



del Dicho

al Derecho

TRAYECTORIAS DE INCLUSIÓN PARA PERSONAS
EN SITUACIÓN DE CALLE



del Dicho

al Derecho

DEL DICHO AL DERECHO:

Trayectorias de Inclusión para Personas en Situación de Calle

Diagramación: Malleryng Muñoz L. y Daniel Kameid Z. www.dekaz.cl

Foto portada: Sergio Ulloa, participante programa "Vivienda Primero"

Los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en cualquier medio, citando la fuente.

Cita recomendada:

Hogar de Cristo (2021). Del dicho al derecho: Trayectorias de Inclusión para Personas en Situación de Calle. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.

Versión digital en www.hogardecristo.cl

Colaboración:

Esta publicación ha sido realizada por Hogar de Cristo gracias al apoyo de la Fundación Carmen Goudie y de Vinson Consulting.

Versión digital en www.hogardecristo.cl

Todas las fotos cuentan con autorización para su reproducción.



Este trabajo está licenciado bajo la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Autor y Editor:

Benjamín Sánchez Cobo

Co-autora:

Mónica Contreras Jacob

Investigadores Asociados y Colaboradores:

Florencia Picasso Risso*

Carlos Andrade Guzman*

Tair Kasztan Flechner*

Emilia Schlesinger Gurovich (Vinson)

Andrey Guajardo Mora (Vinson)

Lorena Reinike Siebald (Vinson)

Franco Vargas Bobadilla (Vinson)

Claudia Covarrubias Farías

William Campos Miranda

Sebastián Ovies Saavedra

Santiago Arellano Risopatrón

Silvana Lorenzini Cornejo

Felipe Gatica Castillo

Andrés Millar Deuma

Coordinación General Proyecto:

Rodrigo Hoyos Mancilla

Felipe Expósito Reyes

Revisado por:

Paulo Egenau Pérez

Carolina Muñoz Guzmán

Agradecimientos:

Equipos de programas sociales de las fundaciones Hogar de Cristo y en especial a quienes han conformado la "Mesa Calle HC"

Loreto Ramírez Morales

Geraldine Pérez Mayanes

José Luis Contreras Muñoz

Claudia Barra Fuentes

Pablo González Soto

Fernando Coura De Souza

Nuria Cunill Grau

Salvador Muzzo Correa (Vinson)

A todo el equipo de Inventures y en especial a Alex Hazbún Rius

Carola Salas Miño

Consuelo Laso Zanzi

Índice

Prólogo	9
Introducción	13

CAPÍTULO 01

Expandiendo nuestra visión sobre la situación de calle	19
--	----

CAPÍTULO 02

¿Cómo conceptualizar la situación de calle?	35
---	----

CAPÍTULO 03

La Situación de calle en Chile	47
3.1. Políticas sociales para personas en situación de calle en Chile	49
3.2. Ética de la autocrítica: ¿cuánto hemos avanzado hasta el momento?	63

CAPÍTULO 04

Caracterización de las personas en situación de calle en Chile	73
4.1. Características sociodemográficas	78
4.2. Radiografía de sus carencias a la luz de los ODS	81
4.3. Causas de la situación de calle	85
4.4. Una población diversa	96
4.5. Demandas de las personas en situación de calle	124

CAPÍTULO 05

¿Hacia dónde debiese transitar la actual "política de calle" en Chile?135

5.1. Prevención y Superación	138
5.2. Modelos de trabajo: desde el Modelo Escalera hacia el Housing-led	145
5.3. Enfoques de intervención	154
5.4. Enfoques de intervención comunitaria	170
5.5. Integración, integralidad y calidad	179
5.6. La Integración de servicios para un trabajo integral con las personas en situación de calle	191

CAPÍTULO 06

Modelo Integrado de Servicios (MISE)195

6.1. Definiciones Estratégicas para el Trabajo con la Población en Situación de Calle	203
6.2. Objetivos del MISE.....	210
6.3. Pilares de Trabajo	212
6.4. Descripción y articulación de los servicios y prestaciones.....	216
6.5. La Gestión de Casos como servicio clave del MISE	230
6.6. Modelo de Gestión del MISE	249
6.7. Estándares Generales de Operación del Modelo	268
6.8. Principales herramientas de gestión, intervención y evaluación	270
6.9. Condiciones de las políticas públicas para implementar el MISE en Chile	275

CAPÍTULO 07

Palabras finales281

Bibliografía	289
--------------------	-----

PRÓLOGO

La situación de calle corresponde a un fenómeno social complejo, en el que interactúan diversas dimensiones tanto en sus causas como en sus consecuencias. Así, la vida en la calle conlleva profundas privaciones en quienes la experimentan, representando una vulneración simultánea de múltiples derechos humanos consagrados en instrumentos internacionales. En términos de representaciones simbólicas e imaginarios sociales, la situación de calle forma parte del paisaje urbano para la mayoría de las personas. Puesto de otro modo, una de las expresiones más severas de la pobreza y de la exclusión social es concebida como algo *normal*. Sin embargo, tras su aparente cotidianeidad se esconde una verdadera *emergencia*.

En este sentido, toda emergencia se caracteriza por el reducido espacio de tiempo disponible para actuar antes de que los efectos negativos ocurran, transformando todo abordaje en un objetivo *urgente*. La situación de calle es una situación de emergencia para quienes la experimentan porque afecta el cuerpo, la mente y los vínculos de las personas tanto en el corto como en el largo plazo, dando lugar a un deterioro que se agudiza y es más difícil de revertir mientras mayor es el tiempo que viven en dicho contexto. Asimismo, guiados por la justicia social y el bien común, resulta factible argumentar que este fenómeno se plantea como una emergencia para la sociedad en su conjunto, puesto que en ella recae la responsabilidad de velar por garantizar los derechos humanos de todas y todos, y proveer los medios para asegurar la inclusión plena de sus miembros, especialmente de aquellos en mayor situación de desventaja y, por ende, más afectados en lo que a su autonomía se refiere. La historia común de quienes viven la *emergencia* de la situación de calle, narra una acumulación de experiencias adversas a lo largo de sus biografías personales, impactando en etapas claves del desarrollo individual. Por lo mismo, actuar a *tiempo* en esta realidad significa también incidir en la trayectoria de quienes

están en *riesgo* de vivir en situación de calle, como una estrategia de prevención que necesariamente implica abarcar áreas como la reinserción penal, la protección infantoadolescente, o incluso la salud mental.

En las últimas décadas, la labor del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil en la protección de las personas en situación de calle ha demostrado un desarrollo tanto cuantitativo como cualitativo, con una expansión de la cobertura programática que ha venido acompañada de nuevas propuestas de trabajo para interrumpir las trayectorias de exclusión de esta población. Sin embargo, el enfoque asumido por las políticas públicas y los programas sociales ha tendido a omitir la capacidad que poseen las mismas personas para reparar sus experiencias adversas, y transitar así hacia plenas trayectorias de inclusión. Asimismo, históricamente la oferta de servicios se ha focalizado más en resolver necesidades asociadas a la subsistencia (como alimentación, refugio, vestimenta), que en proveer de una solución habitacional permanente a quienes se ven forzados a pernoctar en la vía pública. El programa Vivienda Primero ciertamente figura como un paso indispensable para la superación definitiva de la situación de calle en Chile, aunque persisten numerosas brechas tanto institucionales como culturales que se interponen a este fin.

La fragmentación de los múltiples servicios que trabajan con personas en situación de calle resalta como un problema que afecta directamente a quienes ingresan y egresan de ellos, producto de la falta de comunicación y coordinación. La incongruencia entre distintas perspectivas de trabajo involucradas a nivel programático es también un tema pendiente a resolver. El carácter discontinuo de las intervenciones sociales impide abarcar de forma integral las heterogéneas dimensiones del bienestar que deben ser abordadas para transformar una trayectoria de exclusión en una trayectoria inclusiva. Se requiere de un cambio epistemológico, una mirada nueva respecto a lo realizado hasta ahora, un proyecto que no sea el mero resultado de automatismos ideológicos de rescate y salvación bien intencionados, sino de la activación decidida de mecanismos políticos, económicos, sociales y culturales necesarios para que las personas en situación de calle tengan una verdadera oportunidad de integrarse a la vida social, de manera digna y autónoma. Ya no quedan excusas en pie. En el mundo de la acción social desde hace

años sabemos qué resulta y qué no. La evidencia y experiencia apuntan decididamente a la cancelación de los servicios masivos, impersonales, destinados a garantizar pan, techo y abrigo y a evitar que las personas enfermen y mueran en los duros momentos del invierno. Los modelos integrados de servicios diseñados bajo estándares de eficacia garantizada, que sitúan a la persona y sus necesidades al centro, son los que surgen como verdaderos mecanismos de inclusión social. Sin embargo, para avanzar en esta perspectiva es imprescindible que la inclusión social de las personas en situación de calle deje de ser percibida como una responsabilidad exclusiva del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y algunas Organizaciones de la Sociedad Civil. Ministerios como Vivienda, Salud, Trabajo, Educación, y Justicia deben involucrarse activamente en su prevención y superación, sólo así podremos contar con la tan anhelada red de servicios integrados y articulados que promueven el derecho a la vida justa de hombres y mujeres que contemplan su existencia desde la calle.

El presente documento surge como el resultado de un esfuerzo colectivo por ampliar el entendimiento sobre las diversas aristas del fenómeno de la situación de calle en Chile, y por plantear una propuesta concreta para robustecer la institucionalidad público-privada en la materia.

Paulo Egenau Pérez
Director Social Nacional
Fundación Hogar de Cristo

Introducción

El presente documento plantea una propuesta para robustecer las políticas públicas que abordan la situación de calle en Chile, por medio de una estructura institucional intersectorial y multinivel que denominamos *Modelo Integrado de Servicios* (MISE). A grandes rasgos, el MISE busca crear puentes entre distintos sectores (público-privado) y niveles del territorio (local, regional y nacional), para ofrecer servicios integrados y de calidad mediante respuestas de emergencia y promocionales. El abordaje *integral* de las personas en situación de calle se facilita mediante la *integración* de servicios actualmente fragmentados, articulando las acciones públicas y privadas en el nivel de la comunidad local. El propósito de este sistema está en garantizar flujos de información sobre las personas y sus procesos de intervención, junto con estandarizar instrumentos y procedimientos de eficacia comprobada, asegurar una base de financiamiento constante, y otros avances operativos que permiten evitar tanto la sub-intervención como la sobre-intervención. A nivel individual, el MISE articula acciones orientadas a la superación de la situación de calle que quedan explícitas en un plan de intervención formulado en base a la realidad de cada persona, permitiéndole “viajar” a través de dispositivos pertinentes a sus necesidades y expectativas. Para abordar la multicausalidad y multidimensionalidad de la situación de calle, el MISE plantea transitar desde el actual modelo de gestión *que centra su atención en la oferta*, hacia un modelo *centrado en la persona* capaz de incorporar y responder a sus *demandas*.

En términos más abstractos, la situación de calle es un fenómeno con presencia mundial, que resalta por la complejidad inherente a su definición, medición, prevención, y superación. Asimismo, corresponde a una de las mayores vulneraciones a los derechos humanos. Tomando como referencia la Declaración Universal de los Derechos Humanos y sus pactos internacionales, la situación de calle vulnera una pluralidad de derechos: a la vivienda, a una

alimentación adecuada, a la privacidad, a la no-discriminación¹, a la salud, a un trabajo decente, a la vida y a la integridad física, y por sobre todo, a un nivel de vida digno (Lynch & Cole, 2003).

A nivel país, la política pública dirigida específicamente a las personas en situación de calle es relativamente “joven”, considerando que surgió como tal recién a comienzos de la década del 2000. Por lo mismo, si bien se han realizado avances importantes en materia de “políticas de calle”, de estudios sociales y tanto en el diseño como la implementación de programas sociales, gran parte de las brechas existentes en la actualidad responden a la reciente problematización de un fenómeno presente desde la formación del Estado chileno. Más específicamente, la tematización tardía de la situación de calle ha evidenciado numerosos vacíos que persisten en ámbitos como el conocimiento que se tiene del fenómeno en el país (investigación); de la *eficacia y eficiencia* real de los programas instalados para trabajar con esta población (evaluación); del efecto que conlleva el *egreso de las personas* desde instituciones (como recintos carcelarios o residencias de protección para NNA) que contribuye a incrementar la cantidad de personas en situación de calle (prevención); en torno a cómo asegurar que programas imprescindibles para la protección de las personas en situación de calle no queden *sujetos a los vaivenes* del sistema político (sostenibilidad financiera); entre otros ejemplos. El largo abandono de las personas en situación de calle por parte del Estado responde, en gran medida, a las escasas oportunidades de esta población para reivindicar sus derechos, y en la prácticamente inexistente *conmoción* que genera este fenómeno en la opinión pública, lo que la ha postergado históricamente por parte de los gobiernos.

En relación con lo anterior, uno de los progresos más significativos en el espacio de las políticas públicas para personas en situación de calle ha consistido en la consideración del fenómeno como un problema en sí mismo por parte del Estado. En este sentido, si bien

¹Sobre el significado del concepto discriminación, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* la define como: “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia [...] que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (ONU, 1965).

la situación de calle puede estar relacionada con la extrema pobreza, presenta características propias. Aunque las políticas públicas en torno al tema han demostrado una evolución considerable, como se refleja en el diseño de programas sociales y en la realización de estudios para expandir el conocimiento sobre el fenómeno, la ausencia de respuestas orientadas a su prevención y superación contribuye a que esta realidad siga planteándose como un desafío a nivel país. Por esta razón, las Fundaciones Hogar de Cristo han emprendido una serie de esfuerzos para optimizar el trabajo que realizan con las personas en situación de calle: investigaciones sociales, experiencias de articulación programática, innovación en los modelos y procesos de gestión, entre otras medidas.

En línea con lo anterior, la primera parte de este documento sistematiza y analiza un amplio volumen de investigaciones nacionales e internacionales sobre el tema, las cuales evidencian la complejidad del fenómeno en cuanto a sus causas, manifestaciones y medidas para reducir su impacto. En otras palabras, se verifica que tanto las rutas de ingreso a la situación de calle, como las formas de experimentar este contexto, y las perspectivas metodológicas existentes para abordarlo, son múltiples y heterogéneas. Más específicamente, los distintos tipos y niveles de deterioro biopsicosocial impiden superar el problema a través de aproximaciones reduccionistas, en la medida que cada trayectoria de exclusión es única, y también lo es el camino que deben recorrer las personas para superar la situación de calle. Considerando las múltiples facetas de este fenómeno social, las Fundaciones Hogar de Cristo reconocen la necesidad de diseñar servicios orientados a atender la singularidad de cada biografía, para así favorecer trayectorias inclusivas integrales.

La segunda parte de este documento recoge lo expuesto en cuanto a la problematización de la situación de calle, a la caracterización de la población en términos de necesidades y demandas, a la revisión y evaluación de políticas públicas existentes en Chile y el mundo, y a los distintos modelos y enfoques de trabajo cuya eficacia se encuentra validada empíricamente, como insumos para presentar al MISE propiamente tal.

El MISE se plantea como una innovación estratégica particularmente relevante considerando los estragos que ha causado la pandemia

por COVID-19 en el mundo entero, sin ser Chile la excepción. En este sentido, las personas en situación de calle son especialmente vulnerables a los efectos sanitarios y socioeconómicos de la pandemia, producto de las profundas privaciones y del estado de desprotección en el que se encuentran. La dificultad para acceder a agua potable, la falta de una alimentación adecuada, la pernoctación en lugares masivos o a la intemperie, son algunos factores que incrementan su riesgo de contagio. Paradójicamente, una población que vive en permanente aislamiento y exclusión social no cuenta con condiciones de habitabilidad mínimas para cumplir medidas sanitarias esenciales. Asimismo, en las personas en situación de calle se identifica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (producto del mismo deterioro que genera vivir en la calle, con factores asociados como el consumo de tabaco y alcohol, y la mala alimentación), tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial o daño a órganos (hepáticos y renales), que deterioran el sistema inmune e incrementan el riesgo de mortalidad. Además, esta población presenta una significativa incidencia de problemas de salud mental, lo que puede implicar una menor consciencia sobre la presencia de enfermedades que requieren tratamiento y cuidado permanente.

En línea con lo anterior, la pandemia ha visibilizado la vulnerabilidad socioeconómica en la que se encontraba sumida gran parte de la población en Chile, producto de la ausencia de un sistema de protección social capaz de amortiguar descensos súbitos en los ingresos –y por ende en el bienestar socioeconómico– de las personas y hogares. En este contexto, tanto las políticas de seguridad social² como las de asistencia social³ demostraron verse sobrepasadas ante las crecientes necesidades de una sociedad más frágil de lo que se creía. Por lo mismo, el MISE se plantea como una estructura

²La seguridad social corresponde a una dimensión de la protección social, orientada a asegurar un flujo mínimo de ingresos ante eventualidades y la vejez. Se ejemplifica en regímenes de pensiones, seguros de desempleo, licencias médicas, entre otros instrumentos.

³La asistencia social es una dimensión de la protección social enfocada en proporcionar apoyo para la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente a través de medidas no-contributivas (es decir, los beneficiarios no requieren hacer aportes para recibir la prestación) como transferencias monetarias, subsidios al consumo, promoción de servicios sociales (salud, vivienda, educación, etc.).

orientada a reforzar la dimensión asistencial de la protección social en Chile⁴, contemplando servicios de emergencia y promocionales para una población con privaciones tan diversas como extremas. En este plano, las crisis (ya sean debacles económicos, desastres sicionaturales, pandemias como la actual, entre otros ejemplos) representan amenazas permanentes, aunque el espacio de tiempo entre una y otra cree la impresión de que se trata de eventos “excepcionales”. Las crisis aumentan la probabilidad de que más personas y hogares se vean forzados a la situación de calle (por la pérdida de los medios de vida, incremento del endeudamiento, fallecimiento de padres, liquidación de la vivienda, etc.), y perjudica aún más a quienes ya se encuentran en esa situación. Por lo mismo, el MISE contribuye justamente a fortalecer un soporte institucional “de último recurso”, orientado a *proteger a las personas de la experiencia límite que representa la situación de calle*.

⁴Es decir, su dimensión no-contributiva



CAPÍTULO 01

Expandiendo nuestra visión sobre
la situación de calle

Las Fundaciones Hogar de Cristo reconocen que todos los seres humanos están dotados de un valor en sí mismo. Como lo expresa la Carta Internacional de los Derechos Humanos, este valor se conoce como *dignidad*, el cual se encuentra presente de modo igualitario, irrenunciable, irrevocable e intransferible en cada persona (AGNU, 1948). Al comprender la dignidad como aspecto basal, se acepta que las personas no pueden ser utilizadas como un instrumento para alcanzar objetivos económicos, científicos, políticos, o de cualquier otra índole. El ser humano, más bien, debe pensarse como principio y fin de toda acción.

Además de dignas, las personas están dotadas de capacidades para contribuir a su propio bienestar y al de la sociedad en general, lo que se traduce en la posibilidad de vivir libremente acorde a sus expectativas. Aunque las personas están dotadas de una dignidad innata, ésta puede no coincidir con la *dignidad adquirida*, que depende del reconocimiento que la sociedad tiene del valor de sus integrantes, y que es negada cuando el comportamiento no se ajusta a lo que dictaminan las normas sociales. Asimismo, aunque la constitución establece que todas las personas merecen un trato igualitario, esta igualdad formal puede discrepar con la *igualdad sustantiva*, puesto que en la práctica se tiende a identificar a ciertos grupos de individuos en posición de inferioridad respecto al resto, como sucede en relación a su género, nivel socioeconómico, edad, u otras categorías de diferencia, como la situación de calle. Esta situación se complejiza cuando la desigualdad se perpetúa a través de las generaciones, mediante la acumulación de ventajas “que permite a ciertos grupos gozar de privilegios y beneficios en desmedro de otros grupos que son de alguna manera discriminados o denigrados dada su posición en el orden social” (PNUD, 2017, p. 61), y de desventajas que perpetúan la situación de pobreza y/o vulnerabilidad de quienes se encuentran en los estratos más bajos, comprometiendo su dignidad.

La negación de la dignidad humana origina situaciones de exclusión, que obstruyen el acceso de las personas a espacios sociales como el trabajo, la familia, la salud, o la educación. Esto produce el doble efecto de privar a los individuos de los recursos que provee la sociedad a sus integrantes, y de privar a la sociedad de la contribución que pueden aportar esos individuos al desarrollo

humano y social (Burchardt, 2002). Además, el Estado se ve en la obligación de invertir recursos para responder a un problema cuya prevención reporta un mayor costo-beneficio (Heckman, Grunewald & Reynolds, 2006). Así, la exclusión social limita la disponibilidad de recursos elementales para el bienestar, lo que implica que las personas deban desenvolverse en contextos de pobreza tanto material⁵ como simbólica⁶ (Pogge, 2012), por lo cual ven restringidas sus capacidades y libertades al encontrarse imposibilitadas de vivir acorde a sus anhelos -y a las expectativas que cada cultura establece (Sen, 2001)-.

No obstante, la exclusión social rara vez se expresa de manera total y absoluta. La cantidad y diversidad de oportunidades que pueden aprovechar las personas en situación de pobreza, más bien, tienden a ser reducidas y de mala calidad, lo que las conduce a recurrir a formas "deficitarias" de inclusión, aplicables también para las personas en situación de calle. Por ejemplo, se puede participar en actividades remuneradas, pero altamente precarizadas (inestables, con bajos ingresos, sin seguridad social, etc.). De modo similar, se puede estar incluido en el sistema de salud, pero en servicios con tratamientos insuficientes, largas listas de espera, y trato discriminatorio. En este sentido, la sociedad se muestra incapaz de comprender a cabalidad el fenómeno de la situación de calle, por lo que los bienes y servicios que provee suelen ser insuficientes para garantizar a las personas la restitución de sus derechos fundamentales, la satisfacción de sus necesidades básicas, y la provisión de bienes y servicios que les permitan superar autónomamente su situación.

En consonancia con lo planteado, los factores externos al individuo tienen un mayor impacto en el fomento de sus potencialidades (PNUD, 2017; Sen, 2000; Tilly, 2000). Por lo tanto, resulta crucial observar los procesos, dinámicas y estructuras socioeconómicas que habilitan o restringen las capacidades y funcionamientos de las personas. En esta línea, la situación de calle está íntimamente relacionada con

⁵Que contempla la falta de recursos como los ingresos, la vivienda, la alimentación, etc.

⁶Referente a la privación de elementos como el respeto, la valoración, el afecto, entre otros.

episodios de pobreza y discriminación en los primeros años de vida, que repercuten de manera significativa en la adultez.

En relación con lo anterior, *nacer y crecer en pobreza* impacta de forma negativa en las personas, como experiencias adversas que se acumulan a lo largo de sus biografías, y les dificulta el desarrollo de las capacidades necesarias para asegurar su autonomía y libertad (Lister, 2004; Felitti, 2009; Cooper & Stewart, 2017). Estos efectos negativos se presentan en diversas dimensiones del bienestar, produciendo déficits que se refuerzan mutuamente (Engle & Black, 2008). Por ejemplo, la falta de ingresos de un hogar puede forzar la incorporación temprana de niños, niñas y adolescentes (NNA) al mercado laboral, lo cual puede interrumpir sus actividades escolares y conducir a la exclusión educacional. Asimismo, la violencia intrafamiliar puede gatillar su huida a la calle, entorno hostil que puede deteriorar tanto su salud física como mental, lo que agrava el impacto inicial. En los casos mencionados, las conductas de riesgo y daño aparecen como mecanismos de defensa que permiten a las personas sobrellevar sus experiencias adversas, a modo de prácticas adaptativas a un entorno hostil (Agnew, 2010; Schwalbe et al., 2000).

Abordar la exclusión social desde la perspectiva de *nacer y crecer en pobreza*, implica observar sus efectos en fases tempranas de las trayectorias individuales. A grandes rasgos, una trayectoria puede entenderse como el recorrido o sendero que una persona ha trazado a lo largo del tiempo en una o más esferas sociales (Fundación Paréntesis, 2015). Más allá del periodo circunscrito a la infancia y la adolescencia, las trayectorias vitales asociadas a la pobreza pueden ser descritas como un tránsito constante entre la inclusión deficitaria y la exclusión total en las esferas sociales relevantes para cada etapa del ciclo vital. Al conocer las vivencias pasadas, se facilita la comprensión de la situación presente y expectativas futuras de la persona, puesto que se devela el conjunto de experiencias adversas que explican su exclusión social en uno o más ámbitos (Blanco, 2011; Hogar de Cristo, 2018c).

En virtud de lo anterior, las Fundaciones Hogar de Cristo fomentan una acción social basada en el *enfoque de trayectorias inclusivas*, el cual busca incentivar un diseño de políticas públicas y programas

sociales que reconozca la dignidad de las personas, y sea pertinente a sus distintas realidades y necesidades⁷. A nivel de políticas públicas, esto se traduce en pensar la inclusión social desde un enfoque basado en derechos fundamentales, que conciba el bienestar individual desde su dignidad, capacidades, y participación activa. Además, este enfoque permite plantear de modo más estratégico la intervención social, en la medida que conocer, comprender y aceptar cada biografía, se vuelve una condición fundamental para trabajar de manera efectiva sobre sus factores de exclusión.

Ahora bien, aunque el nacer, crecer, desarrollarse y envejecer en situación de pobreza dispone algunos elementos comunes a quienes experimentan esa trayectoria, es crucial destacar que *toda biografía es única*. El enfoque de trayectorias inclusivas promueve atender la singularidad de cada persona, para lo cual resulta útil identificar sub-grupos dentro de la gran población de personas en situación de calle. En torno a esto, la descripción de grupos sociales a gran escala suele omitir diferencias en su composición, lo que crea una ilusoria impresión de uniformidad (McCall, 2005). De este modo, la posibilidad de evidenciar características transversales a ciertos grupos sociales se realiza al costo de pasar por alto experiencias, contextos, y necesidades disímiles (Hancock, 2007). Las personas en situación de calle, por su parte, son concebidas en el imaginario social como una categoría homogénea, lo que impide captar dimensiones importantes de su complejidad y diseñar medidas específicas para cada perfil (Snow & Anderson, 1987). Aunque es posible identificar rasgos predominantes en esta población (como su exclusión habitacional), *existen diferencias relevantes* en cuanto a los orígenes de su exclusión social, a la presencia y magnitud de determinadas experiencias adversas, a sus necesidades y demandas, a los recursos y estrategias que emplean para subsistir, entre otros elementos.

⁷Algunos elementos de esta aproximación se encuentran presentes en otras metodologías de trabajo, como el enfoque terapéutico contextual-relacional, el enfoque de reducción de daños, el enfoque centrado en la persona y el enfoque del curso de vida (Hogar de Cristo, 2018c).

La generalización de características negativas está ligada a lo que se conoce como estigmatización. A grandes rasgos, Goffman (1970) define el concepto de estigma como una "marca" que permite reconocer a ciertas personas como inferiores al resto, en la medida que se les adjudican atributos indeseables para determinada cultura. Según Link y Phelan (2001), la estigmatización corresponde a un proceso que comienza con la creación de "etiquetas", utilizadas para aludir a cierta categoría de personas. En palabras de los autores, las etiquetas corresponden a una "sobre-simplificación" de características colectivas, mediante las cuales se clasifican a los individuos por medio de términos que, en realidad, esconden una enorme variabilidad. Posteriormente, se difunden estereotipos sobre cómo son esas personas, los cuales representan imágenes cargadas de prejuicios⁸ y, por ende, distorsionadas y parciales. Luego de vincularse etiquetas con estereotipos, las personas que ejercen la estigmatización distinguen entre "nosotros" y "ellos", mediante comparaciones en las que se esencializan virtudes para unos y defectos para otros (Cohen, Krumer-Nevo, & Avieli, 2017; Chase & Walker). Por último, quienes son etiquetados experimentan discriminación y pérdida de estatus, lo cual les reporta resultados desfavorables en comparación al resto de la población.

La estigmatización influye significativamente en la distribución de las oportunidades de vida: el acceso a una buena salud, a la vivienda, a un trabajo decente, o la educación, por mencionar algunos ejemplos (Link et al., 2004). De este modo, se produce una suerte de cascada de efectos negativos que se refuerza cuando las personas incurrir en comportamientos de riesgo y daño. Estas conductas adaptativas suelen ser percibidas como producto únicamente de motivaciones individuales, lo cual omite el efecto de los contextos de pobreza, exclusión, y marginación en los

⁸ El prejuicio social, por su parte, puede ser comprendido como "una actitud hostil o prevenida hacia una persona que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo." (Allport, 1954, p.15). De modo complementario a esta definición clásica, Brown (1998) describe el prejuicio social del siguiente modo: "El mantenimiento de posturas despectivas o de creencias erróneas, la expresión de sentimientos negativos, o la exhibición de conducta hostil o discriminatoria hacia miembros de un grupo en tanto que miembros de ese grupo." (Brown, 1995, p.27).

que las personas han construido sus trayectorias vitales. Como resultado, quienes son víctimas de la estigmatización restringen su interacción social con otras personas, su autoestima declina, y su calidad de vida en general experimenta un deterioro producto de la exclusión social, que se agrava cuando una etiqueta se conecta con diversos estereotipos (Link & Phelan, 2001).

La promoción efectiva de la inclusión social está ligada a la superación del estigma en, al menos, dos sentidos. En primer lugar, se requiere modificar la percepción de una cultura que produce y reproduce el estigma, mediante estrategias de sensibilización capaces de exhibir las diversas realidades que ocultan las etiquetas y los estereotipos. En segundo lugar, se debe evitar que quienes son objeto de estigmatización transformen los estereotipos en parte de su identidad. Según señalan Link y Phelan (2001), las personas estigmatizadas no deben ser representadas como víctimas indefensas (como por ejemplo, siendo calificados de "pasivos, desamparados, o resignados" (p.378)), puesto que se contribuye a asignarles más atributos indeseables y formar más estereotipos. Más bien, el reconocimiento de las capacidades debe comenzar por identificar la heterogeneidad de trayectorias que esconde el concepto de "persona en situación de calle": mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que han debido escapar de su domicilio; adultos mayores abandonados con un alto deterioro en su funcionalidad; personas víctimas de la migración forzada por motivos humanitarios; entre otras realidades que en algunos casos se intersectan y refuerzan su complejidad.

Lo que se sabe actualmente de estos grupos es producto de lo que la experiencia y los datos disponibles permiten observar, entregando una visión limitada de su complejidad. Aunque hoy en día es posible reconocer, por ejemplo, diferencias sustanciales entre la realidad de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle en comparación a los adultos mayores, la información existente sigue siendo limitada como para traducir de manera precisa sus necesidades particulares en prestaciones específicas. Por lo mismo, se espera que los distintos perfiles en situación de calle caracterizados a lo largo de este documento, puedan ser recogidos por la estrategia de la política pública en la materia.

Reconocer las diferencias existentes en la aparente uniformidad de esta realidad, es vital para asegurar un acompañamiento integral de las personas en situación de calle, lo que sin dudas no es posible de resolver a través de un solo programa social. A nivel de servicios sociales, las políticas y dispositivos de asistencia e intervención tienden a abordar aspectos específicos del bienestar individual, en áreas como la educación, la salud o la vivienda. Aunque trabajen de manera separada para responder ante distintas necesidades individuales, éstas últimas se encuentran interrelacionadas (Sen, 2001; Tsui, 2002; Chakravarty & D'Ambrosio, 2006). La exclusión laboral, por ejemplo, puede limitar la capacidad de una persona para generar ingresos que, a su vez, le permitan tratar una enfermedad costosa. Pero la presencia de esta enfermedad puede obstaculizar la posibilidad de esa persona para insertarse en el mercado laboral. Por ende, si el objetivo en cuestión es alcanzar la plena inclusión de la persona en la sociedad, los programas sociales requieren ser diseñados y ejecutados bajo una estrategia integrada y multicomponente. Las personas en situación de calle evidencian con particular notoriedad lo planteado, tanto por las numerosas, diversas y profundas carencias que experimentan, como por la respuesta parcial y descoordinada de los dispositivos creados para responder a necesidades que, en muchos casos, son prescritas en base a metas y trayectorias más ideales que reales, omitiendo sus propias expectativas, intereses y aspiraciones.

Asimismo, el paradigma de trabajo más difundido a nivel mundial para personas en situación de calle, el "Modelo Escalera de Superación", está guiado por un concepto de ser humano que reconoce implícitamente a las personas como carentes de dignidad social, y dirige sus esfuerzos para asegurar que éstos se "transformen" progresivamente en sujetos dignos. En términos prácticos, por ejemplo, se condiciona el acceso a objetos de derechos básicos como la *vivienda* a cumplir con un comportamiento "esperable" para una persona (Sahlin, 1998; 2005; Busch-Geertsema & Sahlin, 2007). La acción inspirada por el enfoque de derechos, en cambio, no sitúa la dignidad como una meta al final del camino, sino como el punto de partida para cualquier tipo de intervención.

La razón para optar por una perspectiva guiada por el enfoque de derechos no solo es ética, también se asocia a la eficacia de las intervenciones. En las últimas décadas, la evidencia internacional ha demostrado la obtención de mejores resultados cuando la estrategia de trabajo con personas en situación de calle asegura la inclusión habitacional como punto de partida (Busch-Geertsema, 2013; 2014), y complementa su intervención con las lógicas propias del enfoque de reducción de daños⁹. Estos elementos son adoptados por el modelo *Housing-first*¹⁰ (Vivienda primero), el que si bien ha demostrado buenos resultados en términos de eficacia y eficiencia, presenta un costo elevado inicial en comparación al Modelo Escalera. Por ende, han surgido aproximaciones intermedias, que recogen y flexibilizan los componentes del modelo Housing-First, los cuales son englobados dentro del concepto *Housing-led* (Orientado a la vivienda).

El *Housing-led* contempla una estructura sistémica de provisión de servicios especializados¹¹ no condicionados, junto con prevención focalizada y servicios ambulatorios especializados con mecanismos para la gestión de casos (Polvere et al., 2014; Johnson, 2019). Estos últimos permiten responder a distintas situaciones de vulnerabilidad en la situación de calle, de acuerdo con diversos perfiles (jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidad, población LGTBQ+¹², población migrante, entre otros). Además, ante la imposibilidad de garantizar una vivienda al inicio del proceso de intervención es posible recurrir a metodologías alternativas, como la entrega de transferencias monetarias para apoyar el arriendo, o la disposición de viviendas compartidas.

⁹ Evitar patologizar las conductas de riesgo, respetar a la voluntad de la persona, disponer umbrales bajos de participación, entre otras características (Marlatt, Larimer & Witkiewitz, 2011).

¹⁰ Ambos modelos son descritos en la sección 5 de este documento.

¹¹ Por programas especializados entendemos un tipo de servicio destinado a abordar problemas altamente complejos que afectan ciertas dimensiones específicas del bienestar, como el consumo problemático de alcohol y otras drogas, o los problemas ligados a la salud mental. Este tipo de dificultades requiere dispositivos con componentes adaptados a sus características particulares, a fin de estimular cambios “promocionales” en las personas.

¹² La sigla “LGTBQ+” refiere a población: lesbiana, gay, transexual, bisexual, intersex, querr. El símbolo “+” busca incluir a otras identidades de género (como pansexual, asexual, demisexual, género fluido, entre otros).

La complejidad del fenómeno impone un desafío urgente en torno a la búsqueda de enfoques y prácticas de intervención basadas en estándares capaces de abordar tal complejidad. Aunque el Hogar de Cristo es pionero en la creación y desarrollo de la oferta social para personas en situación de calle en Chile, existe significativo vacío de políticas con perspectiva de inclusión dirigidas a esta población.

En 2013 las Fundaciones Hogar de Cristo iniciaron un proceso de reflexión institucional en lo referente a su trabajo con las personas en situación de calle, dirigido a identificar nudos críticos en la provisión de servicios y a diseñar cambios en el plano estratégico. En la práctica, se realizaron estudios de manera sostenida desde ese año, los cuales se orientaron a conocer las características y percepciones de las personas atendidas, a evaluar los problemas y percepciones de los trabajadores, a identificar brechas de cobertura a nivel nacional, a sistematizar experiencias exitosas y revisar bibliografía especializada, entre otros objetivos específicos. En la Tabla 1 se describe cada una de estas acciones.

Tabla 1: Estudios internos para mejorar la Línea calle				
Nombre investigación, documento o análisis	Año de inicio	Breve descripción	Metodología y técnicas de investigación aplicados	Ejecutor
Situación de Calle y políticas públicas: revisión general y desafíos en Chile	2019	Aproximación al fenómeno de la situación de calle desde sus diversas nociones e intervenciones en políticas públicas, tanto en Chile como a nivel internacional	Metodología cualitativa, análisis de datos secundarios	Equipo externo de académicos (Florencia Picasso, Carlos Andrade y Tair Kasztan)

Caracterización de personas en situación de calle: poblaciones específicas	2018	Caracterización y perfilamiento de diferentes poblaciones que viven en situación de calle por medio de un análisis del Catastro de Personas en Situación de Calle 2011	Metodología cuantitativa, análisis de datos secundarios, análisis de frecuencias y cruces de información	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
Matriz de Inclusión Social 2018	2018	Herramienta de planificación social que estima brechas de cobertura de la oferta de políticas públicas para las personas en situación de pobreza	Metodología cuantitativa, análisis de datos secundarios, análisis de frecuencias.	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
Consulta a programas especializados para personas en situación de calle, con el fin de identificar nivel de coordinación y trabajo conjunto entre servicios	2018	Encuesta autoaplicada a programas especializados para personas en situación de calle de las Fundaciones Hogar de Cristo, para identificar los niveles actuales de trabajo coordinado e integrado, trabajaron con personas que participaron en dos o más programas diferentes y especializados dentro de la red corporativa	Metodología cuantitativa, encuesta autoaplicada, análisis de frecuencias.	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo

Perfiles de Personas en Situación de Calle	2017	Análisis cuantitativo para segmentar a la población que vive en situación de calle en base al Catastro de Personas en Situación de Calle 2011.	Metodología cuantitativa, análisis de datos secundarios, análisis de frecuencias, cruces de información y análisis de tipologías	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
Proyecto Integrado Personas en Situación de Calle: Informe de Grupos de Discusión con equipos de trabajo de programas Hogar de Cristo	2017	Análisis de grupos de discusión aplicados a profesionales, técnicos y monitores, que conforman los equipos de trabajo de la oferta para personas en situación de calle de programas del Hogar de Cristo y sus Fundaciones. Tiene como objetivo principal identificar disposiciones, creencias, expectativas y construcciones discursivas de los trabajadores sobre las personas en situación de calle y lo desarrollado por los programas sociales.	Metodología cualitativa, realización de entrevistas grupales y grupos de discusión, aplicando técnica de análisis cualitativo de contenidos.	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo

Caracterización tipológica de los participantes del Hogar de Cristo y sus fundaciones	2017	Análisis cuantitativo para segmentar a la población que vive en situación de calle en base a datos de personas registradas como participantes de programas sociales de las Fundaciones Hogar de Cristo.	Metodología cuantitativa, análisis de datos secundarios, análisis de frecuencias y cruces de información	Área de Estudios, Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
Diagnóstico institucional con metodología FODA	2017	Diagnóstico institucional mediante la metodología FODA realizado por los jefes de programas sociales de la línea calle (Zona Centro)	Metodología de planificación estratégica, Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas)	Dirección de Operaciones Sociales, Hogar de Cristo
Caracterización cualitativa de los participantes del Hogar de Cristo y sus Fundaciones	2016	Levantamiento y análisis de datos cualitativos para conocer las necesidades y requerimientos de servicios de los participantes	Entrevistas en profundidad, análisis de contenido cualitativo	Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
Diagnóstico para la generación de alternativas de trabajo con adultos mayores en situación de calle y consumo problemático de sustancias	2014	Propuesta estándares de calidad basados en evidencia para la implementación de programa especializado para adultos mayores en situación de calle	Metodología Mixta, revisión y sistematización bibliográfica, metodología RAND/UCLA y técnica de observación etnográfica	Dirección Social, Fundación Paréntesis

Experiencia piloto de trabajo corporativo de Sede de Valparaíso	2013	Sistematización de experiencia piloto para integración corporativa de servicios especializados para personas en situación de calle	Metodología cualitativa, sistematización de experiencia	Dirección de Operaciones Sociales, Sedes RM y Valparaíso; Fundación Rostros Nuevos, Fundación Emplea y Dirección Social Nacional, Hogar de Cristo
---	------	--	---	---

Como se aprecia en la Tabla 1, este proceso involucró a diversas áreas, direcciones, fundaciones y actores tanto internos como externos a la institución. Las metodologías empleadas, por su parte, incluyen aproximaciones cuantitativas, cualitativas, análisis de datos secundarios y análisis FODA, entre otras herramientas de recolección, reducción y análisis de datos.

Cada una de estas iniciativas constituye un paso más hacia la creación de un marco analítico y un modelo de gestión capaces de comprender la diversidad de trayectorias individuales, lo cual nos acerca a la integración de distintos actores, organizaciones y dispositivos vitales para responder a la multidimensionalidad del tema. Las ideas planteadas en las siguientes páginas son el resultado de estos esfuerzos por examinar críticamente el trabajo institucional, en conjunto con revisiones de buenas prácticas tanto a nivel nacional como internacional. Además, surge fruto de la realización de asambleas con actores de la sociedad civil, con representantes del Estado y con académicos ligados al tema, y a la aplicación y evaluación de experiencias de integración programática, entre otras iniciativas.



CAPÍTULO 02

¿Cómo conceptualizar la
situación de calle?

El “cómo” se define o representa un fenómeno social impacta en las posibilidades de su descripción, cuantificación, clasificación, y abordaje desde un punto de vista tanto técnico como ético. Las personas en situación de calle han sido etiquetadas históricamente con múltiples términos: mendigos, vagabundos (o vagos), pordioseros, limosneros, entre otros rótulos. Así, se les suele representar como hombres adultos con problemas de alcoholismo, sucios, laboralmente inactivos, e incluso ligados a actividades delictuales (Rayburn & Guittar, 2013). Como plantea Biaggio (2010) en su estudio sobre personas en situación de calle en Argentina: “Nuestros entrevistados, al hablar acerca de la mirada que *los de afuera de la calle* tendrían acerca de ellos, manifestaron mucha molestia por sentirse comparados con vagabundos o linyeras¹³; comparación que no solo los colocaría a todos *en una misma bolsa*, sino que hablaría de ellos como personas “de un valor humano inferior” (p.44). Además de peyorativas, estas etiquetas simplifican el problema y presentan las carencias como si se tratase de atributos inherentes a las personas estigmatizadas. Como plantean Link y Phelan (2001):



La evidencia de los esfuerzos para separarnos de “ellos” [los estigmatizados] a veces está disponible en la naturaleza misma de las categorías conferidas. Se cree que las personas “son” las etiquetas (Estroff 1989). Por ejemplo, algunas personas hablan de otros como “epilépticos” o “esquizofrénicos”, en lugar de describirlos como personas que tienen epilepsia o esquizofrenia.”¹⁴ (p.370)

Esta es una razón por la cual se opta por emplear el término “en situación de calle”, que remarca el carácter transitorio -y por ende, superable- de la exclusión social.

¹³Término coloquial utilizado en Argentina y Uruguay para referirse despectivamente a las personas en situación de calle.

¹⁴Cita traducida al español.

Por tratarse de un fenómeno complejo, las características que debe tener una persona para ser considerada como “en situación de calle”, tienden a variar según el contexto histórico y cultural. Según Nieto y Koller (2015), en los países anglosajones predominan los términos *homeless* y *roofless*, que coinciden respectivamente con los términos *sin hogar* y *sin techo* que se utilizan en España. Por mencionar algunos ejemplos de Sudamérica, en Brasil se les llama *moradores de rua*, traducido al español como *habitantes de la calle*, término también utilizado en Colombia. Para el caso de Chile y Uruguay, el término situación de calle es preferido dada la naturaleza dinámica de la habitabilidad en la calle, que en muchos casos solo figura como una etapa transitoria de las personas.

Con el objetivo de crear alianzas internacionales que contribuyan a comprender y enfrentar de modo conjunto el problema de la situación de calle, diversas organizaciones se han propuesto arribar a un concepto global que resulte útil en términos operativos. La importancia de esta conceptualización no es menor, puesto que de ella dependen las necesidades atribuidas a las personas, y por ende, la definición de cuáles son las políticas sociales más apropiadas para abordar el fenómeno. Además, toda estimación de su magnitud varía según los límites del concepto con el que se trabaje (Tipple & Speak, 2005).

Una de las primeras propuestas fue construida por la *Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar* (FEANTSA, por sus siglas en inglés) denominada Tipología ETHOS¹⁵, planteada para medir y comparar el fenómeno entre distintos países. La clasificación ETHOS comprende la carencia habitacional como una gradiente, transitando –de mayor a menor gravedad– por la falta de techo¹⁶, la falta de vivienda¹⁷, el alojamiento en una vivienda insegura¹⁸, y el alojamiento en una vivienda inadecuada¹⁹ (Busch-Geertsema et al., 2016). Esta propuesta operacionaliza la inclusión habitacional en tres dominios: el legal,

¹⁵European Typology of Homelessness and housing exclusion.

¹⁶Dormir en la vía pública.

¹⁷Por ejemplo, dormir una residencia protegida.

¹⁸Por ejemplo, cuando se vive bajo la amenaza de desalojo.

¹⁹ Por ejemplo, cuando se vive en situación de hacinamiento.

relacionado con el derecho a propiedad de la vivienda; el físico, asociada a la calidad de la infraestructura; y el social, referente a las oportunidades de construir y disfrutar de relaciones sociales positivas en la vivienda.

Por otro lado, el *Institute of Global Homelessness* (IGH) elaboró en 2015 el *Global Framework for Understanding and Measuring Homelessness*, pensado para resolver las críticas realizadas a la metodología ETHOS²⁰. Este marco mantiene *la falta de acceso a un alojamiento adecuado mínimo* como el concepto principal para entender la situación de calle, e introduce cambios a los tres dominios (legal, físico y social), para arribar finalmente a tres perfiles según su grado de privación habitacional: personas sin alojamiento, personas viviendo crisis temporales de alojamiento, y personas viviendo en alojamientos severamente inadecuados e inseguros (IGH, 2015).

Desde la Organización de Naciones Unidas (ONU), por su parte, el concepto ha evolucionado a progresivamente en la serie de Informes Mundiales sobre Asentamientos Humanos. A grandes rasgos, la definición de lo que conocemos como situación de calle ha oscilado entre la "habitabilidad en calle absoluta, la cual es vivida por aquellos que no tienen ningún tipo de vivienda física [...] y la habitabilidad en calle relativa, que incluiría a quienes viven en una vivienda física pero que no cumple con estándares de seguridad y salud" (Nieto y Koller, 2015).

De modo más concreto, la ONU publicó en 2006 una serie de recomendaciones en el marco de la Conferencia de Estadísticos europeos para los censos de población 2010/2011 (United Nations Economic Commission for Europe, 2006), en el que se definen dos categorías o grados de situación de calle:

²⁰Entre estas críticas, se cuenta la definición arbitraria de los umbrales utilizados para segmentar los grupos según su grado de exclusión habitacional; la ausencia de un vínculo entre el lugar de residencia con las circunstancias que explican por qué la persona habita ahí (lo que impide, por ejemplo, conocer si ese lugar de residencia es simplemente transitorio); falta de exhaustividad en las categorías que utiliza, ya que omite algunos tipos de residencia permanente o temporal (como casas residenciales o zonas de campings); entre otras razones (Amore et al., 2011; Amore, 2013).

1. Persona en situación de calle primaria (*primary homelessness* o *rooflessness*): vive en la calle sin ningún tipo de refugio que pudiese calificar como vivienda.

2. Persona en situación de calle secundaria: persona sin lugar fijo de residencia, que se mueve constantemente entre varios tipos de alojamiento transitorios.

De igual modo, en 2007 se publica un informe en el que se reconocen diferencias en cómo se define (y se cuantifica) la situación de calle entre países desarrollados y países en vías de desarrollo (ONU-Habitat, 2007). Mientras que los países en vías de desarrollo tienden a definir poblaciones objetivo altamente específicas (para facilitar la focalización de recursos en los individuos con mayores necesidades), los países desarrollados suelen emplear definiciones que abarcan a una mayor diversidad de situaciones, considerando también a quienes habitan casas que no cumplen con ciertos estándares mínimos de calidad. Esta discrepancia suele describirse como la tensión entre la *definición restringida* (*narrow*) o literal de la situación de calle, y la *definición amplia* (*broad*), respectivamente.

En base a lo expuesto, la definición restringida (personas sin techo o algún tipo de alojamiento) figura como el criterio mínimo común entre las diversas conceptualizaciones, y apunta además a la forma más extrema de privación habitacional. Como plantean Busch-Geertsema et al. (2016), esta aproximación tiene la ventaja de incluir a quienes ya *están* en situación de calle y no las personas *en riesgo de estarlo*, además de apuntar a una población que tiende a ser ignorada por las políticas públicas en función de su bajo costo/beneficio. Su desventaja, claro está, se encuentra en la menor cantidad y diversidad de situaciones de exclusión que abarca.

2.1. EL CONCEPTO DE PERSONA EN SITUACIÓN DE CALLE EN CHILE

El diseño de las políticas públicas para abordar determinado problema social, depende estrechamente de cuál sea la noción que el Estado tenga oficialmente del fenómeno²¹. Así, el tipo de dispositivos requeridos para abordarlo, varía según qué tan complejo sea percibido éste, lo que también influye en la necesidad de integración y cohesión de esos servicios (Irrarrázaval, 2008).

En el caso de la situación de calle, el Estado chileno no ha elaborado una definición nominal única y clara de lo que constituye el problema, privilegiando su definición operacional. En el informe del Primer Catastro de Personas en Situación de Calle (MIDEPLAN, 2005), por ejemplo, solo describen sus causas y consecuencias tanto materiales como simbólicas, y se problematizan las dificultades de arribar a una definición consistente. En lo que respecta a su definición operacional, se entiende a las personas en situación de calle como:



...quien se halle pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria, y a aquellos que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal. Asimismo, a aquellas personas que por encontrarse sin hogar o residencia, y sin apoyo de familiares u otros significativos, dependen de programas sociales que ofrecen residencia permanente o por períodos importantes, con apoyo bio-psico-social.” (MIDEPLAN, 2005, p. 12)

²¹A modo de ejemplo, la política de drogas se verá radicalmente modificada dependiendo si se aborda desde el punto de vista penal o el de la salud.

En el informe del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012) se recurre a una estrategia similar, aunque se instala la idea de que la pernoctación en la calle es solo la característica más visible de una constelación de carencias que se retroalimentan mutuamente. Para esto, se emplea la definición que en aquel entonces presentaban la Fundación Hogar de Cristo junto con la Red Calle, quienes definían a una persona en situación de calle como:



“Todo individuo que se encuentre en una situación de exclusión social y extrema indigencia, específicamente se refiere a la carencia de hogar y residencia, y a la vez, la presencia de una ruptura de los vínculos con personas significativas (familia, amigos) y con redes de apoyo...” (Weason, 2006, p.11, citado en MINDES, 2012).

En base a esta definición, se enfatiza que la carencia habitacional se mezcla con procesos de ruptura de vínculos primarios, por lo que se trata explícitamente como un problema de exclusión social generalizada en diferentes ámbitos. Sin embargo, esta aclaración no se refleja en la definición operacional, equivalente a la introducida en el primer catastro:



—Personas que pernoctan en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque esta sea precaria. Esto excluye a las familias y personas que viven en campamentos.

—Personas que por carecer de un alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna —pagando o no por este servicio— en lugares dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares, que brindan albergue temporal. Pertenecen a este grupo quienes alojan en residencias y hospederías, solidarias o comerciales.” (MINDES, 2012, p.20)

Los informes correspondientes a la Política Nacional Calle de 2014 (MINDES, 2014) y de 2017 (MINDES, 2017) siguen una lógica

equivalente a la de sus antecesores. Aunque se señalan las dificultades de definir la situación de calle, se menciona la definición que ofrece la Fundación Hogar de Cristo junto a la Red Calle, en ninguno de los documentos se entrega una definición precisa ni una definición operacional del fenómeno. Más bien, se describen en profundidad las causas y consecuencias de vivir en la calle, aunque sin darles forma como un solo concepto comprensivo.

En definitiva, se encuentra ausente una definición sustantiva sobre lo que constituye la situación de calle en sí, que sirva de referencia oficial a los diferentes actores públicos, semi-públicos y privados ligados a trabajar con personas en situación de calle o a estudiar el fenómeno en el país. De todos modos, para efectos operacionales destaca la definición legal contenida en el artículo N°3 del decreto N°29 del Ministerio de Desarrollo Social, que reglamenta el artículo N°4 de la ley N°20.595 sobre otros usuarios del Subsistema de Protección y Promoción Social "Seguridades y Oportunidades":



"9. Persona en Situación de Calle: Personas y/o familias, que carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares, públicos o privados, que no tienen las características básicas de una vivienda aunque cumplan esa función (no incluye campamentos). Asimismo, aquellas personas que de conformidad con una reconocida trayectoria de situación de calle, según determine el ejecutor del programa eje, reciben alojamiento temporal o por períodos significativos, provisto por instituciones que les brindan apoyo biopsicosocial." (BCN, 2018)

Esta definición incluye tanto a las personas en situación de calle primarias como secundarias, quedando en el segundo caso a criterio del "ejecutor de un programa eje" si la persona presenta una "reconocida trayectoria de situación de calle". No obstante, no se especifican los criterios para validar su juicio en torno a la "reconocida trayectoria" de una persona en situación de calle. Además, esta definición es netamente operacional, al limitarse a identificar una población objetivo para la focalización de las políticas y programas sociales.

