuperado de: http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/2012/4/xarxa2_diagnosi2011.pdf.
- Tornos, J. y Galán, A. (2007). *La configuración de los Servicios Sociales como Servicio Público. Derecho subjetivo de los ciudadanos a la prestación del servicio.* Madrid, España: Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51598.pdf>.