Un concepto acorde al objetivo de situar a la persona al centro de la acción social, debe ser lo *suficientemente general* como

para ser aplicable a personas con distintas realidades, pero lo *suficientemente específico* como para otorgarle una identidad al fenómeno de la situación de calle. Como se desarrolla más adelante en este documento, la falta de claridad conceptual promueve la descoordinación entre los diversos actores implicados en lograr la inclusión de las personas en situación de calle, lo que se expresa tanto en los objetivos que se definen al respecto, como en los medios para alcanzarlos. Las siguientes secciones profundizan este punto, a través de una descripción de la política social existente para abordar este tema en Chile.



CAPÍTULO 03

La Situación de Calle en Chile

3.1. POLÍTICAS SOCIALES PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN CHILE

Desde el siglo XVIII y hasta comienzos del siglo XX en Chile, la ayuda a la población en situación de pobreza fue asumida principalmente por privados, representados mayoritariamente por la Iglesia Católica.

A lo largo del siglo XIX comienzan a surgir en el país las primeras medidas estatales para responder a la situación de calle, denominada en ese entonces como *vagabundaje* o *mendicidad*. En 1825 se dictó un decreto que prohibía recorrer las calles pidiendo limosna, práctica que quedó sujeta a la autorización formal del párroco, obispado y gobernador del departamento en el que se residía (Cárdenas, 1991). La licencia era concedida solo a quienes tuviesen un impedimento para trabajar (discapacidad física o mental), pudiendo ser renovada año a año. El concepto de ser humano a la base de estas disposiciones reconocía solo la dignidad social, es decir, aquella que obtiene mediante un comportamiento moralmente aceptado acorde a las normas culturales de esa época. Como plantea Cárdenas (1991): “La autoridad trataba de evitar que los vagos vivieran de la caridad pública confundidos con los verdaderos pobres” (p. 48), o bien:



“una prueba de la holgazanería de estos mendigos ambulantes era el hecho que de treinta de ellos que en una ocasión condujo la policía al hospicio, *sólo siete u ocho eran auténticos pobres, dignos de quedar en el establecimiento*” (p.59. Énfasis añadido).

El párrafo anterior describe una perspectiva ético-moral que discrepa con el enfoque de derechos en, al menos, dos sentidos. En primer lugar, la idea de que la ayuda social debe quedar sujeta a la buena voluntad de particulares basada en el valor de la caridad, que si bien es deseable en las personas, no es jurídicamente exigible. En segundo lugar, las políticas de esa época estaban pensadas para distinguir entre el “pobre digno” y el “pobre indigno” (Castel, 1997), siendo este último una persona cuya conducta no la hacía merecedora de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas. A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948,

el mundo comienza a aceptar progresivamente una perspectiva que considera a las personas como titulares de derechos sociales y políticos elementales por el solo hecho de pertenecer a la especie humana, resguardando jurídicamente la inclusión de todos y cada uno de los seres humanos y, con ello, responsabilizando a la sociedad en su conjunto por el bienestar de sus miembros. Por otra parte, al admitir la existencia de una dignidad inherente a todo ser humano, se invalida la distinción entre personas merecedoras y no merecedoras de ayuda. La inclusión, en cambio, se fundamenta en la justicia social, por lo que la caridad y la solidaridad continúan siendo valores relevantes pero situados en segundo plano²².

Ya en la primera mitad del siglo XX, el Estado comienza a incrementar sus políticas sociales como consecuencia de la denominada *cuestión social*, tendencia que alcanzaría su clímax con el Estado de Bienestar Corporativo en la segunda mitad de ese siglo (1952-1973). Este régimen fue reemplazado por la dictadura militar que se extendió entre 1973 y 1990, la cual disminuyó considerablemente el gasto social. La focalización se transformó en el criterio guía de las políticas públicas, lo que volcó la atención del Estado hacia las poblaciones con mayores carencias. Dentro de éstas, las políticas públicas exclusivamente para las personas en situación de calle son de reciente data.

Hasta poco más de una década, la situación de calle era concebida por el Estado como una expresión más de la extrema pobreza, sin formar parte de las políticas públicas como un problema en sí mismo. La sociedad civil organizada, en cambio, presentaba una larga trayectoria de trabajo con las personas en situación de calle, lo cual permitió forjar una expertise que luego sería clave en el desarrollo y la evolución de las políticas públicas dirigidas a esta población²³. Así, a comienzos del año 2000 un conjunto de

²² Como se profundizará más adelante en este documento, este pensamiento no está erradicado del todo en Chile, lo cual se observa en políticas que condicionan el acceso a sus beneficios al cumplimiento de ciertas conductas, o en la tensión entre la falta de financiamiento para algunas políticas y la alta concentración de los ingresos en el país.

²³ Un ejemplo al respecto está en la alianza entre las Fundaciones Hogar de Cristo y el Servicio Nacional de Menores, establecida para trabajar con niños y niñas en situación de calle. Esta experiencia pionera derivó en la creación del Programa Especializado con Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle (PEC), el que representó un avance en la política pública para la niñez y adolescencia.

ONGs abocadas a la inclusión de personas en situación de calle se coordinaron para crear la *Red Calle*²⁴, grupo desarrollado para compartir conocimiento entre sus miembros y visibilizar las necesidades de las personas en situación de calle. En agosto del año 2003, la red calle entrega una carta al Ministro del Interior José Miguel Insulza, quien asistió en representación del presidente Ricardo Lagos en la celebración del día de la solidaridad. Esta acción estimuló la realización del Primer Catastro de Personas en Situación de Calle en el año 2005, como iniciativa para estimar la magnitud del problema a nivel país. Posteriormente, el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet incorpora a las personas en situación de calle al sistema de protección social²⁵, además de crear un programa especializado para esta población (el Programa Calle), en el cual el Hogar de Cristo participó como una de las doce instituciones ejecutoras²⁶.

Una vez reconocidas las características particulares de exclusión, procesos de deterioro y vulnerabilidades asociadas a la situación de calle, en 2011 las políticas públicas dirigidas a esta población llegan un punto de inflexión, con la creación de mesas nacionales y regionales para debatir sobre los lineamientos de una futura Política Calle, y con la instalación de la Oficina Nacional de Calle por parte del Ministerio de Desarrollo Social. Además, se implementa por primera vez el Plan de Invierno a escala nacional.

En 2017 se publica una nueva Política de Calle, la más actual hasta la fecha (MINDES, 2017). Esta política reconoce el carácter multidimensional del problema, al fomentar diálogos intersectoriales entre los diversos actores involucrados en su solución, y al considerar la necesidad de instaurar medidas preventivas. Además, en 2016 comenzó el diseño e implementación del Registro Social Calle,

²⁴ Asociación que agrupa ONGs que trabajan con personas en situación de calle, dentro de las instituciones fundadoras se encuentran: Fundación Gente de la Calle, Corporación Nuestra Casa, Corporación Moviliza, Comunidad Cristo de la Calle, Corporación SEDEJ, Fundación Educere, y Fundación Hogar de Cristo.

²⁵ Lo cual ocurrió en diciembre de 2006.

²⁶ El trabajo con personas en situación de calle bajo esta modalidad, fue denominado como "Proyecto Pro*Mueve*" por las Fundaciones Hogar de Cristo, a través del cual se benefició a 1.018 personas entre 2006 y 2007.

sistema de información que permite contabilizar y caracterizar socioeconómicamente a las personas en situación de calle.

En concreto, el actual Sistema Intersectorial de Protección Social dispone los siguientes programas sociales para personas en situación de calle:

Tabla 2: Programas sociales del Estado para personas en situación de calle	
Programa Social	Descripción
Plan Protege Calle (ex-Plan de Invierno)	Componente del programa Noche Digna. Está dirigido a proteger la vida de las personas en situación de calle durante la época invernal, adaptado al contexto de la pandemia por COVID-19.
Centros Temporales para la Superación	Componente del programa Noche Digna. Corresponde a un conjunto de dispositivos que brindan alojamiento temporal todo el año. Contempla casas compartidas, centros de día, centros de referencia, hospederías, residencias y Viviendas con Apoyo (VCA).
Programa Calle	Servicio ambulatorio que busca contribuir a la superación de la situación de calle a través de acompañamiento psicosocial y sociolaboral.
Programa Apoyo a la atención mental	Busca reducir las barreras de acceso a la atención en salud mental de personas en situación de vulnerabilidad, brindándoles atención especializada.
Programa de Tratamiento para Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Dirigido a modificar la conducta de consumo de alcohol y otras drogas en personas en situación de calle.

Red Calle Niños	Circuito de servicios integrados que busca disminuir la permanencia en calle de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) para interrumpir la exposición a los riesgos que implica. Ofrece estrategias flexibles y oportunas acorde a las necesidades y capacidades de cada NNA en situación de calle.
Programas Especializados con Niños, Niñas y/o Adolescentes en Situación de Calle (PEC)	Busca la recuperación integral de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, a través del desarrollo de sus habilidades cognitivas, emocionales y socio-conductuales.

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales

Al respecto, es factible clasificar los programas en dos grupos, según el alcance de los resultados esperados (OECD, 2015):

- **Servicios de asistencia**, que satisfacen necesidades críticas para la supervivencia humana (alimentación, vestimenta, alojamiento, etc.).
- **Servicios promocionales**, que buscan fortalecer la autonomía de las personas para incluirse socialmente, para incrementar la sostenibilidad de las intervenciones a lo largo del tiempo (empleabilidad, discapacidad, consumo problemático de alcohol y otras drogas, etc.).

Mientras que el primer tipo de programa se enfoca en el tratar necesidades vitales urgentes, el segundo “puede ser interpretado como una intervención preventiva, diseñado para evitar la repetición de visitas a servicios de tratamiento de emergencias” (OECD, 2015, p. 30). Como se profundizará más adelante en este documento, en Chile la cobertura programática se enfoca en la oferta de *baja complejidad*. Esta decisión surge como respuesta a la urgencia primordial: proteger la vida de las personas en situación de calle, a través de la satisfacción de sus necesidades más básicas. Pero la ausencia de programas especializados (y la falta de mayor cobertura para los ya existentes) es solo uno de los déficits que presenta la Política de Calle en Chile, como se detallará a continuación.

3.1.1. DEBILIDADES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE EN CHILE

Para corroborar la eficacia de los programas en situación de calle, cabe resaltar que no existen evaluaciones disponibles para el Programa Calle, el Programa Especializado con Niños, Niñas y adolescentes en Situación de Calle, ni para el Programa de Tratamiento para Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de alcohol y otras drogas.

Sin embargo, la Dirección de Presupuestos de Chile (DIPRES) evaluó el programa Noche Digna, que incorpora los componentes Plan de Invierno y los Centros Temporales para la Superación.

Sobre el *Plan de Invierno*, DIPRES (2015) destacó como aspecto positivo la notoria disminución de muertes entre las personas en situación de calle producto de las amenazas de la época invernal. Sin embargo, se enfatiza que es un programa que sólo mitiga las emergencias invernales, sin entregar oportunidades para la solución del problema. Asimismo, la evaluación del *Programa Piloto Salud Mental para Personas en Situación de Calle*²⁷ (Galerna Consultores, 2015), evidenció la necesidad de conformar un equipo profesional con expertise en reconocer las características particulares de las personas en situación de calle. Junto a esto, se resaltan barreras de acceso para acoger a las personas en situación de calle por parte de los centros de salud, y necesidad de reforzar el abordaje intersectorial como un factor central.

Respecto a los *Centros Temporales para la Superación* (en adelante CTS), la evaluación realizada por DIPRES (2015) identifica una contradicción entre las definiciones conceptuales y metodológicas del modelo y la forma en que se ejecuta. A nivel de definiciones el programa se ejecuta en base al *Modelo Escalera de superación*, un sistema de dispositivos por los cuáles la persona transita hacia

²⁷La evaluación contempló tres programas más, agrupados bajo el rótulo de Experiencia Comunitaria de Intervención del Programa Personas en Situación de Calle, y Abriendo Caminos de Participación de Niños y Adolescentes con Familiar Significativo Detenido (Galerna Consultores, 2015).

intervenciones más complejas para dotarlo de mayor autonomía. Sin embargo, los dispositivos no trabajan coordinados en la práctica, sino que operan como distintos niveles de oferta diferenciada, de modo que los participantes no son insertos en un proceso lineal ascendente. Además, tampoco se considera adecuado el diseño del programa para su correcto funcionamiento, puesto que el Modelo Escalera no consigue abordar los dos propósitos fundamentales del programa: la protección y la superación (p.36). En el caso de protección, el documento indica que el alojamiento debe ser permanente e independiente de los logros de la persona, pero en la actualidad es solo temporal. Para la superación, se menciona que no es suficiente un acompañamiento para ingresar al sistema de protección social, además se requiere generar oportunidades reales de inserción laboral. Estas deben ser opciones disponibles de manera constantes en los dispositivos, y voluntarias para quién desee tomarlas. No obstante, en la práctica son los ejecutores quienes deciden las opciones de acompañamiento integral que entregan a las personas, según factores técnicos y económicos contingentes.

De modo complementario, Corporación Moviliza realizó una evaluación en 2017 a los CTS y a las *Residencias para la Superación y Casas Compartidas*, a fin de identificar sus potencialidades y falencias. Mientras que evidencian una alta efectividad de las residencias y casas compartidas en la interrupción temporal de la situación de calle²⁸, los CTS presentan serias deficiencias para alcanzar la promoción social de las personas en situación de calle. Un problema generalizado está en las divergentes interpretaciones sobre *que son y para qué sirven estos dispositivos*, particularmente entre quienes los administran y quienes los ejecutan. La metodología de Escalera, en este sentido, para algunos trabajadores es percibida como:

²⁸De todas maneras, visibilizan la necesidad de realizar seguimientos a las personas que egresan de dichos dispositivos, y desarrollar una mayor planificación sobre la vida post-residencia de las personas, como primer paso para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones (Corporación Moviliza, 2017).



“simplemente un gráfico (...) una manera de graficar la oferta, porque jamás ha existido un modelo [...] nunca nadie planteó, ni antes ni ahora, que existe un modelo con una metodología de intervención, donde las personas avanzan paso a paso.” (Corporación Moviliza, 2017. p. 23).

En suma, la evaluación no observó consenso sobre si dicha metodología corresponde a un modelo de gestión o de intervención. De ser concebido como modelo de intervención, el progreso no funcionaría de manera lineal en la práctica, lo que confirma los resultados de DIPRES (2015).

Un segundo problema está en el perfil de las personas atendidas, puesto que los objetivos son demasiado homogéneos para la heterogeneidad de necesidades, recursos y expectativas involucradas. En este sentido, no se cuenta con la capacidad para recibir adecuadamente a personas con un perfil de alta complejidad, como sucede con quienes presentan discapacidad severa o problemas graves de salud mental, cuyo comportamiento tiende a dañar las dinámicas que se buscan mantener con el resto de las personas. Además, se enfatiza que muchas de ellas no tienen por objetivo dejar de vivir en situación de calle, por lo que la meta en dicho caso debiese ser, más bien, simplemente asegurar su protección (Corporación Moviliza, 2017).

Lo anterior permite establecer las siguientes conclusiones.

En primer lugar, se requiere potenciar la evaluación de los programas para personas en situación de calle, de tal modo que sea posible abarcar la totalidad de los mismos. La complejidad del fenómeno requiere calibrar un conjunto de marcos operativos, procesos de gestión y prácticas en general, lo que contribuye a maximizar las probabilidades de éxito de los programas y aprovechar de mejor modo los recursos disponibles.

En segundo lugar, los programas evaluados permiten constatar un relativo éxito de la política de calle en lo que respecta a resolver problemas urgentes, lo que se observa en la protección de la vida y la satisfacción de necesidades básicas de esta población en los meses

de mayor vulnerabilidad. Sin embargo, ha quedado patente una escasa definición operativa sobre lo que implica el Modelo Escalera, el cual además no ha arrojado resultados favorables. De este modo, en vez de considerar a las personas como eje para el diseño y el funcionamiento de modelos de gestión e intervención, son las personas quienes quedan sujetas a los vaivenes e improvisaciones de cada dispositivo.

En esta línea, la escasez de dispositivos especializados da cuenta del escaso cumplimiento del enfoque de derechos en la práctica, puesto que las dimensiones del bienestar abarcadas por los servicios existentes son limitadas. La desintegración de organizaciones, instituciones y actores involucrados, también es señalada en las evaluaciones como un obstáculo para la continuidad y profundidad de las intervenciones, lo cual repercute en la diversidad y cantidad de los derechos que éstas pueden garantizar.

Más allá de los problemas específicos detallados anteriormente, es posible identificar debilidades generales en las políticas públicas para personas en situación de Calle en Chile:

- **Escasa participación del Ministerio de Vivienda y Urbanismo:** Si bien el MINVU es el principal organismo del Estado en materia de inclusión habitacional, su participación en las políticas públicas para personas en situación de calle es reciente y acotado. Sin embargo, cabe destacar el discreto pero significativo avance que ha emprendido junto al MINDES en el diseño e implementación del proyecto piloto *Vivienda Primero*, el cual como su nombre indica, dispone viviendas provisorias a las personas como prestación básica y sin condiciones previas. La efectividad de este tipo de modelos ha sido comprobada por numerosas experiencias internacionales (Katz, 2015; Tsemberis et al., 2004; Stefancic & Tsemberis, 2007).
- **Persistencia de vacíos jurídicos:** Hasta 1998 el Código Penal incluía a la "vagancia y mendicidad" dentro de su lista de crímenes contra el orden y la seguridad pública. Aunque la dictación de la Ley N° 19.567 derogó ese delito, resulta preocupante las medidas adoptadas por algunas municipalidades para prohibir "toda forma de ocupación de Bienes Nacionales de Uso Público

ejercida con miras a pernoctar, acampar, habitar, residir, o instalarse” (MINDES, 2019, p.2), lo cual además de criminalizar públicamente a las personas en situación de calle, las expulsa de sus lugares de pernoctación y las expone a pagar altas multas. En consideración de las libertades consagradas por los derechos humanos, resulta imperioso impulsar medidas para eliminar las ordenanzas mencionadas, junto con prevenir que otras municipalidades introduzcan iniciativas similares. Como se establece en las *Directrices para la Aplicación de Derecho a una Vivienda Adecuada* del Consejo de Derechos Humanos de la ONU (2020):



“Los Estados deberían prohibir y atajar la discriminación basada en la falta de hogar u otras situaciones habitacionales y derogar todas las leyes y medidas que tipifican como delito o penalizan la falta de hogar o las conductas asociadas a esta situación, como dormir o comer en espacios públicos. Debe prohibirse el desalojo forzoso de las personas sin hogar de los espacios públicos y la destrucción de sus efectos personales. Las personas sin hogar deben ser protegidas en igualdad de condiciones con las demás de las injerencias en la vida privada y el hogar, dondequiera que vivan;” (p.9)

- **Escasas acciones preventivas:** Aunque la prevención forma parte de los ejes de la actual política de calle (MINDES, 2018b, 2017), se observa un vacío general de planes al respecto. Actualmente, se observan algunas iniciativas que contribuyen indirectamente a la prevención de la situación de calle, como el que realizan los Centros de Apoyo a la Integración Social (CAIS) dependientes de Gendarmería. Esto se asocia con el énfasis que ponen las intervenciones en las personas con mayor tiempo en calle, dando lugar a políticas más reactivas que preventivas.
- **La interrupción de la situación de calle tiende a no ser sostenible:** Las intervenciones se encuentran orientadas a impedir la prolongación de las personas con mayor tiempo en calle, más que en fomentar su superación. Producto de una falta de seguimiento y planificación, los cambios positivos generados mediante la interrupción no tienden a ser

sostenibles a lo largo del tiempo.

- **Ausencia de un subsistema exclusivo para abordar la situación de calle:** Considerando la persistencia de la cantidad de personas en situación de calle con el paso de los años, la complejidad del fenómeno, y potenciales riesgos que amenazan con incrementar la prevalencia del problema²⁹, la presencia de un subsistema dedicado exclusivamente a generar programas para la situación de calle se presenta como una necesidad cada vez más pertinente.
- **Escaso diálogo intersectorial:** La falta de vínculos de colaboración y cooperación entre diversas reparticiones públicas y privadas (la academia, el sector empresarial, la sociedad civil organizada), dificultan un abordaje integral de los problemas que presentan las personas en situación de calle, lo cual produce intervenciones parciales y discontinuas.
- **La forma de las políticas de calle depende excesivamente del gobierno de turno:** Las políticas no se encuentran configuradas en torno a una perspectiva estatal, sino en relación a lo que los administradores de turno buscan enfatizar dentro del tiempo que disponen. Esta perspectiva cortoplacista obstruye la definición de objetivos en el mediano y largo plazo.
- **Excesiva centralización:** Los programas de intervención se focalizan principalmente en ciudades como Santiago, Valparaíso y Concepción, lo cual produce problemas de cobertura en ciudades con menos habitantes.
- **Bajo nivel de formación para la intervención:** El bajo nivel de preparación técnica de los trabajadores de trato directo redundan en una serie de problemas en las intervenciones, generando desgastes tanto en las personas atendidas como en los mismos trabajadores, lo que debilita las posibilidades de cumplir los objetivos de cada programa. Esta escasez de capital humano se hace especialmente notoria en regiones.

²⁹Por ejemplo, el incremento de campamentos en el país en los últimos años refleja un aumento en la exclusión habitacional (Techo, 2017), lo cual se asocia al aumento de la situación de calle. Además, las oleadas migratorias de los últimos años también se asocian a un mayor número de personas en situación de calle, como lo ha confirmado el Ministerio de Desarrollo Social (Salud Calle, 2018; El Rancagüino, 2018).

- **Falta de políticas que aseguren el trabajo decente:** El salario mínimo (\$326.500³⁰) resulta insuficiente para satisfacer las necesidades habitacionales de una familia, lo cual incrementa las probabilidades de vivir en situación de hacinamiento o en situación de calle. En el caso de personas que viven solas, dicho ingreso no es suficiente para asegurar la inclusión habitacional y cubrir gastos como los que implica –por ejemplo- una enfermedad costosa y/o la pérdida de funcionalidad.
- **Baja calidad de servicios universales (educación y salud):** La brecha de calidad existente entre la educación pública y privada en Chile ha suscitado una notable atención en las últimas décadas, motivada por diferencias como los resultados en evaluaciones como la prueba SIMCE o en la PSU, y observable también en indicadores como la cantidad de alumnos por cursos (Santa Cruz & Olmedo, 2012). Lo anterior supone un obstáculo para que niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad puedan acceder a la educación superior y/o a empleos de calidad, lo cual además incrementa las probabilidades de exclusión educacional. Asimismo, el sistema de salud público en Chile presenta numerosas deficiencias, tales como el insuficiente número de hospitales y disponibilidad de camas hospitalarias, servicios de urgencia incapaces de satisfacer las demandas, alto costo de los medicamentos, entre otros (Goic, 2015).

Algunos de estos nudos críticos requieren cambios profundos en la cultura institucional del país (como el excesivo centralismo o la perspectiva cortoplacista de las políticas públicas), pero otros son factibles de ser abordados en el mediano plazo³¹. A continuación se presenta el papel de las Fundaciones Hogar de Cristo en la promoción de la inclusión para las personas en situación de calle en Chile.

³⁰ Monto actualizado a septiembre de 2020.

³¹ En la última sección de este documento se recogen algunos de estos puntos, con vistas a identificar las condiciones necesarias de la política pública para implementar un modelo integrado de servicios.

3.1.2. EL ROL DE LAS FUNDACIONES HOGAR DE CRISTO EN LA POLÍTICA DE CALLE

Aunque la actual Política de Calle presenta numerosos defectos y focos de mejora urgentes, también demuestra fortalezas que facilitan el desarrollo de algunos elementos necesarios para la prevención y superación de la situación de calle. Por ejemplo, destaca el incremento de recursos para asegurar servicios temporales de emergencia, y con ello proteger la vida de las personas en épocas invernales. Asimismo, resalta la presencia de sistemas de medición como el Registro Social Calle, cuyos datos pueden ser contrastados con los de los catastros realizados en 2005 y 2011. De igual modo, la colaboración público-privada en el tema presenta una larga trayectoria en el país, particularmente al alero de las organizaciones de la sociedad civil. De entre éstas, las Fundaciones Hogar de Cristo destacan por su trayectoria y conocimiento experto. Sus aproximaciones a la problemática han servido de ejemplo para el Estado, que ha replicado numerosas iniciativas en este ámbito: dispositivos residenciales, programas de empleo con apoyo, programas para el tratamiento de la discapacidad mental, entre otros.

Sobre este último tema, la experiencia que las Fundaciones Hogar de Cristo han acumulado durante décadas, resulta útil para construir puentes de colaboración entre distintos actores e instituciones. En este sentido, dado que las personas en situación de calle presentan trayectorias biográficas diversas y complejas, la integración de actores organizacionales e individuales capaces de contribuir a la causa es fundamental para abordar sus diferentes dimensiones. Más específicamente, situar a las personas en el centro de sus procesos de cambio implica distinguir con claridad sus necesidades, expectativas, intereses, y aspiraciones, tarea en la que trabajadores, voluntarios, vecinos, familiares, entre otros actores, pueden complementarse mutuamente. Además de considerar el componente colaborativo para diseñar programas y políticas que sitúen a la persona al *centro de sus procesos de cambio*, se requiere una perspectiva de base que considere la evidencia empírica disponible a nivel tanto nacional como internacional³², lo

³²Esta última adaptada al contexto local, claro está.

cual la institución ya ha realizado de forma activa respecto a otras líneas temáticas (Hogar de Cristo, 2017; 2019a).

Antes de describir en profundidad la propuesta de trabajo para personas en situación de calle, cabe exponer los resultados de un proceso reflexivo mediante el cual la institución buscó identificar brechas internas en esta área.

3.2. ÉTICA DE LA AUTOCRÍTICA: ¿CUÁNTO HEMOS AVANZADO HASTA EL MOMENTO?

Como un paso inicial en la vía para mejorar los servicios dirigidos a las personas en situación de calle, las Fundaciones Hogar de Cristo asumen una *ética de la autocrítica*, entendida como “el deber de cuestionarnos permanentemente por nuestras acciones para hacer bien el bien” (Hogar de Cristo, 2018b, p. 9). Como un paso en esta senda, en 2016 resurge la inquietud por impulsar un análisis crítico sobre el trabajo con las personas en *situación de calle*, concretándose en 2017 mediante el *Proyecto integrado para personas en situación de calle*. Antes de describir las orientaciones generales de esta iniciativa, se desarrollará una breve revisión y sistematización de la experiencia que han acumulado las Fundaciones Hogar de Cristo en torno a las políticas de calle, seguido de una presentación y evaluación de su situación actual.

3.2.1. ANTECEDENTES DEL TRABAJO DE LAS FUNDACIONES HOGAR DE CRISTO CON LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

El Hogar de Cristo fue fundado en 1944 por el Padre Alberto Hurtado, con el propósito de “crear un Hogar para los que no tienen techo” (Hogar de Cristo, 2018a, p. 9). Con las personas en situación de calle como su población objetivo original, el Hogar de Cristo comienza sus primeras incursiones en el campo de la acción social implementando dispositivos para acoger a dicha población. El primer gran hito al respecto acontece en 1945, con la fundación de la primera residencia para hombres, jóvenes y niños en situación de calle, seguida por la instalación de la primera residencia de mujeres en 1946. En 1949 la institución renueva sus estatutos, definiendo como parte de sus objetivos la provisión de vivienda para adultos y la protección de los niños abandonados que crecen sin hogar. En años posteriores se diversifican los dispositivos, con la inauguración de un Hogar específico para niñas en situación de calle en 1952, y con la creación de la *Patrulla de la Noche*, destinada a buscar niños en situación de calle. Esta experiencia sería reabierta en 1994, siendo extendida a adultos en situación de calle.

En el plano de la incidencia en políticas públicas, en 1958 se le presenta al gobierno de la época un plan para abordar el problema de los niños en situación de calle (Hogar de Cristo, 2018a). Ya en 1965, el Hogar de Cristo apoya la realización de un censo de la población infantil en situación de calle en Santiago, como instrumento para mejorar la *ley de menores* de la época. Otro hito destacable ocurre en 1990, de la mano de la fundación del programa “Los Niños de la Calle”, en convenio con el Servicio Nacional de Menores y UNICEF, proporcionándoles alimentación, atención de salud, educación no tradicional y actividades recreativas (Hogar de Cristo, 2018a).

Nuevamente en el plano de la incidencia, en 1993 el Hogar de Cristo recomienda al entonces presidente de la república, Patricio Aylwin, la creación de un organismo coordinador para erradicar la extrema pobreza, el cual sería materializado al año siguiente en la forma del Consejo Nacional de Superación de la Pobreza, bajo la presidencia de Eduardo Frei Ruiz-Tagle. Para especializar el trabajo en las hospederías, en 1994 se establecen diferencias por edad en la atención, separando a los mayores de 40 años (atendidos en la unidad central) de los menores de esa edad (atendidos en la hospedería Padre Lavín).

Como se profundizará en la siguiente sección, las Fundaciones Hogar de Cristo han sido precursoras en el diseño e implementación de programas sociales para las personas en situación de calle, innovando y sistematizando experiencias que luego el Estado ha replicado.

A inicios del año 2000, la Unidad de Desarrollo y la Coordinación Social de Filiales conforman comisiones para abordar los grupos prioritarios definidos por la Dirección Social Nacional, dentro de los cuales se incluían a las personas en situación de calle. Para encauzar el trabajo con este grupo se constituyó una comisión técnica, que elaboró el *Plan Estratégico para el trabajo con Personas en Situación de Calle en el Hogar de Cristo 2008-2010*. Este plan se convertiría en un insumo fundamental para la elaboración de los modelos técnicos del programa de Hospedería en 2009, y de acogida en 2011. El diseño y la implementación de los modelos técnicos permitieron formalizar programas sociales que durante muchos años operaron con una incipiente planificación técnica, careciendo de procesos estandarizados.

3.2.2. ¿CÓMO ESTÁ DISTRIBUIDA LA OFERTA SOCIAL DE LAS FUNDACIONES HOGAR DE CRISTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE?

La oferta actual de las Fundaciones Hogar de Cristo contempla servicios de apoyo transitorios (servicios de asistencia) y programas orientados a incrementar la autonomía de las personas (servicios promocionales). El primer tipo de oferta está orientado a satisfacer necesidades urgentes, disminuyendo riesgos críticos asociados a la pernoctación en la calle. El segundo tipo de oferta se enfoca en trabajar las trayectorias inclusivas en el mediano y largo plazo, con un acompañamiento personalizado que considera las diversas y complejas necesidades de cada persona atendida.

Actualmente, las Fundaciones Hogar de Cristo cuentan con 79 programas sociales³³ dirigidos de forma permanente a las personas en situación de calle³⁴, más 19 programas que operan de manera transitoria como parte del Plan de Invierno (actualmente Plan Protege Calle). Considerando la oferta estable, la fundación cuenta con una capacidad para atender a aproximadamente 3.000 personas, llegando a registrar casi 11.000 distintas en un año.

³³ Datos válidos para el periodo 2019. Se mantiene el nombre original del actual Plan Protege Calle (Plan de Invierno) para evitar confusiones.

³⁴ Adicionalmente, es posible señalar programas como las Residencias de Adulto Mayor o las Residencias de Protección de NNA, que de no existir, resulta factible suponer que una parte significativa de sus participantes estarían en situación de calle. Como se menciona más adelante en este documento, si bien este tipo de dispositivos no están pensados originalmente para acoger a personas en situación de calle, contribuyen a la prevención del fenómeno al proveer de soluciones residenciales a personas en situación de vulnerabilidad social. En el caso de las Residencias de Adulto Mayor, los 13 programas disponibles en 2019 promediaron 629 cupos y 716 personas distintas atendidas. Para el mismo periodo, las Residencias de Protección de NNA atendieron en promedio a 168 personas distintas y presentaron un promedio de 96 cupos.

Tabla 3: Programas de las Fundaciones Hogar de Cristo (año 2019)				
Línea temática	Modalidad	N° de programas	Personas distintas atendidas	Cupos (promedio 12 meses)
Personas en situación de calle	Ambulatorio	37	1.679	1.184
	Residencial	41	9.842	1.658
Inclusión laboral	Empleo con apoyo	1	218	163
Total personas en situación de calle (sin Plan de Invierno)		79	10.989	3.006
Personas en situación de calle	Transitorio (Plan de Invierno)	19	6.925	987
Total personas en situación de calle (con Plan de Invierno)		98	15.906	3.993

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Gestión Social de las Fundaciones Hogar de Cristo.

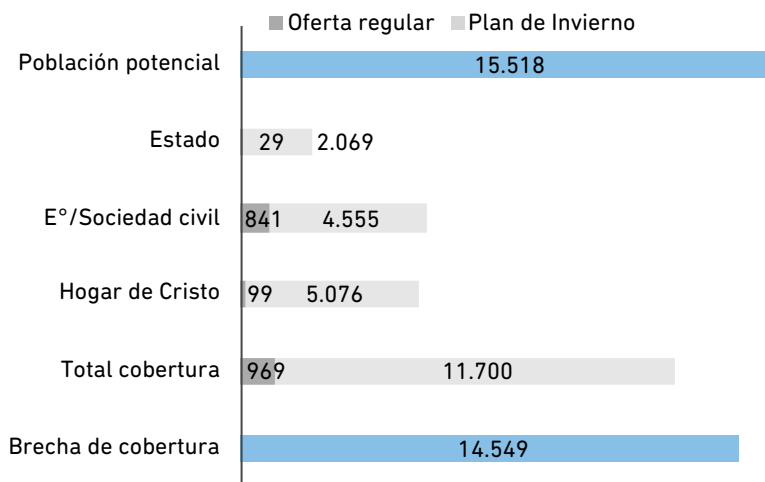
Esta oferta incluye desde dispositivos simples que entregan alojamiento y comida, hasta servicios especializados como el Programa de Empleo con Apoyo (ECA). El costo anual de estos 98 programas en 2019 alcanzó \$5.694.502.652, de los cuales el Estado aportó el 32% (\$1.846.171.707).

De acuerdo a los datos de la Matriz de Inclusión³⁵ (Hogar de Cristo, 2019c), existe un número importante de personas a nivel nacional con necesidades de vivienda y otros servicios que no están recibiendo atención, existiendo brechas tanto en la atención residencial como en la ambulatoria, y tanto en la simple como en la especializada.

³⁵La Matriz de Inclusión es un instrumento cuantitativo que permite estimar las brechas de cobertura de las Fundaciones Hogar de Cristo, contrastando la cobertura de los programas ofrecidos por la institución con la proveniente del Estado y la sociedad civil organizada.

Para la sub-línea temática de Programas Ambulatorios Básicos, se consideraron los programas enfocados en satisfacer las necesidades básicas de las personas en situación de calle, como alimentación y vestuario. Se consideran como servicios ambulatorios porque estos programas no contemplan alojamiento. Tomando una población potencial de 15.518 personas³⁶, se calculó la brecha descontando a esta población la totalidad de la cobertura³⁷. En torno a la oferta ambulatoria básica (Gráfico 1), se evidencia una brecha del 94% respecto a la oferta regular, y del 18% si se considera el Plan de Invierno.

Gráfico 1: Brecha de cobertura servicios ambulatorios básicos



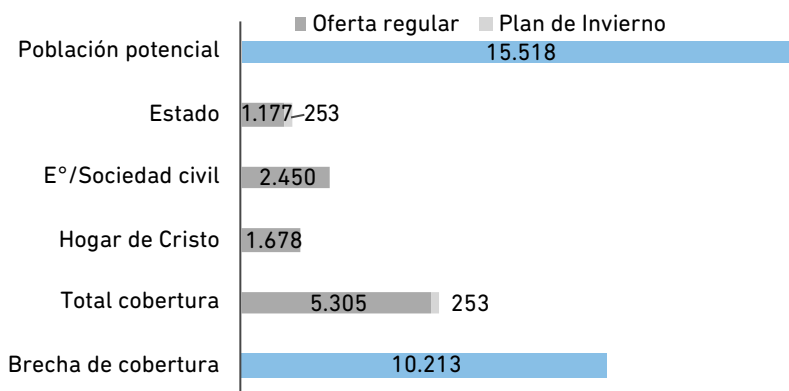
Fuente: Matriz de Inclusión Social (Hogar de Cristo, 2019c)

³⁶ Se consideró como población potencial a la totalidad de personas atendidas por los programas para personas en situación de Calle del Hogar de Cristo durante el año 2017, de acuerdo a datos del Sistema de Gestión Social (SGS). Si bien este registro sólo considera a personas que han pasado por programas de la fundación y no es un análisis del universo poblacional de personas en situación de calle, hasta ese momento correspondía a la cifra de mayor magnitud en relación a otras fuentes de información, como es el caso de Registro Social para Personas en Situación de Calle.

³⁷ Se contabilizaron todos los atendidos en los programas Centros Día que funciona de forma regular y el programa Atención en Calle que opera durante el Plan de Invierno, ambos programas ejecutados por municipios y organizaciones de la sociedad civil. Se desconocen aquellas instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios.

En la sub-línea temática de Programas Ambulatorios Especializados, se consideraron los programas enfocados en cubrir no solo necesidades básicas, sino también apoyo psicosocial, pensando en mejorar las condiciones de inclusión social de las personas en situación de calle a mediano y largo plazo. La brecha de cobertura se calculó descontando la cobertura total³⁸ (5.305) a la población potencial, resultando en una brecha de 10.213 casos que corresponden a un 66% del total.

Gráfico 2: Brecha de cobertura servicios ambulatorios especializados



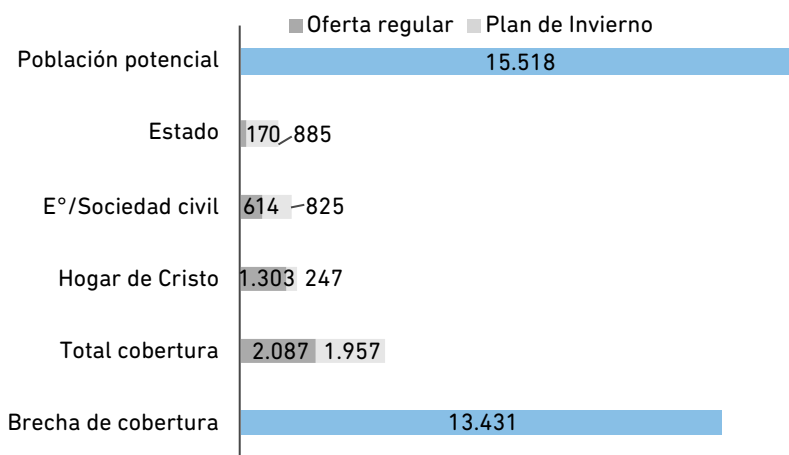
Fuente: Matriz de Inclusión Social (Hogar de Cristo, 2019c)

La sub-línea temática correspondiente al servicio Residencial Básico, considera los programas cuyo objetivo está en satisfacer necesidades básicas para personas en situación de calle, además de facilitar posibilidades de alojamiento transitorio. En esta sub-línea se consideró, además, el servicio extra que se entrega por motivo del Plan de Invierno, consistente en el aumento de cupos de hospederías y albergues durante los meses que se registran

³⁸ Respecto a la cobertura del Estado se contabilizaron todos los atendidos en el Programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social, en programas ejecutados por municipios o por instituciones del Estado. En cuanto a la cobertura de atención del Estado y Sociedad Civil, se contemplaron los atendidos en el mismo programa pero ejecutados por organizaciones de la sociedad civil. Se consideran también los programas especializados para niños, niñas y adolescentes en situación de calle (PEC), que si bien son financiados por SENAME, en su totalidad son operados por organización de la sociedad civil. Y se incluye como oferta que funciona en plan de invierno las atenciones de salud para personas en situación de calle que comenzaron a operar durante el año 2017, y son solo ejecutados por el Estado. En el caso de Hogar de Cristo se contabilizaron todos los atendidos en el Programa Acogida.

las menores temperaturas³⁹. Considerando los 15.518 casos que conforman la población potencial, y la capacidad total de atención⁴⁰ de 2.087 cupos regulares (es decir, exceptuando el Plan de Invierno), se identifica una brecha de 13.431 casos correspondientes al 87% del total. Esta brecha se reduce durante la estación invernal gracias a los sobrecupos y la disposición de albergues, agregando 1.957 cupos de capacidad, lo que da lugar a una capacidad total de 4.044 cupos y actualiza la brecha al 74%.

Gráfico 3: Brecha de cobertura servicios residenciales básicos



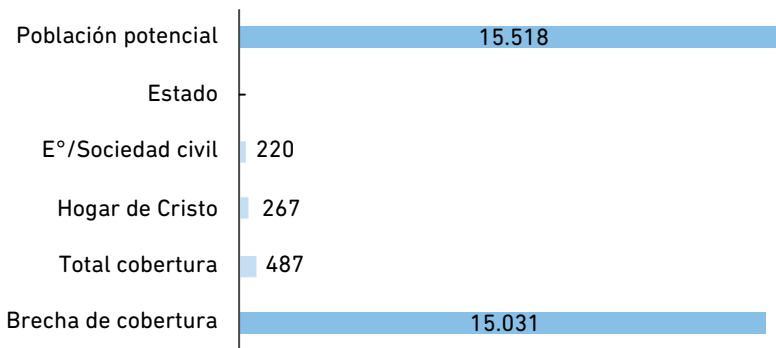
Fuente: Matriz de Inclusión Social (Hogar de Cristo, 2019c)

³⁹ Más específicamente, en 2019 comenzó en mayo y finalizó en octubre. De modo adicional, el Plan de Invierno contempla el programa "Código Azul", que incrementa durante 48 horas la capacidad de atención (cupos en albergues y servicios de rutas sociales) dirigidos a proteger a las personas en situación de calle de condiciones climáticas adversas.

⁴⁰ Para la cobertura de atención del Estado, se contabilizó la capacidad de atención de los programas correspondientes a Centros de Referencia y Hospederías del programa Noche Digna del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutados por municipios. Para el Plan de Invierno se consideró la capacidad de los sobrecupos y albergues puestos a disposición por las instituciones del Estado. En la cobertura de atención del Estado y Sociedad Civil se incluyó la capacidad de atención de los mismos programas, pero con ejecución desde las organizaciones de la sociedad civil, aplicando de igual modo para el Plan de Invierno. Se desconocen instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios. En el caso de Hogar de Cristo se calculó la cobertura en base a la capacidad de atención de Hospederías en 2017, considerando también los sobrecupos para dar cuenta del aumento de oferta por Plan de Invierno.

Para la sub-línea residencial especializada, se consideraron aquellos programas residenciales que entregan alojamiento a las personas en situación de calle, además de apoyo psicosocial y otros servicios especializados con la finalidad de entregar intervenciones integrales. La cobertura total⁴¹ sumó 487 cupos, lo que considerando una población potencial de 15.518 casos dio como resultado una brecha de 15.031 que corresponde a un 97%.

Gráfico 4: Brecha de cobertura servicios residenciales especializados



Fuente: Matriz de Inclusión Social (Hogar de Cristo, 2019c)

⁴¹Se optó por calcular la cobertura total en base a la capacidad de atención, para así evitar la contabilización doble de atendidos (común en el caso de las personas en situación de calle). En este sentido, para contabilizar la cobertura de atención se consideró la capacidad de atención de los programas Casas Compartidas y Residencias del programa Noche Digna, ejecutados por municipios o por organizaciones de la sociedad civil. Se desconocen instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios. En el caso de Hogar de Cristo se consideraron los cupos de atención de las Casas de Acogida.

La actual oferta de atención para la población en situación de calle, por tanto, está concentrada en el ámbito ambulatorio, por lo que muchos de los participantes podrían estar recibiendo esta atención sin resolver su problema de exclusión habitacional⁴². Asimismo, la capacidad de atención de los programas especializados⁴³ es evidentemente menor a la oferta simple, lo cual puede entenderse producto de la especialización progresiva y reciente del trabajo en calle, además del costo implicado en diseñar e implementar dispositivos especializados.

Los programas sociales que constituyen la oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo, han intentado responder al contexto y necesidades de las personas en situación de calle, teniendo como supuesto la complementariedad de las intervenciones entre programas y Fundaciones. Sin embargo, se ha vuelto imperiosa la presencia de una estrategia corporativa que ordene el trabajo en calle, de tal modo que los diferentes servicios se integren bajo un solo sistema. Aunque a nivel territorial se han generado diferentes prácticas de trabajo en red, estas experiencias son contingentes y acotadas. Diferentes criterios de selección de personas dificultan derivaciones internas, y cuando se realizan, suele ser infrecuente la definición de Planes Individuales de Trabajo comunes a los distintos programas entre los que se desplaza la persona.

⁴² Este dato es sumamente relevante considerando la eficacia de los modelos orientados a la vivienda, cuya utilidad como instrumento estabilizador y facilitador de procesos de cambios ha sido demostrado a nivel internacional (Canham et al., 2017; Oudshoorn et al., 2018).

⁴³ Por programas especializados entendemos un tipo de servicio destinado a abordar problemas altamente complejos que afectan ciertas dimensiones específicas del bienestar, como el consumo problemático de alcohol y otras drogas, o los problemas ligados a la salud mental. Este tipo de dificultades requiere dispositivos con componentes adaptados a sus características particulares, a fin de estimular cambios promocionales en las personas.



CAPÍTULO 04

Caracterización de las personas
en situación de calle en Chile

Existe un consenso a lo largo del mundo sobre la complejidad que supone encuestar a las personas en situación de calle (Irarrázaval, 2008; Toro & Janisse, 2004; Tompsett & Toro, 2004), tanto en lo que respecta a la dificultad de acceso, como a los costos implicados en la tarea. En este sentido, la mayoría de los censos usualmente están pensados para encuestar personas domiciliadas, por lo que son incapaces de acceder y registrar de manera fiable a quienes carecen de domicilio fijo (Kok, Cross & Roux, 2010). Producto de sus condiciones de vida inestables, las personas en situación de calle presentan una alta movilidad a través del espacio, lo que significa que su lugar de pernoctación puede relocalizarse rápidamente. Por ende, no es fácil rastrear y contactar a quienes se encuentran en esta situación (Agans et al., 2014), razón por la cual han sido incluidos dentro de las *hard to survey populations*⁴⁴ (Marsat & Razafindratsima, 2010).

Hoy en día, la metodología más difundida para encuestar a esta población corresponde a los conteos *Point-in-Time*⁴⁵ (Schneider, Brisson & Burnes, 2016), como catastros realizados en intervalos cortos de tiempo y focalizados en lugares con una alta concentración de personas en situación de calle⁴⁶. Sin embargo, esta metodología solo permite conocer una realidad acotada a un espacio y a un tiempo muy restringido, por lo que presenta limitaciones en cuanto a su fiabilidad⁴⁷ y capacidad de ser contrastada longitudinalmente.

Por otro lado, se ha intentado obtener información de esta población a través de datos almacenados en los servicios sociales que utilizan (McAllister, Kuang & Lennon, 2010; Kuhn & Culhane, 1998), metodología cuyas principales ventajas son el bajo costo de implementación (en comparación a la realización de un catastro), y la capacidad para identificar patrones en la frecuencia, cantidad y diversidad de uso de dispositivos. Sin embargo, no todas las personas en situación de calle hacen uso de las redes formales de asistencia (tanto privadas como públicas), y se requiere un método de actualización constante de los datos para realizar comparaciones longitudinales.

⁴⁴ Poblaciones difíciles de encuestar.

⁴⁵ Punto en el tiempo.

⁴⁶ También denominados como "puntos calle" (MINDES, 2012).

⁴⁷ Pueden quedar personas sin contabilizar, que se encuentre fuera del perímetro de los encuestadores.

En el caso de Chile, el primer catastro nacional de personas en situación de calle (2005) fue aplicado en las 80 comunas más pobladas del país, arrojando un total de **7.254** personas en situación de calle. El segundo catastro nacional de personas en situación de calle (MINDES, 2012), por su parte, cubrió puntos calle en más de 220 comunas de todo el país y logró contabilizar a **12.255** personas en situación de calle. Como parte del Registro Social de Hogares, el Registro Social Calle reemplaza la antigua metodología de catastros, con el fin de cuantificar la magnitud y características de las personas en situación de calle mediante datos actualizados periódicamente. Hasta marzo de 2021, se han contabilizado **16.573** personas⁴⁸ (MINDES, 2021).

Cabe destacar que el Ministerio de Desarrollo Social impulsó en 2018 un proyecto para unificar registros de personas en situación de calle⁴⁹, a fin de homologar criterios y arribar a una única cuantificación (Gobierno de Chile, 2019). Sin embargo, considerando la naturaleza compleja y difusa del fenómeno, se formularon cuatro definiciones operativas que, en términos prácticos, sirven como filtros para distinguir a *quienes se encuentran en situación de calle de entre quienes hacen uso de dispositivos (públicos o privados) para esta población, pero por su baja frecuencia de uso, no serían clasificables como tal*. Así, las bases en bruto (sin filtro) arrojaban un total de **43.544** personas, cifra que disminuye a **26.270** con un filtro de baja exigencia⁵⁰, a **17.722** con un filtro de mediana exigencia⁵¹, y a **11.840** con un filtro de alta exigencia⁵². Como es posible apreciar en el documento, esta variabilidad “habla que la

⁴⁸De los cuales 294 (1,8%) corresponden a personas extranjeras (MINDES, 2021).

⁴⁹Esta iniciativa, realizada en el marco de la política Compromiso País, contó con la participación de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Corporación Moviliza, y las Fundaciones Hogar de Cristo (Gobierno de Chile, 2019).

⁵⁰“Personas que son parte de Anexo, RSH, Hogar de Cristo y Programas ministeriales permanentes registradas cualquier año, y personas en programas de invierno durante el año 2017 y 2018” (Gobierno de Chile, 2019).

⁵¹“Personas que son parte de Anexo, RSH, Hogar de Cristo, programas ministeriales permanentes registradas en el año 2018, y personas en programas de invierno con más un registro durante 2017 y más de un registro durante 2018 (considerando todas las fuentes)” (Gobierno de Chile, 2019).

⁵²“Personas que son parte de Anexo, RSH, Hogar de Cristo, programas ministeriales registradas en el año 2018, y personas en programas de invierno con más de dos registros durante 2017 y más de un registro durante 2018 (considerando todas las fuentes)” (Gobierno de Chile, 2019).

situación de calle es un fenómeno dinámico donde salen y entran personas permanentemente, así también como un proceso en el que se puede entrar y salir varias veces a lo largo de una trayectoria vital” (Gobierno de Chile, 2019, p.76).

Además de la intermitencia con la que las personas pueden experimentar su vida en la calle, la fluctuación de las cifras refleja la dificultad inherente a la tarea de conceptualizar el fenómeno, lo que se expresa desde un punto de vista tanto teórico como metodológico, y a la correspondiente necesidad de integrar criterios conceptuales y operativos entre las diversas instituciones inmersas en la temática en Chile. Esta meta no solo es clave para estimar la magnitud de la población, sino también para generar políticas públicas adecuadas a su realidad.

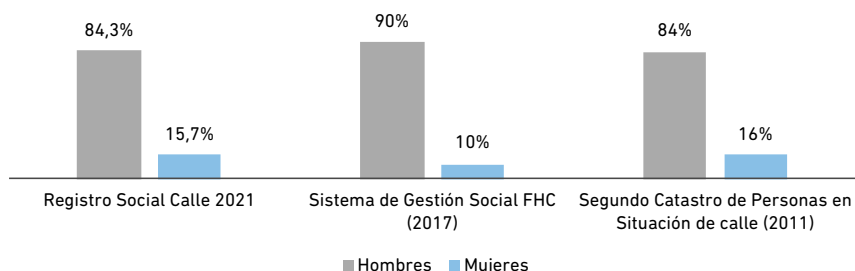
Más allá de los aprendizajes y orientaciones que proporciona este ejercicio, la existencia de distintas definiciones para delimitar cuáles condiciones deben cumplirse para que una persona esté en situación de calle, da cuenta del carácter ficticio de las etiquetas con las que se les intenta clasificar. Si bien el estudio de las personas en situación de calle requiere simplificar el fenómeno (puesto que de otro modo seríamos incapaces de observarlo y describirlo), cabe recalcar que esta población es mucho más heterogénea y compleja de lo que permiten inferir las metodologías de investigación social.

La situación de calle tiene tantos rostros como personas que la experimentan. En su experiencia, evoca recuerdos, emociones, anhelos y esperanzas. En lo discursivo, se transforma en relatos que, si bien dibujan contextos marcados por la privación de derechos fundamentales, también narra historias de esfuerzo y superación. En lo estadístico, la pobreza encuentra una forma de sistematizar y comunicar aspectos generales de su complejidad, permitiendo observar sus tendencias entre grupos de individuos, como las que siguen a continuación.

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS⁵³

Con respecto a las diferencias por **sexo** (Gráfico 5), el Registro Social Calle (MINDES, 2021) arrojó que el 84,3% de las personas en situación de calle son hombres y el restante 15,7% mujeres. Este dato confirma la asociación de este fenómeno con la población masculina.

Gráfico 5: Distribución de la población en situación de calle por sexo



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema de Gestión Social de las Fundaciones Hogar de Cristo (año 2017), a la Política Nacional de Calle (MINDES, 2021), y al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012).

En el plano **etario** (Gráfico 6), el Registro Social Calle (MINDES, 2017) arrojó una edad promedio de 46 años, que aumenta a 47 años en el caso de los hombres y que disminuye a 42 para las mujeres. Al dividir a la población en situación de calle en tramos etarios, la mayor parte de la población se concentra en el tramo entre 30 y 44 años (36,6%), seguido por el tramo entre 45 y 59 años (33,3%), luego el tramo de 60 años o más (14,3%), después por el tramo entre 18 y 29 años (14,1%), y finalmente por el tramo de 0 a 17 años⁵⁴ (1,8%).

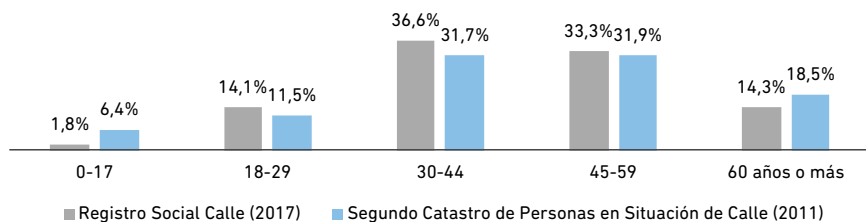
No obstante, el Registro Social Calle sub-representa a las personas menores de 18 años, puesto que solo registra a aquellos niños, niñas y adolescentes que se encuentren con sus padres. Por lo tanto,

⁵³ Se dio prioridad a los datos publicados del Registro Social Calle, principalmente a los últimos datos de 2021 y en segundo lugar a los de 2017. En caso de no estar disponibles los indicadores, se utilizaron datos del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012).

⁵⁴ El Censo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle realizado en 2018 (descrito más adelante en este documento), dirigido a cuantificar la cantidad de personas entre 7 y 17 años que hubiesen pernoctado al menos una vez en la calle durante el último año, y que además estuviesen sin la compañía de un adulto responsable, identificó un total de 547 NNA en esta situación. De estos, el 1% tiene entre 7 y 9 años, el 17% entre 10 y 14 años, y el 82% entre 15 y 17 años.

resulta conveniente complementar los datos mencionados con los del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012). En comparación con el registro, el catastro concentra un 6,4% de personas en situación de calle en el tramo etario de 0 a 17 años, incremento que comparativamente con el registro, conlleva una disminución de la proporción de casos en el tramo entre 18 y 59 años.

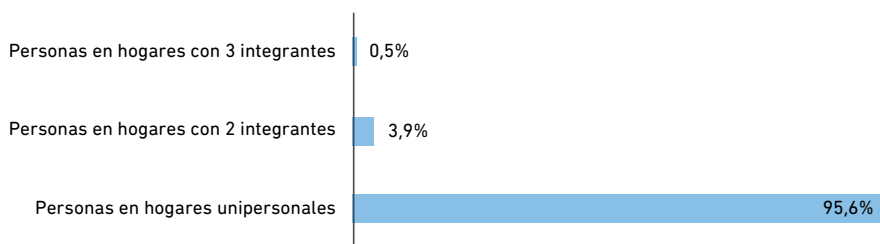
Gráfico 6: Distribución de la población en situación de calle por tramos de edad



Fuente: Elaboración propia en base a Política Nacional de Calle (MINDES, 2017)

Con respecto a la **composición del hogar** de las personas en situación de calle (Gráfico 7), según el Registro Social Calle el 95,6% de los hogares en situación de calle es unipersonal (MINDES, 2017), reflejando la soledad cotidiana que experimentan la mayor parte de quienes viven en dicha situación. Por otra parte, el 4,4% restante vive en un grupo familiar, requiriendo programas sociales especializados dada su situación.

Gráfico 7: Distribución de tipos de hogares en situación de calle



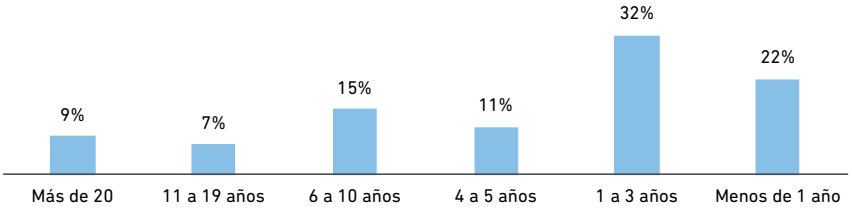
Fuente: Elaboración propia en base a Política Nacional de Calle (MINDES, 2017)

En línea con lo anterior, según el Registro Social Calle (MINDES, 2017) el 44% de las personas registradas durmió la noche anterior en la calle, y un 56% restante lo hizo en un dispositivo público o privado. El mismo registro da cuenta que el 43,2% de las personas consultadas

ha mantenido algún contacto en los últimos tres meses con familiares cercanos, el 33,8% con profesionales o voluntarios de organizaciones de la sociedad civil, el 30,4% con profesionales o funcionarios de alguna institución pública, y el 27,7% con amigos, vecinos o conocidos.

Respecto a la **permanencia en la situación de calle**, según los datos del Registro Social Calle (MINDES, 2017) el promedio es de 6,9 años⁵⁵. Con respecto a datos desagregados arrojados por el Registro Social Calle en 2021 (Gráfico 8), el 9% lleva más de 20 años en situación de calle, el 7% entre 11 y 19 años, el 15% entre 6 y 10 años, el 11% entre 4 y 5 años, el 32% entre 1 y 3 años, y el 22% menos de un año.

Gráfico 8: Distribución del tiempo en situación de calle



Fuente: Política Nacional de Calle (MINDES, 2017)

El tiempo en calle es relevante puesto que se suele establecer una relación directamente proporcional entre los años en calle y la acumulación de daño biopsicosocial, producto de las adversas condiciones de vida a la que se encuentran expuestas las personas. Asimismo, el daño tiende a dejar secuelas más profundas cuando ocurre en la infancia y juventud, etapa de desarrollo crucial para el desarrollo de las capacidades humanas. En relación con esto, según el Registro Social Calle (MINDES, 2017) un 41% de las personas señalan que su **primera experiencia en situación de calle** ocurrió antes de los 18 años, seguido por el tramo entre 18 y 29 (25%), luego el tramo entre 30 y 44 años (21%), más tarde el tramo entre 35-59 años (10%), y finalmente aquellas personas cuya primera experiencia en calle sucedió después de los 60 años (3%).

⁵⁵En relación con esto, según datos del Registro Social Calle a marzo de 2021 un total de 5.628 (34%) son enfermos crónicos. Además, el 60% consume alcohol, el 27% marihuana, el 27% pasta base, y el 20% otras drogas no especificadas.

4.2. RADIOGRAFÍA DE SUS CARENCIAS A LA LUZ DE LOS ODS

La erradicación de la situación de calle se asocia con distintos objetivos de alcance mundial, surgidos en el marco de la ONU y sus diversos organismos. A principios de 2020, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas publicó las *“Directrices para la Aplicación del Derecho a una Vivienda Adecuada, a través del Informe de la Relatora Especial, Leilani Farha, sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto”*. El documento en cuestión asume como contexto la crisis mundial de la vivienda causada por la creciente desigualdad al interior de los países, lo cual vulnera el derecho a un nivel de vida adecuado y -más específicamente- el derecho vivienda adecuada. Con respecto a las personas en situación de calle, se señala lo siguiente:



29. La falta de hogar se expresa de distintas maneras: viviendo en calles o aceras, o en campamentos improvisados en zonas rurales o urbanas, compartiendo casa o habitación con otras personas, o viviendo en condiciones de hacinamiento en refugios improvisados, desprotegidos frente a los elementos o sin acceso al agua, el saneamiento o la electricidad.

30. La falta de hogar supone una profunda agresión a la dignidad, la inclusión social y el derecho a la vida. Es una violación prima facie del derecho a la vivienda y vulnera otros derechos humanos además del derecho a la vida, como los derechos a la no discriminación, la salud, el agua y el saneamiento, la seguridad de la persona y a no sufrir tratos crueles, degradantes e inhumanos.

31. Las personas sin hogar y las que viven en asentamientos informales son con frecuencia objeto de criminalización, acoso y trato discriminatorio debido a su situación habitacional. Se les deniega el acceso a los servicios de saneamiento, son detenidas

en redadas y expulsadas de las comunidades y se las somete a formas extremas de violencia.

32. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité de Derechos Humanos han reconocido que las distinciones basadas en la situación socioeconómica, entre ellas la falta de hogar, son una forma de discriminación que debe prohibirse en el derecho interno. Los Estados tienen la obligación inmediata de atender con carácter urgente las necesidades de las personas que actualmente carecen de hogar, así como de aplicar planes para prevenir y eliminar el problema sistémico de la falta de hogar lo más rápidamente posible.” (Consejo de Derechos Humanos, 2020, p.8)

En relación con lo anterior, la ONU ha impulsado la *Agenda 2030* y los *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*, un conjunto de medidas para promover el desarrollo social, económico y medioambiental a escala global. En específico, se disponen estándares universales que permiten avanzar simultáneamente en cada una de estas dimensiones, al comprender el desarrollo desde un punto de vista panorámico e integral (Kabeer, 2010). De este modo, los ODS y sus metas establecen condiciones mínimas de bienestar humano, crecimiento económico y protección del medioambiente, que sirven de horizonte ético para las políticas sociales orientadas a las personas en situación de calle, como herramienta operativa que permite evaluar sus brechas respecto al acceso a bienes y servicios fundamentales.

En 2017, la organización FEANTSA convocó tanto a la Unión Europea como a sus Estados miembros a incorporar la prevención y la superación de la situación de calle como parte de políticas para asegurar un presente y un futuro sustentables. El lema orientador de la Agenda 2030 (“que nadie se quede atrás”) implica realizar esfuerzos especiales para incluir a las poblaciones con mayores vulneraciones de derechos y deterioro de sus capacidades. Por lo tanto, no es posible esperar un futuro sin pobreza cuando cientos de miles de personas enfrentan la situación de calle (FEANTSA, 2017). En términos concretos, si bien la situación de calle se relaciona con

múltiples objetivos, FEANTSA identifica los tres *que más se relacionan* con este fenómeno: el ODS N°1 (fin de la pobreza), el ODS N°3 (salud y bienestar), y el ODS N° 11 (ciudades y comunidades sostenibles).

En Chile, el proceso inicial de implementación de la Agenda 2030 contempló la realización de diversos grupos focales entre junio y septiembre de 2017, diseñados para consultar a personas particularmente excluidas de la toma de decisiones colectivas (Gobierno de Chile, 2017). En concreto, se trabajó junto a personas en situación de discapacidad, personas migrantes, mujeres en situación de pobreza, y personas en situación de calle. La inclusión de las personas en situación de calle en esta instancia da cuenta de la estrecha relación entre este fenómeno social y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Aunque los ODS guardan relación con ámbitos que afectan directa y profundamente la vida humana, las vulneraciones de los derechos de las personas en situación de calle son mucho mayores si se les compara con la población general, como se observa mediante una selección de ocho ODS (Tabla 4):

Tabla 4: Objetivos de Desarrollo Sostenible y brechas personas en situación de calle en Chile	
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)	Brecha en personas en situación de calle
ODS N°1: Fin de la pobreza	En base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012), el 68% de las personas en situación de calle trabaja o realiza una actividad que genera ingresos. Sin embargo, según el Registro Social Calle (MINDES, 2017) presentan un promedio de ingreso de \$52.553, un 50% menos que los \$105.430 de ingreso que define la línea de la extrema pobreza a noviembre del 2017.
ODS N°2: Hambre cero	Las personas en situación de calle que pernoctan en la vía pública declaran alimentarse 2 veces al día. Por otra parte, las personas que duermen habitualmente en un programa residencial declaran alimentarse 3 veces al día (MINDES, 2012).

<p>ODS N°3: Salud y bienestar</p>	<p>El Registro Social Calle (MINDES, 2017) incorporó una estimación de la funcionalidad⁵⁶ que va en línea con el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (2015). En este sentido, el 72% de las personas en situación de calle presenta algún grado de dificultad para realizar actividades, de las que el 25% presenta dificultad leve, el 23% tiene dificultad moderada, y el 24% presenta dificultades severas⁵⁷.</p>
<p>ODS N°4: Educación de calidad</p>	<p>Las personas en situación de calle tienen en promedio 8,3 años de escolaridad, con menos de la mitad (48,9%) que completaron la enseñanza básica⁵⁸ (MINDES, 2017). En contraste, la población nacional que no está en situación de calle presenta un promedio de 11,1 años⁵⁹.</p>
<p>ODS N°6: Agua limpia y saneamiento</p>	<p>1 de cada 2 personas en situación de calle no tiene garantizado el acceso diario a agua. Según el Registro Social Calle un 50,4% declara tener acceso a agua potable para beber; muy por debajo del promedio nacional, que alcanza al 96,7% de la población (MINDES, 2017).</p>
<p>ODS N°8: Trabajo decente y crecimiento económico</p>	<p>El 68,3% de las personas en situación de calle trabaja o realiza una actividad que le genera ingresos. 1 de cada 3 tiene un contrato de trabajo (MINDES, 2012).</p>
<p>ODS N°10: Reducción de las desigualdades</p>	<p>Según CASEN 2015, la mediana de ingreso autónomo en Chile corresponde a \$577.000, con un ingreso promedio de \$162.186 para el primer decil y \$1.757.500 para el décimo decil. La brecha se amplifica al comparar estas cifras con el promedio de ingreso de las personas en situación de calle: \$52.553 (MINDES, 2017).</p>
<p>ODS N°16: Paz, justicia e instituciones sólidas</p>	<p>El 42% de las personas en situación de calle declara haber sido víctima de maltrato o agresión (MINDES, 2012).</p>

Fuente: Especificadas en cada celda

⁵⁶El cual corresponde al "...máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, considerando estrictamente su condición de salud" (MINDES, 2016). Para estimar la funcionalidad del encuestado, se considera un conjunto de doce preguntas que remiten tanto a dificultades físicas (caminar o subir peldaños, por ejemplo) como cognitivas (como recordar cosas, o entender lo que los demás hablan).

⁵⁷Además, respecto a la meta Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol, cabe señalar que según el Registro Social Calle (2017) arroja que el 57,3% consume diariamente tabaco, seguido por el alcohol (37,4%), y pasta base (15,8%).

⁵⁸Es decir, que tienen al menos 8 años de escolaridad.

⁵⁹En base a datos del CENSO 2017.

La reducción de estas brechas depende tanto de la prevención como de la superación de la situación de calle, lo cual requiere incidir directa o indirectamente en los procesos que la originan. En la próxima sección se describen las causas de la situación de calle, a través de una sistematización y análisis de conceptos, teorías y evidencia al respecto.

4.3. CAUSAS DE LA SITUACIÓN DE CALLE

En línea con la existencia de diferentes perfiles de personas en situación de calle, este fenómeno es el resultado de procesos *múltiples, complejos y dinámicos*. En la mayoría de los casos, la situación de calle es producto de diversas formas de exclusión, lo que involucra factores económicos, familiares, laborales, habitacionales, educacionales, de salud, entre otros. Puesto que la situación de una de estas dimensiones puede variar rápidamente en periodos cortos de tiempo, se ha tendido a comprender el fenómeno como una trayectoria con distintas rutas de entrada, salida, y re-ingreso (Ciapessoni, 2016). Como plantea una de las personas en situación de calle entrevistada por Biaggio (2010): “La gente de la calle está muy mezclada, hay gente que se quedó sin trabajo, que quedó sin casa, y que va al hogar por equis problema, por ejemplo porque se separó de la mujer y se quedó sin nada.” (p. 46).

En las trayectorias biográficas que suelen reflejar las personas en situación de calle se observan dos elementos distintivos:

- Factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que sus capacidades para sobreponerse a experiencias adversas se vean sobrepasadas.
- Ocurrencia de eventos específicos que “detonan” o “desencadenan” la irrupción de la persona a la vida en calle, tales como el abandono por parte de los familiares directos, o bien la huida de la persona de su hogar⁶⁰ (Clapham, 2003).

⁶⁰Según la investigación cualitativa llevada a cabo por Datavoz Statcom (2017), el quiebre de los vínculos primarios pueden entenderse como una “ruptura” de los vínculos basales, que pueden agruparse en las categorías de huida (la persona abandona el hogar generalmente por experiencias de abuso y violencia al interior del núcleo familiar o en residencias de protección), abandono (el núcleo familiar expulsa a la persona generalmente por consumo de alcohol u otras drogas o enfermedades mentales), y soledad (separación de la pareja o fallecimiento de personas cercanas).

Por lo tanto, la situación de calle tiende a configurarse como una *crisis* en la biografía personal, lo que ha sido descrito como una suerte de “espiral vital descendente” (Fitzpatrick, 2005). Según esta metáfora, las etapas previas a la situación de calle se caracterizan por la acumulación de problemas de diversa índole, que se refuerzan mutuamente hasta alcanzar un punto de inflexión⁶¹. Por ejemplo, el consumo problemático de alcohol y otras drogas, así como los problemas de salud mental y el desempleo, pueden actuar como factores de riesgo en una determinada trayectoria individual. En este contexto adverso, el fallecimiento de un familiar significativo a la persona puede operar como un detonante que precipita la situación de calle⁶². Como se describe en la siguiente sección, las experiencias adversas afectan a las personas con mayor intensidad dependiendo si han vivido, además, una trayectoria caracterizada por la pobreza (ya sea a edad temprana o en la adultez).

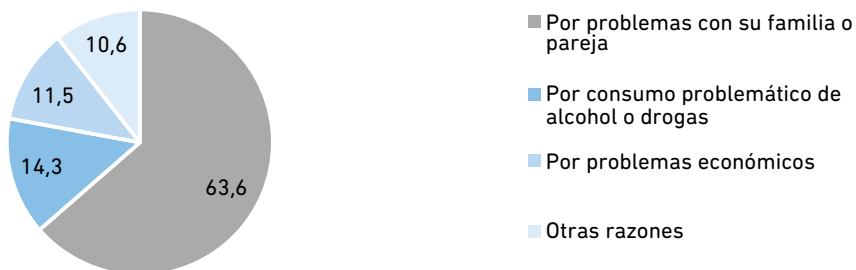
Aunque las razones que plantean las personas en situación de calle para explicar su situación son variadas, el quiebre de los vínculos familiares destaca como una característica transversal. Según los datos del Registro Social Calle (MINDES, 2017), los problemas con la familia o la pareja concentran el 63,6% de las causas declaradas, seguidos por el consumo problemático de alcohol o drogas con el 14,3%, y por problemas económicos (11,5%), como puede apreciarse en el siguiente gráfico:

⁶⁰Según la investigación cualitativa llevada a cabo por Datavoz Statcom (2017), el quiebre de los vínculos primarios pueden entenderse como una “ruptura” de los vínculos basales, que pueden agruparse en las categorías de huida (la persona abandona el hogar generalmente por experiencias de abuso y violencia al interior del núcleo familiar o en residencias de protección), abandono (el núcleo familiar expulsa a la persona generalmente por consumo de alcohol u otras drogas o enfermedades mentales), y soledad (separación de la pareja o fallecimiento de personas cercanas).

⁶¹Además, este concepto señala que resulta crucial interrumpir el proceso de “acostumbramiento” o “habitación” a la vida en calle, aunque en muchos casos la situación de calle puede ser un evento transitorio en la vida de las personas.

⁶²De modo alternativo, el concepto de “inestabilidad residencial” propone que la situación de calle no es una experiencia que se prolongue durante toda la vida, pero que se caracteriza por episodios repetitivos y constantes a lo largo del tiempo. Por lo tanto, su fluctuación lo transforma en un fenómeno semi-permanente (Ciapessoni, 2016).

Gráfico 9: Distribución de razones que indican las personas como causantes de la situación de calle.



Fuente: Política Nacional de Calle (MINDES, 2017)

A modo de contexto, anteriormente se señaló que los individuos no actúan “en el vacío”, sino que ocupan un espacio en el “escenario” social. Por ende, sus acciones están influenciadas por factores externos sobre los cuales su control es reducido. Por ejemplo, el mercado laboral, las políticas sociales, el precio del transporte público, el trato recibido por parte de la familia, figuran como factores estructurales que condicionan (pero no determinan) el bienestar individual. Por ende, la situación de calle es más probable cuando las personas viven en determinadas situaciones que en otras, ya que estas definen en gran medida los recursos y desventajas con los que cuentan los individuos para hacer frente a sus dificultades.

Como plantea Clapham (2003; 2010), las investigaciones en torno a la situación de calle han tendido a privilegiar uno de estos dos tipos de factores en su análisis del fenómeno, sin articularlos de manera consistente. Para abordar la interacción de ambos niveles, el autor propone una perspectiva teórica y metodológica basada en el curso de vida, que analice la “trayectoria de alojamiento” (*housing pathway*) de las personas en situación de calle. Esta aproximación sugiere analizar los discursos de los entrevistados identificando los quiebres, transiciones e intermitencias de su inclusión habitacional, de tal modo que se identifiquen tanto *los factores personales que influyeron en su situación de calle*, como *el efecto de fuerzas externas a la persona* (socialización familiar y escolar, características barriales, representación de las personas en situación de calle en los medios de comunicación, etc.).

Asimismo, Ciapessoni (2016) resalta la importancia de los estudios longitudinales en el análisis de la situación de calle, como método para comprender en qué etapa de la vida tienden a agudizarse los

factores de riesgo, qué tipo de condiciones producen esos riesgos, y qué tipo de intervenciones pueden prevenirlos o mitigarlos. En línea con las ideas de Clapham (2003; 2010), Ciapessoni (2016) aclara que:



la situación de calle [...] es en realidad el resultado de un conjunto complejo de circunstancias adversas, *que generalmente comienzan a una edad temprana* y causan cambios en la situación residencial de las personas”⁶³ (p. 114).

En síntesis, considerando que la situación de calle se produce por la acción conjunta de factores individuales y estructurales, se requiere analizar qué contextos aumentan los riesgos de entrar en situación de calle, y cómo las personas pueden desarrollar estrategias para sobreponerse a dichas circunstancias. Asimismo, este fenómeno social se asocia con la presencia de experiencias adversas en distintos periodos de la vida, por lo que resulta vital indagar en diversas *trayectorias de exclusión* para comprender la acumulación de desventajas en etapas claves del desarrollo. En la siguiente sección se profundiza esta dimensión, dando cuenta sobre cómo la situación de calle puede ser consecuencia de *nacer y crecer en situación de pobreza*.

4.3.1. NACER Y CRECER EN POBREZA: TRAYECTORIAS DE EXCLUSIÓN

La pobreza, como concepto, está asociada a la insatisfacción de necesidades básicas, ya sean entendidas como esenciales para el sustento de la vida o, de manera más exigente, como elementales para asegurar un nivel de vida digno (Castel, 1977). El concepto de pobreza no se restringe a la privación de recursos materiales (dinero, vivienda, vestimenta, etc.), también incluye la negación de reconocimiento y valoración de la propia identidad por parte de otras personas o instituciones, como ocurre con la discriminación en base a estereotipos (estigmatización).

⁶³Cita traducida al español y énfasis añadido.

Ahora bien, una parte significativa de las capacidades que requieren los seres humanos para desenvolverse en la adultez, depende de una formación integral en su infancia y adolescencia (Felitti et al., 1998; Heim & Nemeroff, 2001; Repetti, 2002). Por ende, *nacer y crecer en situación de pobreza afecta la posibilidad de desarrollar el potencial inherente a todo ser humano*, lo cual vulnera sus derechos fundamentales y, por ende, no reconoce su dignidad intrínseca.

La exclusión temprana de ámbitos como la educación, la salud, o incluso la protección y el afecto que provee la familia, pueden generar efectos negativos con serias repercusiones en la adultez. Estas formas severas de privación son vividas como experiencias adversas por parte de los niños, niñas y jóvenes, muchas veces expuestos a episodios cotidianos de violencia, contaminación, y discriminación que dañan su autoestima y autoimagen. Una percepción negativa de sí mismo suele traducirse en falta de confianza, frustración e impotencia, lo cual produce una sensación de "estar a la deriva" sujeto a fuerzas incontrolables⁶⁴. Como reacción adaptativa, niños, niñas y jóvenes en situación de pobreza pueden incurrir en conductas de riesgo y daño, como consumo problemático de alcohol y drogas, o prácticas delictuales (Luengo, 2008). Este tipo de conductas acarrea la imposición de etiquetas, estereotipos y consiguiente estigmatización por parte del resto de la sociedad, cuya discriminación refuerza la situación de exclusión en la que se encuentran inmersos.

En términos relacionales, niños, niñas y jóvenes en situación de pobreza quedan en posición de desventaja respecto a otros pares, lo cual se observa particularmente en el sistema educacional y -ya en la adultez- en el mercado laboral. Asimismo, nacer y crecer en pobreza vuelve más probable la reproducción de la desigualdad socioeconómica, en la medida que las nuevas generaciones perpetúan las condiciones de vida de sus padres (UNICEF, 2016).

⁶⁴Seligman (1981) denomina a esta sensación como desesperanza aprendida, entendida como la pérdida de sentido por parte del individuo para realizar acciones que ayuden a su situación personal, causada principalmente por problemas de salud mental como la depresión.

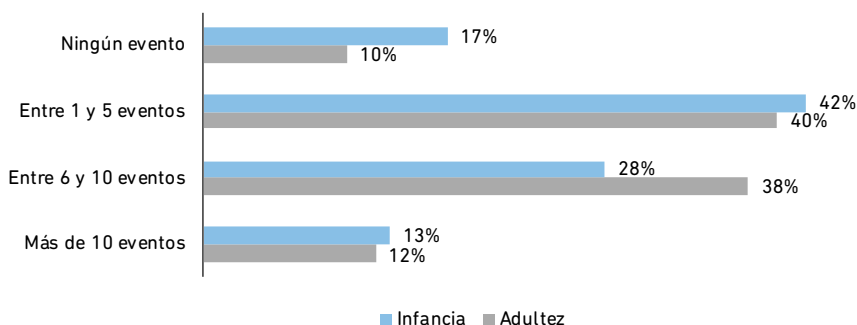
Respecto a la situación de calle, aunque en algunos casos esta experiencia puede presentarse de manera sorpresiva y abrupta en personas que no han experimentado mayor exclusión, también suele ser consecuencia de una acumulación de experiencias adversas⁶⁵ en la infancia, adolescencia y/o adultez temprana.

Previa a la situación de calle, estas experiencias tienden a ser encadenadas, bruscas y traumáticas. Este último concepto, el de trauma, también es vital para entender los factores individuales que conducen a la situación de calle. El trauma es comprendido como una reacción natural de la psiquis frente a eventos abrumadores, caracterizados por estímulos físicos y/o psíquicos que dada su intensidad, desbordan los medios habituales que los individuos despliegan para procesarlos, afrontarlos y detenerlos (Tatarsky, 2002). De no ser tratados, los traumas psicológicos pueden perdurar de manera indeterminada en la vida de las personas, generando sufrimiento y limitando su capacidad para realizar ciertas acciones.

Según Robinson (2003), las personas suelen vivir experiencias repetidas de trauma extremo antes de ingresar a la situación de calle, muchas veces en la forma de discriminación, abuso sexual, o violencia intrafamiliar. Según el estudio cualitativo conducido por Ciapessoni (2016), las personas en situación de calle en la ciudad de Montevideo (Uruguay) presentan una combinación de experiencias adversas a temprana edad, como pobreza por ingresos, violencia doméstica, falta de acceso a salud, entre otras. Para el caso de Chile, el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012) da cuenta que los encuestados experimentaron –en promedio– *cinco sucesos vitales estresantes antes de los 18 años*, y seis en el transcurso de su vida adulta (MINDES, 2012). Como se observa en el Gráfico 10, *el 83% de los encuestados vivió al menos un suceso vital estresante en su infancia*, y el 90% ha experimentado al menos uno en su vida adulta.

⁶⁵ Los sucesos vitales estresantes pueden ser definidos como: "...un fenómeno económico social, psicológico o familiar, brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico..." (Suárez, 2010, p. 59).

Gráfico 10: Distribución de sucesos vitales estresantes experimentados por las PSC de acuerdo a etapa vital



Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012)

El Gráfico 11 da cuenta de una serie de sucesos vitales estresantes que las personas en situación de calle reportan haber experimentado en su niñez. Aunque la totalidad de estas vulneraciones a los derechos de la infancia se asocian a la pobreza, los más directamente relacionados son el haber tenido problemas de alojamiento (19,2%) y el haber tenido problemas económicos importantes (40,6%).

Gráfico 11: Sucesos vitales estresantes vividos en la niñez

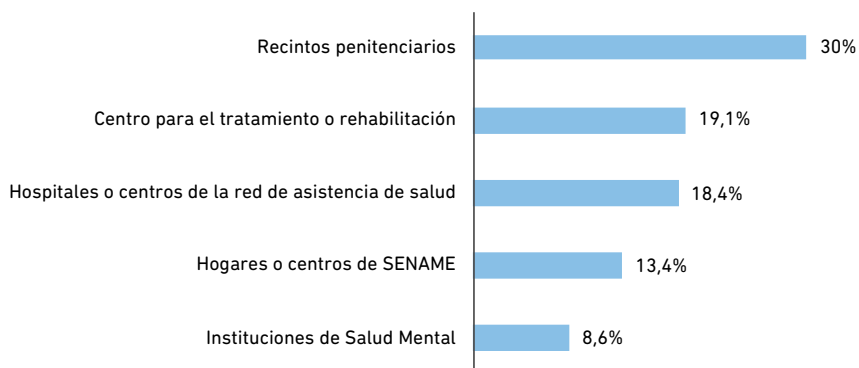


Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012)

La carencia de recursos monetarios (pobreza por ingresos) impacta negativamente en una serie de ámbitos, impidiendo acceder a una alimentación adecuada, contar con calefacción, habitar una vivienda digna, entre otros ejemplos. De modo inverso, las privaciones relacionadas con ciertas dimensiones del bienestar (pobreza multidimensional), puede dificultar la capacidad para generar ingresos, como se expresa en la falta de acceso a la educación o a servicios de salud oportunos y de calidad. Por lo mismo, la pobreza puede considerarse en sí misma como una experiencia adversa que se expresa en múltiples situaciones de exclusión total o deficitaria, muchas de las cuales en vez de extenderse de manera fugaz a lo largo del tiempo (como suele ocurrir con accidentes o catástrofes), pueden prolongarse de modo indefinido.

Asimismo, el Registro Social Calle (MINDES, 2017) consulta por las experiencias de institucionalización de quienes se encuentran en situación de calle (Gráfico 12). En esta línea, quienes han pasado durante su vida a lo menos 3 meses por alguna de las instituciones consultadas asciende a un 57,3%. De entre las cinco instituciones que concentran más casos resaltan los recintos penitenciarios (30%), los centros para el tratamiento o rehabilitación (19,1%), los Hogares o centros de SENAME (13,4%), y las instituciones de salud mental (8,6%).

Gráfico 12: Distribución por institución donde la persona estuvo a lo menos 3 meses durante su vida (4 instituciones más recurrentes).



Fuente: Política Nacional de Calle (MINDES, 2017)

El paso de una persona por cualquiera de estas instituciones evidencia un problema serio de exclusión social, ya sea vinculado a conductas al

margen de la ley, al consumo problemático de alcohol y otras drogas, o al ser gravemente vulnerado en los derechos del niño. Quienes nacen y crecen inmersos en contextos de pobreza pueden ser más susceptibles a experimentar estos problemas, y en algunos casos (como el que representan los recintos penitenciarios y las residencias de protección) pueden reforzar la situación de exclusión. Dicho de otro modo, en vez de actuar como factores “protectores” que promueven la inclusión social, pueden responder con intolerancia frente a determinadas conductas adaptativas de las personas, lo cual vulnera de manera sistemática sus derechos fundamentales.

De modo adicional, en el informe de resultados del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012) se señala que:



las situaciones estresantes al interior del grupo familiar —maltrato, violencia y problemas económicos— ocurren a temprana edad, mientras que aquellas que no se relacionan directamente con los padres o tutores —abandono de estudios y consumo de sustancias— se presentan durante la adolescencia.” (p. 62).

Estos datos coinciden en gran medida con los resultados arrojados por el estudio cualitativo realizado por las Fundaciones Hogar de Cristo, dirigido a caracterizar a las personas en situación de calle que participan de sus programas⁶⁶.

Los entrevistados presentaron dificultades para recordar y comunicar experiencias pasadas, ya sea previamente a la situación de calle o de su infancia. De acuerdo a quienes pudieron narrar parte de su biografía, es recurrente la vivencia de sucesos vitales estresantes altamente traumáticos a temprana edad. Dentro de los más frecuentes se encuentran:

⁶⁶ Este estudio se realizó con el propósito de caracterizar a las PSC que participan en programas de las Fundaciones Hogar de Cristo, con énfasis en sus necesidades y requerimientos de servicios. En total, durante 2016 se realizaron sesenta y cuatro entrevistas a personas en situación de calle desde Tarapacá hasta Aysén, que representan al universo de la población que participa en los programas de las Fundaciones Hogar de Cristo (en términos de cobertura nacional, grupos etarios y composición por sexo). Además, se contemplaron las entrevistas de la fase piloto realizada en 2015.

- Dejar tempranamente la casa de los padres (desde los 8 años).
- Vivir sin uno o ambos padres durante la infancia.
- Consumo de alcohol y/u otras drogas de uno o ambos padres.
- Consumo propio y temprano de alcohol y otras drogas.
- Víctima de maltrato infantil, incluido presenciar maltrato a la madre.
- Víctima de abuso sexual infantil (mayoritariamente en mujeres).
- Embarazo adolescente.
- Participación temprana en delitos, principalmente robos y narcotráfico.
- Experiencia temprana en cárcel (mayoritariamente en hombres).
- Exclusión de sistema escolar.
- Trabajo infantil.
- Experiencia en residencias de protección.
- Padecer una enfermedad mental, como esquizofrenia o depresión.

Estos eventos rara vez se presentan de manera aislada en las historias de los entrevistados. Por el contrario, los relatos reflejan la vivencia simultánea de varias de estas experiencias adversas a muy temprana edad, retroalimentándose y reforzando las dinámicas de exclusión de quienes las padecen. Sobre sus características, los entrevistados con mayor propensión a profundizar en las vivencias de su infancia corresponden a los grupos de menor edad y a las mujeres. Los adultos (incluyendo a adultos mayores), por su parte, tienden a enmarcar su relato en la actualidad.



Cita N°1: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (mujer 30 - 40 años, Zona Centro)

"La historia de mi vida ha sido con... altos y bajos. Cuando era niña sufrí mucho, porque me pegaban por todo, fui niña maltratada (...) Vivía con mis abuelos, y una tía alemana. Ella me castigaba, todos los días me pegaba (...) Después cuando crecí a los 14 años me fui de la casa y me vine pa' Santiago a trabajar de nana".

Varios entrevistados relatan haber sido víctimas directas o testigos de violencia intrafamiliar en su infancia, padeciendo frecuentemente negligencia, violencia física y/o psicológica de parte de personas cercanas. Algunos de los entrevistados se adjudican la responsabilidad de esta vivencia, justificando parte del maltrato recibido como respuesta a su desobediencia, soberbia o rebeldía. Este mismo razonamiento es extendido, muchas veces, a la causa de su situación de calle, culpabilizándose a sí mismos por dicha situación:



Cita N°2: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (hombre, 30-50 años, Zona Sur)

"Fui nacido en Santiago y criado en el campo. Y luego, por culpa mía yo creo, fui internado. (...) En el Hogar Padre Hurtado (...) Porque yo me empecé a poner más o menos malo (...) Me portaba mal, no hacía caso a las cosas que me mandaban en mi casa... yo no viví con mi verdadera mamá".

En síntesis, nacer y crecer en pobreza incrementa la probabilidad de vivir experiencias adversas en las personas, que se graban en la memoria como un pasado -y en algunos casos también un presente-traumático. Dada la escasez de recursos y alternativas para superar la exclusión social, las prácticas de riesgo y daño pueden representar una opción adaptativa para atenuar el sufrimiento experimentado. Por esta razón, el enfoque de trayectorias inclusivas promueve una postura no-juiciosa hacia las personas, entendiendo que problemas como el consumo problemático de alcohol y otras drogas, la desescolarización, o la misma situación de calle, actúan como conductas que vuelven más tolerable problemas derivados de la exclusión social.

Aunque el nacer y crecer en pobreza se presenta como una trayectoria característica de un segmento significativo de las personas en situación de calle, los orígenes de la vida en calle y sus efectos son distintos dependiendo del sexo, la edad, y otros atributos de las personas, como se profundizará en la siguiente sección.

4.4. UNA POBLACIÓN DIVERSA

La creación de políticas sociales capaces de abordar integralmente las necesidades de las personas, requiere -en primer lugar- identificar sus particularidades. Si bien el imaginario social representa a las personas en situación de calle como una población homogénea, es posible observar grupos internos con significativas diferencias entre sí, lo cual se expresa en trayectorias de exclusión con hitos comunes y experiencias similares. En términos metodológicos, esto significa identificar poblaciones minoritarias dentro de una población ya pequeña, como son las personas en situación de calle. En las próximas secciones (4.4.1. y 4.4.2.) se presentan dos formas complementarias de segmentación.

En la sección 4.4.1 se presenta una tipología de personas en situación de calle que, según determinadas variables de clasificación, divide a quienes componen esta población en una serie de grupos. *Cada caso es ubicado en el grupo con el que mejor encaja*, según las características ideales de cada grupo. La cantidad de grupos creados depende del grado de semejanza interna que presentan y del criterio del investigador.

En esta tipología se crearon cuatro perfiles en función del *tiempo en calle* y del *grado de autosuficiencia*. Esta construcción permite señalar cómo son -a grandes rasgos- los individuos que encajan en un perfil, *para entregar una aproximación general de sus características*. Por ejemplo, quienes llevan mayor tiempo en calle y presentan menores niveles de autosuficiencia, son englobados en el grupo que aquí se denomina como “en asistencia prolongados”, que tiende a concentrar una mayor proporción de adultos mayores que los otros perfiles, aunque no está compuesto exclusivamente de adultos mayores. Este grupo, además, demuestra un mayor deterioro en su salud física, menor proporción de casos con consumo de alcohol y/o drogas, y menor proporción de individuos que dicen trabajar. Aunque las diferencias entre los grupos pueden ser relativamente sutiles, suelen delimitar patrones definidos respecto a variables como la edad, la salud, la presencia de redes formales e informales, etc.

En la sección 4.4.2., por otra parte, se agrupan a las personas en situación de calle según la intersección de dos atributos específicos: la edad y la pertenencia (o no) a un núcleo familiar. A diferencia de como ocurre con la tipología anterior, estos grupos son construidos en base a un filtro simple de variables. Es decir, *se procede a seleccionar -por ejemplo- a quienes cumplen con determinado rango de edad, y dentro de este grupo, a quienes pertenecen a cierto tipo de núcleo familiar*. Este tipo de análisis no sólo permite identificar las características de una categoría de individuos, sino también contrastar sus categorías internas. Por ejemplo, los *NNA* presentan una mayor proporción de casos que reportan consumo de drogas en comparación a los *adultos mayores*, y dentro de los *NNA*, los que viven solos son los que evidencian mayor proporción de casos con consumo de drogas, en comparación a los *NNA* que *viven con familiares* o que *viven con personas no-familiares*.

Los dos tipos de clasificación descritos resultan útiles para reducir la complejidad del fenómeno, desafiar estereotipos, y así diferenciar de mejor modo la oferta dirigida a esta población. De todas maneras, mientras que las tipologías dan cuenta -en términos generales- de la heterogeneidad de perfiles que componen la población en situación de calle, los grupos específicos según edad y núcleo familiar entregan una imagen más concreta de sus diferencias y necesidades. Ambas clasificaciones se superponen hasta cierto punto, pero son independientes la una de la otra, puesto que difieren en el método empleado para construir las, y en las variables utilizadas como ejes de segmentación.

4.4.1. TIPOLOGÍAS DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Tomando en consideración la histórica simplificación de la que ha sido objeto el fenómeno de la situación de calle, la Fundación Hogar de Cristo⁶⁷ elaboró en 2017 una tipología⁶⁸ que, luego de distinguir distintos grupos internos en esta población, permitiese agrupar las prestaciones sociales de modo más pertinente a las particularidades de cada perfil.

⁶⁷ Más específicamente, su Área de Estudios (Dirección Social Nacional).

⁶⁸ Utilizando la base de datos del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012) y la técnica de análisis de conglomerados K-medias.

Toda clasificación comienza asumiendo directrices o ejes de comparación. Al revisar estudios sobre tipologías de personas en situación de calle, es posible identificar dos clases de tipologías: aquellas basadas en la frecuencia y en el tiempo de uso de albergues (Culhane & Kuhn, 1998; Culhane et al., 2007; McAllister et al., 2011; MINDES, 2015b); y las que distinguen entre las desventajas acumuladas de las personas en situación de calle, y los capitales con los que cuentan para superar su situación (Grigsby et al., 1990; Mowbray, 1993; Humphreys & Rosenheck, 1995). En Chile se han elaborado cinco tipologías de personas en situación de calle, de las cuales cuatro están basadas en la distinción entre capitales y desventajas acumuladas (Rojas, 2008; Fuentes, 2008; Larenas & Muñoz, 2015; Harrington, 2007), y una en la frecuencia y el uso de albergues (MINDES, 2015b).

Al comparar sistemáticamente los estudios sobre tipologías de personas en situación de calle en Chile, es posible identificar dos perfiles transversales a dichas caracterizaciones, más allá de los diferentes grupos que surgen de cada clasificación. Estos perfiles, además de estar presentes con mayor o menor exactitud en los estudios citados, representan grupos de sujetos radicalmente distintos en sus características:

Tabla 5: Perfiles transversales de personas en situación de calle (estudios en Chile)

Perfil 1	Perfil 2
Avanzada edad	Jóvenes
Menor motivación por superar su situación de calle	Mayor motivación por superar su situación de calle
Avanzado deterioro biopsicosocial	Alto abuso de sustancias (alcohol y/o drogas)
Alto uso de redes formales	Alta presencia de enfermedades mentales, pero bajo deterioro físico
Alto tiempo en calle	Poco tiempo en calle
Escasas prácticas laborales	Alta participación en prácticas laborales

Fuente: Elaboración propia a partir de Fuentes (2008), Rojas (2008), Larenas y Muñoz (2014), Harrington (2007), y MINDES (2015b)

Estos perfiles, aunque “teóricos”, resultan útiles como marco de referencia para validar cualquier propuesta de tipologías de personas en situación de calle en Chile. Para efectos de la tipología desarrollada por las Fundaciones Hogar de Cristo, ese utilizó el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle⁶⁹ (2011, etapa II y III), y se definieron como ejes de comparación los *recursos y desventajas acumuladas*, seleccionando como indicadores las prácticas de pernoctación (proxy de “vínculo” o “cercanía” con los dispositivos de asistencia) y el tiempo en calle⁷⁰.

El tiempo en calle permite una aproximación al deterioro biopsicosocial experimentado por las personas como consecuencia de su exposición a entornos hostiles, producto de las profundas carencias tanto materiales como afectivas que marcan su vida en la calle. El grado de autosuficiencia, por su parte, remite a las capacidades de las personas para desenvolverse autónomamente, lo cual influye en la frecuencia y en el uso de dispositivos para personas en situación de calle.

Perfiles

El presente estudio tiene como antecedente la investigación realizada por la Fundación Hogar de Cristo a través de Nicolás Rojas (2008), quien elaboró una tipología de personas en situación de calle en base a cuestionarios aplicados a 435 personas que utilizaron los servicios de la fundación. Este estudio segmentó a la población usando como ejes de comparación el tiempo en calle y el grado de autosuficiencia, lo cual permitió arribar a tres perfiles:

⁶⁹En esta base de datos se aplicaron un conjunto de técnicas estadísticas: análisis de conglomerados K-medias, análisis de correspondencias múltiples por escalamiento óptimo, y pruebas de asociación (ANOVA, T de Student, chi-cuadrado, correlación de Pearson).

⁷⁰Además, fueron consideradas otras dimensiones de caracterización como prevalencia de enfermedades, inclusión en redes informales, experiencias de agresión, trabajo e ingresos, causas de la situación de vida en la calle y edad.

Tabla 6: Tipología de personas en situación de calle según Rojas (2008)

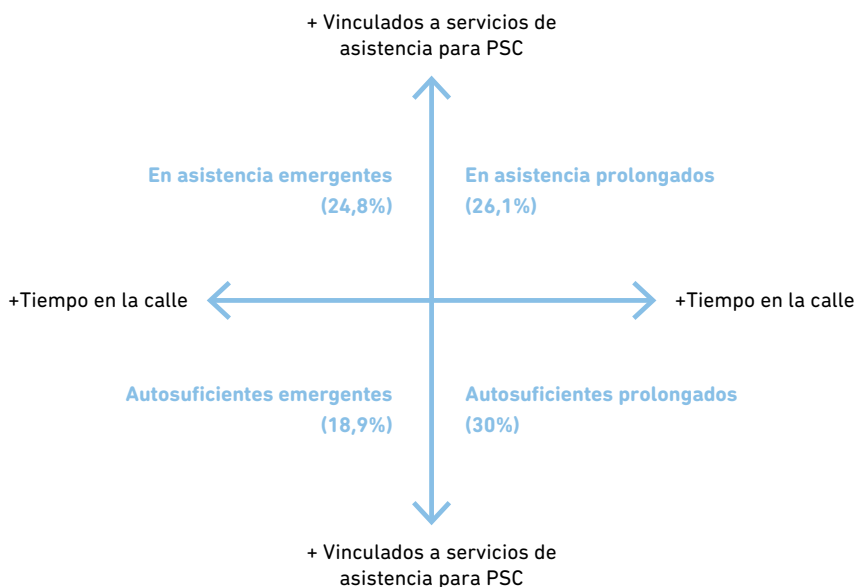
Autosuficientes	En asistencia	En emergencia
Alto deterioro biopsicosocial	Alto deterioro biopsicosocial	Menor deterioro biopsicosocial, pero alta prevalencia de problemas de salud mental
Pernoctan en la vía pública	Pernoctan en hospederías o residencias	Pernoctan en hospederías o residencias
Realizan trabajos informales	Sin trabajo	Realizan trabajos formales o informales
Ingresos "medios" o "altos"	Incipientes ingresos por concepto de pensiones	Ingresos "medios"
Tramo medio de edad	Mayor tramo de edad	Más joven que el resto de los grupos
Escasa motivación por superar su situación de calle	Escasa motivación por superar su situación de calle	Alta motivación por superar su situación de calle
Extensas trayectorias en situación de calle	Extensas trayectorias en situación de calle	Trayectorias iniciales en situación de calle
No busca protección de servicios asistenciales	Uso intensivo de servicios de asistencia	Uso intensivo de servicios de asistencia
Gran cantidad de vínculos familiares	Sin redes familiares	Alta presencia de redes familiares

Fuente: Elaboración propia a partir de Rojas (2008)

En síntesis, Rojas (2008) crea dos perfiles en función de su autonomía (*autosuficientes* y *en asistencia*) y uno a partir de su tiempo en calle (*emergencia*). Se intuye que, además de los individuos *en emergencia* descrito por el autor mencionado, puede resultar útil considerar un perfil compuesto por individuos que llevan relativamente poco tiempo en la calle (son emergentes), se encuentran más desvinculados de las redes de asistencia e incurren más en actividades laborales (es decir, son autosuficientes).

Por ende, la propuesta desarrollada por el Área de Estudios del Hogar de Cristo distinguió entre personas "en emergencia" y "prolongados"⁷¹ según su menor o mayor tiempo en calle, respectivamente, y se mantuvo la clasificación de las personas como "en asistencia" o "autosuficientes", según su grado de inclusión en servicios de asistencia (o "redes formales"). El cruce de estas categorías dio lugar a cuatro perfiles:

Figura 1: Tipología de personas en situación de calle



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle

⁷¹El concepto utilizado convencionalmente es "crónicos" o "cronificados" (Culhane et al., 2007). Se optó por reducir el uso de este término por su base biomédica, que presenta la prolongación de la situación de calle como si se tratase de una patología. Además, al representar la situación de calle como una "enfermedad", el concepto crónico carga en exceso la responsabilidad en la persona.

- **En asistencia emergentes:** Al igual que el primer perfil, las personas de este conglomerado son usuarios frecuentes de centros de alojamientos y asistencia, sin embargo, tienen menos tiempo viviendo en calle (en promedio menos de 3 años). Si bien, es un grupo que en términos absolutos presenta una alta prevalencia de enfermedades, lo es en menor proporción que el segmento anterior, siendo además el conglomerado que tiene la mejor evaluación respecto a la autopercepción de salud. Esta tipología tiene mayores concentraciones de dos grupos de edad: menores de 18 y mayores de 60 años.
- **En asistencia prolongados:** Las personas que pertenecen a este grupo se caracterizan por tener varios años viviendo en situación de calle (en promedio más de 7 años) y por hacer uso frecuente de los servicios sociales, especialmente los de alojamiento. En este sentido, sus prácticas de vida se encuentran altamente asociadas a la red de organizaciones que trabajan con personas en situación de calle. Por otro lado, en esta tipología se concentran las personas de mayor edad, y como simultáneamente llevan largo tiempo viviendo bajo condiciones precarias, tienden a tener una mayor prevalencia de enfermedades. Sin embargo, presentan menor consumo de alcohol y/o drogas en comparación a los otros perfiles.
- **Autosuficientes emergentes:** Este grupo, al igual que el anterior, se caracteriza por el poco uso de las redes formales, satisfaciendo sus necesidades por sí mismos y/o a través de las propias redes que se generan en la vida en calle. Sin embargo las personas de este grupo suelen tener poco tiempo viviendo en calle y en general, concentran mayor población de niños, niñas y adolescentes en situación de calle. En este grupo hay altos niveles de consumo de alcohol y/o drogas, pero al mismo tiempo presentan baja prevalencia de enfermedades.
- **Autosuficientes prolongados:** Las personas de este perfil viven hace mucho tiempo en situación de calle, al igual que los que se encuentran "en asistencia prolongada". Sin embargo, a diferencia de ese grupo suelen pernoctar en la vía pública. En efecto, quienes conforman este conglomerado tiene poca relación con los programas sociales para personas en situación de calle, y cuando ocupan estos servicios, lo hacen de forma puntual. De modo consistente, es un grupo que presenta mayores niveles de autosuficiencia, concentrando a la población que realiza más

actividades para la generación de ingresos. Por otro lado, este perfil es el que presenta en mayor medida consumo de alcohol y/o drogas. Finalmente, en términos etarios presentan una mayor proporción de personas entre 18 a 50 años.

En relación a los perfiles de Rojas (2008), es factible hipotetizar que las personas *en emergencia* presentan un bajo grado de adaptación a las dificultades que impone la vida en la calle, lo que repercute en su alto uso de dispositivos de asistencia, y en su alta motivación por superar su situación. Tal como plantea el autor, a medida que las personas prolongan su tiempo en calle pueden asemejarse a quienes conforman los grupos *autosuficientes* o *en asistencia*, los cuales difieren en su grado de uso de servicios sociales, lo cual es especialmente relevante a la hora de diseñar dispositivos adecuados a sus trayectorias y necesidades.

La distinción entre individuos “autosuficientes” o “en asistencia”, se puede explicar particularmente por el alto deterioro en la salud de las personas que conforman el segundo grupo, integrado principalmente por adultos mayores con un grado de autonomía que les dificulta la realización de actividades para obtener ingresos, y por ende, se ven en la necesidad de recurrir a dispositivos que compensan sus menores niveles de funcionalidad. Con respecto al grupo autosuficiente, es factible hipotetizar que su distanciamiento de los servicios para personas en situación de calle se explica, en parte, por defectos propios de este tipo de dispositivos. Como se ha planteado en secciones anteriores, los programas dirigidos a esta población suelen contar con rígidas metodologías de trabajo, sumadas a equipos sobrepasados o escasamente calificados, y con prestaciones que en ocasiones no se ajustan a las necesidades y expectativas de las personas. Estas y otras características actúan como barreras de acceso que desincentivan el uso de las redes formales, y empujan a las personas a desarrollar estrategias para sobrevivir por su propia cuenta⁷².

⁷² Algunas investigaciones cualitativas como las de Rayburn y Guittar (2013) y Biaggio (2010) proponen una hipótesis alternativa. El alejamiento de los servicios sociales para personas en situación de calle, serviría como una estrategia de sobrevivencia que utilizarían algunas personas para hacer frente al estigma que recae sobre ellos. Así, al evitar hacer uso de dispositivos para personas en situación de calle, las personas autosuficientes también reducen la probabilidad de ser asociados con estereotipos vinculados a esta población (Osborne, 2002).

Ahora bien, se propone diseñar servicios capaces de identificar y adaptarse a las trayectorias de las personas, pero sin perder de vista la misión de las Fundaciones Hogar de Cristo: *acoger con amor y dignidad a los más pobres entre los pobres, para ampliar sus oportunidades a una vida mejor*. La inclusión social también requiere reconocer a quienes utilizan los servicios como personas dignas de afecto y comprensión, especialmente en quienes se encuentran más habituados a los contextos de exclusión, discriminación y marginación. Como plantean Shier et al. (2011), los trabajadores de trato directo son fundamentales para este propósito, dado que con ellos se suelen establecer algunos de los pocos -si es que no los únicos- vínculos estables y cotidianos que tienen las personas en situación de calle, como también lo señala el estudio de DataVoz Statcom (2017). Considerando el rol fundamental que cumple el trabajador de trato directo, las Fundaciones Hogar de Cristo proponen la figura del *gestor de caso* como encargado de fortalecer el vínculo entre la persona y el programa. Como se desarrolla más adelante, el gestor de caso contribuye a personalizar el acompañamiento, al adecuar las prestaciones internas -y de así requerirlo, coordinarse con servicios externos para responder- a las necesidades específicas de cada persona.

En conclusión, abordar la inclusión social de las personas en situación de calle de manera integral, implica reconocer caso a caso las distintas fortalezas y experiencias de deterioro biopsicosocial, como forma de romper los estereotipos que, además de concebirlos como una categoría homogénea, reproduce prácticas de discriminación. Aunque cada trayectoria es única, más allá de las semejanzas que puedan ser identificadas a través de los relatos o aplicando indicadores estandarizados, la tipología presentada entrega una aproximación general a las distintas maneras de experimentar, desenvolverse y sobrevivir en situación de calle⁷³. En la siguiente sección se entrega una descripción complementaria con foco en algunos grupos específicos, definidos en base a las categorías de edad y pertenencia a un núcleo familiar.

⁷³ Además, esta tipología evidencia la relevancia del tiempo en calle y el grado de autosuficiencia, como variables útiles para estimar las desventajas acumuladas y recursos de las personas en situación de calle.

4.4.2. GRUPOS ESPECÍFICOS SEGÚN EDAD Y NÚCLEO FAMILIAR

Según el Registro Social Calle, la mayor parte (95,6%) de los hogares en situación de calle son *unipersonales*⁷⁴ (es decir, *están compuestos por personas que viven solas*), producto de dinámicas de desvinculación familiar y de exclusión social en un sentido amplio. Estas personas, además, en su mayoría tienen más de 18 años y menos de 60. Sin embargo, existen perfiles que escapan a esa clasificación, en base a sus diferencias etarias y al tipo de núcleo familiar al que pertenecen:

- Personas con edad igual o menor a 17 años (niños, niñas y adolescentes o NNA).
- Personas con edad igual o mayor a 55 años⁷⁵ (adultos mayores).
- Personas que viven en núcleos familiares (compuestos por cónyuges y/o hijos).

En la presente sección se describen las características de estos tres grupos de personas en situación de calle, a fin de distinguirlos del *grupo mayoritario o predominante*. Cabe reiterar que estos grupos son independientes de la tipología presentada en la sección anterior. Por ejemplo, aunque los perfiles *en asistencia* se asocian a una mayor concentración de adultos mayores, esto no significa que todos los adultos mayores deban ser relacionados necesariamente con esos grupos.

Para continuar, aunque los datos más actualizados sobre personas en situación de calle en Chile corresponden a los del Registro Social Calle, las bases de datos de este instrumento no se encuentran disponibles públicamente para ser trabajadas. Por lo tanto, el presente estudio fue realizado en base a datos de la Segunda y Tercera Etapa del Segundo Catastro para Personas en Situación de Calle, realizado en 2011. La Segunda etapa presenta una

⁷⁴Datos a octubre de 2017 (MINDES, 2017).

⁷⁵Puesto que las personas en situación de calle se ven expuestas a entornos adversos, el deterioro de su salud tiende a adelantarse. Por esta razón se opta por considerarlos como adultos mayores a partir de los 55 años, y no de los 60.

representatividad censal, abarcando 11.366 casos⁷⁶. La Tercera Etapa, por su parte, fue planeada para caracterizar en mayor profundidad a las personas en situación de calle, en base a una muestra de 1.375 casos. Aunque el cuestionario de la Tercera Etapa es más extenso que el de la Segunda Etapa, se optó por trabajar con ambas bases de datos, dada la notable cantidad de casos perdidos en variables de la Tercera Etapa⁷⁷.

En la presente caracterización se clasificaron a las personas en situación de calle según los diferentes núcleos familiares a los que pertenece. Para comprender qué son los núcleos familiares, resulta útil conocer de antemano la definición de hogar, unidad que corresponde a un “grupo de personas, parientes o no, que habitan la misma vivienda y tienen presupuesto de alimentación común o personas que viven solas.” (Observatorio Social, 2018). Los núcleos familiares, por su parte, son:



...una parte del hogar (es decir, un subconjunto de sus miembros) y puede estar constituido por parejas, personas solas o grupos de personas (entre los cuales haya a lo menos una persona de la que dependan los demás) con o sin relación de parentesco con el jefe/a de hogar, además del servicio doméstico puertas adentro.” (Observatorio Social, 2018)

Puesto que la Tercera Etapa del catastro cuenta con variables para estimar de forma más precisa la composición de los núcleos familiares, se optó por emplear dicha base de datos para caracterizarlos. Para segmentar a la población en grupos según núcleos familiares⁷⁸, se utilizó tanto en la Segunda como en la Tercera Etapa un conjunto de variables que consulta: *¿Con quién vive usted?*, distinguiendo entre las opciones: vive solo, vive con personas no-familiares, vive con familiares, vive con mascotas o

⁷⁶En total se contabilizó a 12.255 personas en situación de calle, de las cual se logró aplicar un instrumento de caracterización breve a 11.366.

⁷⁷Por lo tanto, se definió el siguiente criterio de selección de variables. Si la variable está presente en ambas etapas, se da prioridad al indicador de la Segunda Etapa (dada la representatividad censal de la misma), pero si el indicador está presente solo en la Tercera Etapa, se trabaja con ésta.

⁷⁸Es decir, para los distintos núcleos familiares, y para los subgrupos de NNA y de adultos mayores.

animales de compañía, y vive con “otros” (no se especifica). Puesto que algunos casos indican que viven solos y también con otras personas, no se utilizaron dichos casos para segmentar los grupos.

Para resaltar las diferencias entre los grupos, se optó por comparar las tendencias de quienes viven en núcleos familiares con las de quienes componen *hogares unipersonales*, los cuales se componen de una sola persona, y por ende, no tienen núcleo familiar. Este grupo predominante abarca 5.208 casos que corresponden al 46% del total de personas en la Segunda Etapa, y al 53% de la Tercera Etapa. En cuanto a su sexo, en la Segunda Etapa el 92,2% son hombres (mientras que en la Tercera Etapa el 91% lo es). Aunque los hogares unipersonales están compuestos también por NNA (1%, que corresponde al 13% de los NNA) y por adultos mayores (31%, que cubre el 60% de los adultos mayores), el 68% tiene entre 18 y 54 años. Por lo tanto, de igual modo se observan diferencias al contrastar los hogares unipersonales con los grupos de NNA y de adultos mayores.

a. Niños, niñas y adolescentes en situación de calle

La definición más utilizada actualmente de **niños, niñas y adolescentes (NNA)** en situación de calle, fue propuesta por UNICEF en la década de los 80 (Trussell, 1999). Este organismo distinguió entre tres niveles, según su grado de inmersión en la situación de calle: los niños y niñas “en alto riesgo” de ingresar a la situación de calle; los niños y niñas “en” la calle, que pasan la mayor parte de su tiempo diario en la calle pero que vuelven a su hogar para dormir; y los niños y niñas “de” la calle, que pasan la mayor parte del día en la calle e incluso duermen en ella⁷⁹.

⁷⁹El Comité de los Derechos del Niño define como la población objeto de esta observación a: “a) los niños que dependen de la calle para vivir y/o trabajar, ya sea por sí solos, con otros niños o con su familia; y b) un conjunto más amplio de niños que han conformado vínculos sólidos con los espacios públicos y para quienes la calle desempeña un papel fundamental en su vida cotidiana y su identidad. Esta población más amplia incluye a los niños que periódicamente, aunque no siempre, viven y/o trabajan en la calle y a los niños que no viven ni trabajan en la calle, pero sí acompañan habitualmente en la calle a sus compañeros, hermanos o familiares.” (ONU, 2017, p. 3). En términos operativos, el Comité establece que por “espacios públicos” se entenderán calles o mercados callejeros, parques públicos, espacios comunitarios, plazas y estaciones de autobuses y de tren (esto excluye edificios públicos como escuelas, hospitales y otras instituciones comparables).

Esta definición ha sido desafiada por otras alternativas, considerando la complejidad del fenómeno. En este sentido, se ha puesto énfasis en la intermitencia que caracteriza a la situación de calle de muchos NNA, lo cual conduce a poner el foco en sus estilos de vida y situaciones de riesgo como factores que permiten clasificarlos con mayor precisión. En concreto, se suele considerar la presencia o ausencia de un adulto responsable, el grado del vínculo con su familia, las estrategias que ocupa para sobrevivir en la calle, y si están incluidos o excluidos del sistema educativo (Nieto & Koller, 2015). El Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle incluye algunas variables que logran responder a estas dimensiones.

En cuanto a los datos disponibles en Chile sobre esta población, cabe resaltar la realización de un censo nacional ejecutado por la Universidad Alberto Hurtado a fines de 2018, por petición del MINDES. A grandes rasgos, su objetivo general fue a estimar la magnitud de los NNA⁸⁰ que hubiesen pernoctado al menos una vez en el último año sin la compañía de un adulto responsable⁸¹ en lugares tanto públicos como privados sin las características básicas de una vivienda (MINDES & SENAME, 2019). De modo secundario, este estudio también contempló una breve aproximación a sus características y necesidades. El resultado final arrojó **547 casos** de NNA en situación de calle en todas las regiones del país, concentrados en las regiones Metropolitana, Los Lagos, Valparaíso, y Biobío. Aunque estos datos son los más actualizados que existen, las bases técnicas del proyecto especifican que el estudio corresponde a una primera aproximación al fenómeno, buscando servir como insumo para la creación y perfección de futuras herramientas de registro. En este sentido, solo contempló 80 comunas a lo largo del país, por lo que la real magnitud de la población puede estar sub-representada. Considerando el alcance exploratorio del censo, se priorizarán los datos provenientes del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011) para la caracterización de este grupo específico.

Para comenzar, el Segundo Catastro de Personas en Situación de calle refleja que los NNA abarcan el 6,4% de total. La mayoría de

⁸⁰ Entre 5 y 17 años 11 meses 29 días de edad (MINDES y SENAME, 2019).

⁸¹ Y que por lo tanto, no se encuentran considerados en el Registro Social Calle.

estos viven con sus familiares (53,7%), una proporción menor vive con personas no-familiares (22,1%), y el 6,2% vive solo⁸².

En términos etarios, la mayoría tiende a concentrarse entre los 13 y los 17 años (75,4% del total de NNA), lo que coincide con lo arrojado por el conteo realizado por la Universidad Alberto Hurtado, el cual indica el que el 82,1% se concentra entre los 10 y los 17 años (MINDES & SENAME, 2019). En cuanto a su composición por sexo, el 35% corresponde a mujeres, distinguiéndose del grupo predominante de personas en situación de calle, donde las mujeres representan el 7,8%.

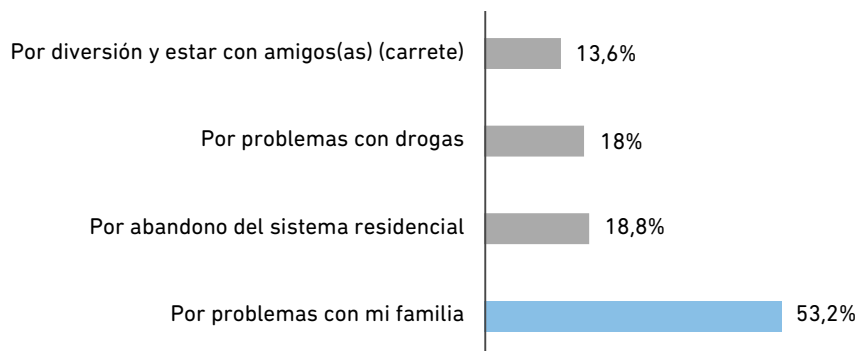
La situación de calle para los NNA suele ser el clímax de un proceso de violencia y vulneración sistemática de derechos, tanto en sus entornos familiares como en residencias de protección. Sobre esto, el 51,7% dice haber vivido alguna vez en un centro u hogar de niños⁸³. La investigación de DataVoz Statcom profundiza en torno al vínculo entre la situación de calle y la institucionalización de NNA en residencias de protección. De forma contraproducente, la vulneración de derechos previa a la institucionalización tiende a agudizarse una vez que los NNA llegan a las residencias de protección, profundizando su "soledad, desvinculación y falta de afecto" (DataVoz Statcom, 2017, p. 37). Ya sea por huida de las residencias de protección o por su egreso de éstas (una vez cumplidos los 18 años), la calle suele ser una alternativa que les pareciera brindar libertad y seguridad, lo cual deja en evidencia la inadecuación de este tipo de dispositivos a sus necesidades específicas.

La ruptura de los vínculos familiares aparece como la causa más recurrente para los NNA (47%). Según la investigación cualitativa llevada a cabo por DataVoz Statcom (2017), cuando la situación de calle ocurre en una edad temprana (antes de los 18 años), suele gatillarse como una reacción de huida de entornos familiares marcados por la violencia y el maltrato. Según el conteo realizado por la Universidad Alberto Hurtado, más de la mitad de los casos (53,2%) señala los problemas familiares como el principal motivo para dormir en la calle.

⁸² No es posible identificar el grupo del 18,1% restante.

⁸³ Por otra parte, según el conteo realizado por la Universidad Alberto Hurtado, el 54,7% señala no estar asistiendo a la escuela o colegio (MINDES y SENAME, 2019).

Gráfico 13: Principales motivos por los que has pasado la noche o dormido en la calle (selección)



Fuente: Elaboración propia en base a UAH, MINDES y SENAME (2019)

Asimismo, Guerra et al. (2011) plantean que:



Los estudios desarrollados a nivel mundial respecto a los NSC [niños en situación de calle] tienden a asociar la situación de calle con estándares de vida que van en progresivo deterioro tanto en las familias como en las comunidades que los niños habitan” (p.97).

Ya sea antes o durante la vida en la calle, el consumo de drogas se presenta como una práctica de riesgo y daño para los NNA. Una vez en la calle, pueden incurrir en actividades para generar ingresos, aunque sumamente precarizadas. Como práctica de pernoctación, una pequeña proporción duerme habitualmente en dispositivos de alojamiento temporal. La mayoría, más bien, lo hace en la calle, en centros de la red SENAME o alternando entre la calle y sus casas. Como se plantea en el Informe Ejecutivo:



Los lugares donde frecuentemente han pasado la noche o dormido en el último año son las plazas, seguidas por las casas de amigos/as y veredas, calles o esquinas y casas abandonadas. En este sentido, destaca que la población de NNASC no solo duerme en la calle, sino que combinan las estrategias de calle con otro tipo de lugares como casas o centros de SENAME, lo que da cuenta de una trayectoria de calle distinta a la observada en la población adulta, que el lugar más frecuente de pernocte es principalmente en la calle.” (MINDES & SENAME, 2019)

Más allá de estas desventajas, todos los encuestados coinciden en que la vida en calle es algo nuevo en sus vidas. Por tratarse de un proceso emergente (Rojas, 2008) es posible prevenir su prolongación en la calle, a través de -por ejemplo- acompañamiento familiar, trabajo comunitario, y reinserción escolar. Es más, la mayoría (61,1%) de los NNA indican que les gustaría recibir apoyo de su familia para superar la situación de calle (versus el 29,5% de quienes componen hogares unipersonales). De todos modos, su participación en actividades ilícitas⁸⁴ puede consolidar una estrategia de subsistencia que, a largo plazo, dificulta su inclusión social y, más urgentemente, su inclusión habitacional.

Sub-grupos de NNA en situación de calle

Es posible distinguir sub-grupos dentro de los NNA en situación de calle, según el núcleo familiar al que pertenecen. En específico, se distinguió entre **NNA que viven solos**⁸⁵, **NNA que viven con personas familiares**⁸⁶, y **NNA que viven con personas no-familiares**⁸⁷.

Los **NNA que viven solos** componen el 6,2% de los NNA en situación de calle. Quienes integran este grupo tienden a ubicarse en mayores tramos de edad que el resto de los grupos de NNA (el 88% tiene entre 14 y 17 años). Como una demostración de la ineficacia del sistema de protección, la mayoría (60%) ha estado institucionalizado en una residencia SENAME, pero actualmente ninguno de ellos dice dormir habitualmente en dichos dispositivos. Al no contar con tutores, su desvinculación escolar es mayor que la del resto de los

⁸⁴ Un 25,9% dice tener una actividad que le genera ingresos, lo cual se asocia a algunas de las peores formas de trabajo infantil, como se observa en el 6,1% que expresa participar del comercio sexual. Además, un 17,8% obtiene ingresos mediante el hurto.

⁸⁵ Se incluyen todos los casos con edad menor o igual a 17 años que viven exclusivamente solos. Se seleccionó a quienes dijese vivir solos y se excluyó a quienes dijese vivir con personas familiares, vivir con personas no-familiares, y vivir con "otros".

⁸⁶ En términos operacionales, contempla todos los casos con edad menor o igual a 17 años que viven al menos con un familiar. Esto contempla tanto NNA que viven exclusivamente con sus familiares, o que viven con personas familiares y no-familiares. Se seleccionó a quienes dijese vivir con familiares, y a los que viviesen con familiares y con personas no-familiares. Se excluyó a quienes dijese vivir solos, vivir con personas no-familiares, y vivir con "otros", pero que no señalaron vivir con familiares.

⁸⁷ Todos los casos con edad menor o igual a 17 años que viven exclusivamente con personas no-familiares. Se seleccionó a quienes dijese vivir con personas no-familiares. Se excluyó a quienes dijese vivir solos, vivir con personas familiares, y vivir con "otros".

NNA (solo el 17,8% dice asistir a un establecimiento educacional). De modo correspondiente, son los NNA con más casos que dicen trabajar (33,3%) como estrategia de subsistencia. Sobre esto último, presentan una mayor desvinculación de redes formales, con un alto porcentaje que pernocta habitualmente en la vía pública (75%). Además, son los más asociados al consumo de drogas y de alcohol. Estas dos últimas características se vinculan con el mayor porcentaje que dice haber sido víctima de maltrato policial (40%).

Por otra parte, los **NNA que viven con familiares** abarcan el 53,7% del total de NNA en situación de calle. La mayor parte de las personas que compone este grupo duerme en la vía pública (61,8%). Comparados con el resto de los NNA en situación de calle, los que viven con familiares presentan menores problemas asociados al alcohol (8,7%), a las drogas (21,9%), y son los que han sido víctimas en menor medida de agresión por parte de personal de instituciones o habitantes de la ciudad como pandillas, vecinos, transeúntes. Asimismo, son el grupo que en mayor porcentaje dice asistir a un establecimiento educacional (50,9%). Por estas razones, este grupo es el que presenta menores niveles de deterioro y exclusión. Su situación de calle se relaciona, más bien, a problemas económicos y habitacionales. Sobre esto, el 15,4% dice haber llegado a la situación de calle por problemas económicos, en comparación al resto de los grupos de NNA, y son los que en mayor proporción dicen necesitar tener una casa para dejar de vivir en situación de calle (26,5%).

Por último, los **NNA que viven con personas no-familiares** conforman el 22,1% de los NNA en situación de calle. De este grupo el 79,3% ha dormido en un centro u hogar de niños, y son los que en mayor proporción dicen dormir en un centro SENAME (48,6% versus el 17,6% de los NNA que viven con familiares y el 0% de los NNA que viven solos). Se intuye que las personas no-familiares con las que viven corresponden a otros NNA vulnerados gravemente en sus derechos (con los que viven en residencias o en la calle), y a los mismos funcionarios de las residencias. Este grupo es el que en menor proporción dice dormir en la vía pública (32,4%), con un considerable porcentaje de casos que va a establecimientos educacionales (46,9%), y que dice comer más de cuatro veces al día (62,2%). Sin embargo, son los que en mayor porcentaje dicen haber sido víctimas de agresión por parte de pandillas (21,3%), lo que -haya ocurrido dentro o fuera de las

residencias de protección- da cuenta de la potencial conflictividad que se genera en la interacción de grupos de NNA.

b. Adultos mayores en situación de calle

Los adultos mayores representan el 26,6% del total de personas en situación de calle. De estos, el 7% corresponde a adultos mayores que viven con familiares, el 24% vive con personas no-familiares, y el 55% viven solos ⁸⁸.

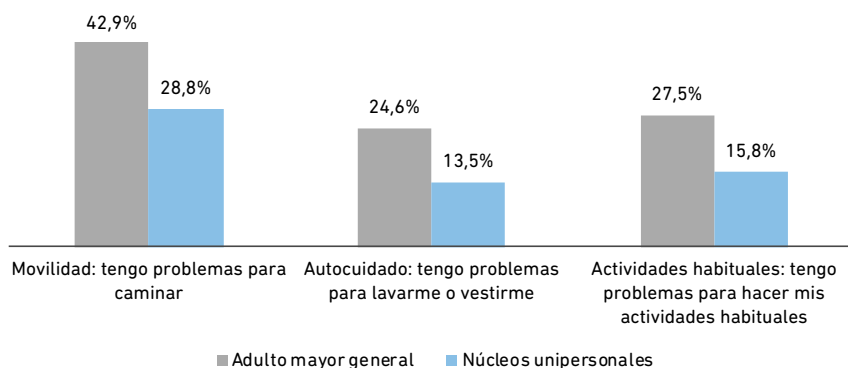
A modo de caracterización general, la cantidad de adultos mayores disminuye a medida que aumenta su edad: el 57,8% tiene entre 55 y 64 años, el 28,6% entre 65 y 74, el 11,5% entre 75 y 84, y solo el 2% tiene 85 y más años. Por otro lado, el 10,3% corresponden a mujeres. Además, el 10,7% vivió alguna vez en un centro u hogar de niños, cifra que da cuenta de una trayectoria vital marcada por la exclusión social desde la infancia. En esta línea, el 53,4% lleva más de 5 años en situación de calle.

En cuanto a las causas de su vida en la calle, la mayor parte señala como principal razón los problemas familiares (33,8%), seguido de los problemas económicos (16,5%), el consumo de alcohol (16%), y el 8,6% por problemas de salud. Sobre su nivel educacional, el 50,7% alcanzó la educación básica, el 29% la educación media, y el 4,9% tienen estudios superiores.

Sobre esto último, una de las características distintivas de los adultos mayores en situación de calle, se encuentra en su alto deterioro de salud en comparación al resto de la población. Al respecto, un 43% dice tener dificultad física (versus el 32% del grupo predominante). Estos dos últimos problemas de salud se encuentran especialmente asociados a la vejez. De igual modo, en el ámbito de la autonomía, el 42,9% dice tener problemas para caminar (versus un 28,8% del grupo mayoritario), el 24,6% dice tener problemas para lavarse o vestirse (en contraste con el 13,5% del grupo predominante), y el 27,5% dice tener dificultades para hacer sus actividades habituales (en comparación al 15,8% del grupo predominante).

⁸⁸ No es posible identificar el grupo del 14%.

Gráfico 14: Autonomía adultos mayores en situación de calle



Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012)

No obstante, presentan una menor proporción de casos que dicen tener problemas con el alcohol (36,1% versus el 43,9% del grupo predominante) y problemas con las drogas (4% versus 18,4%). De todas maneras, estas cifras evidencian que una proporción significativa de los adultos mayores en situación de calle requiere servicios de cuidado y desarrollo de su autonomía, de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades elementales con apoyo de terceros, y puedan recuperar parte de su funcionalidad. Si bien la situación de dependencia está correlacionada con el paso de la edad, las dificultades que enfrentan diariamente las personas con pérdida de autonomía también son atribuibles a factores culturales y sociales, en la medida que la salud se encuentra desigualmente distribuida en la sociedad (Moiso, 2007; Benach, Muntaner & Bonet, 2005). Quienes se encuentran en situación de pobreza se ven especialmente afectados en su salud, al no contar con los recursos económicos para acceder a servicios de calidad. Sobre esto último, solo el 22,7% de los adultos mayores tiene una actividad que genera ingresos (versus el 38% del grupo predominante), y el 48,1% recibe alguna pensión o subsidio.

Sobre las prácticas de pernoctación, un estudio realizado por el Ministerio de Desarrollo Social con el objetivo de identificar tipologías de personas en situación de calle (MINDES, 2015b), plantea que los adultos mayores tienen mayor presencia en el perfil "crónico", el cual "presenta una alta frecuencia en el uso de prestaciones de alojamiento y salud" (p.20). Esto se verifica en los datos analizados, dado que solo el 26,3% de los adultos mayores duerme habitualmente

en la vía pública o en la calle, contrastando con el 41,7% de quienes pertenecen a hogares unipersonales. Por otro lado, los adultos mayores se dividen entre quienes dicen dormir en hospederías solidarias⁸⁹ (46,9%) y en residencias de adultos (22,8%).

Respecto al uso de redes formales, cuando tienen un problema o necesitan algo buscan ayuda principalmente en instituciones como la posta o centros de salud (47,3%), y en fundaciones u organizaciones de beneficencia (35,8%). Ante la pregunta “¿de quién le gustaría recibir ayuda para dejar de vivir en la calle?”, un mayoritario 55,8% responde “el gobierno”, un 28,5% “la municipalidad”, y como tercera opción mayoritaria “la familia” (25,2%), evidenciando mayores expectativas de las redes formales que de las informales.

Sobre sus redes informales, cabe destacar que el 65% de los adultos mayores en situación de calle tiene o ha tenido hijos, lo cual aparece como un recurso relevante para iniciar dinámicas de revinculación familiar (Gonyea et al., 2014). Ahora bien, antes de vivir en situación de calle solo el 8,7% vivía con familiares. Una vez en calle, el 32,4% se relaciona al menos con un integrante de su familia. Esta cifra da cuenta que, si bien una proporción considerable de los adultos en situación de calle se encuentra desvinculado de sus redes primarias, es posible aprovechar los vínculos que aún mantienen algunos con éstas. De todas maneras, de no vivir en situación de calle, un mayoritario 54% elegiría vivir solo, el 32,1% viviría con familiares, y el 12,7% viviría con personas no-familiares.

Sobre sus expectativas, solo el 46,4% dice pensar siempre en vivir de forma distinta a la situación de calle, contrastando con un 61,2% de quienes componen el grupo predominante. De igual modo, el 32,8% dice que nunca ha pensado en vivir de manera distinta, versus el 19,1% de quienes integran el grupo mayoritario. Esto se corrobora también ante la consulta sobre qué necesitan para dejar de vivir en situación de calle. Aunque un 24,6% dice necesitar un trabajo, un 21,2% señala no querer salir de la situación de calle (la información disponible no permite profundizar en esta elección).

⁸⁹ Su mayor uso de residencias y hospederías se demuestra en que un 29,5% dice guardar sus cosas la mayoría de las veces en hospederías o albergues solidarios (versus el 20,8% del grupo predominante), y en residencias de adultos (15,6% versus el 3,6% del grupo predominante).

Estos datos reflejan un obstáculo para la superación de la situación de calle en adultos mayores, quienes presentan una baja motivación para ello. Como plantea Nicolás Rojas (2008) en su propuesta de tipologías de personas en situación de calle, el perfil denominado “en asistencia” se encuentra compuesto principalmente por personas pertenecientes a los mayores tramos de edad, quienes presentan incipientes recursos motivacionales, deterioradas “disposiciones psicológicas con baja autoestima y motivación de logro” (p.59), dando cuenta además de “pronunciadas disposiciones “negativas”, donde no se desea ni proyecta un futuro mejor...” (p.59).

Sub-grupos de adultos mayores en situación de calle

Dentro de los adultos mayores también se distingue entre **quienes viven con sus familiares**⁹⁰, **quienes viven con personas no-familiares**⁹¹ y **quienes viven solos**⁹².

Los **adultos mayores que viven con familiares** representan el 7% de los adultos mayores en situación de calle. Este grupo presenta la mayor concentración femenina entre los adultos mayores (20,4%). Además, quienes integran este grupo viven particularmente en residencias de adultos (40%), con una menor proporción que pernocta en hospederías solidarias (22,9%) Además, son los que en mayor medida han llegado a la situación de calle por problemas económicos (20,4%).

Los **adultos mayores que viven con personas no-familiares** concentran el 24% de los adultos mayores en situación de calle. De este grupo, por su parte, el 81,8% pernocta habitualmente en instituciones, de los cuales el 41,3% lo hace en hospederías solidarias y el 40,5% en residencias de adultos, siendo además los

⁹⁰ En su definición operacional, corresponde a todos los casos con edad igual o mayor a 55 años que viven al menos con un familiar. Esto contempla tanto a quienes viven exclusivamente con sus familiares, como a los que viven con personas familiares y no-familiares. Se excluyó a quienes dijeron vivir solos, vivir con personas no-familiares, y vivir con “otros”, pero que no señalaron vivir con familiares.

⁹¹ Incluye a todos los casos con edad mayor o igual a 55 años que viven exclusivamente con personas no-familiares. Se seleccionó a quienes dijese vivir con personas no-familiares. Se excluyó a quienes dijeron vivir solos, vivir con personas familiares, y vivir con “otros”.

⁹² Todos los casos con edad mayor o igual a 55 años que viven exclusivamente solos. Se seleccionó a quienes dijese vivir solos. Se excluyó a quienes dijeron vivir con personas familiares, vivir con personas no-familiares, y vivir con “otros”.

que más veces al día dicen comer (48,4%). Su alta vinculación con los dispositivos señalados se condice con su mayor necesidad de cuidado, puesto que son los que más presentan un deterioro en su funcionalidad (el 49,2% presenta problemas de movilidad y el 42,1% tiene problemas para realizar sus actividades habituales). A modo de hipótesis, es factible plantear que su uso intensivo de redes formales y su delicado estado de salud, se relacionan con el hecho de que un 25,4% expresa no querer dejar de vivir en situación de calle, en la medida que su vida en calle implica pernoctar en dispositivos residenciales y transitar por dispositivos institucionales.

Finalmente, **los adultos mayores que viven solos** corresponden al 55% de los adultos mayores en situación de calle. Quienes integran este grupo son los que en mayor proporción dicen haber llegado a la calle por problemas familiares (36,1%), y los que más dicen dormir en la vía pública o calle (32,6%). No obstante, más de la mitad duerme habitualmente en hospederías solidarias (52,2%), haciendo un uso intensivo de dispositivos temporales de alojamiento. Su menor uso residencial se condice con que son los que en menor medida presentan problemas funcionales (el 38,1% tiene problemas de movilidad y el 19,3% tiene dificultades para realizar sus actividades habituales), y en que son los que en mayor medida dicen requerir un trabajo para superar su situación de calle (27,4%).

c. Núcleos familiares

El 6,2% de las personas en situación de calle vive en núcleos familiares⁹³, de los cuales el 40% tiene hijos y el 60% restante está compuesto por cónyuges sin hijos. Los núcleos monoparentales con jefatura femenina, por su parte, contemplan solo 10 casos (12% de los núcleos familiares, y el 0,7% del total de personas en situación de calle⁹⁴).

⁹³ Todos los casos que dicen vivir con cónyuge sin hijos, o sin cónyuge pero con hijos, o que viven tanto con cónyuge como con hijos. En términos operativos, se excluyen a las personas que dicen vivir solas, con otras personas no-familiares, con nietos, y con hermanos. Se optó por excluir también a los nietos, porque no es posible determinar si esos casos corresponden a núcleos que efectivamente vivan en situación de calle. Por su parte, se excluyó a los hermanos porque no suponen necesariamente una relación de dependencia con otros miembros del núcleo.

⁹⁴ En base al total de casos de la Tercera Etapa del catastro

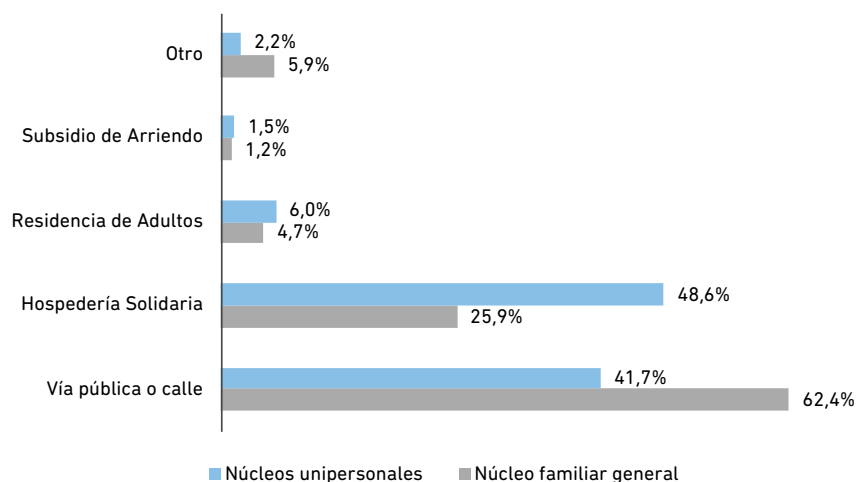
En cuanto a su edad, el 88,3% tiene entre 18 y 55 años, en contraste al 64% de quienes viven en hogares unipersonales. Además, el 24,7% de quienes integran núcleos familiares tiene entre 18 y 29 años, versus el 9,2% de los hogares unipersonales. Lo anterior evidencia una mayor juventud de las personas que componen núcleos familiares por sobre quienes conforman hogares unipersonales.

Quienes viven en núcleos familiares también presentan una proporción mucho mayor de mujeres (54,1%) que quienes viven en hogares unipersonales (9,7%). En términos territoriales, cabe destacar que el 15,3% se concentra en la región de La Araucanía (versus el 5,7% de quienes viven en hogares unipersonales), y un 16,5% en la región de Arica y Parinacota (versus el 2,3% de quienes viven en hogares unipersonales).

Aunque la mayoría dice encontrarse en situación de calle por problemas familiares, una mayor proporción que el grupo predominante dice estar por consumo de alcohol (48% versus 40%), drogas (24,7% versus 16,9%) y problemas económicos (51,8% versus 46,3%). Además, una mayor proporción dice trabajar (69,4% versus el 56,5% de quienes componen hogares unipersonales), y presentan un mayor porcentaje de casos que dicen necesitar un mejor trabajo, dinero, y una casa para superar su la situación de calle.

Sobre sus prácticas de pernoctación, la mayoría duerme en la vía pública (62,4%), y una menor proporción en dispositivos de alojamiento temporal (el 25,9% dice dormir en hospederías o albergues solidarios)

Gráfico 15: Prácticas de pernoctación (núcleos familiares)



Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012)

Asimismo, el 9,4% de quienes viven en núcleos familiares guarda sus pertenencias en casa de un familiar (familia extensa), en comparación al 3% de quienes viven en hogares unipersonales. Relacionado con un bajo uso de prestaciones, cabe resaltar que el 60% come menos de 3 veces al día. Estos datos evidencian una ausencia de servicios con prestaciones de alojamiento para familias, lo que las obliga a pernoctar habitualmente en la calle, y recurrir a parientes para suplir otras necesidades (como guardar sus cosas).

Sin embargo, presentan menores porcentajes con problemas de salud (27,1% tiene dificultad física), con excepción del consumo de drogas (17,6%). En términos de sus necesidades, una proporción más alta dice necesitar sopa y leche del consultorio (38,9% versus el 18,5% de quienes viven en hogares unipersonales), dando cuenta de las necesidades alimenticias asociadas a la presencia de NNA. Ahora bien, tienden a presentar un mayor uso de algunas redes formales como la municipalidad y los servicios de salud, aunque también presentan un mayor porcentaje de casos que dicen sentirse discriminados por la municipalidad, seguridad ciudadana y servicios educacionales. La mayoría señala que le gustaría recibir ayuda del gobierno, de la municipalidad y de organizaciones sociales.

Sub-grupos de núcleos familiares en situación de calle

En este grupo se distingue entre los **núcleos familiares con cónyuge y sin hijos**⁹⁵ (es decir, parejas solas), y los **núcleos familiares con hijos**⁹⁶.

Quienes viven en **núcleos familiares con cónyuge y sin hijos** (es decir, parejas), corresponden al 60% de las personas en situación de calle que componen núcleos familiares. Las personas que integran este grupo son los que en mayor porcentaje dicen haber llegado a la calle por consumo de alcohol, drogas y por problemas con la

⁹⁵ Todos los casos que viven con cónyuge. Se excluyen personas que dicen vivir solas, con hijos, con otras personas no familiares, con nietos, y con hermanos.

⁹⁶ Todos los casos que dicen vivir con sus hijos. Se incluye tanto a los núcleos monoparentales (vive solo el padre o la madre con uno o más hijos) como biparentales (vive tanto el padre como la madre con uno o más hijos). En términos operativos, se excluyen a las personas que dicen vivir solas, con otras personas no-familiares, con nietos, y con hermanos.

justicia. Además, son los que en mayor proporción pernoctan en la vía pública (66,7%) y hospederías solidarias (29,4%), y los que en mayor proporción realizan actividades para obtener ingresos (72,5%). Esto último es comprensible, en la medida que en las familias con hijos al menos uno de los integrantes suele concentrar parte de su tiempo en labores de cuidado. Por último, presentan una mayor proporción de personas que no desean dejar su situación de calle (7,8%).

Los **núcleos familiares con hijos** representan el 40% de las personas en situación de calle que componen núcleos familiares. Quienes integran este grupo tienden a ser más jóvenes que el resto, presentan la mayor proporción de casos que dicen haber llegado a la calle por problemas económicos (64,7%), y en menor medida por problemas familiares (50%), alcohol (11,8%) y drogas (2,9%). Además, presentan el mayor porcentaje de personas que dicen necesitar un trabajo (38,2%) y un mejor trabajo (23,5%) para dejar de vivir en situación de calle. Según lo indica la evidencia internacional (Wood et al., 1990; Rog, Holupka & Patton, 2007; Rog et al., 1995), las dificultades económicas y de vivienda se presentan como las principales causas de la situación de calle para las familias.

En sintonía con lo anterior, Gould y Williams (2010) plantean que el alojamiento de familias en hospederías de emergencia está relacionado de manera directamente proporcional con las tasas de desempleo: "Los resultados son consistentes con la creencia de que las familias en situación de calle son una consecuencia de pobres condiciones económicas e insuficiente apoyo de bienestar social."⁹⁷ (p. 184). Ahora bien, el 64,7% dice haber realizado un trabajo la semana pasada (en contraste al 56,5% de quienes viven en hogares unipersonales), y el 54,5% recibe alguna pensión o subsidio (versus el 24,4% de quienes viven en hogares unipersonales).

Respecto a las **mujeres solas con hijos** (núcleo monoparental con jefatura femenina), puesto que solo ascienden a 10 casos⁹⁸ cualquier inferencia se asocia a un alto margen de error. No obstante, de entre los atributos más destacados, 6 de los 10 casos dicen haber llegado

⁹⁷ Cita traducida al español.

⁹⁸ Tercera Etapa del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle.

por problemas con su familia, y 5 por problemas económicos. Esta concentración de casos se condice con lo que plantea el estudio de DataVoz Statcom (2017), el cual señala que las mujeres ingresan a la situación de calle principalmente por violencia intrafamiliar y/o carencias económicas. Parte de esto se corrobora al explorar los sucesos vitales estresantes de este grupo, en la medida que 5 casos dicen haber padecido violencia física en su niñez, 5 casos dicen haberla padecido después de los 18 años, y solo 2 mientras estaban en situación de calle. Asimismo, 6 de los 10 casos dicen haber vivido separación o divorcio después de los 18 años, y 2 mientras estaban en situación de calle. Ligado a lo anterior, 4 casos dicen haber padecido malos tratos por parte de su pareja después de los 18 años, y 3 mientras estaban en situación de calle. Por último, 7 de los 10 casos señalan que necesitarían tener un trabajo para dejar de vivir en situación de calle.

A modo de síntesis

En conclusión, a pesar de que el imaginario social concibe a las personas en situación de calle como un grupo homogéneo, esta población está compuesta por diversos subgrupos con características particulares. En base a lo analizado en el presente documento, es posible establecer que los niños, niñas y adolescentes tienden a presentar una menor cantidad de tiempo en calle en comparación al grupo predominante, además de ser esta su primera experiencia en dicha situación. Junto con ello, un recurso relevante para las intervenciones está en su mantención de vínculos con sus familiares, lo que puede ser útil para el trabajo comunitario preventivo y la reinserción escolar, aunque una desventaja considerable se encuentra en su alto consumo de drogas. Por otro lado, los NNA presentan una alta diversidad según las personas con las que viven, y en comparación al grupo predominante. En este sentido, los NNA que viven con familiares (y los núcleos familiares con hijos) son los que presentan menor deterioro biopsicosocial, ruptura de vínculos informales y formales, y una mayor proporción de casos que dicen estar en calle por problemas económicos. Los NNA que viven solos, por el contrario, presentan una mayor proporción de casos en situación de exclusión tanto formal como informal, además de incurrir en mayor medida en actividades de riesgo y daño. Su alta exposición a entornos y circunstancias adversas, puede limitar su desarrollo de capacidades de modo irreversible.

La situación de los NNA que viven con otras personas, por su parte, se encuentra a mitad de camino entre los NNA que viven con familiares y aquellos que viven solos. Si bien una proporción relevante de estos vive en residencias de protección, de todos modos se ven permanentemente expuestos a vulneraciones de sus derechos fundamentales (particularmente en sus experiencias de maltrato o agresión). Más aún, es posible plantear que otra fracción ha huido de dichas instituciones, para luego vivir con otros NNA en situación de calle.

Para el caso de los adultos mayores, destacan menores problemas asociados al consumo de drogas en comparación a los NNA, pero mayores respecto al consumo de alcohol. Además, su ruptura de los vínculos primarios tiende a ser considerablemente mayor, aunque como contraparte, tienden a hacer un uso más extensivo de las prestaciones sociales, lo cual puede ser aprovechado por las políticas sociales. No obstante, tienen expectativas más bajas de superar su situación de calle. La característica más relevante de este grupo está en su alto deterioro de salud, por lo que en los casos de mayor dependencia requieren la presencia de cuidadores para ayudarles a realizar sus actividades básicas. Asimismo, su heterogeneidad interna tiende a ser menor que la de los NNA, aunque de todas maneras se presentan diferencias entre los diversos subgrupos que componen esta subpoblación.

A grandes rasgos, los adultos mayores que viven solos presentan un menor deterioro en su salud que el resto, haciendo un uso intensivo de dispositivos temporales de alojamiento (hospederías solidarias). Los adultos mayores que viven con familiares y no-familiares, en cambio, se concentran en gran medida entre quienes duermen en residencias de adultos y hospederías solidarias. En este sentido, es factible plantear que la cercanía de los adultos mayores a dispositivos para personas en situación de calle, guarda directa relación con su grado de autonomía. Al igual que como sucede con los NNA solos en situación de calle, su exposición más prolongada a ambientes hostiles puede acarrear mayores limitaciones a sus capacidades individuales, acelerando su proceso de envejecimiento.

En cuanto a los núcleos familiares, quienes viven con su cónyuge y sin hijos presentan características similares a los NNA solos y a los adultos mayores solos, puesto que presentan un alto consumo

de drogas y alcohol, un alto grado de pernoctación en la vía pública (solo la tercera parte pernocta habitualmente en hospederías solidarias), un mayor porcentaje de individuos que trabajan, y la mayor proporción de casos con baja motivación por superar su situación de calle. Además, presentan un mayor porcentaje de casos que dicen haber llegado a la situación de calle por problemas familiares, consumo problemático de alcohol y otras drogas, y problemas con la justicia. Quienes viven en núcleos familiares con hijos (con o sin cónyuge), se distinguen principalmente por la alta proporción de casos que dicen estar en situación de calle por problemas económicos. Por lo tanto, mientras que este último grupo requiere ayuda particularmente financiera, habitacional, y laboral, quienes viven con sus cónyuges podrían requerir –además– de intervenciones basadas en estrategias motivacionales para iniciar procesos terapéuticos, en virtud de sus mayores niveles de consumo problemático de alcohol y otras drogas.

En términos generales, aunque la vida en calle tiene múltiples expresiones, la vulneración de derechos fundamentales constituye una característica transversal a los grupos señalados. Estas subpoblaciones mantienen sus necesidades por debajo de umbrales mínimos de dignidad. En un sentido más detallado, los resultados descritos iluminan distintos tipos de problemas a los que se enfrentan las personas en situación de calle, lo cual resulta crucial para diseñar políticas públicas y dispositivos sociales ajustados a las necesidades que presentan en cada una de las dimensiones del bienestar. Pavimentar el sendero hacia la inclusión social requiere acompañar a las personas en sus procesos de superación, como una manera de transformar historias de exclusión en trayectorias inclusivas.

En la siguiente sección se profundizan las necesidades de las personas en situación de calle en Chile, desde el punto de vista de sus propias demandas.

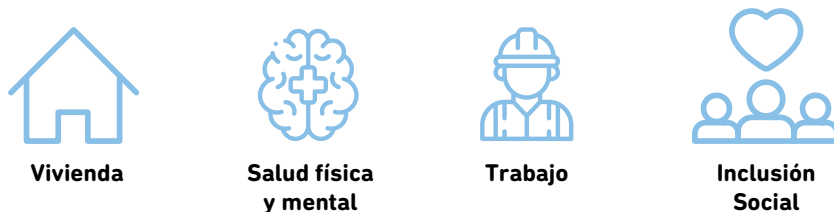
4.5. DEMANDAS DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Conocer las demandas de las personas en situación de calle abre la posibilidad de aproximarse a sus necesidades de primera fuente, lo cual entrega mayor precisión al diseño de políticas públicas y programas sociales dirigidos a esta población. De este modo, la política social puede transitar de manera segura hacia servicios que vayan más allá de lo simplemente asistencial, como medio para ejecutar intervenciones con miras hacia la superación de la vida en calle.

Para conocer las necesidades que las mismas personas en situación de calle definen como prioritarias, se procederá a identificar algunas demandas centrales que surgieron del (a) estudio cualitativo interno de las Fundaciones Hogar de Cristo (2016), (b) la investigación cualitativa conducida por DataVoz Statcom (2017), y (c) las Asambleas participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a). Estas últimas surgen al alero del Ministerio de Desarrollo Social en 2015, motivadas por el reconocimiento de estas personas como titulares de derechos y, consiguientemente, facilitarles espacios formales para que sus necesidades, experiencias y opiniones sean consideradas en el proceso de formulación de la Política de Calle⁹⁹.

En lo referente a los requerimientos de servicios o evaluación de los programas por parte de los entrevistados, las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle permitieron identificar cuatro demandas prioritarias:

Figura 2: Principales demandas de las personas en situación de calle



Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (MINDES, 2012)

⁹⁹En total, se realizaron 86 asambleas a nivel nacional entre junio y octubre de 2015, en las cuales participaron aproximadamente 1.032 personas de entre 18 y 70 años. Para efectos del análisis presentado en el Informe de resultados de las Asambleas Participativas (MINDES, 2015a), se empleó una muestra que contempla 12 asambleas en las que participaron más de 300 personas entre los 18 y 70 años.

La necesidad de inclusión social se asocia con problemas relativos al rechazo social, la discriminación, y una falta generalizada de apoyo y afecto (MINDES, 2015a). Asimismo, destacan un conjunto de conceptos claves para el tratamiento de la situación de calle, como la protección, la comprensión, el afecto, el diálogo y el respeto. En esta línea, los entrevistados indican que un elemento esencial de toda intervención está en el vínculo que establecen los trabajadores de trato directo con las personas, el cual contribuye a suplir la carencia de lazos afectivos que tienden a experimentar.

Más aún, tanto las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a) como la investigación realizada por DataVoz Statcom (2017) enfatizan la relevancia de los dispositivos sociales en la vida cotidiana de las personas en situación de calle. Según ambas investigaciones, esta población tiende a moldear sus rutinas cotidianas en torno a los programas sociales (desayunar, ducharse, pernoctar, etc.). Por ende, DataVoz Statcom (2017) recomienda que los dispositivos aprovechen los espacios de tiempo libre que dejan a las personas, con miras a implementar actividades promocionales.

A continuación, se describen con mayor detalle las demandas de vivienda, salud y trabajo¹⁰⁰.

a. Vivienda y alojamiento

El derecho a una vivienda digna y adecuada se encuentra consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Al respecto, en 2018 el Consejo de Derechos Humanos de la ONU publicó un informe sobre su estado de cumplimiento en Chile, elaborado por la Relatora Especial Leilani Farha¹⁰¹. Si bien se reconocen avances significativos en lo que respecta a la provisión de subsidios públicos, se evidencian

¹⁰⁰ Los derechos al trabajo decente, a la vivienda digna y a la salud se encuentran consagrados, respectivamente, en los artículos 6, 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, además de estar protegidos por otras convenciones internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos o la Convención Sobre los Derechos del Niño, por mencionar algunas.

¹⁰¹ No confundir con el Informe publicado en 2018, mencionado anteriormente.

dificultades de diversa índole, como la falta de reconocimiento constitucional del derecho a una vivienda adecuada, las brechas existentes tanto en la cantidad como en la calidad de las viviendas proporcionadas por el Estado, y la persistencia de una alta desigualdad que impide aprovechar al máximo los recursos disponibles en el país, entre otros obstáculos. Como uno de los problemas destacados en el informe, la Relatora Especial destaca su preocupación sobre la magnitud de la situación de calle en el país, poniendo hincapié en que el Gobierno debe investigar a fondo las causas estructurales del problema, y en la necesidad de poner en marcha una política o estrategia nacional para prevenirlo, combatirlo y erradicarlo. Asimismo, señala que para estos efectos, “es fundamental conocer y entender mejor las experiencias de vida y las necesidades específicas de las personas sin hogar” (Consejo de Derechos Humanos, 2018, p. 11).

En relación con lo anterior, el informe de las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a), describe a la vivienda como “piso mínimo para mejorar la calidad de vida y lograr la integración social” (p. 10), puesto que representa un derecho básico que entrega “seguridad, estabilidad y sentido de pertenencia” (p. 10). En términos específicos, los participantes de las asambleas plantean las siguientes peticiones:

- Apoyo a la vivienda por medio de un sistema de postulación especial para personas en situación de calle.
- Subsidio al arriendo temporal.
- Apoyo al ahorro para acceder a la vivienda (como pudiese ser mediante transferencias condicionadas exclusivas para ser utilizadas en subsidios de vivienda).

Con respecto a dispositivos de alojamiento, se menciona la necesidad de:

- Alojamientos temporales permanentes (abiertos durante todo el año).
- Eliminar el aporte monetario de las personas para ingresar a alojamientos temporales subvencionados.
- Crear nuevas hospederías para mujeres.

- Crear residencias especializadas para personas en situación de discapacidad.
- Crear salas cunas para las mujeres que se alojan en hospederías o residencias.
- Mejorar la información de oferta pública al interior de los alojamientos.
- Flexibilizar el horario de egreso de los alojamientos temporales (particularmente durante la temporada invernal).

Este último punto, referido a permitir a las personas permanecer durante más tiempo en las hospederías, también es mencionado frecuentemente por los entrevistados en el marco de la investigación cualitativa interna de las Fundaciones Hogar de Cristo, siendo vinculado además con la necesidad de incorporar prestaciones adicionales, tanto para fomentar la recreación como para abordar problemas asociados a la salud mental.



Cita N°3: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (Hombre, 30 a 50 años, Zona Centro)

“Cosas malas por ejemplo, ya a las 6 de la mañana tienes que estar en pie. Por ejemplo, a las 5 de la tarde antes no se puede entrar, incluso mi compañera tiene una patología de esquizofrenia, tiene problemas de consumo, tiene problemas de epilepsia. A veces tiene problemas de consumo y no quiere estar en la calle porque o si no, va a consumir.”

Cita N°4: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (Mujer, 18 a 29 años, Zona Centro)

“Claro, porque todas nosotras llegamos, nos sentamos, nos hablamos. Cada una está pensando qué vamos a hacer. Nos dicen que tenemos que salir, pero no tenemos dónde ir. Eso también nos afecta psicológicamente a todas, como a mí que me dicen “tienes que salir”, yo le digo que no voy a salir porque no tengo donde ir, en la calle voy a dar vueltas y vueltas, en la calle sin dinero te da hambre. ¿Qué vamos a hacer en la calle? Qué mejor es estar aquí, mirándonos una y otras, no importa [...] Un psicólogo debiéramos tener. Que todos pasemos por un psicólogo, nos hagan juegos o algo, porque aquí hay personas que tienen problemas mentales. De estar sola, aisladas, sin hacer nada, te retrocede.”

Esta demanda es tematizada en el informe elaborado por DataVoz Statcom (2017), señalando que las personas en situación de calle suelen ordenar sus rutinas cotidianas en torno a los dispositivos de asistencia, razón por la cual “probablemente hay otros espacios de tiempo que podrían ser aprovechados de mejor manera por las personas en situación de calle si tuvieran una oferta atractiva a la cual poder acudir” (p. 48). La clave, justamente, se encuentra en mantener disponible una variedad de servicios adecuados a las necesidades específicas de las personas, pudiendo ser utilizados los servicios alojamiento transitorio como plataforma para su difusión y uso.

B. SALUD

El derecho a *disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental*, fue proclamado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, siendo incluido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966. El derecho a la salud refiere a un conjunto de bienes y servicios necesarios para asegurar una vida sana, denominados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como *factores determinantes básicos de la salud* (ACNUDH, 2018): agua potable, alimentos aptos para el consumo, nutrición y vivienda adecuada, condiciones de trabajo y medioambiente salubres, por mencionar algunos. En consonancia, se contempla el derecho a un sistema de protección que permita a las personas disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo que incluye el derecho a “la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional” (ACNUDH, 2018, p. 4).

En línea con lo anterior, según las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a), las exigencias más recurrentes en el ámbito de la salud son:

- Apoyo farmacológico.
- Creación de algún tipo de residencia especial para cuidados post-hospitalarios.
- Implementación de centros de cuidado permanente para personas con enfermedades catastróficas.
- Asegurar acceso para rehabilitación frente a adicciones.

La investigación interna de las Fundaciones Hogar de Cristo, por su parte, dio cuenta que los jóvenes son quienes más plantean la necesidad de tener acceso a servicios para disminuir o terminar con su dependencia de las drogas. En este sentido, los entrevistados describen el consumo problemático de alcohol y otras drogas como una falta de libertad en sus vidas, altamente limitante para superar su situación de calle:



Cita N°5: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (hombre, 18-29 años, Zona Norte)

"Quiero puro salir (de las drogas) (...) Quiero que se rehabilite mi amiga, y quiero rehabilitarme yo con ella, si el otro día nos íbamos a irnos y... me entiende y las personas que necesitamos la plata, porque yo con 60 lucas más lo que hago, me arriendo una pieza y tengo a la negra en la pieza".

Los entrevistados destacan la necesidad de un ingreso rápido y fluido a programas de rehabilitación, de tal modo que se aproveche su motivación para superar el consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Además, la salud mental es un problema mencionado de manera frecuente por los equipos de trabajo de las Fundaciones Hogar de Cristo. Esto coincide con la demanda de mayores servicios especializados en salud mental, solicitados por las personas en situación de calle en el marco de las Asambleas Participativas (MINDES, 2015a). En ese estudio se mencionan problemas ligados a la esquizofrenia, la depresión, y adicciones a diversos tipos de drogas. Una óptima salud mental constituye una condición esencial para la inclusión de las personas en situación de calle. De lo contrario, se agudiza la probabilidad de ocurrencia de conflictos familiares, incapacidad de ejercer roles laborales, conductas de riesgo y daño, entre otras experiencias adversas.

C. TRABAJO

Según queda estipulado en los artículos 23 y 24 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (AGNU, 1948), toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones satisfactorias de trabajo, a un salario por trabajo equitativo y satisfactorio, a la sindicalización, y al descanso por medio del tiempo libre. En la misma línea, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) incorporó en 1999 el concepto de *trabajo decente* como uno de sus objetivos centrales, el cual remite al trabajo desarrollado en condiciones de dignidad, libertad, y seguridad (OIT, 1999). En este sentido, se debe distinguir entre la disponibilidad del trabajo y la calidad del mismo (Bescond, Châtaignier & Mehran, 2003). Para el caso de las personas en situación de calle, si bien una proporción significativa realiza actividades remuneradas, su alto grado de precarización las vuelve insuficientes para satisfacer necesidades básicas.

Al respecto, los relatos surgidos en la investigación llevada a cabo por las Fundaciones Hogar de Cristo, evidencian la inclusión laboral como un área prioritaria para la superación de la vida en calle. La participación en actividades remuneradas es un paso fundamental para consolidar sus proyectos de vida. Por lo mismo, se requiere un trabajo decente que, según lo recabado por las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a), debe ser capaz de cubrir necesidades de alimentación, vestuario, techo, y resguardo del bienestar familiar, por lo cual se espera que la ocupación sea estable a lo largo del tiempo. Esto último resulta importante para el diseño de programas orientados a la inclusión laboral, ya que la menor formación y escolaridad¹⁰² que presenta esta población, puede afectar su acceso a empleos con una remuneración -y otras condiciones laborales- acorde a sus necesidades.

¹⁰²En promedio, las personas en situación de calle tienen 2 años menos de escolaridad que la población general, que llega en promedio a los 10 años. Asimismo, el 24% de las personas en situación de calle no ha terminado la enseñanza media (MINDES, 2012).



Cita N°11: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (hombre, 51 o más años, Zona Austral)

"La mayor necesidad en este momento es el trabajo (...) El trabajo estable, donde pueda desarrollarme, y tener dinero para poder vivir".

Cita N°12: Entrevistas a personas en situación de calle Estudio Fundaciones Hogar de Cristo (hombre, 18-29 años, Zona Sur)

"Un buen trabajo, más posibilidades que a uno le den más facilidades para postular para casas aunque sean feas pero es un techo que uno no tiene, mucho más oportunidades (...) Más oportunidades por ejemplo yo ahora estoy dispuesto a hacer lo que sea para mantener mi casa, que me dieran más facilidades por ejemplo para tener una casa o postular a una casa siendo situación de calle, eso es lo que faltaría, porque yo con mi casa no tendría tantos problemas como los tengo ahora, me compraría mis cosas, tendría mi refrigerador con toda la plata que he ganado, no tendría que depender de nadie".

En términos más específicos, según las Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle (MINDES, 2015a), las personas ponen hincapié en que el diseño de prestaciones laborales debe contemplar los siguientes elementos:

- Acompañamiento especializado para la inserción laboral.
- Apoyo en emprendimientos y acceso preferente a capacitaciones.
- Publicación de información sobre empresas con políticas de inclusión.
- Oferta preferente de salud en dimensiones que permitan mejorar la apariencia estética (tales como la salud dental), lo cual permitiría incrementar las probabilidades de encontrar trabajo.

Cabe destacar que las Fundaciones Hogar de Cristo han contribuido a responder esta demanda, particularmente mediante el programa de Empleo con Apoyo (ECA) de la Fundación Emplea¹⁰³. Piloteado

¹⁰³ Sin embargo, se espera que una vez concluida la última licitación del programa por parte de la Fundación, las próximas sean ejecutadas directamente por el Hogar de Cristo.

en el año 2012 por la institución¹⁰⁴, el programa ECA articula prestaciones dirigidas a mejorar las oportunidades de inserción laboral de personas en situación de calle, en complemento con servicios psicosociales. Sobre estos últimos, la experiencia que Fundación Emplea se ha formado en la materia, da cuenta que si bien el trabajo constituye una dimensión fundamental para la superación de la situación de calle, la inserción laboral exitosa depende de la estabilización de la persona en otros ámbitos del bienestar: consumo problemático de alcohol y otras drogas, salud física y mental, revinculación, pernoctar en un lugar seguro, entre otros. En otras palabras, la probabilidad de acceder a un trabajo formal y estable disminuye al existir estos problemas, dadas las exigencias, compromisos y responsabilidades que caracteriza al mundo laboral. Las experiencias exitosas en este plano, suelen ser de personas con menor daño biopsicosocial y con una alta motivación por ocupar la plataforma laboral como vía para superar su situación de calle. Por lo mismo, la posibilidad de adquirir un trabajo estable se dificulta a medida que se incrementa el tiempo en la calle, lo cual no significa que las personas en situación de calle estén inactivas en términos laborales. Como fue mencionado anteriormente, una proporción significativa de quienes componen esta población se mantienen a través de actividades de subsistencia, como estacionar/cuidar autos, o comercio ambulante.

El conocimiento que Fundación Emplea ha construido a lo largo de sus años, da cuenta que las personas en situación de calle tienden a necesitar más tiempo de preparación para el mundo laboral, en comparación con poblaciones que no presentan tal grado de exclusión social. Asimismo, se pone acento en inculcar que el trabajo conlleva tanto deberes como derechos, lo cual significa dar seguridad y confianza a quienes ven en la jerarquía organizacional una relación de "sometimiento inaceptable", y formar tolerancia a la frustración en quienes presentan resistencia ante las órdenes de un superior. Por otra parte, se les forma en el manejo y gestión de las finanzas personales, y en el marco de la autonomía que promueve la reducción de daños y el enfoque de derechos humanos, y se les

¹⁰⁴Cabe resaltar que la metodología es incorporada como parte del Subsistema de Seguridades y Oportunidades del Ministerio de Desarrollo Social en 2013, específicamente en el Programa Calle.

ayuda a compatibilizar sus proyecciones laborales con el consumo de alcohol y otras drogas.

En definitiva, aunque la restitución del derecho a la vivienda corresponde a una necesidad fundamental para avanzar hacia una inclusión autónoma y sostenible de las personas en situación de calle, no se deben descuidar otras condiciones de vulnerabilidad que pueden afectar negativamente su acceso, como la salud y el trabajo. Considerando la variedad y cantidad de demandas planteadas a lo largo de esta sección, no existe una sola institución u organización pública o privada capaz de responder por sí misma a todas. Por lo tanto, la política social requiere aprovechar sus recursos de manera coordinada, para construir relaciones de complementariedad que logren cubrir el diverso espectro de necesidades que presentan las personas que viven en situación de calle.



CAPÍTULO 05

¿Hacia dónde debiese transitar la actual "política de calle" en Chile?

La situación de calle engloba una heterogeneidad de trayectorias de vida, muchas de las cuales se encuentran marcadas por la pobreza a lo largo de su infancia, adolescencia y adultez, lo que se asocia a la acumulación de experiencias adversas y traumáticas que dificultan la superación de la vida en calle. Aunque se evidencian transversalmente graves vulneraciones a los derechos fundamentales de las personas en situación de calle¹⁰⁵, también se identifica una serie de características disímiles entre quienes componen esta población, tales como las causas de la vida en calle, el tiempo de permanencia, el grado deterioro biopsicosocial, la capacidad de las personas de obtener ingresos, entre otros ejemplos.

Por lo tanto, la provisión de servicios básicos como alimentación, vestuario, higiene y albergue es necesaria como recurso de emergencia para proteger la vida de las personas, pero es insuficiente por sí sola como estímulo para la superación de la situación de calle. El énfasis, además, debe estar en el desarrollo de habilidades, la reconstrucción de vínculos interpersonales, la mitigación o superación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, la reincorporación en el mercado laboral, entre otras intervenciones promocionales orientadas a la construcción de proyectos de vida en el largo plazo (Cabrera & Rubio, 2008).

Por lo tanto, una red de servicios integrados y de calidad, se plantea como el camino a seguir para garantizar un abordaje integral de la situación de calle, de cara a su superación y prevención. Asimismo, la planificación, ejecución y evaluación de la intervención social, son acciones que deben ser realizadas en el marco de enfoques que aseguren el resguardo de sus derechos, autonomía, e identidad. Estas orientaciones serán descritas en las siguientes secciones.

¹⁰⁵ Como el derecho a la vivienda, a una alimentación adecuada, a la salud y la integridad física, entre otros.

5.1. PREVENCIÓN Y SUPERACIÓN

En Chile, el trabajo con la población en situación de calle se ha orientado históricamente a proteger sus vidas y satisfacer sus necesidades básicas, lo cual se ha expresado en la masificación de servicios de hospedería y su reforzamiento en los meses invernales. De esta manera, la institucionalidad chilena ha acumulado experiencia en el diseño y ejecución de servicios dirigidos a proporcionar prestaciones básicas, como la alimentación, el alojamiento de emergencia o la entrega de vestuario. Además, se ha avanzado en el diseño de servicios de viviendas transitorias, que permiten interrumpir momentáneamente las trayectorias en situación de calle¹⁰⁶.

Si bien la *protección* de la vida y la integridad física representa un objetivo esencial para cualquier política nacional que aborde específicamente el fenómeno de la situación de calle, es necesario complementar ese propósito con medidas destinadas a *prevenir* la pernoctación forzosa en la calle, y a entregar herramientas a las personas para que puedan *superar* autónomamente dicha situación. En este sentido, los objetivos de *prevención* y *superación* figuran como un salto cualitativo en lo que refiere a la protección de derechos fundamentales de las personas en situación de calle. A continuación, se entregan directrices para abordar las implicancias de ambos conceptos.

A. PREVENCIÓN

La situación de calle suele surgir como el resultado de una trayectoria marcada por la vulneración temprana de derechos de distinta índole. Aunque este fenómeno puede afectar a las personas independientemente de su estrato socioeconómico¹⁰⁷, la pobreza es el factor más trascendente en el ingreso a este contexto extremo de

¹⁰⁶La interrupción refiere a simplemente evitar que la persona pernocte en calle. Si bien esta medida puede ralentizar el deterioro biopsicosocial, la persona es dependiente de las redes de asistencia para satisfacer sus necesidades básicas. *La superación, en cambio, supone un proceso mediante el cual la persona adquiere las herramientas necesarias para mantenerse autónomamente fuera de la calle, con lo que eso conlleva en términos habitacionales, laborales, de redes, etc.*

¹⁰⁷Incluso en este caso, la situación de calle se origina producto de factores externos e incontrolables que presionan -expulsan- al individuo (Luengo, 2008; Ridge, 2009).

exclusión. La prevención, entendida como el conjunto de actividades dirigidas a evitar que las persona experimenten forzosamente la situación de calle (Busch-Geertsema & Fitzpatrick, 2008), debe focalizarse en los hogares con mayores niveles de vulnerabilidad, es decir, que cuentan con menores capacidades para resistir eventos negativos como la enfermedad de un miembro, la pérdida de empleo, la reclusión de alguno de los padres, entre otros ejemplos.

Considerando el carácter multidimensional de la pobreza, la prevención debe considerar la mitigación de algunas problemáticas sociales claves para el desarrollo de las capacidades humanas. Al respecto, la *prevención sistémica* guarda relación con el fortalecimiento de políticas públicas generales en áreas como la salud, la vivienda, o la educación, por mencionar algunas. Este tipo de medidas permite frenar los efectos asociados a nacer, crecer y envejecer en pobreza. Por lo mismo, la situación de calle refleja la ineficacia de las políticas de bienestar de un país, al ser incapaces de asegurar la inclusión social para sus habitantes.

En consonancia con lo anterior, es posible contribuir en la prevención de la situación de calle aprovechando los programas sociales que trabajan con personas en riesgo de ser "expulsadas" a vivir en la calle. Por ejemplo, los programas para abordar la reinserción post-penitenciaria, la exclusión escolar, el tratamiento para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, o la grave vulneración de derechos de la niñez, están ligados a dificultades que suelen actuar como detonantes de la situación de calle. En esta línea, la Asociación Realidades para la Integración Social (2012) describe una experiencia de articulación inter-organizacional con miras a la prevención:



...poniendo en marcha un trabajo de acompañamiento orientado a reforzar y/o ampliar sus redes sociales y establecer acuerdos de colaboración con entidades especializadas en el ámbito del empleo y del apoyo al alojamiento, como por ejemplo, la Fundación Integra de inserción laboral de personas excluidas, con la que se tenía firmado un acuerdo de colaboración, y con la Asociación Provivienda, que desarrolla programas relacionados con el alojamiento social." (Asociación Realidades para la Integración Social, 2012, p. 11)

Como se observa en el fragmento citado, la prevención requiere incorporar una perspectiva multidimensional y multi-sistémica que interpele a distintos sectores, instituciones, organizaciones y sectores de la sociedad. Para este propósito, es fundamental que las partes involucradas actúen guiadas por una estrategia común de largo plazo, la cual les permita compartir desde la definición operativa de la situación de calle, hasta las prestaciones requeridas y metas de trabajo para cada persona.

A. SUPERACIÓN

La pregunta por la superación o la “finalización” de la situación de calle puede ser planteada en dos niveles: *el individual* y *el sistémico*.

A nivel individual, es posible entender la superación como el proceso mediante el cual una persona transita desde una trayectoria de exclusión social hacia la inclusión en diversos ámbitos culturales. Sin embargo, no existe consenso sobre las condiciones que deben cumplirse para “dar por superada” la situación de calle de una persona. ¿Cuáles criterios determinan que una persona da por finalizada su situación de calle? ¿Qué tan estrictos deben ser esos criterios? ¿Deben cumplirse simultáneamente o no? ¿Durante cuánto tiempo deben cumplirse esos criterios para considerar como superada la situación de calle?

Según la investigación realizada por DataVoz Statcom (2017), resulta ampliamente difícil -sino imposible- responder de manera precisa a estas preguntas. Como se ha descrito a lo largo de este documento, la situación de calle representa un problema social sumamente complejo, lo cual se expresa, por ejemplo, en la diversidad de causas que interactúan para expulsar a las personas a la situación de calle; en los diferentes grados de deterioro biopsicosocial que experimentan; en los recursos y estrategias que despliegan para hacer frente a las adversidades que impone la calle; o en las soluciones requeridas para transformar las trayectorias de exclusión en trayectorias inclusivas. Estas son solo algunas de las muchas aristas que presenta este fenómeno, las que si bien pueden agruparse para generar perfiles de personas clasificadas según su similitud, siguen siendo lo suficientemente heterogéneas como para requerir transitar por diferentes tipos de servicios, en distinto orden, y con diversos ritmos e intensidades de trabajo para que, una

vez satisfechas sus necesidades básicas, puedan desarrollar sus capacidades y autonomía.

En virtud de lo anterior, dada la naturaleza discontinua de la situación de calle, no resulta factible identificar con exactitud un evento o hito que permita, de manera categórica, darla por “finalizada” en el marco de una trayectoria individual. Dicho de otro modo, si bien para algunas personas la situación de calle puede concluir con el acceso a una vivienda adecuada, otras pueden requerir acompañamiento en este proceso, e incluso puede ser necesario abordar otras áreas relevantes de su vida¹⁰⁸. Asimismo, el acompañamiento puede ser requerido por personas que han conseguido superar estos obstáculos, como medio para mantener sus logros en el tiempo.

Como plantea Little (2006) desde el enfoque de reducción de daños, el énfasis de la intervención debe estar puesto *más en el proceso que en el resultado*, es decir, en un acompañamiento que permita a las personas eliminar las barreras que obstruyen el desarrollo de sus capacidades, para así tomar el control de su vida y recuperar con ello el acceso al objeto de sus derechos fundamentales. De este modo, se acepta que los retrocesos forman parte del proceso de superación, el que por lo demás, no necesariamente debe ocurrir de manera progresiva o escalonada. Mientras en algunos casos las personas pueden simplemente requerir apoyo de emergencia durante un tiempo breve, en otros efectivamente las capacidades y la motivación individual moldean una trayectoria de inclusión que se construye de manera paulatina. Considerando las heterogéneas características que presentan las personas en situación de calle, su superación requiere disponer y articular servicios de emergencia y promocionales, para facilitar su óptima utilización por parte de las personas que los requieran, lo cual nos conduce a la segunda dimensión del concepto de superación.

A nivel sistémico, la superación de la situación de calle delimita un horizonte hacia el cual se orientan las políticas públicas en este ámbito, respondiendo cuál es el propósito del Estado en su abordaje

¹⁰⁸Por ejemplo, sus vínculos familiares, su salud mental o física, su inclusión laboral, por mencionar solo algunas.

del fenómeno. Como plantean Turner, Albanese & Pakeman (2017) a través de un análisis comparado de más de 60 planes y estrategias nacionales para abordar la situación de calle en Canadá, EEUU, Australia y Europa:

“ no existe una definición reconocida [transversalmente] de qué implica el fin [o superación] de la situación de calle, qué indicadores deben utilizarse para confirmar ese logro, o cuál es el proceso correcto para validar si una comunidad ha alcanzado este objetivo”¹⁰⁹ (p.1).

Más precisamente, los autores identifican que rara vez el concepto de superación está explícitamente definido en las Políticas de Calle, siendo común la alusión a declaraciones dirigidas a “que nadie deba dormir involuntariamente en la calle”, o bien “erradicar la situación de calle en el país”¹¹⁰. Una excepción a esta tendencia está en el Plan Calle de EEUU, el cual entiende la superación del siguiente modo:

“ Poner fin a la situación de calle significa que una comunidad ha estructurado efectivamente su sistema local de prevención, para satisfacer la demanda entrante con eficacia y eficiencia, y que mantiene un suministro adecuado de viviendas para satisfacer la demanda”¹¹¹ (Turner, Albanese & Pakeman, 2017, p.11)

De este modo, la superación de la situación de calle no corresponde a un objetivo que atañe solo al individuo y a su trayectoria, sino también –y particularmente- a la **capacidad del sistema para responder eficazmente a la demanda de servicios**. Lo anterior debe ser asegurado tanto en términos *preventivos* (descritos en

¹⁰⁹Cita traducida al español.

¹¹⁰En el caso de Chile, la Política de Calle 2018-2025 cuenta con tres componentes centrales, de los cuales el primero corresponde a “Liderar una alianza latinoamericana para la **erradicación** del sinhogarismo en nuestra región” (MINDES, 2018b. énfasis añadido)

¹¹¹Fragmento extraído del documento Opening Doors: Federal Strategic Plan to Prevent and End Homelessness, elaborado por el Interagency Council on Homelessness. Traducido al español.

la sección anterior) como *promocionales*. Así, la superación de la situación de calle -en un sentido sistémico- se alcanza a través de la **provisión de servicios preventivos y promocionales adecuados a las necesidades de las personas**, en términos de cobertura, calidad, y accesibilidad. Sobre estos últimos, el estudio de Turner, Albanese & Pakeman (2017) señala que los programas de vivienda permanente son indispensables, pero si no se resuelven los problemas subyacentes de exclusión social que enfrentan las personas, la inclusión habitacional no es sostenible en el tiempo. En otras palabras, disponer medidas eficaces para evitar que las personas hagan ingreso a la situación de calle (**prevención**), y para conseguir que quienes ya pernoctan habitualmente en calle puedan acceder a una solución habitacional permanente y -de así requerirlo- controlar problemas secundarios¹¹² (**promoción**), conlleva como consecuencia natural la reducción de la cantidad de personas que se registran como en situación de calle¹¹³, en la medida que menos personas hacen ingreso a la situación de calle y, simultáneamente, quienes se encuentran en esta situación dejan de estarlo.

Ahora bien, de entre los múltiples y diversos indicadores que los autores plantean para verificar la aproximación de las Políticas de Calle hacia la superación, destaca la medición de la cantidad de personas que hacen uso de dispositivos promocionales (demanda), contrastado con la cobertura de los mismos (oferta). Así, es posible reconocer que se ha alcanzado la superación de la situación de calle en determinado territorio *cuando ésta se ha vuelto un problema manejable*, lo cual se observa en que la disponibilidad de servicios promocionales coincide o excede la demanda de ellos por la población objetivo, lo que en términos económicos equivale a *un balance entre la oferta y la demanda de dichos servicios*. Esta definición de superación es reconocida bajo el concepto de **cero funcional**, el cual reconoce que no resulta factible alcanzar la meta de cero personas en situación de calle en un territorio determinado:

¹¹² Como la desvinculación familiar, el consumo problemático de alcohol y otras drogas, monitoreo de patologías de salud mental, etc.

¹¹³ Por ende, para verificar el logro de la política se requiere contar con instrumentos capaces de estimar efectivamente la reducción de la cantidad de personas que pernoctan habitualmente en la calle.



...la situación de calle y el riesgo de estarlo no pueden erradicarse por completo, ni tampoco los esfuerzos pueden socavar la elección personal en algunos casos. Alguien puede rechazar los recursos y apoyos ofrecidos por una variedad de razones, indicando una toma de decisiones independiente y autónoma sobre lo que es mejor en su situación”¹¹⁴ (Turner, Albanese & Pakeman, 2017, p. 3)

En este sentido, es altamente probable que a pesar de contar con un robusto sistema de prevención, existan personas que pernocten forzosamente en la calle. Sin embargo, la articulación de servicios de protección y promocionales debe asegurar que esta experiencia sea breve, y que no se repita a lo largo del tiempo. Por otro lado, coincidentemente con lo planteado por el enfoque de reducción de daños, vivir en situación de calle puede representar una opción válida para una persona incluso cuando existen servicios de vivienda permanente. Claro está, estos servicios deben estar hechos a la medida de las necesidades y exigencias de las personas, de lo contrario, no es posible determinar si la reticencia a ocuparlos se debe a una decisión autónoma o más bien a la calidad del servicio. Por lo anterior, el concepto de cero funcional propone una meta realista: la superación se alcanza cuando la demanda de servicios coincide con la oferta, independientemente de la magnitud de éstas. De mantenerse el cero funcional en el largo plazo, la cantidad total de personas que viven en situación de calle debiese disminuir en un territorio determinado¹¹⁵ (Turner, Albanese & Pakeman, 2017).

La superación de la situación de calle depende fundamentalmente de las estrategias de trabajo que guían, a nivel individual, las intervenciones promocionales. A continuación, se describen los principales modelos de trabajo con personas en situación de calle a nivel mundial, resaltando el tipo de modelos cuya eficacia ha sido validada empíricamente.

¹¹⁴Cita traducida al español.

¹¹⁵Según los mismos autores, es posible plantear que el cero funcional asume como meta última el “cero absoluto”, meta que alude a alcanzar literalmente cero personas en situación de calle en un territorio. Aunque poco plausible, el cero absoluto delimita un horizonte hacia el cual avanzar (Turner, Albanese & Pakeman, 2017)

5.2 MODELOS DE TRABAJO: DESDE EL MODELO ESCALERA HACIA EL HOUSING-LED

Para el trabajo con personas en situación de calle, el modelo más antiguo y difundido a nivel mundial corresponde al *Modelo Escalera de Superación* (también llamado Modelo Lineal de Escalera), el cual propone modificar el comportamiento de las personas a través de logros sucesivos e incrementales (Raitakari & Juhila, 2015). Esta metodología asume como premisa que si a una persona en situación de calle se le facilita una vivienda sin haber sido estabilizada previamente, existe una alta probabilidad de que vuelva a vivir en la calle. Por lo tanto, a las personas se les exige superar numerosas metas antes de ser consideradas como aptas para llevar una vida autónoma (Cabrera & Rubio, 2008; Fernández, 2015). Así, se espera que cada persona transite desde un estado desprovisto de las capacidades para sostenerse fuera de la situación de calle, hasta *adquirir la habilitación necesaria para la vida independiente*. Junto con lo anterior, se espera que las personas se adapten al tipo de servicios ofrecidos por cada programa, lo cual ignora la heterogeneidad de perfiles y -por consecuencia- trayectorias de quienes se encuentran en situación de calle. Mientras *los servicios y sus componentes son puestos al centro de los procesos de intervención, las personas son ubicadas en la periferia*, quedando subordinadas a los límites que cada programa establece.

A la base de este modelo se evidencia una noción de persona que, al ingresar al programa, se encuentra “despojado” de su autonomía. Mediante el progresivo alcance de metas, se pretende que las personas formen esa autonomía y se vuelvan merecedoras del acceso a la vivienda, lo cual considera que las personas deben modificar su comportamiento mientras están expuestas diariamente a las experiencias adversas que implica la vida en calle. En alusión al consumo problemático de alcohol y otras drogas, Rhodes (2009) califica el entorno que representa la calle como un “entorno de riesgo”, definido como el conjunto de condiciones sociales, físicas, económicas y comunitarias que exacerbaban la probabilidad de que una persona incurra en comportamiento auto-lesivos. Como plantea el autor, la falta de una vivienda adecuada y la consiguiente situación de calle contribuyen a estimular conductas de riesgo y daño relacionadas con el alcohol y las drogas. La posesión de una vivienda adecuada, en cambio, “puede proveer un lugar seguro

para apoyar la recuperación del trauma y la situación de calle, así como reducir los daños del uso de drogas proveyendo de entornos seguros a las personas” (Pauly et al., 2013).

En línea con lo anterior, como alternativa al Modelo Escalera de Superación se presenta en 1992 el denominado Modelo *Housing First* en la ciudad de Nueva York (EEUU)¹¹⁶, el cual invierte la lógica de su antecesor: la solución habitacional constituye el primer paso en la superación de la situación de calle (ton & McNaughton, 2008; Busch-Geertsema, 2013), anteponiendo la vivienda primero al paradigma del “tratamiento primero” (Nelson et al., 2014).

El Modelo *Housing First* concibe a las personas como inherentemente dignas y autónomas, lo cual coincide con el enfoque de derechos humanos que lo inspira. En lo operativo, la vivienda se concibe como un recurso mínimo para cualquier ser humano, por lo que es provista a las personas apenas ingresan al programa, además de ofrecer servicios terapéuticos complementarios y de participación voluntaria (Polvere et al., 2014), prestaciones que cubren ámbitos referidos a la salud física y mental, consumo de alcohol y/o otras drogas, empleabilidad, educación, entre otras. Los enfoques de intervención, por otro lado, son incorporados de modo flexible dependiendo de las necesidades y expertise de cada institución, aunque predomina el enfoque de reducción de daños puesto que, bajo la modalidad *housing-first*, la entrega de vivienda no está condicionada por la aceptación de servicios terapéuticos para alcanzar al abstinencia o incluso disminuir el consumo de alcohol y otras drogas (Pauly; 2013). El acompañamiento terapéutico, en este sentido, es proporcionado “bajo demanda”, según cada persona así lo elija (Tsemberis, Gulcur & Nakae, 2004). Además, considerando que las personas en situación de calle no conforman un grupo homogéneo, también se recomienda considerar diferencias

¹¹⁶ Al respecto, cabe destacar su fundación por parte de Sam Tsemberis, psicólogo clínico que en dicho año (1992) creó el programa *experimental pathways to housing* en Nueva York, dirigido a personas con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y otras drogas. Este programa fue creado bajo el supuesto de que los ajustes en un entorno (como el hospital) no se relacionan necesariamente con los ajustes en otros entornos (como la comunidad), por lo que la rehabilitación debe suceder en el lugar donde se espera que los pacientes permanezcan (Tsemberis et al., 2003).

categoriales relevantes (género, etnia, presencia de núcleos familiares, etc.) en la provisión de servicios¹¹⁷.

El Modelo Housing-First permite entregar estabilidad y seguridad en la vida de las personas, lo cual les facilita su empoderamiento y avance en su proceso de inclusión laboral, familiar, o reducción de daños asociados con el consumo problemático de alcohol y otras drogas (Hawk & Davis, 2012). Además, permiten dotar a las personas de un sentido de integración comunitaria, particularmente bajo la modalidad de viviendas dispersas (*scattered-site houses*), en la cual se ofrece a las personas la oportunidad de ocupar una vivienda individual en una comunidad (Gulcur et al., 2007). En términos evaluativos, diversos estudios han demostrado la eficacia del Modelo en distintas partes del mundo y con distintas subpoblaciones. Por ejemplo, en 2003 se realizó una evaluación en Nueva York para comparar el grado de permanencia programática de las personas bajo el Modelo de Escalera y el Modelo Housing First (Stefancic & Tsemberis, 2007), realizada por medio de una muestra aleatoria a 225 personas con cinco años o más en calle y, con problemas de salud o abuso de sustancias. El total de participantes fue dividido en dos, con cada mitad en uno de los modelos. Luego de un seguimiento que duró dos años, el 47% del grupo derivado al Modelo de Escalera se mantuvo al programa y asistía con regularidad a los tratamientos. El 88% del grupo derivado al Modelo Housing First, en cambio, se mantuvo en la vivienda y presentó una menor cantidad de ingresos a centros psiquiátricos y cárceles, dando cuenta de mejoras significativas en su calidad de vida (Stefancic & Tsemberis, 2007).

Asimismo, para evaluar la efectividad del programa Housing First en Canadá (proyecto *At Home/Chez Soi: A Canadian Multi-site Trial of Housing First*) se realizó uno de los estudios más grandes

¹¹⁷ La evaluación de la iniciativa Homes 4 Women (H4W) en la ciudad de Ontario (Canadá), resulta ilustrativa para el diseño del modelo Housing First bajo parámetros del enfoque de género. Al respecto, la investigación de Oudshoorn et al. (2018), recomienda que este tipo de servicios sean congruentes con el objetivo de recuperar la custodia de los hijos, que frecuentemente tienen las mujeres en situación de calle. Asimismo, los trabajadores deben vigilar con cautela la relación entre las mujeres participantes y los arrendadores, que en ocasiones pueden establecer dinámicas de acoso y abuso sexual facilitadas por la asimetría de poder existente entre ambos. En relación con lo anterior, se debe resguardar la seguridad de la mujer en vistas de la potencial amenaza que representan sus ex-parejas.

a nivel mundial, tanto en términos de financiamiento como de muestra¹¹⁸. Los resultados del estudio revelaron efectos positivos en las instituciones que proporcionaron vivienda inmediata, con una mejora notable en los indicadores de mantención en la vivienda, integración social y comunitaria, estabilización física y mental, y reducción del uso de sustancias¹¹⁹. En específico, el 62% de estos participantes se mantuvo durante todo el periodo en la vivienda proporcionada, mientras que en el grupo de tratamiento convencional esta cifra alcanzó solo el 31%. Asimismo, el 46% de los participantes del tratamiento convencional abandonaron sus viviendas, en contraste con solo el 16% de los participantes en el Modelo Housing First (Polvere et al., 2014).

Incluso, se ha demostrado que las personas en situación de calle portadores del VIH logran reducir sus cargas virales a niveles indetectables, muy por debajo en comparación a lo conseguido por otro tipo de modelos de intervención, lo que contribuye a reducir la transmisión, morbilidad y mortalidad relacionadas con esta enfermedad (Hawk & Davis, 2012). Desde el punto de vista financiero, diversos estudios han dado cuenta que, a pesar de ser inicialmente más caro que el Modelo Escalera, el Modelo Housing-First presenta el potencial de permitir ahorrar financiamiento en el largo plazo, dado que al entregar soluciones habitacionales a personas con un perfil de alta complejidad, se evita que estas hagan uso extensivo de servicios de emergencia (Bretherton & Pleace, 2015). Junto con esto, cada intervención exitosa se traduce la reducción de la cantidad de personas en situación de calle que demandan servicios en un territorio, como ingresos a centros psiquiátricos, urgencias médicas e instituciones carcelarias (Government of Ireland, 2018; Atherton & McNaughton, 2008).

¹¹⁸ Participaron 2.245 personas con un promedio de 4,8 años en situación de calle, con problemas de salud mental moderada o alta. Del total de los participantes, 1.255 fueron derivados bajo la intervención del modelo de Housing con Tratamiento Asertivo Comunitario o Manejo de Casos Intensivos, mientras que los 990 restantes fueron derivados a tratamientos convencionales (alojando principalmente en residencias y refugios). Para ambos grupos se realizó un seguimiento durante 24 meses desde el inicio de la intervención (Polvere et al., 2014).

¹¹⁹ De acuerdo a los resultados, para facilitar la integración social y comunitaria dentro de un mismo edificio, se recomienda que el cupo máximo no sobrepase el 20% de la capacidad total.

5.2.1 DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO HOUSING FIRST

A pesar de los exitosos resultados que ha demostrado el modelo *Housing First* en comparación al tradicional modelo de Escalera (Bothén, 2018; Benjaminsen & Knutagård, 2016; Pleace et al., 2015; Sahlin, 2005), su implementación no se encuentra exenta de dificultades.

La evaluación de las iniciativas enmarcadas en el modelo *Housing First*, además de seguir los criterios y las herramientas tradicionales para la evaluación de programas sociales, suele complementarse por un tipo de evaluación que busca determinar el grado de fidelidad al modelo "hipotético ideal" de *Housing First*. Este instrumento explora dimensiones como la agilidad y eficacia del proceso de entrega de viviendas, el conjunto de servicios a los que acceden las personas, la estructura del equipo que ejecuta el programa, entre otras. A pesar de haber sido realizados en distintas partes del mundo, diversos estudios evaluativos coinciden en las tensiones identificadas al implementar programas de Housing First (Nelson et al., 2014; Bretherton & Pleace, 2015; Canham et al., 2017; Buxant, 2018; Oudshoorn et al., 2018; Government of Ireland, 2018), por lo que cabe considerar la presencia de estos obstáculos también para el caso de Chile.

En cuanto a las dificultades **organizacionales** o internas a la ejecución del programa, suelen ser recurrentes los problemas de coordinación con otras agencias¹²⁰, la falta de cohesión y contacto entre los equipos, la ambigüedad en los objetivos y roles¹²¹, y la necesidad de contar con trabajadores a tiempo completo para ejecutar de modo efectivo la gestión de casos (Bretherton & Pleace, 2015; Nelson et al., 2014; Canham et al., 2017; Buxant, 2018). En el ámbito **individual**, las evaluaciones evidencian que los participantes suelen sentirse obligados a seguir las recomendaciones del equipo

¹²⁰Particularmente cuando los servicios complementarios son provistos por organizaciones ajenas a la que provee la vivienda.

¹²¹De igual modo, según Llobet (2016) el modelo Housing First plantea desafíos importantes de no existir antecedentes de su aplicación en un determinado contexto local. En estos casos, el modelo asumirá un carácter experimental y, por lo tanto, se recomienda acompañarlo de un programa de investigación que permita evaluar su aplicabilidad mediante datos concretos.

y participar en prestaciones complementarias¹²² incluso aunque se enfatice que esa decisión es completamente voluntaria, lo cual generaba suspicacia en las personas al momento de ingresar o permanecer en el programa (Oudshoorn et al., 2018). Por último, también destacan como potenciales problemas la extensión de la intervención, en la medida que el apoyo a la vivienda usualmente dura solo un año, que en ocasiones puede ser insuficiente para generar cambios sostenibles.

Un segundo orden de problemas está en la dificultad para acceder a viviendas susceptibles de ser arrendadas. En este punto se entrelazan dificultades tanto culturales como estructurales.

En términos culturales, como plantea Buxant (2018) los dueños de las viviendas tienden a percibir con desconfianza que personas en situación de calle ocupen sus inmuebles, prejuicios que se agudizan cuando las personas presentan adicionalmente consumo problemático de alcohol y otras drogas, y/o problemas de salud mental. De esta manera, la **estigmatización** que afecta a esta población actúa como una barrera de exclusión en el ámbito habitacional, lo cual sucede porque muchas veces los arrendadores exigen documentos que, por ejemplo, acrediten historial de empleabilidad, liquidaciones de sueldo o información bancaria¹²³; o bien, porque simplemente se rehúsan a que personas en situación de vulnerabilidad utilicen sus viviendas, lo que demuestra que el soporte económico no es suficiente para contrarrestar los efectos de la estigmatización (Canha et al., 2017). A nivel agregado, la reticencia de los arrendadores se traduce en dificultades para alcanzar asociaciones estables con el programa en cuestión, razón por la que los acuerdos suelen negociarse para cada caso en particular (Nelson et al., 2014).

Ahora bien, la actual **escasez de viviendas** constituye un problema estructural de alcance mundial (Consejo de Derechos Humanos, 2020), razón por la cual los precios se han incrementado sustancialmente en los últimos años. Los altos precios no solo

¹²² Como acompañamiento terapéutico para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, apresto laboral, dinámicas de revinculación familiar, etc.

¹²³ Que por definición las personas en situación de calle no poseen.

ponen en riesgo la capacidad del programa para solventar los costos del arriendo, sino también el éxito de las intervenciones, considerando que difícilmente las personas que han salido de la situación de calle podrán destinar no más del recomendado 30% de sus ingresos a este ítem (Canham et al., 2017). Como plantean Bretherton y Pleace (2015), el alto costo del mercado de arriendos, la escasez de viviendas sociales fabricadas anualmente por el Estado, y el incremento anual del costo del arriendo, representan amenazas a la metodología *Housing First*, en la medida que esta no puede funcionar sin una oferta constante de viviendas accesibles y de calidad (Nelson et al., 2014). Sobre esto último, la **calidad de las viviendas** dentro del rango de precios accesibles tiende a ser de calidad inferior a lo necesario para estimular una intervención exitosa (Buxant, 2018), o bien, suelen encontrarse en lugares apartados con escasos medios de transporte. La ubicación, en este sentido, constituye un factor indispensable para que las personas puedan acceder a servicios sociales y de salud en su comunidad, además de agilizar las visitas domiciliarias de quienes trabajan en el mismo programa, y facilitar la revinculación con amigos y familiares. También resulta fundamental que el territorio en el que se encuentren las viviendas cuente con servicios de salud mental, y con dispositivos para el tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas, como elementos necesarios para apoyar la inclusión habitacional bajo la modalidad de casas dispersas (Canham et al., 2017).

Dado el alto costo que implica invertir en la dimensión habitacional, la ejecución de programas *Housing First* habitualmente incorpora solo algunos elementos del modelo original, resaltando los siguientes aspectos (Government of Ireland, 2018):

- Vivienda autónoma y tratamientos independientes no condicionados.
- Respeto a la elección de la persona, en lo relacionado con la vivienda y con las intervenciones complementarias.
- Apoyo intensivo e individualizado por los profesionales.

En la actualidad, las variantes del modelo han sido agrupadas bajo el término *Housing led*. Este concepto puede ser traducido como "orientado a la vivienda o "guiado por la vivienda" (Llobet,

2016), y engloba a los enfoques caracterizados por una atención individualizada, prestación de apoyos con distintas intensidades, autodeterminación, reducción de daños, bajos umbrales de ingreso/ evaluación, y protagonismo de la vivienda estable como primer paso en el proceso de superación de la situación de calle (Gobierno Vasco, 2018, p. 31). Bajo este marco, el modelo Housing First queda incluido como una modalidad dentro de un abanico más amplio de alternativas programáticas, que varían en cuanto al tipo de vivienda y a la diversidad e intensidad de las prestaciones (Gobierno Vasco, 2018, p. 32). Asimismo, las estrategias sustentadas en el enfoque Housing led conservan como sello la atención centrada en la persona, que coincide en gran medida con el enfoque de trayectorias inclusivas. El enfoque Housing Led ha sido recomendado, incluso, por la ONU a través de las Directrices para la Aplicación del Derecho a una vivienda Adecuada. Respecto a las medidas de aplicación del Derecho, se señala:



“a) Los Estados deberían proporcionar acceso a alojamientos de emergencia seguros y dignos, con el apoyo necesario y sin discriminación por motivo alguno, como la situación migratoria, la nacionalidad, el género, la situación familiar, la identidad sexual, la edad, el origen étnico, la discapacidad, la dependencia del alcohol o las drogas, los antecedentes penales, las multas pendientes o la salud. Los Estados deberían adoptar medidas especiales para proteger los derechos de los niños en situación de calle;

b) Las personas y las familias deberían tener acceso a una vivienda permanente adecuada para no verse obligadas a depender de un alojamiento de emergencia durante largos períodos. Los enfoques basados en el criterio de que “la vivienda es lo primero”, centrados en ubicar rápidamente a las personas sin hogar en alojamientos permanentes, deberían incluir todo el apoyo necesario durante el tiempo que fuese preciso a fin de preservar el alojamiento y la vida en la comunidad” (Consejo de Derechos Humanos, 2020, p.8).

En virtud de lo anterior, las Fundaciones Hogar de Cristo destacan la puesta en marcha del programa *Vivienda Primero*, por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia a comienzo de 2019. Esta iniciativa representa un paso indispensable para una política pública que se propone superar la situación de calle en el país. No obstante, si bien la provisión de una vivienda permanente debiese ser un objetivo central de la Política de Calle, es necesario reconocer que el alto costo de esta medida obstaculiza su masificación inmediata para todas las personas que la requieren. Por un asunto de factibilidad, se requiere articular este tipo de servicios de vivienda permanente con dispositivos de emergencia (dirigidos a proteger la vida e integridad física de quienes viven en la calle), y dispositivos transitorios (como viviendas compartidas). Sin embargo, este último tipo de dispositivos no deben ser pensados como un fin en sí mismo, sino más bien como elementos de una red de servicios orientados hacia la superación definitiva de la situación de calle. En síntesis, tanto la asistencia básica mediante servicios de emergencia, como los dispositivos dirigidos a solucionar problemas específicos y/o complejos, deben encontrarse disponibles para ser activados por todo el que así lo requiera¹²⁴.

¹²⁴Más aún, pueden haber personas que, a propósito de sus condiciones de salud, requieran estar institucionalizadas. Por ello, también deben existir servicios ad hoc a personas con dependencia funcional.

5.3. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN

En función de lo expuesto, la prevención y la superación de la situación de calle requieren disponer de servicios integrales, integrados y de calidad. De modo adicional, es necesario que los diversos dispositivos orientados a abordar el problema operen con definiciones comunes sobre los métodos más adecuados para trabajar con esta población. De modo concreto, se requiere difundir la adopción de ciertos enfoques de trabajo inspirados en una noción de ser humano digno, que respeten y estimulen su autonomía, y cuya eficacia se encuentre comprobada en base a evidencia empírica. A continuación, se describen algunos enfoques que inspiran una estrategia de trabajo para superar la situación de calle.

5.3.1. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

El enfoque de derechos humanos promueve la acción social bajo la doctrina de la Carta Internacional de Derechos Humanos, compuesta por múltiples instrumentos jurídicos destinados a resguardar las facultades, libertades, y tanto bienes como servicios que permiten a las personas vivir de modo digno.

Con respecto a los derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), la situación de calle se asocia a trayectorias prolongadas de pobreza material y simbólica, que en muchos casos comienza incluso en los primeros años de vida. Por ende, la superación de la situación de calle depende profundamente de la satisfacción de una diversidad de necesidades materiales que van desde las más urgentes (alimentación, abrigo, higiene, etc.), hasta las que aseguran la inclusión social en el largo plazo (como la vivienda estable y el trabajo decente).

Esta población también es objeto de una profunda exclusión simbólica, que se cristaliza en patrones de estigmatización y marginación por parte del resto de la sociedad (incluyendo a transeúntes, vecinos, familiares, e incluso instituciones tanto públicas como privadas). La discriminación que padecen las personas en situación de calle les impide ser incluidos en dos ámbitos cruciales para su promoción social: el mercado laboral y el habitacional, puesto que tanto empleadores como arrendadores desconfían de sus capacidades, y

les atribuyen una serie de defectos basados en estereotipos (Shier et al., 2011). Claro está, la discriminación también se expresa en situaciones cotidianas, por parte de transeúntes, vecinos, familiares, funcionarios de servicios asistenciales, entre otros ejemplos. El enfoque de derechos promueve la sensibilización de la sociedad en relación a los grupos con mayor vulnerabilidad, lo que para el caso específico de las personas en situación de calle se expresa en *derribar mitos* que describen (y distorsionan) sus prácticas de supervivencia, sus expectativas de superar la vida en la calle, y las causas que originaron dicha situación.

Con respecto a los derechos de primera generación (civiles y políticos), la participación es un principio elemental de la democracia, que permite la expansión de la libertad y entrega legitimidad a la acción del Estado (Ziccardi, 2004). La opinión de especialistas en el diseño de políticas y programas sociales es sin duda indispensable para su adecuado funcionamiento, pero este "saber experto" debe ir acompañado del conocimiento que generan las mismas personas a través de su experiencia directa. Dicho de otro modo, el incorporar las percepciones, necesidades y opiniones de los afectados por un problema social no significa necesariamente cancelar los objetivos institucionales, sino reorientarlos y/o ampliarlos (Mercosur, 2014). Ambos tipos de conocimientos deben estar correctamente balanceados en el proceso y en los resultados del diseño de políticas públicas, como requisito básico para empoderar a las personas en situación de calle y garantizar el ejercicio efectivo de sus derechos.

En definitiva, una política que sitúa a las personas al centro de sus procesos de cambio, debe reconocer y potenciar tanto las múltiples necesidades materiales e inmateriales del bienestar humano (derechos humanos de segunda generación), como la autonomía y la libertad de todas las personas (derechos humanos de primera generación). Aunque la actual Política de Calle reconoce estar guiada por la restitución de derechos fundamentales (MINDES, 2017), se requiere una operacionalización de esta perspectiva para evaluar, mediante indicadores concretos, aquellos derechos frente a los cuales las personas en situación de calle experimentan mayor vulneración. Esto implica fijar estándares mínimos de calidad para la intervención, más allá de las diversas características de las organizaciones ejecutoras.

5.3.2. ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

El enfoque de reducción de daños surge formalmente en la década de 1990, como una aproximación terapéutica para abordar el consumo problemático de alcohol y otras drogas. Este enfoque asume como premisa que las drogas no representan un problema en sí mismo, en la medida que una persona puede consumirlas sin que esto le ocasione daños a ella o al resto. El consumo de drogas, más bien, puede transformarse en un problema dependiendo de las propiedades de las drogas utilizadas; de una serie de factores individuales (psicológicos, fisiológicos y motivacionales); y del contexto en el cual son usadas (Little, 2006; Little et al., 2008). En este sentido, el consumo puede ser ordenado en un continuo que va desde lo benigno hasta lo *caótico*, nivel en el cual se evidencia el abuso, la dependencia y el daño que genera *reacciones ambivalentes* en quien consume: quiere dejar de *consumir*, pero también manifiesta el deseo de *seguir consumiendo*. El enfoque de reducción de daños busca entregar herramientas para que cada persona pueda resolver esa paradoja mediante su propia capacidad de reflexión y acción¹²⁵, sin imponer fórmulas directivas que puedan colocarlas en una posición defensiva¹²⁶ (Vakharia & Little, 2017). Al respecto, el estudio de Miller (2006) sobre los factores que influyen en la retención de las personas en los programas, concluye que los “efectos del terapeuta” (como la empatía y atención centrada en el cliente) tienen el mayor impacto en la motivación de las personas para continuar el proceso y cambiar su conducta.

Como plantea Marlatt (1996), el enfoque de reducción de daños se presenta como un *pragmatismo compasivo*, que reconoce que el consumo abusivo de alcohol y otras drogas cumple una función en la vida de cada individuo. Por lo tanto, su suspensión abrupta puede generar desajustes en la cotidianidad de los consumidores,

¹²⁵La teoría de la auto-determinación elaborada por Ryan y Deci (2000) plantea que son los objetivos motivados internamente, no los delimitados externamente, los que más se correlacionan con la motivación y -por lo tanto- con cambios de comportamiento exitosos y sostenibles (Little, 2006).

¹²⁶ Como señalan Vakharia y Little (2017): “Esto puede parecer riesgoso, pero más riesgoso aun es que el cliente abandone el tratamiento por falta de confianza con el terapeuta” (p.68).

lo cual incrementa la probabilidad de recaídas. Por el contrario, el enfoque de reducción de daños propone que las mismas personas fijen sus objetivos de corto y largo plazo, en base a una *jerarquía de necesidades* que considere sus propias prioridades. Así, los cambios conductuales pueden darse de modo consistente con los ritmos de cada cual. Aunque la abstinencia puede ser delimitada como una meta en el tratamiento, es solo una de muchas soluciones valorables. El foco, tal como lo indica el nombre del enfoque, está en reducir el daño que implica el consumo problemático de alcohol y otras drogas en los individuos, sus familias, su comunidad y la sociedad en general, lo cual puede ser alcanzado incluso sin necesariamente reducir el consumo. Así, como queda establecido en una de sus máximas, se debe apoyar cualquier cambio positivo ("any positive change"), con énfasis en el proceso más que en el resultado del acompañamiento (Vakharia & Little, 2017).

Contrario al tradicional enfoque terapéutico medicalista, moralista y criminalista, el enfoque de reducción de daños pone en segundo plano la psicopatología que afecta al individuo (y sus repercusiones morales), para centrarse en el contexto social más amplio que condiciona y estimula sus conductas de riesgo y daño (Marlatt, 1996). Advirtiendo que las personas no se desarrollan de manera aislada, sino que forman parte de un entorno social mayor, es posible comprender que los comportamientos de alto riesgo emergen como una forma de adaptarse a los desafíos y dificultades a los que se enfrentan día a día. El enfoque de reducción de daños, consciente de esta realidad, aboga por una evaluación "no juiciosa" de las conductas de riesgo¹²⁷. Por lo tanto, se plantea la inexistencia de una fórmula universal para resolver estos problemas, puesto que está siempre deberá adecuarse a las necesidades específicas que tenga cada cual.

¹²⁷ Esto reviste una relevancia significativa, considerando la dificultad implicada en la superación de prejuicios, etiquetas y estereotipos incluso en los mismos programas sociales. Como evidencia el estudio de Chacón (2017), la interacción que establecen los trabajadores de dispositivos terapéuticos para el consumo problemático de alcohol y otras drogas, suele estar permeada por percepciones estigmatizadoras. Así, se les califica de mentirosos, manipuladores, y delincuentes. El enfoque de reducción de daños busca modificar esta realidad mediante la comprensión de las conductas de riesgo y daño como una parte natural de la vida, y a través de la concientización sobre las capacidades de superación de las personas.

Asumiendo una postura sistémica, se trabaja también con el entorno más cercano de la persona, así como las interacciones que sostiene para apoyar sus procesos de cambio¹²⁸. En un nivel más amplio¹²⁹, se influye en entornos de mayor envergadura que pueden incidir en que las personas incurran en conductas de riesgo o daño. Finalmente, se busca incidir en aspectos estructurales (institucionales y culturales) que pueden influir positivamente en el bienestar de las personas, mediante el diseño y la implementación de políticas públicas inclusivas, participativas y sensibles a las necesidades de cada participante (cuya efectividad esté constatada empíricamente).

En términos más abstractos y generales, el fundamento ético del enfoque de reducción de daños se compone por los siguientes principios¹³⁰:

- Acepta que el uso de drogas lícitas e ilícitas forma parte de nuestro mundo, y opta por minimizar sus efectos dañinos en vez de simplemente ignorarlas o condenarlas.
- Entiende el uso de drogas como un fenómeno complejo con múltiples dimensiones, abarcando un continuo de comportamientos que van desde el abuso severo hasta la abstinencia total, y reconoce que algunos modos de usar las drogas son más sanos que otros.
- Establece un estándar de calidad de vida comunitaria e individual como criterio para definir políticas e intervenciones exitosas (éxito que no necesariamente equivale al cese de todo uso de drogas).
- Clama por una provisión de servicios y recursos no-juiciosa y no-coercitiva a las personas que usan drogas y a las comunidades en las cuales viven, para asistirles reduciendo el daño que conlleva.
- Asegura que los usuarios de drogas y aquellos con un uso cotidiano de uso de drogas tengan una voz real en la creación de programas y políticas diseñados para servirles.

¹²⁸ Niveles sistémicos “micro” y “meso”, respectivamente.

¹²⁹ Es decir, en el “exosistema”.

¹³⁰ Extraídos de: <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

- Afirma el protagonismo de los mismos participantes como agentes primarios en la reducción del daño que produce su uso de drogas, y busca empoderarlos para compartir información y apoyarse mutuamente en estrategias consistentes con sus condiciones reales de uso.
- Reconoce que la pobreza, la clase, el racismo, el aislamiento social, los traumas pasados, la discriminación sexual y otras desigualdades sociales afectan tanto la vulnerabilidad como la capacidad de las personas para enfrentar el daño relacionado con el uso de drogas.
- No intenta minimizar o ignorar los reales -y trágicos- daños y peligros asociados con el uso lícito e ilícito de drogas.

Estos principios son aplicables otros ámbitos fuera del tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas, lo cual ha permitido que el enfoque de reducción de daños se configure como un *movimiento general* por los derechos de las personas con *conductas de riesgo*. En un sentido filosófico, esta aproximación puede ser entendida como una actitud humanitaria que acepta la dignidad inherente de la vida, promoviendo el empoderamiento de las personas en los procesos de acompañamiento (Marlatt, Larimer & Witkiewitz, 2011). Por lo tanto, se reconoce y acepta la singularidad de cada individuo, abogando por tratamientos personalizados.

En relación con las personas en situación de calle, es posible argumentar que el enfoque de reducción de daños *no sólo es una metodología óptima para abordar el consumo problemático de alcohol y otras drogas, también es útil para inspirar y nutrir el trabajo general que se realiza con personas en situación de calle.*

Respecto a la primera aseveración, el enfoque de reducción de daños resulta especialmente idóneo para abordar el consumo problemático de alcohol y otras drogas que afecta a las personas en situación de calle, por su capacidad para adaptarse a las problemáticas, necesidades y aspiraciones de individuos con múltiples y severos problemas biopsicosociales. Como fue descrito en secciones anteriores, una proporción significativa de las personas en situación de calle presentan de forma simultánea enfermedades físicas y/o mentales, consumo de alcohol y otras drogas, ruptura de vínculos primarios, experiencias traumáticas

en su infancia o niñez¹³¹, desesperanza aprendida, entre otros factores dañinos que se acumulan y potencian mutuamente. Los programas tradicionales dirigidos a abordar el abuso de alcohol y drogas, suelen asumir una postura rígida y punitiva desde un primer minuto, estableciendo umbrales de entrada incompatibles con la capacidad y voluntad de quienes día a día deben afrontar numerosas carencias básicas. Asimismo, los objetivos se encuentran estandarizados y, por ende, se espera que las personas adecúen sus expectativas de cambio a lo que estos determinan. El tipo de aproximación descrito desmotiva a sus potenciales usuarios, lo cual contribuye a explicar la reticencia de las personas a ingresar a dichos programas y a finalizar el tratamiento¹³².

En virtud de lo anterior, los programas basados en la abstinencia no siempre son considerados como deseables cuando se trata de grupos altamente complejos, teniendo en cuenta las dificultades adicionales que presentan estas poblaciones objetivo (Collins et al., 2015). Más específicamente, en la mayoría de los casos estas personas no están preparadas para incorporarse en tratamientos que apuntan a la abstinencia, y tampoco suelen estar interesados en abandonar completamente el consumo de alcohol y/o drogas. En palabras de Little et al. (2008):



Las vidas caóticas de muchos usuarios activos, particularmente aquellos que están en situación de calle y presentan enfermedades mentales, exigen que el tratamiento de abuso de sustancias se accesible y flexible.” (p.179).

Como alternativa, el enfoque de reducción de daños está centrado en la persona, lo cual permite encajar de mejor modo con las necesidades de quienes llevan un tiempo prolongado en situación de calle.

¹³¹Lo que incluye haber egresado del sistema de protección para NNA o de instituciones penitenciarias, además de haber experimentado violencia y discriminación.

¹³²Estudios en países anglosajones han demostrado que solo entre el 15% y el 28% de las personas en situación de calle se acerca voluntariamente a los tratamientos (Rosenheck et al., 1998; Wenzel et al., 2001), y entre un 2,5% y un 33% los completan (Orwin, Garrison-Mogren, Jacobs, & Sonnefeld, 1999).

Sobre cómo los principios que inspiran al enfoque de reducción de daños pueden ser útiles más allá del tratamiento del consumo problemático de alcohol y otras drogas, cabe destacar que la terapia de reducción de daños acoge el lema "*ven tal como eres*" (Little, 2006), motivando a las personas a asistir bajo sus propios parámetros, lo que incluso puede incluir participar bajo el efecto del alcohol u otras drogas¹³³. Asimismo, se busca eliminar barreras de acceso que, por simple que parezcan, pueden suponer un obstáculo para el ingreso de las personas, como rellenar un formulario o esperar en silencio en una sala, por ejemplo (Little & Franskoviak, 2010). En segundo lugar, la probabilidad de incurrir en consumo problemático de alcohol y otras drogas se incrementa significativamente en personas con historial de traumas (Little et al., 2008), lo cual tiende a estar presente en quienes permanecen durante años en situación de calle. Este tipo de casos requiere tratamientos integrales que permitan dilucidar las raíces de sus conductas dañinas, lo cual se obtiene complementando terapias psicoanalíticas con trabajo psiquiátrico e intervenciones que aborden la dimensión social de la persona¹³⁴. En el plano operativo, es necesario contar con un equipo multidisciplinario, compuesto por profesionales de la salud, trabajadores sociales y gestores de caso, todos formados rigurosamente bajo los principios del enfoque (Hunt, 2003). Asimismo, se propone trabajar el desarrollo de capacidades de una manera integral, a fin de que las personas puedan empoderarse en la toma de decisiones y trabajar sus objetivos de manera autónoma.

5.3.3. PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

La *planificación centrada en la persona* implica transitar desde un modelo basado en respuestas *únicamente* paliativas, a uno que incorpora criterios de autodeterminación, calidad de vida, y monitoreo a los participantes en todas las etapas de la intervención (López et al., 2004). Esta lógica supone un quiebre con el clásico paradigma de intervención social, que obliga a las personas a adaptarse a los requisitos definidos por cada programa. La

¹³³Mientras no se ponga en riesgo la propia integridad ni la del resto (Little et al., 2008).

¹³⁴Little y Franskoviak (2010) dan cuenta que -al momento de escribir su investigación- el 60% de las personas participantes en su terapia de reducción de daños ha logrado administrar exitosamente su uso de drogas, el 70% presenta una salud mental más estable, el 60% está tomando su medicación psiquiátrica, y el 60% se encuentra más estable en su programa de viviendas.

planificación centrada en la persona, en cambio, busca maximizar la adaptación de los programas a las necesidades individuales, entendiendo que cada caso es único y, por ende, una intervención óptima requiere considerar y responder a esa singularidad.

De esta manera, se trabaja de modo más intensivo en las múltiples dimensiones del bienestar individual, como contribución en el proceso hacia trayectorias realmente inclusivas. Desde este principio, el vínculo institucional con la persona en situación de calle se traduce en una relación de ayuda sustentada en la empatía, orientada a facilitar el acceso al objeto de sus derechos fundamentales, y a que pueda fortalecer su concepto de sí mismo mediante la superación de las etiquetas, los estereotipos y la discriminación asociada a la estigmatización.

En esta línea, la planificación centrada en la persona busca instaurar una manera alternativa de concebir la intervención, al organizarla en torno a quien hace uso del servicio, estimulando su participación activa en el proceso de intervención, para recoger y formalizar sus expectativas en planes concretos. Esto requiere articular de modo flexible los servicios y prestaciones que se despliegan a nivel territorial, además de considerar a los diversos actores e instancias relevantes para que la persona atendida alcance sus objetivos. Sobre esto último, el proceso de planificación debe identificar los logros ideales de la población atendida, los cuales deben ser comprendidos como metas que surgen de los mismos intereses y anhelos personales. El rol de los equipos, por lo tanto, está en acompañar y apoyar la toma de decisiones de los individuos, respetando e incentivando su autonomía. Por lo tanto, ante cada objetivo o actividad que se plantee, los equipos deben intentar responder la siguiente pregunta: ¿cómo este objetivo o actividad va a ayudar a la persona a alcanzar la superación de la situación de calle?

En definitiva, el desafío que instala este principio está en transformar al participante del MISE en el protagonista de sus procesos de inclusión social, situándolo al centro de cualquier decisión que potencialmente pueda cambiar su vida. Por ende, su ruta de atención dentro del modelo, las características de la oferta de servicios disponible, la construcción del plan de trabajo y el nivel de intensidad que tendrá el apoyo, son aspectos que deben responder a los objetivos y tiempos que el proceso individual demande.

5.3.4. ENFOQUE DE TRAYECTORIAS INCLUSIVAS

El enfoque de trayectorias inclusivas incentiva el diseño de políticas públicas y programas sociales acordes a las necesidades y expectativas de las personas, flexibilidad expresada tanto en sus planes de trabajo como en sus objetivos¹³⁵. Para comprender la propuesta que representa esta aproximación, conviene precisar los diferentes conceptos de los que emerge.

El desarrollo de algunas dimensiones del bienestar, como la educación formal o el trabajo, pueden presentarse como una progresión de niveles a lo largo de la vida. Así, en la sucesión de etapas vitales interactúan factores que moldean la existencia de cada sujeto, a la luz de eventos históricos y transformaciones demográficas, culturales y económicas (Blanco, 2011). El concepto de *trayectoria* ocupa un lugar protagónico en esta aproximación, siendo definido del siguiente modo:



[La trayectoria] corresponde al camino a lo largo de la vida y se puede definir por el proceso de envejecimiento o el movimiento a lo largo de la estructura de edad [...] Las trayectorias abarcan una variedad de ámbitos o dominios (trabajo, escolaridad, vida reproductiva, migración, entre otras), que son interdependientes; el análisis del entrelazamiento de las trayectorias vitales, tanto en un mismo individuo como en su relación con otros individuos, es central para este enfoque (Fundación Paréntesis, 2015, p. 109).

Una trayectoria, en este sentido, resalta el carácter temporal de la inclusión social y el desarrollo de las capacidades individuales, en la medida que sintetiza las vivencias pasadas, la situación presente, y las expectativas futuras sobre los logros y las metas personales. Sobre este último concepto, cada sociedad define trayectorias y

¹³⁵Esta aproximación surge de la síntesis de elementos presentes en otras metodologías de trabajo, como el enfoque terapéutico contextual-relacional, el enfoque centrado en la persona, el enfoque del curso de vida, y particularmente el enfoque de reducción de daños.

metas ideales en base a normas morales y a criterios técnicos¹³⁶ que, en algunos casos, se encuentran institucionalizados en términos jurídicos (por ejemplo, la educación secundaria obligatoria). De este modo, las metas fijan límites dentro de los cuales las personas deben actuar para ser incluidos socialmente. Sin embargo, estas trayectorias y metas culturalmente “ideales”, difieren con las trayectorias y metas “reales” de muchas personas en contextos de exclusión social.

Las trayectorias desarrolladas en entornos hostiles, marcados por la carencia de recursos básicos, o por experiencias de abuso a temprana edad, incrementa la probabilidad de generar daño biopsicosocial persistente a lo largo del tiempo. Así, se configuran desventajas en las personas que les dificultan adaptarse a las expectativas que la sociedad les impone. Puesto que las “trayectorias ideales” representan un modelo poco sensible a las particularidades de la población (Simmel, 2003), se generan condiciones propicias para que las personas menos favorecidas incurran en *conductas ilegítimas* (por ejemplo, abuso de alcohol y otras drogas, vivir en la calle o practicar el robo), como forma de adaptarse al desajuste entre las “metas ideales” y los recursos con los que cuentan para alcanzarlas. Las conductas adaptativas, en consecuencia, dan lugar experiencias de criminalización, estigmatización y discriminación que refuerzan la exclusión social. Como plantean Little y Franskoviak (2010): “Entendemos que el comportamiento sirve a un propósito, y en desmedro de sus aspectos a veces auto-destructivos, comunica información esencial sobre la historia de las personas, sentimientos, y respuestas al presente entorno¹³⁷” (p. 182). Por todo lo planteado, la tarea de identificar las distintas desventajas que las personas han acumulado a lo largo de sus vidas, resulta clave para iniciar un proceso de acompañamiento personalizado en el marco de las intervenciones sociales.

El enfoque de trayectorias inclusivas cobra especial relevancia en el trabajo con las personas en situación de calle, dadas las múltiples y complejas problemáticas que se suman a -y que en parte explican- su exclusión habitacional: consumo problemático de alcohol y otras

¹³⁶ Por ejemplo, en el sistema de educación escolar se encuentran definidas edades teóricas asociadas a niveles educacionales, cursos y contenidos curriculares que se esperan cumplir.

¹³⁷ Cita traducida al español.

drogas, problemas de salud mental, ruptura de vínculos primarios, experiencias de institucionalización, entre otras. Aunque se pueden identificar semejanzas en las causas de la situación de calle entre distintos casos, la historia de cada persona, así como su relación la vida en calle, es única. En esta línea, se sugiere que los planes de trabajo aborden los problemas de las personas desde un punto de vista integral, que considere cómo diferentes experiencias negativas (por ejemplo, traumas en la infancia y desescolarización en la adolescencia) pueden ser las "raíces" de otros problemas (por ejemplo, la situación de calle), por lo que la exploración de la biografía de cada persona -siempre que éstas así lo deseen- se vuelve fundamental.

El enfoque de trayectorias inclusivas, además, comprende a los individuos como entidades autónomas, cuyas decisiones no sólo deben ser respetadas sino también incentivadas y recogidas a lo largo de un proceso que, por ende, debe ser realizado en conjunto con quienes buscan orientar su intervención. Asimismo, se observa a las personas como depositarias de un *potencial de desarrollo*, el cual puede ser estimulado y fortalecido por medio de los distintos programas sociales para que cada cual pueda delimitar y cumplir el mejor proyecto de sí mismo. Así, se asume que el ser humano presenta diversas tendencias que definen su modo de ser, las cuales se encuentran mediadas por un *entorno* que, cuando le proporcionan *aceptación, empatía y autenticidad*, pueden encauzarlas bajo sus propios anhelos e intereses. Esto implica evitar "normalizar" a las personas según los parámetros que fijan las trayectorias ideales. Más bien, tal y como propone el enfoque de reducción de daños, se busca que cada persona explore la relación que ha establecido con la situación de calle desde su pasado y futuro.

A este respecto, cabe destacar que la forma cómo están concebidos y ejecutados los programas para personas en situación de calle, define sustancialmente su motivación por hacer uso de ellos. Los enfoques tradicionales de intervención tienden a establecer exigentes umbrales de acceso y mantención en los programas, postura rígida que se invierte bajo el enfoque de trayectorias inclusivas, el cual propone flexibilizar los requisitos de ingreso y los objetivos de intervención para que se ajusten a la complejidad de quienes, como causa o consecuencia de la vida en la calle, presentan una conjunción de serios problemas físicos, psicológicos y sociales. De este modo, algunos fenómenos de aparente auto-exclusión, como la reticencia

de las personas en situación de calle a participar en programas promocionales, pueden ser entendidos como resultado de un sistema que ha fallado en reconocer y adaptarse a sus trayectorias de vida. Implementar este enfoque, por lo tanto, implica explorar y abordar las condiciones institucionales, familiares y subjetivas en las que se enmarcan las personas en situación de calle, para adecuar las trayectorias ideales a las trayectorias reales. Además, al reconocer al Estado como el principal garante de derechos y, por consiguiente, como el principal responsable de la superación de calle, el trabajo de incidencia en políticas públicas se vuelve crucial.

5.3.5. ENFOQUE DE GÉNERO

Diversos estudios -desde distintas disciplinas como la psicología, antropología, filosofía- han repensado el género como una construcción social (Castañeda y Pfeffer, 2018). Las diferentes culturas tienen distintas formas de vivir la diferencia sexual y en una misma sociedad también cambia lo que percibimos como propio de una mujer y de un hombre (Conway, Bourque y Scott, 1996). Es decir, la categoría de género es una variable mediada en términos culturales y temporales (Isnardi & Torres, 2016).

El *enfoque de género* propone reivindicar a las personas que, en virtud de su identidad de género, son objeto de diversas formas de exclusión (Faúndez & Weinstein, 2012, p.7). Desde esta perspectiva, se busca superar concepciones que “esencializan” categorías identitarias, como si mujeres y hombres fuesen inherentemente poseedores de determinadas fortalezas y debilidades. Estas representaciones culturales devienen en estereotipos que encasillan a ambos géneros en ciertos roles, lo cual conlleva consecuencias negativas sobre todo para las mujeres. Asimismo, la desigual distribución de recursos materiales y simbólicos por razones de género se expresa también fuera del binarismo hombre/mujer, afectando a quienes se definen como disidentes (LGTBIQ+).

En el caso de las personas en situación de calle, este fenómeno se plantea como uno de los ejemplos por excelencia que afectan principalmente a la población masculina. Aunque a simple vista la situación de calle puede parecer únicamente el resultado de decisiones individuales, en su origen intervienen también factores culturales que mantienen a los hombres más desvinculados de sus

redes informales de apoyo, y les hace parecer como “capaces” de soportar la vida en calle, lo cual constituye un sesgo cultural que obstruye los objetivos de la sensibilización comunitaria.

Ahora bien, las mujeres en situación de calle suelen presentar trayectorias en calle que inician producto de la violencia intrafamiliar (Núñez, 2013), lo cual supone distintas prácticas de sobrevivencia, expectativas, posibilidades de revinculación, y estrategias de intervención. Además, algunos estudios señalan que el menor registro de mujeres en situación de calle -en comparación al de los hombres- podría deberse a que su situación de calle estaría -más bien- “oculta” (*hidden homelessness*), dado que las mujeres optan por vivir con familiares, amigos o conocidos de manera informal, lo que dificulta el ser detectadas por los servicios sociales (Bretherton, 2020). Incluso algunos estudios señalan que la cantidad de mujeres adultas solteras en situación de calle podría estar aumentando (Murray, 2011; Pleace, 2016), dado que utilizarían en menor medida los programas específicos para esta población, al ser atendidas mayoritariamente por programas que trabajan con poblaciones en situación de pobreza en general, o por programas enfocados a trabajar la violencia de género. Sobre esto último, la violencia de género consiste en una de las principales causas que explican la situación de calle en las mujeres, contemplando formas de violencia física, emocional, sexual o económica perpetradas por el esposo o pareja. Por lo mismo, resulta primordial considerar las asimetrías de poder y la dependencia tanto económica como emocional que, muchas veces, incide en el regreso de las mujeres a vivir con sus maltratadores. Al respecto, es primordial considerar la asimetría de poder y tanto la dependencia económica como la emocional, que muchas veces determina que las mujeres regresen a vivir con sus maltratadores, por lo cual se requiere contar con servicios que también aborden los factores económicos y habitacionales involucrados (Mayock et al., 2016).

Por definición, el enfoque de género busca observar, analizar y promover transformaciones de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad (ONU Mujeres, 2020). Una política o programa con enfoque de género busca controlar los posibles efectos e impactos adversos derivados de las intervenciones y cuidar de no incurrir en discriminación por razón de género;

además de promover la igualdad de oportunidades con especial énfasis en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de las mujeres a través de su empoderamiento como titulares de derechos. En el plano jurídico, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce la igualdad de todas las personas sin distinción, atribuyéndoles derechos inalienables y universales. En términos de género, la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer (México 1975), y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) contribuyó a consolidar el reconocimiento de las desigualdades que exhiben nuestras sociedades entre hombres y mujeres. A partir de estos hitos, se ha instalado progresivamente la *igualdad de género*, como un estándar del desarrollo sostenible a nivel mundial.

Sobre la base de estos antecedentes, el enfoque de género resulta pertinente para la acción social con población en situación de vulnerabilidad, ya que entrega elementos necesarios para comprender cómo la pobreza y la exclusión afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres. En esta dirección, el diseño de intervenciones sociales sensibles a las diferencias de género deben apuntar a:

- La identificación de los factores de género que inciden en la mayor o menor disposición de las personas a experimentar la pobreza (causas y efectos de nacer y crecer en pobreza).
- El reconocimiento de las estrategias que adoptan las personas para enfrentar su situación de vulnerabilidad, según su género.
- Como insumo para el diseño de políticas sociales se deben contemplar soluciones que desafíen y transformen las instituciones sociales, económicas, políticas y culturales que perpetúan las desigualdades de género y la pobreza.

Lo anterior supone el identificar y cuestionar los estereotipos que pueden estar siendo promovidos de manera consiente e inconsciente por las instituciones, tanto en asuntos formales como en la interacción cotidiana con las personas que utilizan los programas. No obstante, lo anterior no significa dejar de atender las necesidades particulares que pueden presentar las mujeres en situación de calle dados los roles de género impuestos culturalmente. Por ejemplo, la caracterización presentada

anteriormente dio cuenta sobre los problemas específicos que presentan las madres en situación de calle, las que además de enfrentarse a la amenaza que representan las agresiones sexuales, deben velar por satisfacer las necesidades de sus hijos(as). Claro está, como plantea Savage (2016), existe un riesgo inherente a utilizar representaciones hegemónicas que esencializan las representaciones de género, al momento de conceptualizar a las mujeres en situación de calle. Más específicamente, es posible arribar a la representación de que algunas mujeres en dicha situación son más "dignas" que otras. Por ejemplo:



"Las madres en situación de calle que no están acompañadas de sus hijos suelen ser invisibles en modelos utilizados para investigar y comprender la situación de las personas en situación de calle. Las explicaciones sobre su situación de calle a menudo se subsumen en discursos sobre la situación de calle de los hombres. La consecuencia de este enfoque ciego al género está en que las madres en situación de calle no-acompañadas por sus hijos son etiquetadas como "indignas" o "malas" madres. El reconocimiento de las necesidades y circunstancias de las madres en situación de calle no-acompañados por sus hijos es, en consecuencia, su exclusión sobre las respuestas a las políticas orientadas a la falta de vivienda. El resultado de esto es negar el acceso a los recursos a las madres en situación de calle que no estén acompañadas por sus hijos, lo que podría mejorar su "capital nutritivo". Esto significa que las madres en situación de calle no-acompañadas de sus hijos a menudo se ven privadas de desarrollar la capacidad de brindar amor y cuidado a sus hijos cuando se separen de ellos."¹³⁸ (Savage, 2016, p.57)

Por lo mismo, se espera que la maternidad sea reconocida como un factor a considerar ya sea exista o no presencia de hijos(as) acompañando a las mujeres en situación de calle.

¹³⁸Cita traducida al español.

5.4. ENFOQUES DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Al hablar de intervenciones sociales comunitarias, se suele dar por sentado una definición clara y precisa del concepto “comunidad”. Sin embargo, este concepto destaca por su ambigüedad, refiriendo a grandes rasgos a grupos de personas *vinculadas* por distintos “tipos” de relaciones (Mulligan et al., 2016). Por ejemplo, se habla de comunidades “locales” cuando sus miembros habitan un mismo territorio, estando vinculados por una relación de vecindad. Las comunidades también pueden ser “virtuales”, caso en el que se construyen por la interacción de personas en base a sus gustos, intereses, ideologías, o cualquier otro tema. Incluso, las comunidades pueden ser “imaginadas”, cuando las personas se perciben a sí mismas como integrantes de un colectivo, sin necesariamente conocerse o interactuar entre sí (Anderson, 2016). En otros casos, el concepto de comunidad *no solo alude a los vínculos que construyen las personas entre ellas*, también incluye a las *organizaciones privadas e instituciones públicas* con las cuales interactúan, ya sea en un territorio determinado o más allá del plano local.

Por otra parte, se ha tendido a plantear que una “comunidad” es más que la simple suma de sus individuos. Una comunidad, en este sentido, implica la presencia de códigos comunes de entendimiento entre las personas que conforman un grupo, los cuales son vitales para la formación de cohesión interna (Magis, 2010). Por lo mismo, distintos hogares anclados a un mismo territorio no necesariamente calificarían como una comunidad (Chan et al., 2006). Sin embargo, diversos y complejos procesos sociales han motivado un repliegue de las personas desde el espacio público al privado, con la consiguiente desintegración de las comunidades barriales tal y como han sido entendidas durante décadas. Como plantea Waldron (2000), la imagen de una comunidad vecinal heterogénea, compuesta por personas interactuando en instancias recreativas o cívicas, compartiendo su tiempo libre y manteniendo vivas tradiciones anteriores a ellos, constituye una representación romántica de una “comunidad” cada vez menos verosímil¹³⁹. Como plantea Bulley

¹³⁹ Según datos del Estudio Longitudinal Social de Chile 2017 (encuesta representativa para el territorio nacional), del Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES), ante la pregunta “¿cuánto confía usted en sus vecinos?”, un 31,1% confía poco o muy poco, y un 24,2% confía “algo”. En esta línea, ante la afirmación “en este

(2013), muchas comunidades necesitan ser "fabricadas" antes de ser movilizadas por programas sociales, dado que los vínculos entre los habitantes de determinado espacio pueden ser débiles o simplemente inexistentes. Por lo mismo, no siempre es apropiado presuponer que las personas están cohesionadas por el solo hecho de compartir un determinado territorio.

Ante las dificultades implicadas en el intento de definir lo que es una "comunidad", es adecuado describirla desde su componente más básico: el vínculo.

En cualquiera de los ejemplos mencionados anteriormente, el concepto de comunidad hace alusión a la existencia de *vínculos*, sean estos exclusivamente entre personas o como enlace entre personas y organizaciones/instituciones. Más explícitamente, hablar de "comunidad" enfatiza la naturaleza *relacional* de los individuos, como seres interdependientes que construyen sus trayectorias vitales en conjunto. Los múltiples vínculos que las personas construyen entre sí, forman redes que permiten la circulación de recursos como la información, el apoyo emocional, el cuidado, y otros recursos tanto materiales como intangibles (Ahuja, Soda & Zaheer, 2009). Contar con estos recursos influye en la construcción de capacidades tanto individuales como colectivas, lo que impacta directamente en la superación de la pobreza y la vulnerabilidad socioeconómica: "[las redes son] uno de los activos con que cuenta el hogar para disminuir su vulnerabilidad, ya que facilita la superación exitosa de eventualidades como accidentes o enfermedades que pueden tener un fuerte impacto en el bienestar del hogar" (CMP, 2014, p. 73, en Comité Asesor Ministerial Entorno y Redes, 2016). Considerando que las personas además de establecer vínculos entre ellas, también pueden estar vinculadas o desvinculadas de contextos sociales más abstractos (como el

barrio es fácil hacer amigos", un 28,1% señala estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, y el 18,3% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo. Por último, sobre la afirmación "la gente en este barrio es colaboradora", el 20,3% señala estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, y el 19,8% señala no estar de acuerdo ni en desacuerdo. Como se puede apreciar en estos datos, alrededor de la mitad de las personas encuestadas se manifiesta en desacuerdo o indiferente ante distintas expresiones de integración comunitaria. De igual modo, CASEN 2017 da cuenta que el 72,5% de los encuestados no participa en ninguna agrupación o grupo comunitario (solo el 7,2% participa en juntas de vecinos, el 4,2% en club deportivo o recreativo, el 7,2% en organizaciones religiosas, y el 1,7% en agrupaciones de adultos mayores).

empleo, la salud o la educación), es necesario abordar la exclusión social que experimentan las personas en situación de calle desde ambos focos: la relación que establecen dichas personas con sus pares (ya sean familiares, amigos, monitores de programas, vecinos, etc.), y la que les permite acceder a contextos o *espacios socio-culturales* provistos institucionalmente.

Como plantean Wong y Hillier (2001), uno de los propósitos principales de los servicios sociales “comunitarios”, está en asegurar la cercanía de las prestaciones a los lugares donde se encuentran los participantes. Al trabajar intensivamente en un territorio determinado, es posible facilitar el acceso a dichos dispositivos y mejorar el enlace de las personas con otros proveedores de servicios sociales, lo cual robustece la integridad de los servicios en ese sector y mejora el conocimiento que las personas tienen de dicha red. En palabras de Di Iorio et al. (2016), las personas en situación de calle suelen satisfacer sus necesidades vitales (higiene, salud, alimentación, vestuario, entre otras) desplazándose cotidianamente en circuitos socio-asistenciales, como servicios provistos por organizaciones privadas, gubernamentales y de la sociedad civil. Los bienes que obtienen de este tipo de fuentes, se complementa con el apoyo que reciben de personas cercanas, incluyendo a familiares, amigos o conocidos que pueden estar o no en situación de calle.

Por lo tanto, el factor comunitario –entendido como vínculos que se establecen tanto con redes formales (institucionales) como informales (individuos)- es esencial para que las personas en situación de calle puedan proteger su integridad y superar dicha situación. No obstante la diferencia entre redes formales e informales, es importante enfatizar que se tienden a construir fuertes lazos emocionales entre quienes concurren a los dispositivos de asistencia y quienes ahí trabajan (Di Iorio et al., 2016), como una relación de apoyo y cuidado vital para generar confianza entre la persona y el ámbito institucional.

En términos más específicos, Gulcur et al. (2007) plantean que la integración de las personas en su comunidad puede ser evaluada en tres aspectos: el social, que alude a la interacción de los individuos con sus vecinos; el psicológico, que describe la sensación de pertenencia que las personas experimentan respecto a su comunidad barrial; el físico, referente al grado en

el cual una persona hace uso del espacio público. Al analizar la integración comunitaria de las personas en situación de calle bajo este prisma, cabe destacar que esta población hace del espacio público su escenario de desenvolvimiento cotidiano. Por ende, su sobrevivencia depende fundamentalmente de su grado de integración comunitaria *física*, entendida como el aprovechamiento de los recursos que le provee su entorno para conseguir resguardarse de temperaturas extremas, conseguir alimentación, adquirir vestimentas, entre muchas otras actividades vitales. Sin embargo, este tipo de integración comunitaria es ambivalente, en la medida que esta población oscila constantemente entre la ocupación del espacio público y su expulsión del mismo, o entre la libertad de circulación y la respuesta hostil por parte de los vecinos. Como señalan Berroeta y Muñoz (2003), el uso que las personas en situación de calle hacen de la ciudad configura un escenario de control y disputa, dadas las recurrentes expulsiones de las que son objeto por parte de las fuerzas de seguridad.

En línea con lo anterior, las tres dimensiones de la integración comunitaria se encuentran mediadas por las representaciones sociales que circulan culturalmente sobre las personas en situación de calle, las que suelen ser representadas ligadas a estereotipos negativos. En otras palabras, el cómo una comunidad interactúa con las personas en situación de calle depende en gran medida de las percepciones que se tienen de éstas (Gulcur et al., 2007). La arraigada estigmatización que afecta a esta población ha llegado, incluso, a traducirse en prácticas de criminalización por parte de las autoridades¹⁴⁰. En este punto es necesario reconocer que algunas de las conductas que las personas en situación de calle mantienen en el espacio público, suelen molestar al resto de los miembros que componen la comunidad¹⁴¹.

¹⁴⁰ Para el caso de Chile, un ejemplo está en la ya mencionada ordenanza municipal aprobada en agosto de 2017 por la Municipalidad de Antofagasta, que originalmente sancionaba con altas multas a quienes pernoctasen en el espacio público. Luego de la polémica suscitada, en diciembre de 2018 se dejó sin efecto el título correspondiente al artículo en cuestión.

¹⁴¹ Por ejemplo, la pernoctación en espacios de uso común (juegos infantiles, aceras, exterior de casas, etc.), así como el levantamiento de rucos o dejar deposiciones en la vía pública.

Waldron (2000) se refiere extensamente a este problema, señalando que las personas en situación de calle mantienen responsabilidades en cuanto a su relación con el entorno comunitario. Sin embargo, dichas responsabilidades deben reconocer y ajustarse a las carencias que presenta esta población en específico. Como plantea el autor, en una sociedad donde existen personas que no tienen otra alternativa más que vivir en la calle, no todos pueden establecer la misma relación de uso con el espacio público. Cuando una sociedad es incapaz de garantizar a todos sus integrantes los medios para comer, dormir o realizar cualquier otra actividad que usualmente se realiza en privado, la prohibición de realizarlas en el espacio público es tan infructuosa como injusta, en la medida que equivaldría a privar a la persona de poder satisfacer dichas necesidades. Según Waldron (2000), al regular el uso del espacio público por la vía legal, se debe considerar que una proporción de la comunidad no cuenta con infraestructura que les sirva como espacio privado, vulnerando su derecho a la privacidad.

Aunque la incomodidad que puede despertar en los vecinos el compartir los espacios públicos con las personas en situación de calle, ha surgido como un argumento para justificar su erradicación *forzosa* (por ejemplo, a través del desalojo y destrucción de rucos), Waldron (2000) es enfático en señalar que la solución a dicho conflicto no está en simplemente atacar las estrategias de subsistencia de quienes se encuentran socialmente excluidas:



Parece inconcebible quejarse y estigmatizar a los más pobres de los pobres por negarse a cooperar con este experimento de justicia “cosmética”, por negarse a desempeñar su papel en este nuevo escenario en el que toleramos y nos beneficiamos de la desigualdad mientras protegemos nuestras ilusiones y sensibilidades” (p.388).

La situación de calle no es solo un problema individual, evidencia la incapacidad de la sociedad en su conjunto por garantizar el objeto de derechos fundamentales a sus miembros. A nivel local, también refleja la indiferencia en muchos casos de una comunidad por facilitar la inclusión social de sus integrantes, en la medida que:



Los miembros de la comunidad de uno no son necesariamente personas como uno mismo: son, más bien, personas con las que uno no puede evitar interactuar. Uno ya está en una comunidad, ya está en comunidad con otros específicos; y las responsabilidades comunitarias de uno surgen de eso, no de los propios deseos o ideales. El hecho de que alguien huelga mal, se vea desaliñado o no sea la persona con la que uno elegiría asociarse no significa que no sea miembro de la comunidad. Si él está allí en las calles, las mismas calles que son la base de las interacciones sociales, comerciales y recreativas, entonces él también es miembro de la comunidad. Y cualquier historia que uno cuente sobre los derechos y responsabilidades comunales debe tenerlo en cuenta a él y a sus intereses.” (Waldron, 2000, p.405)

Según Gulcur et al. (2007), se ha comprobado que las distintas dimensiones de la integración comunitaria dependen de factores tanto individuales como estructurales. Por ejemplo, el grado de estigma percibido por las personas influye negativamente con la integración psicológica, y una mayor disfunción psico-patológica se asocia con una menor integración física. En el plano institucional, como fue mencionado anteriormente, se ha confirmado que las características de los programas residenciales influyen en el grado de integración comunitaria psicológica y social, con las modalidades “scattered houses” (viviendas dispersas en un territorio) como factores que contribuyen a dichos tipos de integración.

Sobre esto último, el factor institucional también produce efectos en la estigmatización, pudiendo incluso reproducirse en el ámbito de los servicios dirigidos especialmente para las personas en situación de calle (Rayburn y Guittar, 2013). En ocasiones, las prácticas de acompañamiento al interior de los programas pueden replicar los las relaciones de asimetría y los discursos paternalistas que predominan culturalmente, lo que se traduce en un trato que omite la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones. Dicho de otro modo, puesto que se presupone que las personas en situación de calle se encuentran “a la deriva” en términos cognitivos, se les concibe

como objetos pasivos de intervención. Además de la necesaria capacitación al personal que se desenvuelve en los dispositivos sociales, otra estrategia útil para reducir la percepción de estigma y fomentar el sentido de pertenencia comunitaria, está en la creación de instancias de participación donde las mismas personas usuarias de los programas pueden conocerse, apoyarse y tomar decisiones en conjunto: radios comunitarias, talleres de cocina, sesiones de conversación, entre otros ejemplos (Di Iorio et al., 2016).

Dada la relevancia del factor comunitario, situar a la persona al centro de sus procesos de cambio implica vincularla con una red de apoyo tanto humana como institucional, a la vez que se generan estrategias de concientización para remover el estigma que afecta a quienes viven en situación de calle. Trabajar en términos comunitarios, por ende, implica reconocer las características del entorno local: conflictos latentes y manifiestos, actores relevantes, grado de presencia e involucramiento institucional, etc. De igual modo, es necesario implementar enfoques de trabajo que consideren la relevancia de la vinculación e integración comunitaria en el proceso de intervención. Lo expuesto en esta sección encuentra su aplicación práctica en el Enfoque de Tratamiento Asertivo Comunitario y en el Enfoque de Redes, descritos a continuación.

5.4.1. ENFOQUE DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

El Tratamiento Asertivo Comunitario está centrado en la atención comunitaria de las personas con enfermedades de salud mental, mediante el desarrollo y coordinación con servicios de salud, e integración a las redes comunales (Bond, 2002). Como objetivo, busca la estabilización de los participantes al reducir su ingreso a centros hospitalarios psiquiátricos, junto con enfatizar la recuperación de su autonomía a través del involucramiento de la persona en su entorno más próximo. En este marco, se trabaja una vinculación activa entre la persona y el profesional, empleando distintas opciones de tratamiento provenientes de la red de servicios.

Las características fundamentales del Tratamiento Asertivo Comunitario están en el vínculo que establece el equipo con las personas, y en la incorporación de la comunidad local en el tratamiento. Este enfoque, además, elimina la obligatoriedad de

ciertas metas para mantenerse en los programas (Bond, 2002), lo cual coincide con el enfoque de reducción de daños. Al suprimir las prácticas coercitivas, la persona se empodera y el tratamiento deja de ser visto como una imposición.

Bajo este enfoque, el equipo debe trabajar de manera coordinada e integrada entre todas las disciplinas. La composición de éste debe ser multidisciplinario, para así proveer de manera directa todos los insumos necesarios para el trabajo (Goering, 2015). En caso de que estos insumos no estén disponibles en algún área, el equipo deberá coordinarse con las redes existentes para garantizarlo (Servicio Andaluz de Salud, 2017). Los tratamientos comunitarios, además, deben ser a largo plazo y la disponibilidad de los servicios debe ser las 24 horas del día, todos los días de la semana.

Este tipo de intervención ha arrojado buenos resultados en el trabajo con personas con problemas graves de salud mental, evitando el reingreso a hospitales u otras instituciones similares. Algunos estudios han demostrado empíricamente la eficacia de este enfoque (Bond, 2002; Latimer, 2013), reflejada en una mejoría de las personas en indicadores como la reducción del uso de los dispositivos psiquiátricos, la mejora de los síntomas y percepción de calidad de vida, la permanencia en la vivienda, el compromiso con el tratamiento, entre otros. Asimismo, el factor más relevante a considerar para el diseño y adecuación de los programas está en el grado de vulnerabilidad de la persona.

5.4.2. ENFOQUE DE REDES

En *Enfoque de Redes* puede ser comprendido desde dos puntos de vista: el individual y el organizacional, que respectivamente aluden a las denominadas *redes informales* y *redes formales*.

Entorno a las redes informales, se enfatiza la necesidad de considerar los múltiples vínculos interpersonales de los participantes en los procesos de intervención. Como seres interdependientes, los seres humanos nos requerimos mutuamente para satisfacer nuestras necesidades y desarrollar nuestras capacidades inherentes, lo cual si bien se observa a escala institucional y organizacional, también se expresa en el nivel más básico de las relaciones humanas.

Los vínculos primarios movilizan recursos relevantes entre las personas, como afecto, información, bienes materiales, entre otros. Más allá de la pernoctación en la vía pública, la situación de calle esconde un profundo quiebre de los vínculos más próximos a las personas (familiares y amigos), lo cual tiende a suceder previamente a ingresar a dicha situación y se profundiza una vez en ella. Por ende, el bienestar de las personas en situación de calle se ve vulnerado en gran medida por la soledad, que limita sus expectativas y posibilidades de superar la vida en calle. La revinculación, como parte de la intervención, se dirige a recomponer o fortalecer los lazos de las personas en situación de calle con personas significativas en su vida.

En segundo lugar, la institucionalidad referente a las políticas sociales ejecuta sus programas a través de organizaciones usualmente especializadas en proveer un tipo de servicio (alojamiento, salud, empleabilidad, etc.), por lo que cada una trabaja sobre una cantidad limitada de dimensiones del bienestar. Aunque esta fragmentación puede generar consecuencias positivas, como la sofisticación de un conocimiento experto altamente especializado, también repercute negativamente en las posibilidades de incidir *integralmente* en la vida de las personas. Por lo tanto, la integración de las distintas organizaciones (y actores) relevantes para la superación de la situación de calle, resulta vital de cara a maximizar la eficacia y eficiencia de las intervenciones. Mediante la creación de vínculos de colaboración y coordinación, se espera que las organizaciones dejen de operar en aislamiento, complementándose mutuamente en pos de un objetivo común.

La ausencia de vínculos entre los actores involucrados en abordar la situación de calle, impide la definición de objetivos y estrategias comunes para aunar esfuerzos y construir sinergia entre ellos. El enfoque de redes promueve la construcción y fortalecimiento de estos vínculos, como requisito para la integración de servicios y posterior entrega de servicios integrales. En las siguientes páginas se profundiza sobre las distintas formas que pueden adoptar los esfuerzos mancomunados entre organizaciones, así como las dificultades y precauciones que deben ser consideradas en el proceso de integración.

5.5. INTEGRACIÓN, INTEGRALIDAD Y CALIDAD

Como se ha planteado anteriormente, las diversas dimensiones que interactúan en el surgimiento de la situación de calle, sumado a la existencia de múltiples perfiles de personas en este contexto, producen una complejidad difícil de ser abordada con intervenciones lineales, basadas en el cumplimiento progresivo de etapas -siendo la última la inclusión "plena", como propone el Modelo Escalera-.

Se recomienda que los programas de intervención tengan siempre equipos de trabajo estables (puesto que la permanencia de las personas en dichos programas depende en gran medida del vínculo que se establece con los profesionales), que la intervención se realice lo más tempranamente posible en las trayectorias de quienes llegan a la situación de calle, y por sobre todo, que el trabajo se realice de manera integral. Es decir, se debe atender la heterogeneidad de situaciones y problemáticas asociadas a la situación de calle, lo que conlleva considerar tanto el nivel individual como el familiar, e incorporar marcos analíticos y operacionales tanto multidimensionales como multidisciplinarios (Data Voz Statcom, 2017). Considerando que las personas en situación de calle son sujetos de derechos con vulneraciones que afectan distintos ámbitos de su vida, el principio de integralidad se operacionaliza por medio de:

- Diagnósticos especializados, situacionales y desde la perspectiva de los derechos humanos.
- A través una respuesta institucional diversificada y flexible -por medio de la acción en red- que contemple tanto servicios de emergencia como promocionales.

Para asegurar la provisión de servicios integrales, es indispensable robustecer la *integración* misma de la red de programas dirigidos a las personas en situación de calle. La falta de coordinación entre las distintas organizaciones y actores que componen la red de asistencia, es un rasgo común de la estructura institucional orientada a abordar la situación de calle en los países latinoamericanos (Red Calle, 2018), lo cual se expresa tanto a nivel vertical (municipal, regional y central) como horizontal (entre distintos ministerios, por ejemplo). Al respecto, el principio de integración fomenta la creación de relaciones inter-institucionales que agreguen valor y refuercen el cumplimiento de la misión institucional (Llanes-Fontl et al., 2014).

Sin embargo, la desconexión intersectorial es característica de las políticas sociales en Chile, no siendo la excepción la Política de Calle. Esto significa que los servicios del Estado presentan déficits en la articulación de sus servicios sociales, lo cual merma sus capacidades para trabajar de modo integral con las personas, y así volver como un objetivo factible la prevención y a la superación de la situación de calle. En la actualidad, la política social para personas en situación de calle no figura como un sub-sistema en sí mismo dentro del Sistema de Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, alojándose principalmente en el Subsistema Seguridades y Oportunidades. En este sentido, la falta de la infraestructura institucional y del financiamiento necesario para abordar el fenómeno de la situación de calle en Chile, se traduce en importantes brechas de cobertura (Matriz de Inclusión, 2019c).

Según Nuria Cunill-Grau (2014), la intersectorialidad puede referir tanto a los vínculos entre diferentes sectores del Estado, como a las relaciones entre el sector público y el privado. En cualquiera de los dos casos, las asociaciones inter-organizacionales buscan mejorar el desempeño en la entrega de bienes y servicios que “no se producirían si la acción se desarrolla unilateralmente” (p. 7). Por ende, la intersectorialidad se justifica cuando se requiere abordar simultáneamente diversas necesidades y los recursos para esa tarea provienen de distintas entidades (públicas o privadas).

Cabe mencionar que la intersectorialidad no es un modelo de gestión en sí mismo, sino una característica o rasgo de éste. En otras palabras, un modelo de gestión puede -o no- operar bajo una lógica intersectorial, dando lugar a instituciones y programas que, a pesar de pertenecer a distintas reparticiones públicas¹⁴², conforman la estructura de un único sistema de prestaciones. En concreto, las relaciones colaborativas tienden a ser flexibles y horizontales, aunque pueden contar con un único mecanismo de coordinación que facilite el intercambio de información¹⁴³.

Al integrar los servicios para personas en situación de calle es posible realizar intervenciones y suministrar recursos acordes a la complejidad del fenómeno, puesto que su superación requiere

¹⁴² O ser de distinta índole en lo que respecta a su raíz pública o privada.

¹⁴³ Como el Gestor de Casos propuesto en la sección 4 del presente documento.

asegurar la disponibilidad de una amplia gama de servicios que puedan activarse oportunamente a medida que las personas así lo requieran. En esta línea, la perspectiva intersectorial es indispensable para la prevención y superación efectiva de la situación de calle.

5.5.1. LA COLABORACIÓN INTER-ORGANIZACIONAL COMO MEDIO DE INTEGRACIÓN

La colaboración inter-organizacional surge para mejorar la capacidad de distintas agencias con miras a un objetivo común (Fletcher et al., 2009), propiciando rendimientos difíciles –o imposibles– de alcanzar operando de manera individual¹⁴⁴. Como plantean Fleury et al. (2014) en su análisis de organizaciones abocadas al trabajo con personas en situación de calle en Montreal (Canadá):

“Los individuos en situación de calle a menudo enfrentan problemas múltiples de salud y/o sociales, y requieren, por lo tanto, diversos servicios desde organizaciones para satisfacer necesidades como comida, alojamiento, vestimenta, asistencia financiera, cuidado médico y tratamiento para trastornos mentales o de adicción. Dado que no existe una única organización que puede lidiar con todos estos problemas, las personas en situación de calle a menudo ‘caen por las grietas’ [145]. Por lo tanto, la colaboración interorganizacional es fundamental para cumplir necesidades de esta población vulnerable.”¹⁴⁶ (Fleury et al., 2014, p. 2)

Claro está, como los mismos autores aclaran, distintos entornos institucionales influyen sustancialmente en la estructura de la colaboración. Por ejemplo, en el caso de Fleury et al. (2014) (Provincia de Quebec, Canadá) las personas en situación de calle hacen uso de los mismos servicios que utilizan las personas que no están en situación de calle –o no se encuentran en riesgo de estarlo–, lo cual contrasta

¹⁴⁴ De todos modos, la colaboración puede crear más problemas de los que resuelve, dada la interconexión de los procesos y la alta incertidumbre respecto al resultado de los cambios introducidos (Bryson et al., 2006).

¹⁴⁵ Es decir, pierden acceso al “caer por espacios” que las organizaciones no logran cubrir (como los requisitos para pertenecer a la población objetivo de un programa).

¹⁴⁶ Como los enfocados en el consumo problemático de alcohol y otras drogas, o de tratamiento terapéutico para la salud mental.

con arreglos institucionales donde existen programas enfocados específicamente para esta población¹⁴⁷. Por lo mismo, la posibilidad de establecer vínculos de colaboración -y las características que estos asumen- varía dependiendo de cada contexto.

La falta de coordinación entre distintas organizaciones puede derivar en barreras al acceso de las personas en situación de calle a sus servicios, y con ello, perpetuar la vida en calle. La exhaustiva revisión bibliográfica de Whittle et al. (2017) es particularmente ilustrativa al respecto¹⁴⁸. En específico, los autores describen cómo la inconsistencia en la población objetivo de distintos programas puede dar lugar a duplicaciones innecesarias de la oferta de servicios, y a excluir a grupos que no calzan con los perfiles indicados. Asimismo, la falta de cohesión entre las organizaciones puede derivar en conflictos entre los programas, descoordinaciones, e incongruencias en los modos de trabajo, problemas reconocidos ampliamente como barreras al acceso. Como señalan Piat et al. (2015), existen factores estructurales que exacerbaban los riesgos individuales de ingresar a la situación de calle, lo cual sucede -por ejemplo- con el alto riesgo de quienes egresan del sistema de protección para NNA gravemente vulnerados en sus derechos, o para quienes han cumplido penas privativas de libertad. En este sentido, la transición entre servicios dirigidos a distintas fases del ciclo vital¹⁴⁹, puede actuar como una barrera de no existir procedimientos claros de derivación, finalización del acompañamiento y responsabilidad de la organización con las personas atendidas, sucediendo lo mismo en el caso de quienes egresan luego de cumplir penas aflictivas en recintos penitenciarios.

Como señalan Guo y Acar (2005), las estrategias colaborativas son el resultado de esfuerzos organizacionales dirigidos a gestionar las incertidumbres en su entorno, maximizar recursos y gestionar su dependencia de elementos externos. Así, las organizaciones se ven motivadas a colaborar para mejorar su oferta de servicios y maximizar el principio de costo-efectividad. La integración, en este

¹⁴⁷ De todos modos, la colaboración puede crear más problemas de los que resuelve, dada la interconexión de los procesos y la alta incertidumbre respecto al resultado de los cambios introducidos (Bryson et al., 2006).

¹⁴⁸ aunque su análisis se acota a los servicios de salud mental, es extrapolable a prácticamente cualquier tipo de barrera inter-organizacional.

¹⁴⁹ Como los representados por los servicios para NNA y los para adultos, o entre adultos (no mayores) y adultos mayores.

sentido, posibilita optimizar tanto la calidad como la diversidad de las prestaciones entregadas, junto con ampliar el acceso a dichos servicios y asegurar una mayor satisfacción de las personas usuarias (Fleury et al., 2014). Ahora bien, sobre los componentes de la colaboración Wenzel et al. (2004) examinaron los vínculos colaborativos en más de una decena de programas abocados a resolver problemas relacionados con drogas en Estados Unidos, evaluando sus prácticas de colaboración en once dimensiones¹⁵⁰:

- 1 Adaptación a los estándares de trabajo de otras organizaciones.
- 2 Uso de servicios de gestión de casos.
- 3 Formación cruzada del personal.
- 4 Formalización de convenios inter-institucionales.
- 5 Intercambio de recursos.
- 6 Evaluación conjunta de los usuarios.
- 7 Planificación conjunta de los objetivos de servicio a los usuarios.
- 8 Derivaciones de usuarios.
- 9 Sensibilidad mutua a las preocupaciones de las otras organizaciones.
- 10 Intercambio de información sobre los usuarios.
- 11 Reuniones del personal.

Si bien todas las dimensiones anteriormente listadas son relevantes para fortalecer los vínculos colaborativos, cabe destacar el punto número 2: la gestión de casos. Según Fletcher et al. (2009), tomando como caso de estudio los programas de reinserción criminal y tratamiento problemático de alcohol y otras drogas, la gestión de casos constituye una estrategia efectiva para maximizar la satisfacción de necesidades y reducir el comportamiento delictivo de las personas usuarias. Los gestores de caso, según el autor, actúan como “llaves de paso” entre

¹⁵⁰ Asimismo, Bryson et al. (2006) describe seis aspectos del proceso colaborativo: creación de acuerdos iniciales, construcción de liderazgo, construcción de legitimidad, construcción de confianza, gestión de conflictos, y planificación.

distintas organizaciones al vincular y coordinar servicios tanto dentro como fuera de sus propias agencias¹⁵¹.

Por otra parte, es importante destacar que la colaboración inter-organizacional suele ser el resultado de un largo y lento proceso de formación, implementación y mantención a través del tiempo por medio de secuencias repetitivas de negociación, desarrollo de compromisos y ejecución de los mismos (Fletcher et al., 2009; Thomson & Perry, 2006). Dependiendo de la intensidad del trabajo en conjunto¹⁵², es posible identificar distintas tipologías de colaboración. A grandes rasgos, la colaboración puede ser estructurada como un continuo que va desde una simple interacción en la cual una organización –usualmente- intercambia un recurso con otra, hasta la fusión legal de ambas entidades. Si bien este ejemplo representa un caso extremo y por ende infrecuente, las organizaciones involucradas en la integración de servicios suelen enfrentarse al riesgo de perder parte de su autonomía e identidad en el proceso, lo cual es descrito por Thomson y Perry (2006) tomando como ejemplo una organización de base religiosa: “[La pregunta es] ¿Cómo mantenemos nuestra identidad como iglesia? Por tu circunscripción, por tu base de recursos, tienes que velar por tu [propia] identidad”. En este punto, es importante señalar que los objetivos generales explícitos de la red colaborativa pueden no incluir objetivos específicos de cada organización integrante, razón por la cual cada una se enfrenta al desafío de equilibrar ambos propósitos.

Como ejemplo de los distintos niveles que puede asumir el trabajo inter-organizacional, Konrad (1996) plantea un marco jerárquico de integración de servicios que van desde actividades informales y poco estructuradas, hasta la formalización de protocolos, procedimientos o acuerdos mediante manuales, dividiendo su modelo en cinco niveles ordenados a lo largo de un continuo:

- 1. Intercambio de información y comunicación:** los representantes de las organizaciones comparten información sobre sus usuarios, servicios, programas, entre otros, a través de procedimientos (como reuniones o

¹⁵¹ Esta modalidad de gestión es descrita en profundidad más adelante en el presente documento.

¹⁵² O bien, de la “interpenetración” entre las actividades que realiza cada organización.

informes) que pueden variar en su frecuencia. La relación entre las organizaciones generalmente está desestructurada en términos formales.

2. Cooperación y coordinación: las actividades inter-organizacionales están más estructuradas, con actividades que incluyen derivaciones de usuarios más o menos recíprocas, acuerdos verbales para mantener reuniones periódicas, acuerdos verbales para dar prioridad a ciertas respuestas, trabajo conjunto de incidencia en políticas públicas, entre otros ejemplos.

3. Colaboración: el concepto de colaboración propiamente tal implica formas relativamente estructuradas de operación conjunta, lo cual se expresa en que los programas de dos o más agencias trabajan a la par para lograr objetivo común. La colaboración incluye asociaciones a través de acuerdos escritos, procedimientos de operación formalizados, posible financiamiento conjunto, creación e implementación de sistemas de registro e información conjunta, capacitación cruzada del personal, entre otros ejemplos.

4. Consolidación: un sistema consolidado de colaboración suele implicar la centralización de ciertas actividades esenciales (como administración financiera o programática) en una organización autónoma para este propósito.

5. Integración: un sistema completamente integrado requiere una única autoridad que opere de manera colectiva, multipropósito y con un alcance holístico, encargada de la gestión y la toma de decisiones operacionales. En este nivel, las barreras de acceso entre los servicios de distintas organizaciones son prácticamente inexistentes, para lo cual la gestión de casos se vuelve indispensable.

El modelo anterior, no obstante, plantea una forma de concebir la colaboración en términos jerárquicos, que no necesariamente es la única alternativa para sostener una alta integración entre distintas organizaciones y o sectores (público/privado). El funcionamiento en red, en cambio, suele ser más adaptativo gracias a su flexibilidad, aunque los vínculos entre las organizaciones pueden romperse con mayor facilidad y la descoordinación también tiende a ser mayor en comparación con las estructuras jerárquicas (Fleury et al., 2014).

No obstante todo lo anterior, existen numerosos factores que obstaculizan o facilitan la colaboración entre organizaciones de distintos sectores institucionales (público/privado) o ámbitos de intervención (salud, servicios sociales, alojamiento, etc.). Sobre este punto, la investigación de Guo y Acar (2005) explora en profundidad cuáles son los factores que incrementan la probabilidad de que las organizaciones desarrollen actividades colaborativas. Su estudio empírico demostró que existe una mayor probabilidad de que las organizaciones sin fines de lucro establezcan actividades colaborativas formales cuando cuentan con un mayor financiamiento, son más antiguas en comparación al resto, su directorio suele tener más vínculos con otras ONGs, y reciben financiamiento del Estado (pero sin depender exclusivamente de estas fuentes).

Sobre las razones que explican estas correlaciones, como se ha mencionado anteriormente, un primer problema que enfrenta todo proceso colaborativo corresponde a la pérdida de autonomía de las organizaciones involucradas, la cual además tiende a ser asimétrica en la medida que las más pequeñas, jóvenes, y con menores recursos pueden ser absorbidas en gran medida por entidades con mayores recursos e influencia (Guo & Acar, 2005). En línea con lo anterior, la edad de una organización impacta en su disposición a colaborar, en la medida que este factor predice qué tanto han logrado resolver las necesidades elementales para su funcionamiento. Por lo mismo, es más probable que las organizaciones más jóvenes se vean forzadas a priorizar la búsqueda y sostenibilidad de fuentes de financiamiento y otros problemas antes de embarcarse en iniciativas colaborativas. Por otro lado, es usual que el miembro directo de las organizaciones sin fines de lucro mantenga vínculos con otras ONGs, intermediarios que pueden ser aprovechados para facilitar el establecimiento de procesos colaborativos formales. Por último, se plantean dos explicaciones en tensión: la presencia de financiamiento estatal incrementa la presión por generar lazos colaborativos, dado que la organización en cuestión debe rendir cuentas y por ende tiene más incentivos para buscar apoyo, pero una alta diversidad de fuentes de financiamiento estatal desincentivan la colaboración, ya que se satisfacen en mayor medida las necesidades de financiamiento. Por ende, aquellas organizaciones que se encuentran a medio camino (reciben financiamiento estatal pero escasamente diversificado) tienen mayor probabilidad de generar lazos colaborativos.

En lo que concierne a casos concretos de estudio, la mencionada investigación de Fleury et al. (2014) en Quebec (Canadá), utilizó cuestionarios para evaluar distintos aspectos¹⁵³ del trabajo colaborativo que mantienen las organizaciones que trabajan directa o indirectamente en la inclusión de las personas en situación de calle, en los ámbitos de empleabilidad, justicia, educación, housing, entre otros. Sus resultados revelaron que todas las organizaciones presentaron vínculos directos o indirectos en una sola gran red, dando cuenta de una alta densidad de la misma. Contrario a lo que pudiese parecer, una red muy densa conlleva tanto ventajas como desventajas:



Una alta densidad puede conllevar aspectos positivos pero también negativos. Puede indicar la existencia de valores y creencias compartidas entre los miembros de la red de organizaciones de personas en situación de calle en Montreal, lo cual facilita el intercambio de información y la toma de decisiones. Es posible que la alta densidad de la red de organizaciones de personas en situación de calle en Montreal sea beneficiosa para las personas en esta situación, dado que puede reducir el riesgo de 'caer a través de las grietas', excepto cuando ellos rehúsan los servicios. Sin embargo, las conexiones con recursos externos pueden restringirse con una red de alta densidad. Dentro de la red de organizaciones de personas en situación de calle en Montreal, existe poca colaboración y pocas relaciones formales con el sector público de salud, lo cual significa que quizás muchas personas en situación de calle con perfiles crónicos y complejos pueden no tener acceso a servicios sociales y de salud [...] Es más, el rendimiento de una red puede verse comprometida cuando la densidad es muy alta [...] Como el número de organizaciones en una red aumenta, se vuelve más difícil para que trabajen armoniosamente."¹⁵⁴ (Fleury et al., 2014, p. 12).

¹⁵³Derivaciones, satisfacción de las personas con los servicios, población objetivo de ambas, presencia de acuerdos formales, reuniones periódicas, etc.

¹⁵⁴Cita traducida al español.

No obstante la densidad de la red en cuestión, la dirección de los vínculos tendía a variar¹⁵⁵. En este sentido, la colaboración inter-organizacional se vio influenciada por dos características: la cantidad de servicios ofrecidos y el tipo de organización. Sobre el primer factor, se señala que las organizaciones que ofrecen mayor número de servicios resultan más atractivas para otras organizaciones, y también tienen mayor interés en cooperar¹⁵⁶. En segundo lugar, las organizaciones abocadas a la salud mental proveen y reciben menos derivaciones¹⁵⁷ que otros tipos de organizaciones, lo cual se especula que se produce porque algunas organizaciones solo proveen derivaciones, mientras otras solo las reciben (dadas las características de la población en situación de calle en determinada zona). Por el contrario, la mayoría de las organizaciones que proveen alojamiento a largo plazo eran contactadas por las organizaciones de salud mental, pero esta relación no era recíproca. Esta situación se explica porque las organizaciones que ofrecen alojamiento a largo plazo tradicionalmente trabajan con un número reducido de personas, a las cuales se les provee un amplio rango de servicios que satisface casi todas sus necesidades esenciales. Sin embargo, dado que muchos de los vínculos entre las organizaciones de esta red sí son recíprocas, se sugiere que la estructura de dicha red no es jerárquica, creando una alta descentralización que conlleva un liderazgo “policéfalo”. La coordinación, en este marco, generalmente implicaba intercambios voluntarios e informales. Muchas organizaciones sin fines de lucro se mostraban reacias a formalizar sus relaciones con organizaciones públicas por temor a perder su autonomía, aunque el financiamiento público simultáneamente actúa como incentivo a la formalización¹⁵⁸. Si bien la integración en una red descentralizada se caracteriza por su flexibilidad, también es apropiada para resolver problemas poco complejos. En palabras de los autores:

¹⁵⁵Es decir, el tipo de vínculo que establecen las organizaciones entre sí.

¹⁵⁶Se especifica, también, que “la falta de recursos es un incentivo para cooperar, pero un mínimo de servicios es necesario para apoyar dicha colaboración” (Fleury et al., 2014, p. 14).

¹⁵⁷Según señalan los autores, las derivaciones corresponden al principal ejemplo de colaboración inter-organizacional, requiriendo un bajo grado de dependencia mutua, y usualmente ni siquiera requiere acuerdos formales (Fleury et al., 2014).

¹⁵⁸Sobre esto último, es importante destacar que en muchos la colaboración informal marca el punto de partida para la creación de convenios en el futuro.



...considerando que la mayoría de los individuos presentan perfiles complejos y crónicos, una mayor formalización y una mejor integración de la red de organizaciones para personas en situación de calle de Montreal, particularmente entre los sectores de salud y servicios sociales, se ve como necesaria para mejorar los servicios. Diversas estrategias de integración, como oficinas de enlace, gobernanza centralizada y capacitación interorganizacional, podrían ser introducidas para incrementar la capacidad para colaborar de varias organizaciones.”¹⁵⁹ (Fleury et al., 2014, p. 15)

Otro caso de estudio es provisto por Sigurgeirsdóttir (2017), quien estudió la colaboración entre diversas organizaciones involucradas en el trabajo con personas en situación de calle en Islandia. Como plantea la autora, la colaboración requiere diversos recursos para ser sostenible a lo largo del tiempo: financiamiento, apoyo administrativo, equipamiento, espacio para reuniones, y acuerdos formales (p. 17). El éxito de las experiencias colaborativas depende estrechamente de estos elementos, hasta el punto que la colaboración sin su base podría generar más problemas de los que resuelve o, incluso, podría concluir inevitablemente en un fracaso. Los resultados de esta investigación dan cuenta de un alto grado de colaboración informal entre los servicios existentes, por lo que la coordinación entre distintos programas o instituciones depende fundamentalmente de la voluntad de cada trabajador social. En este sentido, el trabajo conjunto queda a discreción de cada empleado, lo cual atenta contra la sistematicidad, consistencia y equidad en la entrega de prestaciones a cada persona que así lo requiere. Un tipo de colaboración formalizada mediante normas conjuntas, en cambio, establece bases que aseguran -con mayor probabilidad- la puesta en práctica de acciones colaborativas (como derivaciones) cuando así corresponda. A diferencia de otras investigaciones, Sigurgeirsdóttir (2017) entrevistó también a las mismas personas en situación de calle, quienes señalaron que no existe colaboración sin ellos. Sobre esto, los entrevistados indicaron diversos

¹⁵⁹ Cita traducida al español.

obstáculos a la colaboración entre organizaciones, siendo la más relevante de ellas la contradicción entre diferentes percepciones -o explicaciones- sobre cuál es la causa de la situación de calle, lo que conlleva que se prioricen ciertos tratamientos por sobre otros. Nuevamente, se señala que la falta de cohesión y la presencia de vínculos colaborativos frágiles dificultan abordar la complejidad que caracteriza a la situación de calle.

Por último, resulta útil mencionar el estudio de Morrissey et al. (2002) dirigido a evaluar la integración de servicios del programa ACCESS (*Access to Community Care and Effective Services and Supports*), el que está a mejorar la integración en el sistema de entrega de servicios para personas en situación de calle con trastornos mentales severos en Estados Unidos, a través de financiamiento y asistencia técnica para tales fines. El contexto en el que se implementó este programa se caracterizaba por la coexistencia de organizaciones que, individualmente, no ofrecían el rango completo de servicios requeridos por las personas en situación de calle con problemas mentales de gravedad, por lo que cada una se complementaba con otra para abordar las necesidades clínicas y socioeconómicas de la población. Los resultados dan cuenta que el objetivo original del programa ACCESS, promover la integración sistémica del entorno institucional orientado al trabajo con personas en situación de calle, no fue logrado con éxito. Sin embargo, la evaluación confirmó una mejora sustancial de la integración entre las organizaciones con las que trabajó directamente y el entorno más próximo de éstas, lo cual demuestra la dificultad de promover procesos de integración de servicios cuando no existen intervenciones directas en cada organización involucrada. En este sentido, ir contra la inercia de las prácticas cotidianas requiere generar incentivos lo suficientemente atractivos como para estimular prácticas colaborativas.

5.6. LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS PARA UN TRABAJO INTEGRAL CON LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Las personas en situación de calle corresponden a una de las poblaciones *más pobres entre los pobres*, lo cual se identifica con las múltiples y diversas esferas sociales de las cuales son excluidos, y con el progresivo deterioro de su salud física y mental, que experimentan como producto del hostil entorno que representa la calle. En muchos casos, esta situación surge como el resultado de una acumulación de experiencias adversas asociadas a la pobreza, pudiendo afectar a las personas en etapas claves para el desarrollo de las capacidades necesarias para la vida adulta. Así, quienes se encuentran en situación de calle tienden a presentar prolongadas *trayectorias de exclusión*, que en la mayoría de los casos vuelven ineficaces las intervenciones centradas en ámbitos parciales y predefinidos sin considerar la biografía particular del individuo y sus propios ritmos de trabajo, expectativas de la intervención, y metas de vida.

La disposición de metodologías y enfoques de trabajo insensibles a las diferentes problemáticas, capacidades e intereses que presentan las personas en situación de calle, se explica –en parte– como consecuencia de la profunda estigmatización que afecta a esta población. Aunque existan prejuicios en torno a su reducida autonomía para avanzar hacia la superación, y a la creencia de que están en esa situación principalmente por su propia voluntad, los datos presentados a lo largo de este documento cuestionan esas creencias, al evidenciar una notable capacidad de las personas en situación de calle para sobreponerse a la pluralidad de adversidades que enfrentan diariamente, y al argumentar que la vida en calle es una reacción adaptativa a graves contextos de vulneración de derechos. En este sentido, vivir en la calle no aparece como una elección óptima o ideal para las personas, sino a una decisión forzada por un entorno carente de vínculos de apoyo, afecto, comprensión, y la falta de bienes como una vivienda estable o acceso a servicios de salud.

Asimismo, la estigmatización difunde estereotipos culturales que describen a esta población como compuesta únicamente por hombres adultos que viven solos. Si bien este perfil es el mayoritario, la situación de calle engloba a sub-poblaciones con características

muy particulares. Para los NNA, por ejemplo, la pernoctación en calle suele acontecer de manera intermitente, dado el vínculo que mantienen con sus familias y con las residencias de protección. Aunque no presentan mayores problemas de funcionalidad, sí se relacionan con un alto consumo problemático de alcohol y otras drogas. En el caso de los adultos mayores, por el contrario, la ausencia de vínculos primarios y numerosos problemas de funcionalidad requieren prestaciones acordes. La compleja tarea de representar y describir a las personas en situación de calle se observa también en las dificultades implicadas en su definición conceptual, y en la correspondiente estimación de su magnitud como problema social, lo que hasta el día de hoy representa un desafío para el país.

Luego de un proceso de reflexión y autocrítica, las Fundaciones Hogar de Cristo reconocen la necesidad de modificar el modo a través del cual se entiende y aborda la situación de calle, en función de lo ya descrito. *El Modelo Integrado de Servicios (MISE)*, presentado en las siguientes páginas, está formulado para responder a la complejidad de este fenómeno. Para la superación efectiva de la situación de calle, se requiere reconocer el carácter multidimensional del problema como condición para trabajar de manera *integral* en las distintas esferas del bienestar, y así situar realmente a la persona al centro de los dispositivos de intervención. Esto implica pensar en orientaciones para que los programas sociales incluyan enfoques y metodologías de trabajo que respeten la dignidad y los derechos de las personas, pero también -y particularmente- diseñar un modelo de gestión que estimule la complementación entre cada programa social. De este modo, al integrar de manera orgánica los distintos servicios dirigidos a las personas en situación de calle, la persona puede iniciar un proceso de superación sostenido y personalizado, en el cual los servicios tanto de emergencia como promocionales estén disponibles para su uso según cada caso.

A continuación, se presenta el MISE como propuesta que recoge los aprendizajes planteados anteriormente, dando cuenta de sus principales objetivos, servicios, orientaciones, herramientas, y las condiciones para su implementación.



CAPÍTULO 06

Modelo Integrado de Servicios (MISE)

Como respuesta a las múltiples trayectorias de exclusión que presentan las personas en situación de calle, y a la fragmentación de los dispositivos orientados a abordar este fenómeno en Chile, se presenta el *Modelo Integrado de Servicios (MISE)*, el cual sitúa a la persona al centro de sus servicios estableciendo un sistema de gestión orientado a complementar distintas prestaciones, áreas de especialización, proximidad geográfica, y *expertise* técnica.

Figura 3: La persona como eje del modelo de servicios



Modelo Integrado de Servicios (MISE)

Fuente: Elaboración propia

El MISE articula, coordina y orienta múltiples dispositivos hacia un mismo fin estratégico: *la superación de la situación de exclusión social de quienes habitan en calle*. Para alcanzar este fin se disponen dos niveles de servicios: el de emergencia y el promocional. Mientras que el primero se enfoca en satisfacer necesidades básicas, el

segundo busca resolver problemáticas más complejas. Cabe resaltar que no se exige a las personas transitar por uno de estos niveles para acceder al otro, dado que así como las *trayectorias de exclusión* pueden ser muy distintas entre sí, también lo son las *trayectorias* que siguen las personas hacia la *inclusión social*. Mientras que en algunos casos las personas requerirán utilizar solo los servicios del primer nivel, en otros casos el alto deterioro biopsicosocial puede requerir que se utilicen prestaciones en ambos niveles. Más allá de las diferencias, la finalidad sigue siendo la superación de la situación de calle.

En concreto, el MISE está enfocado en establecer alianzas estratégicas con actores multisectoriales a nivel local, regional y nacional, a fin de generar un robusto sistema público-privado que fortalece el trabajo de cada organización y lo encausa en una sola dirección, para lo cual se busca coordinar los procesos de monitoreo, desarrollo de prestaciones, y evaluación entre diferentes entidades. Así, el MISE representa un paso en el camino hacia la transformación de *biografías de exclusión en trayectorias de inclusión*.

El principio de *integración* se plantea como sello distintivo del MISE, el cual se entiende tanto en un sentido vertical como horizontal. La integración vertical alude a la cohesión entre unidades operativas ubicadas en distintos niveles de la jerarquía institucional, y a la articulación de las distintas escalas de acción en las que se despliegan las políticas sociales (regional y local). La integración horizontal, por su parte, persigue que el modelo sea sensible al carácter multidimensional de la exclusión social, expresado en un mismo plan de trabajo.

Por medio de esta forma de estructurar la oferta social, resulta más factible abordar las múltiples situaciones de exclusión asociadas a diversos perfiles, lo que conlleva considerar los niveles de trabajo individual y familiar; incorporar marcos analíticos y operacionales tanto multidimensionales como multidisciplinarios; y adoptar enfoques sensibles a las diferencias categoriales (enfoque de género, por ejemplo), respetuosos de la autonomía individual (enfoque de derechos humanos y enfoque de reducción de daños); que entregan continuidad a los procesos de intervención para revertir así prolongadas trayectorias de exclusión (enfoque centrado en la persona y enfoque de trayectorias inclusivas); y que enfatizan la revinculación social (enfoque de tratamiento asertivo comunitario y enfoque de redes).

Ahora bien, el diseño del MISE toma en consideración experiencia internacional y nacional (Milaney, 2011; Matulič et al., 2016; Navarro, 2013; Dois et al., 2016; Servicio Andaluz de Salud, 2017; Dressler, 2016), inspirándose particularmente en los denominados *modelos de gestión integrados*. La mayor parte de la experiencia acumulada en el trabajo con este tipo de modelos se encuentra en el área de la salud, orientados para apoyar la promoción, prevención y rehabilitación en los ámbitos de la salud familiar y comunitaria. Este modelo puede aplicarse tanto para ordenar el sistema de atención dentro de una organización, como para generar vínculos de coordinación entre distintas organizaciones, por lo cual debe comprenderse como un medio y no como un fin en sí mismo (OMS, 2008).

En el nivel de la oferta programática, la integración de servicios ordena la intervención como un continuo de prestaciones específicas para distintos perfiles de personas, minimizando la cantidad de etapas o "ventanillas" que se deben consultar. Para alcanzar este objetivo, los equipos involucrados se encontrarán informados acerca de las necesidades y evaluaciones realizadas a las personas durante todo el proceso, lo que va más allá de simplemente los aspectos particulares que les compete dado su cargo o función. Así, la comunicación y coordinación entre los servicios se presentan como factores críticos para construir una estrategia de trabajo común (OMS, 2008).

La Organización Mundial de la Salud reconoce lo ventajoso del funcionamiento a través de modelos de gestión integrados, puesto que hace más eficiente el uso de recursos, mejora la relación costo-efectividad, optimiza el uso del tiempo de los equipos, y convierte la red intersectorial en una fuerza consistente. Asimismo, evita la duplicidad de actividades generadas a escala programática, al compartir la información socio-sanitaria para mejorar la eficiencia de la gestión del sistema (Dois, et al., 2016). Por lo general, los modelos de gestión integrada describen los siguientes componentes mínimos para su funcionamiento (Figura 4):

Figura 4: Componentes de un Modelo de Gestión Integrado



Fuente: MINSAL (2013)

- **Intersectorialidad y Territorialidad:** Implica coordinación del trabajo entre distintos sectores sociales, instituciones y organizaciones presentes en un territorio. Requiere compartir estrategias, objetivos, definiciones y planificaciones, con un alto protagonismo del gobierno local como ente articulador de las políticas sociales y redes del territorio, y del diálogo con otros niveles de la administración (como gobernaciones o intendencias a nivel regional).
- **Atención abierta:** Apela a la complementación de todos los servicios disponibles, de tal modo que se evite “institucionalizar” a las personas en un solo dispositivo.
- **Tecnología:** Se relaciona con mejorar la difusión de información entre los servicios a través de plataformas informáticas.
- **Desarrollo Institucional:** Debe incorporar un currículum de formación para las y los trabajadores, poner énfasis en mantener un adecuado clima laboral, y promover el autocuidado de los equipos. Estos elementos son altamente relevantes considerando el trabajo con poblaciones que tienen necesidades múltiples y complejas.
- **Participación:** Implica transitar de un modelo paternalista y asistencialista a uno que empodere a las personas y se centre en sus necesidades y demandas (MINSAL, 2013).

- **Calidad:** Se entiende como un elemento capaz de proporcionar el máximo bienestar a las personas. Incorpora aspectos de innovación y satisfacción.

Aunque la integración de servicios contribuye a mejorar simultáneamente la calidad de *cada dispositivo individual*¹⁶⁰ y la calidad del *sistema en su conjunto*, es importante recalcar que la integración por sí sola no resuelve los problemas de calidad que presentan algunos servicios orientados a esta población, déficit que se evidencia -por ejemplo- en la falta de personal con la calificación necesaria para responder a personas con diversos tipos de necesidades; en un coeficiente de personal que no resulta suficiente para satisfacer apropiadamente la cantidad de personas que utilizan los servicios; en la carencia de infraestructura adecuada para desarrollar procesos exitosos de intervención; en la ausencia de marcos teóricos que permitan comprender el fenómeno de la situación de calle; entre otras falencias que limitan las políticas sociales a un objetivo meramente asistencialista. Por ende, la integración debe ir acompañada de un esfuerzo por mejorar los estándares de intervención, en base a la búsqueda de experiencias internacionales adaptadas a la realidad chilena.

Asimismo, el MISE no pretende cubrir todos los vacíos ni resolver todas las falencias identificadas en la política pública y en la acción social de las Fundaciones Hogar de Cristo. De modo adicional, resulta crucial avanzar en el diseño de dispositivos de atención que operen sobre estándares de calidad comprobados empíricamente (como los agrupados bajo el modelo Housing-led). El MISE, más bien, busca establecer una serie de principios necesarios para abordar de mejor modo la situación de calle a nivel país. Esto repercute positivamente en la superación de la vida en calle (eficacia) haciendo un mejor uso de los recursos disponibles (eficiencia).

El MISE, como modelo de gestión, responde a la Estrategia Corporativa Integral para el Trabajo con la Población en Situación de Calle, la principal orientación para las Fundaciones Hogar de Cristo en la restitución de derechos de las personas en situación de

¹⁶⁰ En la medida que agiliza los procesos de intervención y les provee de mayor información para operar.

calle. Esta estrategia, a su vez, se enmarca en la Estrategia Nacional Calle, que busca erradicar este fenómeno en base a tres ejes de acción: *protección, promoción y prevención* (MINDES, 2017). El diseño del MISE contempla dos niveles de respuesta, que responden directamente a dos de los ejes planteados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Más específicamente, los ejes de promoción y protección son cubiertos por el MISE a través de su *Nivel de Respuesta de Emergencia y su Nivel de Respuesta Promocional*, respectivamente, mediante los cuales se estructuran servicios de asistencia y protección dirigidos a satisfacer necesidades urgentes para disminuir los riesgos asociados a pernoctar en la calle, y servicios de especializados de promoción, que buscan entregar herramientas para que las personas superen de modo autónomo sus problemas ligados a la situación de calle (y de este modo transformen trayectorias de exclusión en trayectorias inclusivas).

Respecto a la prevención, las Fundaciones Hogar de Cristo contribuyen a este propósito mediante otras líneas temáticas, enfocadas en abordar problemáticas sociales que aumentan la probabilidad de que una persona ingrese a la situación de calle. Por ejemplo, promoviendo la inclusión escolar de NNA a través de escuelas de reingreso y protegiendo los derechos fundamentales de NNA residencias de protección, se disminuye la probabilidad de que niños, niñas y jóvenes ingresen a la situación de calle. Asimismo, las residencias de adulto mayor permiten acoger a personas mayores que, sin dicho servicio, podrían estar en situación de calle. De modo similar, los programas de fomento a la empleabilidad que proporciona Fundación Emplea, o el acompañamiento terapéutico para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas que provee Fundación Paréntesis, contribuyen al propósito de prevenir crisis personales que pueden desencadenar la situación de calle.

6.1. DEFINICIONES ESTRATÉGICAS PARA EL TRABAJO CON LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE

El MISE forma parte de la Estrategia Corporativa Integral de las Fundaciones Hogar de Cristo para el trabajo con personas en situación de calle. Su **finalidad** es la siguiente:

Contribuir a la prevención y la superación de la situación de calle en Chile al 2030, en el marco de la garantía de los derechos humanos.

La finalidad propuesta permite a las Fundaciones Hogar de Cristo poner en sintonía su misión con las metas que resultan movilizadoras de la acción social, y transforman la situación de calle en una causa de justicia social de orden mundial. Al ser reconocido este fenómeno social como una vulneración de los derechos humanos, la prevención y la superación de la situación de calle se enmarcan dentro de una misión universal, tal como sucede con otras causas como la erradicación de la pobreza o el "Hambre Cero" (ambas dentro de los ODS). En cuanto a su **propósito**:

Personas y familias en situación de calle acceden a servicios especializados, integrales y de calidad, en modalidad ambulatoria y residencial, que permiten la protección del derecho a la vida y la restitución otros derechos humanos vulnerados, especialmente el derecho a una vivienda digna, a la salud y bienestar, al trabajo, a la educación y la seguridad social.

Este propósito emerge de propuestas realizadas por expertos internos, orientadas a responder las siguientes interrogantes: *¿qué es lo que hacemos?, ¿a quiénes dirigimos estas acciones?* Así, el propósito permite establecer que no todas las personas en situación de calle son hombres que viven solos, lo cual conlleva realizar acciones adecuadas a otros perfiles: personas mayores, NNA, mujeres que crían solas a sus hijos(as), familias biparentales, entre otras. De este modo, el propósito predispone servicios adaptados a las necesidades de distintos grupos de personas en situación de calle. En tercer lugar, se ponen de relieve las áreas de derechos fundamentales prioritarias para la institución, que se desprenden

de las demandas expresadas por las mismas personas en situación de calle. En este contexto, se vuelve necesario promover políticas públicas que permitan alcanzar la finalidad de esta estrategia considerando las especificidades de su propósito.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

1. Implementar un **modelo de servicios centrado en la persona**, capaz de generar una respuesta especializada, integral, eficiente, y eficaz para las personas y familias que se encuentran en situación de calle o están en riesgo de estarlo.
2. **Convocar y cooperar** con actores sociales relevantes que promuevan la inclusión de las personas en situación de calle.
3. Desarrollar una estrategia pública que **visibilice la situación de calle** con organismos y actores relevantes, en el marco de la Política Nacional de Calle.

Los Objetivos estratégicos buscan responder a las pregunta *¿Qué resultados queremos lograr?*, de manera clara, realista, y congruente con la misión y áreas de especialidad de las Fundaciones Hogar de Cristo. Se espera que los Objetivos se traduzcan en términos tanto programáticos como en acciones de incidencia pública, y en el trabajo con otros actores relevantes¹⁶¹. A continuación se presenta una descripción más en detalle de los Objetivos.

Acoger

1. Implementar un modelo de servicios centrado en la persona, que genere una respuesta especializada, integral y de calidad, eficiente, eficaz, para las personas y familias que se encuentran en situación de calle o están en riesgo de estarlo.

¹⁶¹A modo de ejemplo, la estrategia corporativa podría no contar con una respuesta programática para niños y niñas en situación de calle, pero sí contemplar acciones que contribuyan a la prevención o a visibilizar -con sentido de urgencia- las demandas y necesidades particulares de esta población en la agenda pública.

El MISE, como parte de la Estrategia Integral para abordar la situación de calle, provee servicios y prestaciones pertinentes y oportunas para el logro de los objetivos que las mismas persona determinan. Dentro de sus dimensiones de trabajo se encuentran:

- Habitabilidad.
- Inclusión Laboral.
- Salud.
- Educación.
- Seguridad Social.
- Apoyo Social.
- Apoyo Legal.

Cabe destacar al *bienestar subjetivo* como elemento transversal a las dimensiones señaladas. El bienestar subjetivo corresponde a la evaluación –más o menos reflexiva- que la persona se forma de su propia vida (incluyendo su estado de ánimo y satisfacción general) y del entorno en el que habita. El bienestar subjetivo corresponde a una dimensión relevante de las intervenciones sociales, en la medida que se identifican y se entrega relevancia a los efectos no-materiales de la vulneración de derechos.

De modo preliminar, el MISE podría estar integrado por los siguientes servicios¹⁶²:

Tabla 7: Servicios que forman parte del MISE

Habitabilidad	Hospedería (Comercial, Estado o red HC-SCO)
	Residencia para personas mayores en situación de calle con consumo problemático de alcohol y otras drogas
	Residencia para personas mayores con dependencia severa
	Residencia para personas con discapacidad mental con dependencia leve, moderada o severa
	Casa Compartida
	Residencia para la superación (para personas habilitadas para trabajar)
	Viviendas de Apoyo a la Integración Social (para personas que egresan de un tratamiento)
	Vivienda de Tránsito a la Vida Independiente (Jóvenes entre 18-24 años)
	Vivienda Tutelada (para personas mayores con autosuficiencia)
	Residencia Familiar
Inclusión Laboral	Vivienda Primero
	Empleo con Apoyo
	Empléate
	Programa de microemprendimiento (FE)
	OMIL
	Capacitaciones, becas sociales, SENCE
	Trato Hecho Vecino
INFOCAP	

¹⁶²Si bien muchas de las prestaciones o servicios que serán presentados a continuación impactan en más de una de las dimensiones del bienestar, se optó por clasificarlas de acuerdo a la categoría que se considera como principal.

Salud y Bienestar Subjetivo	Programas terapéuticos residenciales y ambulatorios para consumo problemático de alcohol y otras drogas
	Dispositivos atención primaria, secundaria y terciaria (SAPU, SAMU, CESFAM, Consultorios Generales, Unidades de salud, CECOF, COSAM, Posta rural, CRS, Centro de diagnóstico terapéutico, Hospital, Teletón)
	Centro Esperanza Nuestra
	Programa Salud Mental Calle
	COANIL
	Atención especializada privadas
Educación	Reinserción educativa
	Educación para adultos (incluye idiomas)
	Alfabetización (digital)
	Jardín Infantil y Sala Cuna (para hijos de personas en situación de calle)
	Educación formal básica y media (para hijos de personas en situación de calle)
Seguridad Social	Sistema de Protección Social (programas del sistema, transferencias condicionadas, acceso a subsidios, etc.)
	Registro Social de Hogares anexo calle
Apoyo Social	Programa de Apoyo Psicosocial
	Organizaciones de base (parroquias y clubes) y territoriales (JJVV)
	Grupos de autoayuda (AAA)
Apoyo Legal	Centro de Apoyo de Integración Social (CAIS)
	Registro Civil e Identificación
	Defensoría Penal Pública
	Corporación de Asistencia Judicial

Convocar

2. Convocar y cooperar con actores sociales relevantes que promuevan la inclusión de las personas en situación de calle

Este objetivo implica:

- a. Diseñar y poner en práctica un plan de trabajo con la comunidad del territorio donde se instala el MISE, para cambiar los prejuicios sobre las personas en situación de calle¹⁶³.
- b. Diseñar y poner en práctica un plan de trabajo con otros colaboradores para maximizar las posibilidades de inclusión de las personas en situación de calle.

Incidir

3. Desarrollar una estrategia pública que visibilice la situación de calle con organismos y actores relevantes, en el marco de la Política Nacional de Calle

Este objetivo implica:

- a. Dar a conocer información relativa a brechas de inclusión y otros aspectos relevantes sobre la situación de calle.
- b. Diseñar y poner en práctica un plan y acciones de incidencia legislativa.
- c. Diseñar y poner en práctica un plan y acciones de incidencia comunicacional.

¹⁶³Al respecto, Brown (1995) lista una serie de factores que influyen en la mitigación de los prejuicios sociales, como la cantidad (frecuencia) y calidad del contacto entre grupos o personas; el estatus de jerárquico entre éstos (sin subordinación); las dinámicas de cooperación; y el apoyo social e institucional, referente a la autoridad y normas sociales que resguardan la situación de contacto entre grupos o personas.

Se espera que los objetivos Convocar e Incidir permitan identificar y remover barreras simbólicas sustentadas en prejuicios sobre la situación de calle, que por su paternalismo constituyen formas de estigmatización (Cornes et al., 2011).

6.2. OBJETIVOS DEL MISE

Tanto el propósito como los objetivos del MISE se inspiran en los Objetivos Estratégicos de la Estrategia Corporativa Integral para el trabajo con la población en situación de calle.

A. PROPÓSITO

Garantizar el acceso de personas y familias en situación de calle a servicios especializados, integrales y de calidad (en modalidad tanto ambulatoria como residencial), que permitan la promoción y protección del derecho a la vida y la restitución de derechos humanos vulnerados, especialmente a una vivienda, a la salud y bienestar, al trabajo, a la educación y a la seguridad social, y que posibiliten consolidar trayectorias inclusivas.

B. OBJETIVO GENERAL

Promover trayectorias inclusivas para población en situación de calle mediante el MISE, con un enfoque centrado en la persona y un diseño especializado, integral y de calidad, a nivel nacional y con despliegue territorial.

C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Garantizar el acceso de la población en situación de calle a servicios de emergencia y promocionales (en modalidad ambulatoria y residencial), para proteger la vida, promover la autonomía, y la restitución de derechos humanos como la salud, el trabajo, la educación, la seguridad social y la vivienda.
- 2 Brindar acompañamiento personalizado y flexible a las necesidades de la persona y/o familia en situación de calle, por medio de una gestión de casos diferenciada a cargo de referentes técnicos estables y especializados.
- 3 Promover la implicación de distintos sectores sociales y organizaciones presentes en un territorio en la estrategia de prevención y superación de la situación de calle, a través de un trabajo en red complementario y colaborativo, para lograr una atención oportuna, integral y continua.

D. POBLACIÓN OBJETIVO

En base a lo expuesto a lo largo de este documento, es posible afirmar que distintos perfiles de personas en situación de calle presentan diferentes recursos y problemáticas asociadas. Para situar a la persona en el centro de los procesos de intervención, se requiere adaptar las prestaciones de los programas a las características específicas de cada sub-grupo:

- **Niños, niñas y adolescentes en situación de calle:** Se enfatiza la protección de los derechos vulnerados, la revinculación familiar, la inclusión educacional en el sistema escolar, y el tratamiento terapéutico para aquellos casos con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- **Adultos mayores en situación de calle:** Se pone hincapié en medidas de cuidado y desarrollo de la autonomía en los casos con pérdida de funcionalidad.
- **Familias en situación de calle:** Con énfasis en prestaciones que mejoren las condiciones económicas del núcleo familiar en el largo plazo, como las que fomentan la inclusión laboral.

6.3. PILARES DE TRABAJO

Los Pilares de Trabajo del MISE actúan como las bases sobre las cuales se basan sus operaciones. La Tabla 8 pone en evidencia la relevancia de cada Pilar, permitiendo distinguir una brecha entre su funcionamiento ideal y su funcionamiento real en la actualidad.

Tabla 8: Pilares de trabajo		
Pilares	Situación actual	Situación ideal
1. Integración e intersectorialidad	La coordinación entre servicios actualmente es deficiente, incluso entre ofertas dispuestas por el Estado.	Gestión integrada de servicios que maximiza su utilización en tres ejes: instrumentos comunes, sistema de información conjunto, y articulación territorial.
2. Programas y servicios	Persisten derechos vulnerados producto de la falta de dispositivos adecuados.	El modelo visibiliza los derechos vulnerados y obliga a garantizarlos en base a evidencia empírica.
3. Gestión de casos	El acompañamiento ocurre solo en situaciones puntuales.	Por su relevancia, el acompañamiento se transforma en un servicio disponible para las personas que lo requieran.

<p>4. Alcance territorial</p>	<p>Los servicios que existen actualmente no se encuentran correctamente distribuidos en el territorio nacional. En algunos territorios, incluso, hay ausencia de programas considerados críticos para la población en situación de calle.</p>	<p>Administración zonal que gestiona los dispositivos necesarios en colaboración entre el Estado y la sociedad civil, para asegurar su disponibilidad y accesibilidad.</p>
<p>5. Recursos humanos</p>	<p>Se observan brechas con respecto a la calificación y a la cantidad de personas que componen los equipos de trabajo.</p>	<p>Equipos de operación en base a ratios definidos y con formación adecuada, enfatizando la protección ante el desgaste laboral y el autocuidado.</p>
<p>6. Comunidad</p>	<p>No se visualiza a la comunidad como un actor clave, siendo involucrada de modo más bien instrumental.</p>	<p>Se reconoce la importancia de los distintos actores de la comunidad, realizando acciones para involucrarlos y transformar prejuicios.</p>

El primer pilar, *integración e intersectorialidad*, refiere a la robustez de los vínculos entre los distintos servicios para personas en situación de calle, tanto dentro como entre los sectores público, privado y semi-privado, los cuales tienen el potencial de satisfacer en conjunto múltiples y diversas necesidades de esta población. Mientras que la coordinación permite establecer relaciones de complementariedad entre los servicios, y de agilizar los procesos mediante los cuales se construyen las trayectorias de inclusión (es decir, garantiza un mejor “viaje” de la persona entre distintos dispositivos), la descoordinación suele conllevar duplicación de esfuerzos, desaprovechamiento de recursos, nudos de gestión, y entorpecimiento del tránsito que realiza la persona entre distintos programas. El MISE establece una gestión integrada de servicios que potencia su coordinación en base a su articulación territorial, un sistema de información común, y la homologación de distintos tipos instrumentos de trabajo, reconociendo al gobierno local como un actor estratégico.

El segundo pilar, referente a *los programas y los servicios*, apela a una mejora en la calidad de ambos elementos mediante un diseño que contempla tanto los derechos vulnerados de su población objetivo como sus demandas. Asimismo, se integran enfoques de trabajo de eficacia comprobada, y se ajustan sus componentes en base a evidencia empírica. El eje rector de este principio está en conseguir que los programas y servicios sean concebidos íntegramente en torno a las necesidades de las personas.

El tercer pilar, la *gestión de casos*, establece un servicio de acompañamiento permanente para las personas que así lo requieran, lo cual constituye una metodología que además de permitir administrar de mejor modo los recursos de la institución, posibilita entablar un trabajo intensivo y adecuado a las particularidades de cada persona.

El cuarto pilar, el *alcance territorial*, busca mejorar la distribución de los servicios en el territorio nacional. Ante la ausencia de programas claves para la protección y promoción de las personas en situación de calle, se pretende establecer una gestión social que asegure su disponibilidad y accesibilidad donde así se requiera.

El quinto pilar, *recursos humanos*, conlleva abordar un problema común en los programas para personas en situación de calle. Los equipos de trabajo suelen experimentar brechas con respecto a la cantidad de personas necesarias para operar un programa, y en ocasiones su formación técnica no es la idónea para realizar el tipo de intervenciones sociales esperadas. Esta clase de déficits, sumados a la naturaleza misma del trabajo con poblaciones con necesidades múltiples y complejas, redundan en situaciones de sobrecarga laboral que afecta la calidad de vida de las y los trabajadores. El MISE plantea la fijación de equipos de operación con ratios óptimos para satisfacer la demanda de los servicios, así como la formación técnica idónea para facilitar el objeto de los derechos vulnerados a las personas que asisten al programa, junto con garantizar la seguridad del personal.

El sexto y último pilar, el de *comunidad*, recuerda la importancia de considerar la red de familias, vecinos, instituciones públicas y organizaciones privadas a nivel local, como elementos que pueden contribuir a nuestra misión. Pensar en un modelo de gestión con enfoque comunitario permite aprovechar la diversidad de recursos en el entorno, ya sea por medio de convenios formales con otras instituciones, o en base a intervenciones dirigidas a concientizar a los distintos actores a nivel vecinal. Sobre esto último, las personas en situación de calle representan una población especialmente estigmatizada, lo cual requiere desplegar iniciativas de sensibilización a escala barrial, pero también a nivel de programas sociales.

6.4. DESCRIPCIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES

En términos generales y acorde a la perspectiva Orientada a la Vivienda, los servicios y prestaciones sociales que componen el MISE pueden sintetizarse en dos niveles de respuesta (*emergencia y promocional*) y en dos modalidades de intervención (*ambulatoria y residencial*), que cubren las cuatro áreas de derechos humanos prioritarias para la población en situación de calle: *habitabilidad, salud*¹⁶⁴, *desarrollo de capacidades*¹⁶⁵, y protección social (derechos sociales). Asimismo, estas dimensiones son consistentes con el principio de integralidad, que busca incidir transversalmente en las múltiples esferas del bienestar de las personas.

El Nivel de Respuesta de Emergencia se compone por un conjunto de servicios (ambulatorios y residenciales) destinados a brindar una primera respuesta a quienes ingresan al MISE. Por ende, se disponen prestaciones orientadas a prevenir situaciones que pueden poner en riesgo la vida de las personas, o que pueden desencadenar situaciones de mayor vulnerabilidad. En este nivel se generan los primeros pasos para construir confianza en la persona atendida, la cual permite motivar procesos de intervención a largo plazo.

Por su parte, el *Nivel de Respuesta Promocional* tiene como objetivo brindar apoyo para que las personas puedan superar autónomamente la situación de calle, y sostener ese progreso a lo largo del tiempo. Este nivel se articula principalmente en torno a un *Plan de Caso*, instrumento que permite delinear los objetivos generales de la intervención, con la propuesta de servicios, plazos y actores implicados en su ejecución. Se espera que este nivel se articule bajo una modalidad residencial estable, por lo que se incluyen servicios y prestaciones de mayor especialización, organizadas por el *Área de Servicios Promocionales*. De todas maneras, también se despliegan las prestaciones ambulatorias que

¹⁶⁴También incluye salud mental, tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas.

¹⁶⁵Contempla educación y trabajo.

se brindan en dispositivos de emergencia: *Estabilización en Salud y Asistencia Social Temprana*. Estas prestaciones se articulan a través de un *Plan de Acción*, el cual corresponde a una herramienta de primera respuesta mediante la cual se registra la demanda de prestaciones especializadas y/o derivaciones asistidas¹⁶⁶. Tanto la *Estabilización en Salud* como la *Asistencia Social Temprana* se activan por una decisión técnica acordada entre el equipo del *Nivel de Respuesta de Emergencia*, y el Servicio de Gestión de Caso perteneciente al *Nivel de Respuesta Promocional*.

A continuación, se describen las características generales de los servicios y prestaciones que conforman el MISE, junto con especificar el lugar que ocupan dentro de la estructura del modelo.

6.4.1. NIVEL DE RESPUESTA DE EMERGENCIA

Figura 5: Servicios y prestaciones pertenecientes al Nivel de respuesta de Emergencia



¹⁶⁶Más adelante en este documento se encuentra disponible una definición en mayor profundidad.

A. SERVICIOS Y PRESTACIONES AMBULATORIAS

INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN

Prestación cuyo propósito es facilitar el acceso de las personas y familias a la información que les concierne, adaptándola a sus necesidades y disminuyendo las barreras asociadas a su situación de exclusión (discapacidad, idioma y/u otras). Este servicio está pensado para ser provisto en alojamientos de emergencia y asistencia en calle. Entre sus principales acciones se encuentran:

- Contar con un representante del equipo capacitado para proveer esta prestación, quien actúa como nodo de contacto en la red interna del MISE, y cuyo rol dentro del modelo se denomina "Técnico de Enlace".
- Poner a disposición de las personas información actualizada y pertinente sobre los recursos internos y/o externos disponibles (tanto de la red pública como privada), y el método para acceder a ellos. En concreto, esto será apoyado por medio de material impreso como paneles informativos o cartillas, pudiendo también incluir soportes audiovisuales.
- Difundir detalles de los servicios y prestaciones que están disponibles en la red de protección social del Estado, del sector salud, y de otros que estén presentes a nivel local. El público objetivo contempla a las personas que utilizan los dispositivos de emergencia, y a los profesionales relacionados con su gestión.
- Realizar derivaciones oportunas, cuando se detecte a una persona que requiera una evaluación inicial e intervención especializada del Área de Servicios Promocionales del MISE.

ASISTENCIA SOCIAL TEMPRANA

Prestación que tiene por objetivo promover un acceso oportuno a servicios y prestaciones del área de la seguridad y la asistencia social¹⁶⁷ a la persona o familia en situación de calle. Se espera que estos servicios respondan a las necesidades priorizadas por las personas del programa residencial de emergencia, o por participantes del servicio de asistencia en calle. Este servicio está pensado para ser provisto en alojamientos de emergencia y asistencia en calle. Entre sus principales acciones están:

- Identificación de oportunidades de acceso a garantías del Estado que corresponda según perfil.
- Derivación a la red local para tramitación de requisitos y/o beneficio.
- Elaboración y monitoreo de Plan de Acción por parte del especialista asignado de la Coordinación de Programas de Apoyo Integral, con la participación de la persona.

ESTABILIZACIÓN EN SALUD

Prestación que tiene por objeto brindar una respuesta oportuna frente a situaciones de riesgo y/o crisis, para prevenir una agudización de la situación de vulnerabilidad de la persona o familia en situación de calle. Se busca brindar este servicio en *Alojamientos de Emergencia*, en el *Servicio de Asistencia en Calle*, y en *Dispositivos de Atención Diurna*. Entre sus acciones principales están:

- Detección e intervención en crisis por parte de especialistas de los *Servicios de Salud Mental*, o de los *Servicios Terapéuticos para Consumo Problemático de alcohol y otras drogas*, ambos del Área de Servicios Promocionales del MISE.
- Derivación asistida a dispositivos de la red de salud local.
- Elaboración y coordinación de un Plan de Acción por parte del especialista asignado por el Encargado(a) del Área de Servicios Promocionales, con la participación de la persona (usuario).

¹⁶⁷Que se encuentren disponibles según sus requisitos.

ASISTENCIA EN CALLE

Su propósito es brindar atención a las personas que no accedan a los servicios de alojamiento, facilitando la vinculación con redes formales de apoyo. Entre sus principales acciones están:

- Monitoreo de condiciones biopsicosociales a través de una aplicación móvil, orientada a monitorear y dar alertas tempranas.
- Provisión de insumos básicos de subsistencia y abrigo.
- Identificación y derivación a servicios del MISE.

B. SERVICIOS Y PRESTACIONES RESIDENCIALES

ALOJAMIENTO DE EMERGENCIA

Su propósito es brindar protección nocturna a personas en situación de calle a través de un hospedaje colectivo, transitorio y de calidad, que favorezca la vinculación con redes formales de apoyo. Este servicio está dirigido a personas en situación de calle mayor de 18 años, y cuenta con dispositivos diferenciados para mujeres mayores de 18 años (con o sin hijos(as) menores de 18 años). Entre sus principales acciones están:

- Proveer alojamiento temporal.
- Brindar servicios básicos de subsistencia: alimentación (cena y desayuno), acceso a ropero, útiles de aseo personal, servicios básicos higiene (WC y ducha).
- Derivar a servicios promocionales según corresponda.

6.4.2. NIVEL DE RESPUESTA PROMOCIONAL

Figura 6: Servicios y prestaciones de Nivel de respuesta Promocional



A. SERVICIOS AMBULATORIOS

GESTIÓN DE CASOS
<p>Servicio que vincula y coordina los distintos segmentos y prestaciones incluidas en el Modelo Integrado de Servicios, para abordar interdisciplinariamente las necesidades complejas de las personas y familias en situación de calle, por medio de la atención personalizada que entrega el Gestor de Casos. Se busca proporcionar este servicio en todo punto de contacto del MISE, a partir de una derivación.</p> <p>Este servicio se activa cada vez que se requiera un diagnóstico para elaborar un <i>Plan de Acción</i> o un <i>Plan de Caso</i>. Además, se concibe como apoyo para los planes de acción¹⁶⁸ y selectivamente para los Planes de Caso¹⁶⁹. Por su especial situación de vulnerabilidad se consideran como subgrupos de atención priorizados a:</p>

¹⁶⁸Considerando que el equipo del nivel de respuesta de emergencia tiene una capacidad limitada para acompañar procesos.

¹⁶⁹El Gestor de Casos se vuelve necesario cuando los Planes de Caso deben articular más de un servicio del MISE o de la red en general.

- Personas Mayores de 50 años.
- Personas con discapacidad mental.
- Personas con menos de 3 meses en situación de calle.
- Familias en situación de calle con hijos(as) menores de 18 años.

Además, el servicio aspira a monitorear la trayectoria de toda la población en situación de calle en un determinado territorio, para nutrir al sistema de información y así permitir la evaluación de resultados. Esto posibilita identificar oportunidades de mejora y apoyo en la gestión de derivaciones asistidas. La función descrita es asumida por un *Gestor Administrativo de Casos*. Entre las acciones principales de este servicio están:

- Diagnóstico.
- Diseño del Plan de Acción o Plan de Caso con las personas implicadas.
- Planificación, ejecución y revisión de los planes de atención.
- Coordinación del grupo multidisciplinar con responsabilidades en el plan de atención.
- Coordinación de las relaciones y derivaciones, en colaboración con los equipos involucrados.
- Identificación de oportunidades de fortalecimiento de la propuesta de intervención expresada en el plan.
- Realización de intervenciones que favorezcan la adherencia y motivación de la persona.
- Monitoreo de la trayectoria de los/as participantes del MISE.
- Colaboración en la identificación de programas y servicios en el entorno, y negociación con dichos servicios para gestionar derivaciones y otro tipo de colaboración.

Intermediación en defensa de la persona en el marco de su paso por los programas.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Servicio ambulatorio dirigido a personas en situación de calle con problemas de salud mental (mayores de 18 años), orientado a la rehabilitación e inclusión. Su estrategia se focaliza en un diagnóstico basado en la identificación de recursos, y en la creación de un sistema de apoyo integrado que contempla elementos de *salud* (física y mental), *gestión y fortalecimiento* en la red, y el desarrollo de habilidades personales y relacionales. Se proyecta proporcionar este servicio en todo punto de contacto del MISE, a partir de una derivación. Sus principales acciones son:

- Evaluación inicial para focalizar la intervención (entrevista motivacional).
- Diagnóstico inicial de la salud mental e identificación de recursos personales.
- Incorporación a la red de salud.
- Gestión de prestaciones mínimas de salud mental.
- Talleres de autocuidado y prevención de factores de riesgo.
- Diseño de plan de trabajo para el desarrollo y fortalecimiento de autonomía.
- Entrenamiento en habilidades para la vida independiente (planes de habitabilidad).
- Sensibilización y articulación con redes.

SERVICIOS DE INCLUSIÓN LABORAL

Servicio ambulatorio cuyo propósito es entregar capacitación, preparación para el trabajo, apresto y acompañamiento laboral a personas en situación de calle (mayores de 18 años). Además, se orienta a conectar a la personas en situación de calle con empresas y fundaciones que financian micro-emprendimientos. Se espera proporcionar este servicio en todo punto de contacto del MISE, a partir de una derivación. Sus principales acciones son:

- Acompañamiento y talleres para el desarrollo de habilidades y competencias para mejorar condiciones de empleabilidad.
- Formación y orientación ocupacional.
- Gestión de redes privadas para el establecimiento de alianzas que permitan la inserción laboral, junto con procesos de Acompañamiento Sociolaboral.
- Acompañamiento de intermediación laboral en trabajos dependientes.

SERVICIOS TERAPÉUTICOS PARA CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Servicio de tratamiento ambulatorio y/o residencial, cuyo propósito es mejorar la integración social de personas en situación de calle (mayores de 18 años) que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Se espera busca entregar este servicio en todo punto de contacto del MISE, a partir de una derivación. Sus principales acciones son:

- Diagnóstico especializado.
- Prestaciones del Área individual: psicoterapia individual y grupal, consulta psiquiátrica, tratamiento farmacológico, consulta de salud mental, actividades psicosociales de grupo.
- Prestaciones Área Socio-familiar: psicoterapia con familias, encuentros grupales familiares, visitas domiciliarias de salud mental, gestiones en red, talleres psico-educativos.
- Intervenciones del área socio-ocupacional.

B. SERVICIOS RESIDENCIALES

SERVICIOS RESIDENCIALES O DE VIVIENDA

Su propósito es entregar condiciones de habitabilidad, bienestar y seguridad de largo plazo. Permite brindar alojamiento protegido, seguro y con mayor privacidad. No es requisito que una persona haga uso de alojamientos de emergencia para acceder a servicios residenciales permanentes. Constituye un componente esencial de un Plan de Caso orientado a superar la situación de calle. Sus principales acciones son:

- Proveer un espacio habitacional con mayor privacidad.
- Brindar servicios básicos de subsistencia.
- Acompañamiento intensivo y acceso prioritario a los servicios promocionales ambulatorios del MISE.

En base a lo expuesto respecto a los modelos Orientados a la Vivienda, existen diversas maneras de implementar políticas para promover la inclusión habitacional de las personas en situación de calle, dependiendo principalmente de la capacidad de financiamiento del programa. En este sentido, es posible ampliar la canasta de prestaciones contemplando –simultáneamente– múltiples modalidades de servicios residenciales, como por ejemplo:

- Apoyo al arriendo.
- Viviendas compartidas.
- Viviendas individuales.

6.4.3. DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES DEL MISE SEGÚN NIVEL DE RESPUESTA

Figura 7: Distribución de los servicios y prestaciones, según nivel de respuesta



Los servicios que integran el MISE consideran distintos niveles de alcance según su capacidad de atención. La prestación *Información y Orientación* es la única que tiene un alcance universal, dado que se plantea como una provisión mínima para toda la población objetivo del MISE. En el nivel de emergencia, esta prestación se entrega por medio del profesional de referencia o *Enlace*, y en el nivel promocional se incluye dentro del proceso de gestión de casos.

Por su parte, las prestaciones *Asistencias Social Temprana* y *Estabilización en Salud* representan una respuesta ambulatoria diferenciada para aquellos que lo requieran, ya sea directamente o vía derivación del equipo a nivel de emergencia (Alojamientos de emergencia y Asistencia en Calle). Ambas prestaciones tienen un alcance temporal orientado al mediano plazo, es decir, mientras la persona permanezca en dichos dispositivos. La planificación que debe ser establecida explícitamente en un Plan de Acción.

Si bien los *Servicios residenciales o de Vivienda* del nivel de respuesta promocional están pensados para incluir a los diversos perfiles de personas en situación de calle, se propone comenzar

a desplegarlos priorizando sub-poblaciones especialmente vulnerables para prevenir situaciones urgentes de mayor deterioro biopsicosocial¹⁷⁰. Estos grupos son:

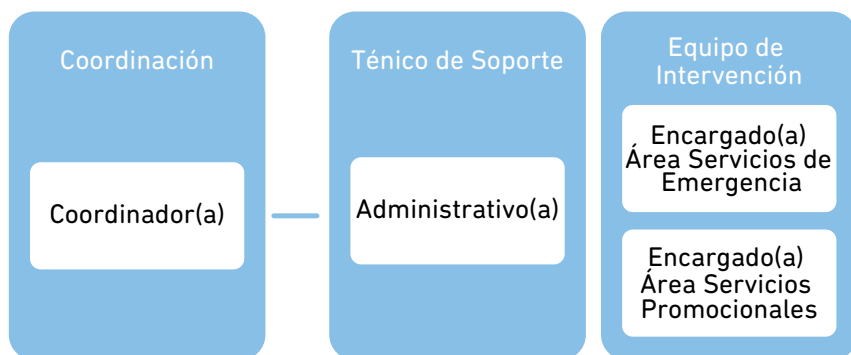
- Personas con un prolongado tiempo en calle y/o adultos mayores (ya sea que pertenezcan al perfil autosuficiente o en asistencia).
- Personas con discapacidad mental.
- Mujeres con hijos menores de 18 años y/o gestantes.

Se encontrará disponible el servicio de *Gestión de Casos* para quienes deseen coordinar el uso de prestaciones ambulatorias de mayor especialización (*Servicios de Inclusión Laboral, Servicios de Salud Mental, o los Servicios Terapéuticos para Consumo problemático de alcohol y otras drogas*, y otros de la red local) mediante un Plan de Caso. Los servicios señalados son articulados mediante la *Coordinación del MISE*, que estará alojada a nivel local, donde exista una mayor densidad de la oferta a nivel territorial.

6.4.4. ROLES Y FUNCIONES DEL MISE A NIVEL LOCAL

La estructura organizacional del MISE a nivel local está compuesta por tres segmentos: un(a) coordinador(a), un técnico administrativo de soporte, y un equipo de intervención.

Figura 8: Estructura Organizacional Local del MISE



¹⁷⁰De todas maneras, los servicios están formulado bajo parámetros de escalabilidad, es decir, se espera ampliar la oferta a otros grupos de personas en situación de calle en el futuro.

Tanto el Área de Servicios de Emergencia como del Área de Servicios Promocionales, deben velar porque se realicen las derivaciones pertinentes de forma oportuna, proveyendo eficazmente los servicios que están bajo la coordinación del sistema, y aplicando los estándares de operación como sello de la estructura organizacional del MISE. Estas tareas serán cumplidas bajo la coordinación de un profesional con dedicación exclusiva para la gestión del modelo. La Tabla 9 expone los objetivos y las funciones asociadas a los roles señalados, de cuya articulación depende en gran medida la integración del MISE a nivel local:

Tabla 9: Roles y Funciones para la coordinación integrada del MISE a nivel local		
ROL	OBJETIVO	FUNCIONES
Coordinador(a) Modelo Integrado de Servicios (MISE)	Coordinar la implementación de los servicios y prestaciones que conforman el Modelo Integrado de Servicios (MISE) a nivel territorial y/o regional, para asegurar el cumplimiento de objetivos mediante ejecución técnica y presupuestaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión administrativa. • Asistencia Técnica. • Gestión de redes público-privadas del territorio. • Reportar al Jefe de Operación Social Territorial que se asigne desde el nivel nacional. • Representar al MISE en los espacios de coordinación que sean convocados por Ministerio de Desarrollo Social; el Municipio y otros. • Resolver nudos de gestión entre servicios, o entre servicios y personas. • Evaluación de servicios.

<p>Administrativo</p>	<p>Brindar apoyo a la función de gestión administrativa Coordinador(a) del MISE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de gestión de datos en plataformas informáticas que correspondan. • Responder a requerimientos administrativos de los Servicios de Emergencia y Promocionales.
<p>Encargado(a) Área Servicios de Emergencia</p>	<p>Coordinar la implementación de los servicios y prestaciones orientados a brindar respuestas de emergencia a las personas y familias que ingresan al MISE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión administrativa de los servicios y prestaciones del nivel de emergencia del MISE. • Asistencia Técnica a los equipos involucrados en el nivel de respuesta de emergencia del MISE: Alojamiento de Emergencia, Asistencia en Calle, Dispositivo de atención diurna. • Articulación con Servicios Promocionales del MISE.
<p>Encargado(a) Área Servicios Promocionales</p>	<p>Coordinar la implementación de los servicios y prestaciones del nivel de respuesta promocional a las personas y familias que ingresan al MISE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión administrativa de los servicios y prestaciones del nivel promocional del MISE. • Asistencia Técnica a los equipos involucrados en el nivel promocional del MISE. • Articulación con Servicios de Emergencia del MISE y redes implicadas en Planes de intervención (Plan de Acción o Plan de Caso).

6.5. LA GESTIÓN DE CASOS COMO SERVICIO CLAVE DEL MISE

Un elemento central del MISE es la *gestión de casos*, modalidad que ha sido definida para la atención prioritaria de personas con un alto grado de deterioro biopsicosocial y vulneración de derechos, requiriendo una intervención multicomponente que articule recursos de distintas disciplinas y áreas del bienestar. Para comprender de mejor modo esta metodología, es necesario describir primero los problemas que busca abordar.

Un sistema público o privado de provisión de servicios sociales usualmente se compone por múltiples programas definidos para resolver aspectos específicos del bienestar individual, cada uno con sus propios procedimientos, metas y propósitos. La cantidad y diversidad de las intervenciones sociales que puede recibir una persona en su tránsito por este sistema, puede situarlo en una suerte de “laberinto asistencial” (MINSAL, 2013), donde la repetición de prestaciones y la ausencia de otras repercute en la insatisfacción de sus necesidades y en el malgasto de recursos. Como se plantea en un documento publicado por el Ministerio de Salud:

“una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones, que no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de variar de forma tan fluida como lo hace la vida del ser humano” (MINSAL, 2013, p.8).

De este modo, los programas tienden a ser concebidos como un “mundo” en sí mismo, omitiendo las potenciales sinergias que pueden establecer entre ellos (Sánchez, 2007).

Así, la gestión de casos es un método concebido para abordar la desconexión entre los distintos procesos programáticos y las necesidades individuales de la persona, al articular en un solo paquete las intervenciones que puede recibir (empleabilidad, asesoría jurídica, acompañamiento terapéutico, etc.). Cabe

destacar que este modelo es una de las metodologías de trabajo más difundidas a nivel mundial, siendo un componente tradicional de los tratamientos en las áreas de salud mental y servicios sociales (Pimouguet, 2010), dada su efectividad para gestionar la continuidad de las intervenciones, disminuir sus costos¹⁷¹, incrementar la calidad de los servicios entregados y derribar barreras de acceso (Servicio Andaluz de Salud, 2017).

En concreto, la gestión de casos ofrece un acompañamiento personalizado, permanente y adaptado a las complejidades de cada caso en particular, asegurando la disponibilidad de los recursos en el entorno de la persona. Como señala la *Case Management Society of America* (CMSA), la gestión de casos puede ser definida como:



...un proceso colaborativo de evaluación, planificación, facilitación, coordinación de la atención, evaluación y defensa para que las opciones y servicios satisfagan las necesidades de salud de individuos y familias, a través de la comunicación y los recursos disponibles para promover la seguridad del paciente, la calidad de la atención, y resultados rentables.”¹⁷²

En palabras de Austin (1983), este modelo coordina los distintos segmentos que componen un sistema de provisión de servicios, lo cual lleva a pensar en el conjunto de intervenciones sociales como un todo integrado.

De este modo, el profesional a cargo de la gestión de casos (el *gestor de casos*) identifica las necesidades de la persona para organizar, coordinar, apoyar y evaluar su intervención en su tránsito por distintos servicios. Por ende, este rol opera como el vínculo entre el nivel sistémico y el individual, asegurando que el imperativo de *situar a la persona al centro de sus procesos de cambio* se materialice en la práctica. Para esto, una de las claves está en

¹⁷¹ Sin embargo, la gestión de casos implica costos significativos, por lo que se vuelve realmente eficiente cuando se dirige a personas con una alta necesidad de atención (Servicio Andaluz de Salud, 2017).

¹⁷² Cita traducida al español, del sitio: <http://www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/>

priorizar los deseos y potencialidades de la persona por sobre las estructuras burocráticas de su organización (Sánchez, 2007), lo que requiere que se entreguen las facultades suficientes al gestor de casos para flexibilizar esos obstáculos.

Además, el gestor de casos requiere establecer un vínculo interpersonal cercano con quienes usan el servicio, puesto que de él depende en gran medida la identificación de necesidades y posterior construcción de un Plan de Acción o Plan de Caso (Raya et al., 2014; Matulič et al., 2016). Por esta razón, se espera que el gestor de casos no solo posea un conocimiento profundo de las características de la comunidad local y la red de servicios disponibles¹⁷³, sino también habilidades blandas de respeto y empatía tanto por las personas como las familias con las que interactúa en el marco del acompañamiento (HUD Exchange, 2009), siendo capaz de establecer límites claros y de balancear la empatía con la objetividad¹⁷⁴ (MINSAL, 2013).

En cuanto a su formación, cabe resaltar que la gestión de casos corresponde a un método y no a una profesión particular. Por ende, personas con distintas formaciones disciplinares pueden desempeñarse efectivamente como gestores de caso, siendo las más usuales el trabajo social, la enfermería, la psicología, y la terapia ocupacional (HUD Exchange, 2009). De modo complementario, es vital que el gestor de casos reciba capacitación específica en las áreas de administración, evaluación, asesoramiento, y defensa de personas en situación de vulnerabilidad¹⁷⁵. En su trabajo específico con personas en situación de calle, se espera que los gestores de caso cuenten con las siguientes competencias clave (Minaley, 2012):

¹⁷³En esta línea, se espera que el gestor de casos posea la capacidad suficiente para relacionarse simultáneamente con diversos entornos (empresas proveedoras de servicios, profesionales de otros sistemas, organizaciones de voluntarios, etc.).

¹⁷⁴Como plantea se plantea en MINSAL (2013), el gestor de casos debe ser capaz de *implicarse sin involucrarse*.

¹⁷⁵Además, debe manejar los enfoques de trabajo presentados a lo largo de este documento, tales como el de derechos humanos, el de género o el de reducción de daños. Sobre este último, cabe recordar que el gestor de casos debe guiarse por los principios rectores del enfoque de reducción de daños, demostrando capacidad para practicar una postura neutra (no-juiciosa) hacia la conducta de las personas, lidiar con áreas éticas “grises (es decir, que implican dilemas éticos), y aceptar que los ritmos de cambio varían de persona en persona, entre otros ejemplos.

- Conocimiento del fenómeno social, con énfasis en sus orígenes y consecuencias en las trayectorias de las personas.
- Conocimiento sobre la heterogeneidad de sub-grupos que componen la población en calle.
- Expertise para ocupar diversos instrumentos de evaluación individual.
- Conocimiento de la red de servicios disponibles para personas en situación de calle, y en torno a cómo acceder a ellos.
- Expertise en técnicas de intervención en crisis, lo que incluye capacidad para evaluar y prevenir el suicidio.
- Manejo del autocuidado (gestión del estrés) para evitar el burnout.
- Criterio para diferenciar la intensidad de las intervenciones. Por ejemplo, una madre soltera con uno o más hijos, consumo problemático de alcohol y otras drogas, y problemas de salud mental, puede requerir más apoyo que un hombre solo con una menor cantidad y complejidad de patologías¹⁷⁶.

Asimismo, las intervenciones desplegadas en el marco de la gestión de casos son especialmente efectivas cuando son articuladas con programas *Housing-Led*, aumentando la capacidad de permanencia en las viviendas y reduciendo los costos de emergencia y hospitalización (Milaney, 2011).

6.5.1. PRINCIPIOS Y FUNCIONES DE LA GESTIÓN DE CASOS

Según la *National Case Management Network* (2009), la gestión de casos está guiada por cinco principios que contribuyen a justificar el *por qué se actúa como se actúa*:

- Apoyar el ejercicio de derechos de las personas:** los gestores de caso requieren construir vínculos significativos con las personas, como sustento para apoyar sus decisiones y metas consensuadas.

¹⁷⁶El proceso de formación de los gestores de caso puede incluir el ejercicio de situarlos frente a casos hipotéticos (HUD Exchange, 2009). Por ejemplo, ¿qué tipo de intervenciones requerirían los casos mencionados?

b. Tratamiento específico: los gestores de caso necesitan trabajar con cada persona enfatizando su singularidad, lo cual implica elaborar planes específicos de intervención acorde a sus características individuales.

c. Colaboración con otros: los gestores de caso deben tratar con distintos tipos de proveedores de servicios para contribuir a que las personas alcancen los objetivos previstos. Por lo tanto, la provisión de servicios no constituye un trabajo exclusivo del gestor de casos, sino de la comunidad en su conjunto. De este modo, la intervención de cada persona está apoyada por un equipo completo de trabajadores coordinados.

d. Trabajo ético y responsable: los gestores de caso requieren proveer cuidado efectivo, organizado e individualizado para satisfacer las necesidades de las personas, junto con promover la autonomía y el auto-cuidado de quienes utilizan los servicios. Además, aunque la complejidad de la intervención puede requerir hacer uso intensivo de los recursos, estos deben ser utilizados considerando las limitaciones financieras de cada programa.

e. Competencia cultural: los gestores de caso deben proveer servicios en concordancia con las prácticas, los valores y las creencias de cada persona. Así, se espera que sean conscientes tanto de las diferentes necesidades que presentan intrínsecamente las personas en función de su sexo o edad –por mencionar algunas categorías–, como de las diferencias culturales entre distintos grupos sociales.

Morse (1998) complementa lo señalado con principios específicos para abordar la situación de calle:

- **Alcance asertivo y persistente**, para involucrar a las personas en situación de calle en sus propios términos e incluso en su zona de confort.
- Apoyo activo para ayudar a que las personas **accedan a los recursos necesitados**.
- El acompañamiento debe estar centrado en la persona y debe

ser focalizado, **basado en lo que la persona desea.**

- Respeto a la **autonomía individual.**
- Es imprescindible construir **confianza y relaciones interpersonales sólidas.**

La base ética mencionada debe inspirar la ejecución de las tareas que debe desempeñar el gestor de casos, las cuales pueden ser divididas en seis etapas¹⁷⁷ (Burns, 2002; Sánchez, 2007; Fernández & Ponce, 2013; MINSAL, 2013; Servicio Andaluz de Salud, 2017):

1. Valoración Inicial: diagnóstico preliminar de las circunstancias (necesidades, recursos) del potencial participante, para determinar su elegibilidad según la definición de población objetivo prioritaria para este servicio. La evaluación es posible cuando tanto el individuo (o la familia intervenida) es un participante activo en la toma de decisiones sobre los servicios requeridos (HUD Exchange, 2009).

2. Diagnóstico Integral: evaluación biopsicosocial holística, empleada para recoger información detallada sobre la situación social de una persona y su estado físico, mental y psicológico, lo cual permite identificar sus necesidades y el consiguiente apoyo que precisa en las principales áreas funcionales. Puede implicar el uso de instrumentos estandarizados de valoración, para recoger información de fortalezas, aspiraciones y expectativas¹⁷⁸. En el marco de esta función se despliegan tareas como, por ejemplo¹⁷⁹:

- Evaluación de las fortalezas y capacidades del participante.

¹⁷⁷De modo más resumido, la OMS (2016) identifica cuatro tareas generales: (I) Definir y seleccionar la población objetivo para los cuales la gestión de casos es más apropiada; (II) Evaluación y planificación de atención individual; (III) Monitoreo regular de las trayectorias y necesidades; (IV) Ajuste de planes de caso si es necesario.

¹⁷⁸Se requiere contar con otros especialistas del modelo.

¹⁷⁹Las recomendaciones internacionales señalan que, para el desempeño de esta función, se debiese contar con un instrumento correctamente validado. Este instrumento debiese considerar indicadores que midan las siguientes variables (Dressler, 2016): Habilidades de autocuidado y de vida diaria; Relaciones y redes sociales; Administración de las actividades diarias; Administración personal y administración del dinero; Administración del alquiler; Salud física y bienestar; Salud mental y bienestar y funcionamiento cognitivo; Medicación; Interacción con los servicios de emergencia; Participación en situaciones de alto riesgo y/o de explotación; Uso de sustancias; Abuso y trauma; Riesgo de daños personales y daños a terceros; Legal; Historia y vivienda (trayectoria de su situación de calle).

- Motivación al logro de las metas acordadas, a fin de estimular una actitud positiva hacia la modificación de conductas.
- Evaluación de la red de apoyo.
- Coordinación con profesionales de los servicios especializados del MISE, cuando se requiera la aplicación de instrumentos estandarizados (como los laborales o los psicológicos).
- Retroalimentación al participante.

3. Planificación del caso: esta función tiene por objeto conseguir que la información recogida durante el proceso de valoración, se considere como base para sugerir un “paquete” de servicios. Así, el gestor de casos tiene la responsabilidad de formular alternativas que mejor se adecuen al perfil del participante, para lo que resulta fundamental involucrar a la persona (o familia en situación de calle) en la toma de decisiones. Para el desempeño de esta función, se destacan acciones como las siguientes:

- Establecimiento de metas junto a la persona y realiza el plan en conjunto.
- Implicación de los referentes de otros servicios (pertenecientes a la red de apoyo) en la construcción de la propuesta.
- Coordinar los servicios con los que se proyecta mantener contacto.
- Ampliación de red de apoyo (desarrollo de otros vínculos significativos).

Como señala Sánchez (2007), se debe resguardar que la planificación se haga en función de las necesidades de la persona y no de los servicios disponibles, por lo cual el gestor de casos ha de ser creativo y buscar alternativas en la red externa para acceder a prestaciones que se adecúen al Plan de Casos.

4. Implementación del plan y concertación de servicios: el gestor de casos tiene la responsabilidad de establecer contacto con los servicios (tanto formales como informales) incluidos en el Plan de Caso, para la prestación efectiva de dichos servicios. El participante debe ser considerado de manera activa durante el proceso, respetando sus

ritmos y preferencias. Asimismo, el gestor de casos debe coordinar los servicios que están bajo el modelo, e involucrar a los proveedores de los servicios externos que conforman la red local, y que han sido identificados como necesarios para el éxito del Plan de Acción o Plan de Caso. En específico, se contemplan acciones como:

- Desarrollo de habilidades y otros recursos útiles para la vida diaria del participante, así como intervenciones educativas y de asesoramiento a la persona para la autogestión.
- Vinculación a los participantes con los servicios de protección social disponibles y con las organizaciones y entidades de la comunidad (formales o informales).
- Coordinación de los mecanismos de comunicación que facilite al grupo de profesionales involucrados en el caso un rápido acceso a la información global sobre la situación, promoviendo la utilización del Plan de Caso y las reuniones entre los miembros del equipo multidisciplinar.

5. Seguimiento y Re-valoración: el gestor debe responder rápidamente a los cambios en la situación del participante, para aumentar, disminuir o suprimir la prestación de los servicios según sea necesario. La frecuencia de la supervisión es variable, dependiendo de la intensidad de las necesidades de la persona o la familia en situación de calle, y del tipo de servicio que se está entregando. Dentro de las tareas que se ejecutan para cumplir con esta función, es posible mencionar:

- Trabajar en equipo con el gestor administrativo de casos y los representantes de todos los servicios implicados en el plan.
- Monitorear los progresos de la persona, reevaluando su caso en función de sus avances y transmitiendo la información a quien deba hacer uso de ella, para incorporar cambios oportunos.

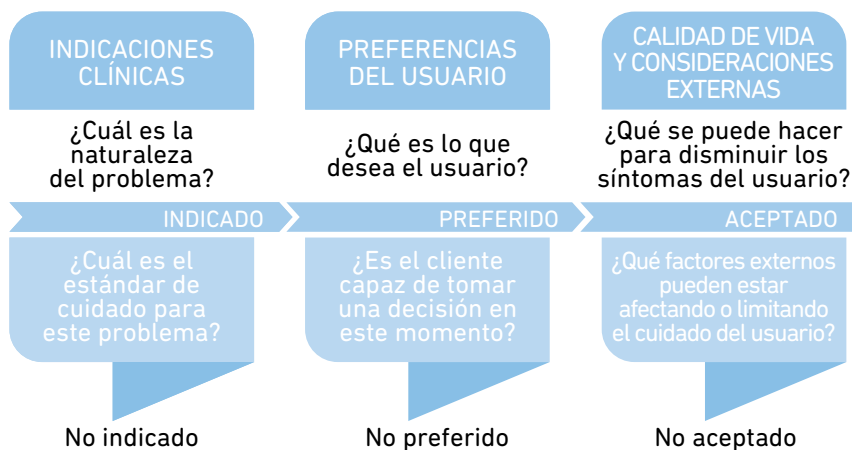
Considerando la diversidad de prestaciones que contempla el acompañamiento, se ha señalado que en ocasiones los gestores de caso perciben que su intervención puede estar siendo excesiva, generando demasiada dependencia en la persona (Sánchez, 2007). La amenaza del asistencialismo contraviene el propósito de acompañar a la persona para que -dentro de sus propias

capacidades y autonomía- transforme su trayectoria de exclusión en una trayectoria inclusiva. Este asunto plantea un dilema ético para los profesionales, que puede ser resuelto siguiendo los siguientes criterios (MINSAL, 2013):

- La definición de la agenda de intervención debe ser **compartida por ambas partes**.
- No es finalidad del tratamiento “curar” las disfunciones o sus limitaciones funcionales, sino más bien **ayudar a que las personas descubran alternativas de vida** y acompañarlas en el proceso para materializarlas.
- Independiente del diagnóstico, se debe **reconocer los deseos, conocimientos, capacidades, talentos y creencias culturales** de las personas.
- La voluntad y los deseos de la persona deben ser respetados, siempre y cuando no se detecten indicios que permitan inferir una **alteración en su capacidad de juicio**.

Sobre este último punto, Roberts y Dyer (Fundación Paréntesis, 2016) proponen un modelo que contribuye a distinguir entre las indicaciones clínicas, las preferencias de las personas, y las consideraciones externas, al momento de surgir dilemas éticos. De este modo, se deben distinguir las preferencias individuales y evaluar la capacidad de las personas para tomar una decisión en el momento solicitado. Acto seguido, es necesario formular qué se puede hacer para disminuir sus síntomas, identificando qué factores externos pueden estar afectando o limitando su juicio (Figura 9).

Figura 9: Alternativas indicadas, preferidas y aceptadas



Fuente: Fundación Paréntesis 2016, adaptado de Roberts & Dayer (2004)

Como se observa en lo desarrollado, los gestores de caso se enfrentan a numerosos y complejos desafíos. La cantidad y diversidad de tareas que deben desarrollar, sumadas al grado deterioro biopsicosocial característico de la población en situación de calle, y a la incertidumbre que implica despertar voluntades en actores externos a la organización, representan condiciones estresantes que amenazan la salud de los profesionales. El desgaste que afecta a los gestores de caso es tal, que su rotación tiende a ser mayor al 50% anual (Sánchez, 2007; MINSAL, 2013), lo cual afecta la continuidad de las intervenciones, e incrementa el gasto en capacitaciones que reciben quienes asumen este rol. Para reducir las probabilidades de *burnout*, se debe identificar adecuadamente qué tan demandante es la labor que deben realizar los gestores de caso, lo cual debe ser contrastado con el grado de control que tiene éste sobre su trabajo, y tanto el apoyo que recibe como la capacidad de la organización para comunicar sus resultados esperados y cambios internos. Además, se ha señalado la falta de preparación sólida y adecuada como una causa directa del desgaste laboral (MINSAL, 2013).

Por último, diversos estudios sugieren que para mantener el correcto funcionamiento del servicio de gestión de casos, se debe asegurar un acceso fácil de las personas a las prestaciones, además de trabajar para establecer una coordinación fluida y oportuna entre los diversos organismos, y proporcionar una oferta programática diversa y de calidad. Junto con lo anterior, los siguientes factores resultan relevantes para que el modelo funcione exitosamente (de Vet et al., 2013; Sarabia, 2007; Servicio Andaluz de Salud, 2017):

- Asignación de la responsabilidad de gestión de casos a profesionales adecuados.
- Claridad sobre el papel a desempeñar por los(as) gestores(as) de casos y apoyo para garantizar las competencias y de gestión necesarias.
- Sistema de detección de casos que garantice que las intervenciones se dirijan a personas con la necesidad de recibir el servicio.
- Asignación de un número de casos adecuado, para garantizar al participante una atención óptima.
- Punto de acceso para la valoración inicial y elaboración del plan de atención conjunto.
- Énfasis en garantizar la continuidad de la atención, para reducir el riesgo de situaciones de crisis.
- Intervenciones para mejorar el empoderamiento y la capacidad de autocuidado de los participantes.
- Integración y alineación entre los servicios implicados en el sistema.
- Sistemas de información y comunicación accesibles que permitan la gestión proactiva, facilitando la previsión y anticipación a las necesidades.

6.5.2. PROPUESTA DE ESTÁNDARES PARA UNA GESTIÓN DIFERENCIADA DE CASOS

Para que la gestión de casos sea costo-efectiva, es fundamental que las funciones mencionadas en la sección anterior sean administradas según la complejidad y las necesidades particulares de los participantes del modelo, lo que debe traducirse en una *diversidad respecto a la intensidad y forma de las intervenciones*¹⁸⁰. Coherente con esta perspectiva, el MISE se orienta a una *gestión diferenciada de casos*, que establece para su operación:

- Coeficiente Técnico por rol y estándar mínimo de equipo.
- Estándar de horas de atención según nivel de intensidad del acompañamiento.
- Distribución de los casos de referencia, según nivel de intensidad del acompañamiento.
- La tabla 10 detalla la propuesta y se plantean algunas consideraciones sobre la conformación del equipo y los estándares señalados.

¹⁸⁰ Con relación a una atención diferenciada de los casos, un trabajo que aporta claridad en este sentido es: Andrew E. Scharlach, Ph.D.; Nancy Giunta, M.A.; Kelly Mills-Dick, M.S.W. (2001): Case Management in Long-Term Care Integration: An Overview of Current Programs and Evaluations. California Center for Long-Term Care Integration, University of California, Berkeley (p.40). Obtenido de: <http://cssr-pw01.berkeley.edu/pdfs/CaseManLTC.pdf>. En este documento, se afirma que: "Dentro de la amplia gama de actividades incluidas en la coordinación de la atención, el nivel apropiado y el tipo de actividad variará según las necesidades del cliente y características del sistema. Clientes vulnerables con situaciones especialmente complejas requieren el nivel más intenso de actividad". Agrega además, que una investigación en la comunidad servicios sociales realizados por la Unidad de Investigación de Servicios Sociales Personales de Gran Bretaña, demostró que la gestión intensiva de casos es más recomendable, desde el punto de vista de costo-efectividad, con personas con discapacidades físicas y cognitivas, mientras que la coordinación de cuidados menos intensivos puede ser más rentable con aquellos que tienen discapacidades físicas y cognitivas leves, o que tienen necesidades a corto plazo.

Tabla 10: Propuesta de Estándares para una Gestión Diferenciada de Casos

Coeficiente Técnico Gestor de Caso	Horas de atención semanal, según nivel de intensidad del acompañamiento	Distribución de casos, según nivel de intensidad del acompañamiento			
Gestor de Caso (1:15)	Alta intensidad (4,5 horas por caso)	Caso 1	C2	C3	C4
	Mediana intensidad (2,25 horas por caso)	C5	C6	C7	C8
Gestor Administrativo de Caso (1: 40)	Baja intensidad (1 hora por caso)	C9	C10	C11	C12
		C13	C14	C15	
		Desde C1		Hasta Caso 40	

*Cobertura total por dupla de gestores de caso: 40 casos mensuales (persona o familia)

Sobre el **Coeficiente Técnico¹⁸¹ para la gestión de casos y estándar mínimo de equipo**, cabe reiterar que el Servicio Gestión de Casos es parte del Nivel de Respuesta Promocional y, por ende, la coordinación del equipo que lo ejecuta depende del *Encargado(a) Servicios Promocionales*. El estándar mínimo de equipo para operar el servicio considera: *1 Gestor de Caso y 1 Gestor Administrativo de Caso*.

Respecto del *Gestor de Caso*, cabe señalar que se proyecta como un(a) profesional a jornada completa, con un ratio de 1:15 casos.

En relación al *Gestor Administrativo de Casos*, se concibe como un(a) técnico de nivel superior (del área de las ciencias sociales, sociales, salud o administración) a jornada completa, bajo un ratio de 1:40 casos. Sus principales funciones son:

- Registro y seguimiento en sistemas de información del MISE.
- Apoyo administrativo para la derivación asistida.
- Sistematización de información mediante reportes periódicos, para el apoyo a la coordinación del caso.
- Como tarea excepcional, el gestor administrativo de casos puede hacer entrega directa de información a los participantes (según indicaciones del Gestor de Casos, ya que su rol no contempla la intervención directa).

Con respecto a las **horas de atención semanal, éstas se establecen según el nivel de intensidad del acompañamiento y la distribución de casos**. En función de una estimación que cifra a la demanda en 15 casos asignados al Gestor de Casos, la propuesta del MISE considera un estándar de referencia de 4 casos con alta demanda de acompañamiento, para los cuales se estiman 4,5 horas semanales de acompañamiento (4 a 5 horas); y 11 casos con mediana demanda, para los cuales se estima una dedicación de 2,25 horas semanales de acompañamiento (2 a 3 horas). Con este estándar, se espera brindar un marco de atención flexible que responda a la diversidad y complejidad

¹⁸¹La propuesta de coeficiente técnico (ratio) se basa en la carga de casos promedio de los modelos gestión intensiva de casos y tratamiento asertivo comunitario (De Vet et al., 2013).

de las necesidades que se puedan ir presentando, dejando al criterio técnico del gestor de casos y equipo de servicios involucrados la decisión de asignar un caso dentro del parámetro de alta intensidad o mediana intensidad, lo que puede variar según las necesidades de apoyo que vaya presentando la persona o la familia en situación de calle, durante su itinerario de atención dentro del MISE.

Con respecto al Gestor Administrativo de Caso, se propone un ratio de 1:40 casos, donde la asignación referencial de horas por casos corresponde al promedio semanal (1 hora por caso). Este parámetro deberá variar según las demandas de apoyo que levante el Gestor de Caso, pero velando por mantener la carga máxima en los cuarentas casos.

Figura 10: Estructura organizacional del Área Servicios de Promocionales del MISE



6.5.3. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA GESTIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE SERVICIOS

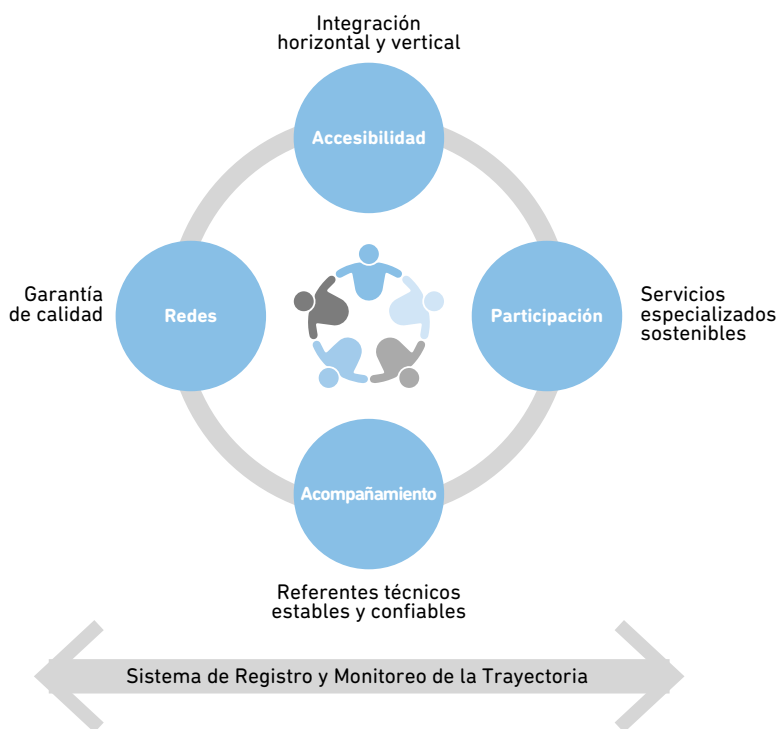
El MISE representa un modelo de intervención social dirigido a proteger la vida y fortalecer la agencia de las personas en situación de calle, en base a una estrategia multi-componente, multidisciplinaria, y basada en la gestión personalizada de cada caso. En términos específicos, los siguientes atributos aportan valor a la propuesta:

- **Accesibilidad** de la canasta básica de prestaciones y de otros servicios complementarios (de socios estratégicos públicos y privados), al remover barreras geográficas, administrativas y simbólicas que se interponen entre las personas y los distintos programas. Este atributo busca promover el acceso oportuno y fluido a las prestaciones que facilita el modelo a nivel local.
- **Acompañamiento integral**, mediante la focalización de recursos en torno al logro de objetivos personalizados, con ciclos de intervención flexibles y abarcando una amplia gama de dimensiones del bienestar. Como forma de adaptar los programas sociales a las trayectorias únicas de cada persona, estos objetivos se proponen como un “traje a la medida” de cada realidad particular.
- **Participación activa** de quienes utilizan los programas, como parte de las dinámicas de empoderamiento y estimulación de la agencia de las personas en situación de calle, cuyas expectativas, demandas y necesidades específicas deben ser consideradas en sus procesos de acompañamiento, y en los servicios en general.
- **Ampliación de la red de apoyo** de las personas y familias en situación de calle, al crear y/o fortalecer sus vínculos formales e informales, con referentes institucionales, comunitarios y familiares.

Además, como parte del sello distintivo que presenta la propuesta, destacan cuatro rasgos innovadores:

- (a) Proyección de una gestión de calidad basada en estándares técnicos y evaluaciones.
- (b) Desarrollo institucional a través de la especialización de los equipos de soporte e intervención.
- (c) Instalación de tecnologías para el registro y monitoreo de la trayectoria de cada participante.
- (d) Gestión administrativa y de recursos que aseguren la sostenibilidad del modelo.

Figura 11: Atributos del MISE



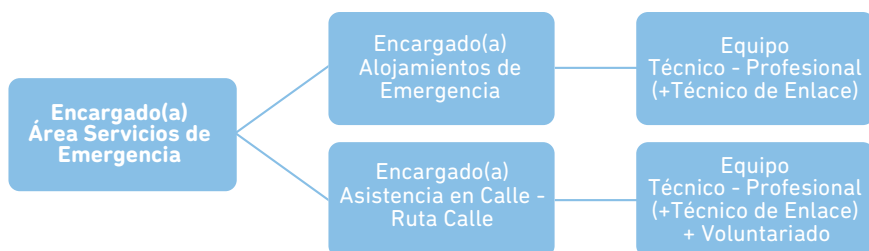
Desde esta perspectiva, es necesario complementar estos atributos con orientaciones estratégicas para una buena gestión del modelo, como estándares de operación, una adecuada estructura de soporte institucional (central/local), y fuentes de información para monitorear/evaluar el rendimiento del sistema tanto a nivel general, como en el ámbito particular de la gestión de caso.

6.5.5. EQUIPOS TÉCNICOS SEGÚN ÁREA DE SERVICIOS

La coordinación operativa de los dos niveles de respuesta que conformarán la Canasta Base de Prestaciones, considera dos áreas dentro del equipo global de intervención. Resulta pertinente realizar algunas precisiones al respecto.

En primer lugar, tal como se observa en la Figura 12, el **Área Servicios de Emergencia** contempla un(a) responsable de la gestión de los alojamientos y otro(a) del Servicio de Asistencia en Calle, considerando la complejidad que reviste la administración de alojamientos nocturnos masivos, y la gestión de voluntariado, respectivamente. Ambos roles se encuentran bajo la supervisión de un mismo encargado(a).

Figura 12: Estructura organizacional del Área Servicios de Emergencia del MISE



Además, tanto al encargado de los alojamientos como al de Asistencia en Calle, se le asigna la coordinación de equipos técnicos profesionales. Esto se traducirá en un nuevo rol, denominado como “Técnico de Enlace”, que actúa como un técnico de referencia estable para las personas en situación de calle, cuya función principal es la de ejecutar la prestación *Información y Orientación*, que en términos generales incluye:

- Registrar datos en las plataformas informáticas institucionales, según corresponda al servicio.
- Administrar el Catastro actualizado de la red pública y privada a nivel local.

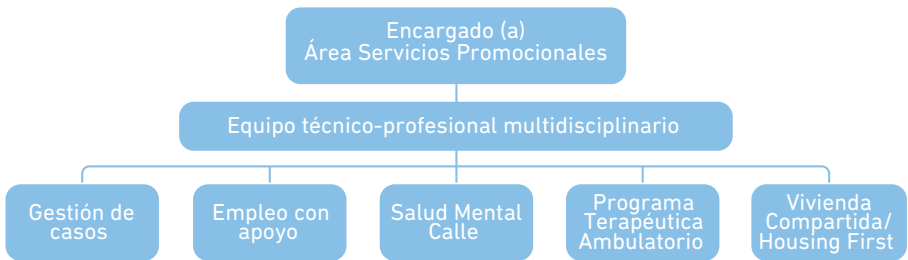
- Informar a los(as) participantes de los recursos disponibles según sus necesidades de apoyo.
- Favorecer el acceso a la red local por medio de la gestión de las derivaciones.

Además, deberá levantar alertas de atención al encargado del Área Servicios Promocionales, para activar un Plan de Acción o un Plan de Caso, según lo determinase la valoración inicial que realizará un Gestor de Casos.

Este rol deberá ser asumido por un integrante del equipo, que de modo estratégico permitirá fijar nodos de contacto dentro del MISE para favorecer el seguimiento y acompañamiento de las trayectorias de las personas dentro del sistema, especialmente cuando ellas están recibiendo atención simultáneamente en los dos niveles de respuesta.

En segundo lugar, la conformación del *Área Servicios Promocionales* (Figura 13) estará liderada por un profesional especializado, quien tendrá el desafío de articular al conjunto de profesionales de manera transversal a los marcos técnicos asociados a los servicios ambulatorios. Cabe señalar que el “punto de contacto” de la red intra-institucional del MISE (contraparte del Técnico de Enlace), es el profesional que lidera un Plan de Caso, o bien, quien designe el encargado(a) del área.

Figura 13: Estructura organizacional del Área Servicios de Promocionales del MISE



6.6. MODELO DE GESTIÓN DEL MISE

Históricamente hablando, para las organizaciones sin fines de lucro las necesidades de sus usuarios han tendido a ser consideradas como algo estable y uniforme, lo cual se refleja en la oferta de servicios que cada entidad dispone para abordar su población objetivo. Sin embargo, en las últimas décadas las ONGs comenzaron a adoptar enfoques más sensibles a las condiciones cambiantes de su entorno. En este sentido, situar las necesidades y demandas de las personas al centro de la oferta de servicios, modifica la forma como las organizaciones trabajan y se coordinan, lo cual también conlleva modificar la definición de sus objetivos de éxito y métricas para medir resultados. Así, se amplía el concepto de eficiencia no solo a los costos, sino también a otras variables que incorporan la experiencia de las personas usuarias. En el caso del MISE, se busca motivar e introducir mayor dinamismo y flexibilidad al trabajo que las Fundaciones Hogar de Cristo establecen con las personas en situación de calle, a través de un fortalecimiento y creación de nuevos vínculos dentro de la red institucional tanto interna como externa.

Con el apoyo de la empresa Vinson Consulting, se ha desarrollado una propuesta de gestión de servicios para ordenar parte de la estructura y operación del MISE, a través de una metodología "basada en la experiencia" (Figura 14):

Figura 14: Metodología integral de experiencia de clientes



Fuente: Vinson Consulting

En cuanto a los elementos que la componen, pueden ser descritos del siguiente modo:

1. Conocer y entender a las personas: es necesario monitorear constantemente las necesidades de las personas, puesto que su uso de los servicios cambia sus necesidades y con ellos sus expectativas, lo cual exige la puesta en práctica de procesos iterativos de consulta a través de encuestas, *focus groups*, tarjetas de comentarios, etc. Asimismo, es fundamental identificar sub-grupos de personas usuarias con distintas características sociodemográficas (edad, sexo-género, existencia o no de núcleo familiar, entre otras), para maximizar el impacto de las intervenciones.

2. Una estrategia clara: los lineamientos estratégicos deben ser consistentes con las necesidades de las personas usuarias, con tal de diseñar servicios que realmente sitúen a la persona al centro de su acción. Dado que se deben diseñar múltiples y diversas ofertas programáticas, la prioridad debe estar en los procesos que mayor impacto generen en las trayectorias de inclusión, en diálogo claro está con la misión y valores de la organización (en el caso de las Fundaciones Hogar de Cristo, poner el foco en *los más pobres entre los pobres*).

3. Diseño de la experiencia: por experiencia se entienden las vivencias de las personas usuarias al ser partícipes de los procesos de inclusión en nuestra oferta programática. En el diseño de las experiencias es relevante entender las necesidades de la persona usuaria, considerando su estado motivacional y emocional, así como sus expectativas y nuevos intereses, lo cual posibilita identificar oportunidades de mejora. Asimismo, es útil contar con la perspectiva de quienes despliegan los procesos internos en la organización, para así mejorar la excelencia operacional y mejorar tanto la eficiencia como la eficacia del journey¹⁸² del usuario. Lo anterior implica gestionar aquellos momentos críticos que pueden poner en riesgo el desarrollo de la intervención, y con ello, la trayectoria de inclusión.

¹⁸²Se denomina como journey al “viaje” que realiza el usuario desde su ingreso hasta su egreso de los procesos de su proceso de intervención.

4. Sistema integral de monitoreo: un sistema integral de monitoreo permite generar un flujo constante de información, para contar con una visión global en torno a la satisfacción de las personas y los aspectos claves de su experiencia en los programas. Resulta oportuno, para estos efectos, diseñar paneles de control con indicadores claves de rendimiento (*key performance indicators* o simplemente KPI), a fin de realizar comparaciones a lo largo del tiempo.

5. Equipo con foco en las personas usuarias: resulta fundamental que toda la cultura organizacional se encuentre permeada por los lineamientos estratégicos, y tanto por su misión como visión. Contar con objetivos claros e instancias de seguimiento corresponden a elementos que facilitan la adecuación de la cultura organizacional, además de otras herramientas como planes de capacitación e indicadores centrados en el usuario.

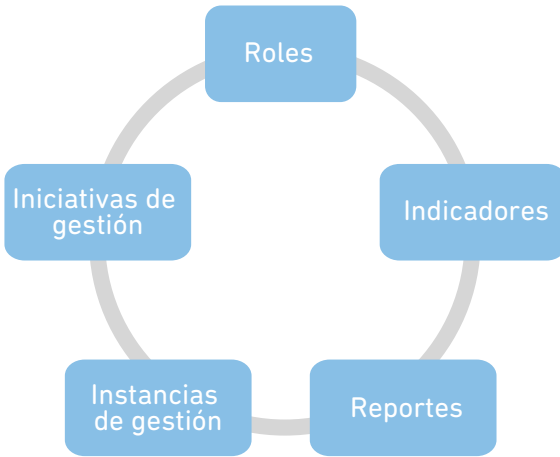
La implementación de un enfoque centrado en el usuario, así como también el cambio organizacional profundo y sustentable, solo serán posibles si se cuenta con un modelo de gestión que asegure el cambio y la mejora continua, facilitando la coordinación permanente y la ejecución de la operación.

Ahora bien, con respecto al modelo de gestión propiamente tal, un desafío importante corresponde al “desacople” entre las metas e indicadores de cada área con el propósito superior que la organización se ha fijado. Para superar este inconveniente, el MISE requiere adecuar sus objetivos estratégicos con un conjunto de herramientas y procesos de planificación, medición y gestión del desempeño propios de las Fundaciones Hogar de Cristo. Por lo mismo, es esperable que los impactos de esta implementación transformen tanto a las áreas más estratégicas como a las más operativas de la institución, facilitando flujos de información y coordinación. De modo correspondiente, cada una de las partes se

puede retroalimentar en un proceso de sinergia, permitiendo que estas gestionen las mejoras a cada uno de sus planes concretos¹⁸³.

Para optimizar el modelo de gestión, cada una de las partes ha de ser definida teniendo en cuenta una visión integral de la organización. Los cinco principales componentes que ha de definir el Hogar de Cristo son:

Figura 15: Partes del Modelo de Gestión



Fuente: Vinson Consulting

En los siguientes apartados se procederá a desarrollar en mayor profundidad los componentes mencionados en la Figura 15, junto a buenas prácticas en la implementación del MISE. Estas últimas son atingentes tanto al funcionamiento de las Fundaciones Hogar de Cristo como a las políticas públicas relacionadas, dado que el MISE se plantea esencialmente como una iniciativa de colaboración público-privada.

¹⁸³Tipo de sinergias esperables, por ejemplo, a nivel horizontal entre programas que trabajan el consumo problemático de alcohol y otras drogas con aquellos orientados a proveer de viviendas estables (como Vivienda Primero). A nivel vertical, por otro lado, se requiere coordinación entre la Secretaría General del MISE y las operaciones desplegadas a nivel local.

6.6.1. ROLES PARA LA GESTIÓN

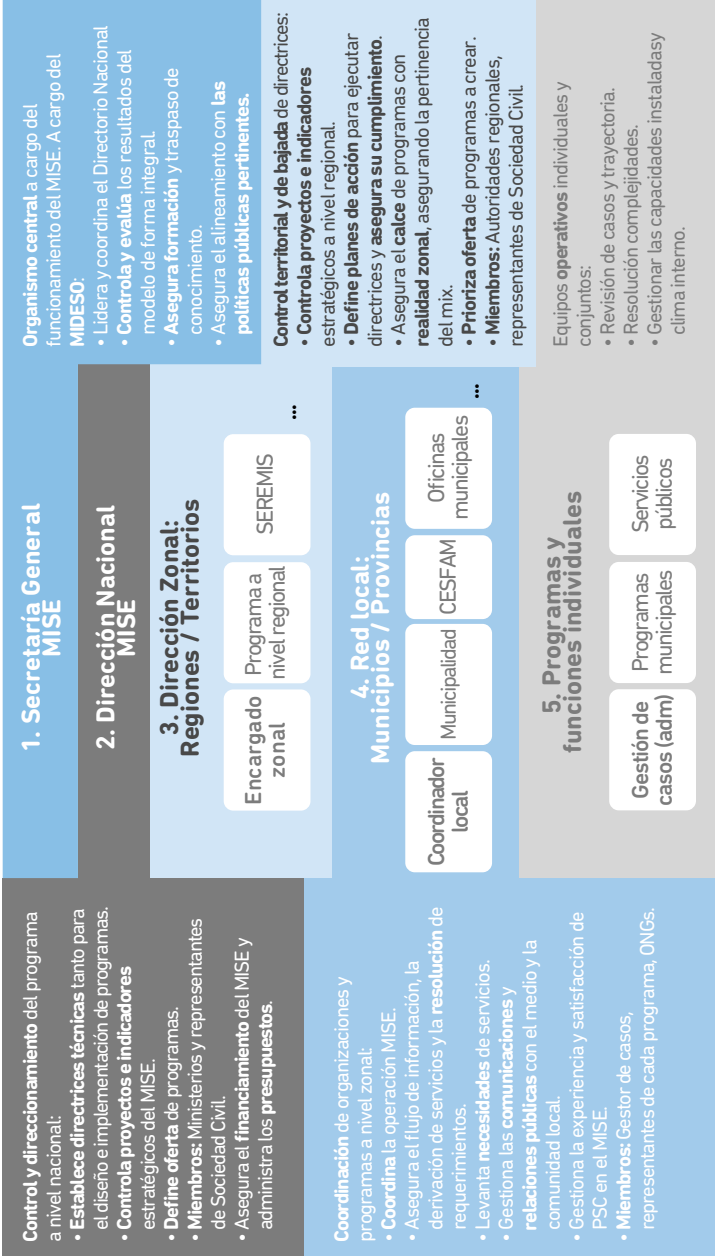
Transitar desde un modelo centrado en los programas a uno centrado en la persona, requiere contar con roles que asuman nuevas tareas de gestión. Aunque las Fundaciones Hogar de Cristo han avanzado sustantivamente en su oferta de servicios para personas en situación de calle, se evidencia una falta de integración entre sus programas, expresada en problemas como la fragmentación de los planes de trabajo, ausencia de vínculos de planificación entre servicios, dispersión de las dimensiones del bienestar humano consideradas en cada modelo, entre otros. Como consecuencia de esto, los diversos programas en los que puede participar una persona se ven dificultados al momento de formar una visión integral sobre su trayectoria de inclusión, lo cual sucede porque el seguimiento se realiza de forma parcializada (donde se observa a cada dispositivo de forma aislada), y porque se tienden a evaluar los logros del programa y no los de la persona usuaria. La gestión de caso, como metodología a implementar, busca justamente resolver este vacío al proveer un acompañamiento sistémico que integra los servicios y planes poniéndolos al servicio de las personas participantes, y no al revés (es decir, las necesidades de las personas supeditadas a las limitaciones de los servicios). Para que la gestión de caso pueda funcionar de modo óptimo, se requiere contar con una estructura organizacional capaz de coordinarse con las distintas partes que componen el sistema institucional de trabajo con personas en situación de calle.

No obstante lo anterior, el MISE busca trascender las fronteras de las Fundaciones Hogar de Cristo, sirviendo como modelo para la política pública nacional. Pensando en la implementación de una política pública a nivel nacional, es plausible que el MISE cuente con una estructura de gobernanza dividida jerárquicamente en cinco unidades de gestión que operan tanto a nivel central como zonal, para asegurar una coordinación entre los distintos programas y actores:

- 1 Secretaría general.
- 2 Dirección nacional.
- 3 Direcciones zonales.
- 4 Direcciones locales.
- 5 Programas.

El detalle de esta estructura se encuentra descrita en la figura 16:

Figura 16: Gobernanza del modelo y sus unidades de gestión



Fuente: Vinson Consulting

Algunos de los roles relevantes en la estructura son:

- 1 Rol de dirección estratégica:** responsable del funcionamiento integral del MISE, controlando y evaluando los resultados de forma integral. El análisis de información que lleva a cabo le permite tomar decisiones de forma oportuna, y liderar y coordinar a los distintos actores para que se cumplan los objetivos estratégicos. Además, tiene como propósito alinear las distintas políticas públicas atingentes, asegurando la información y el traspaso de conocimiento al respecto.
- 2 Rol de control y direccionamiento:** su propósito será el controlar los distintos proyectos e indicadores estratégicos del MISE, entregando orientaciones técnicas para el diseño e implementación de los programas. Para ello, debe definir la oferta de los programas junto con velar por asegurar un financiamiento adecuado y un control constante de sus resultados, acorde a los objetivos estratégicos. Esto implica un monitoreo integral de la satisfacción con los servicios, lo cual incluye información relativa a la satisfacción, información sobre avances y/o logros de los participantes, información sobre cambios en las personas, etc.
- 3 Rol de coordinación regional (zonal):** responsable de la definición de los planes específicos para cada una de las regiones y territorios con el fin de asegurar un ajuste adecuado entre la oferta de programas y la realidad local. En este sentido, debe mantener un contacto cercano con cada uno de los programas, levantando las necesidades que presentan los servicios y -en lo posible- solucionar dichos requerimientos. En base a las directrices elaboradas por actores más estratégicos y a la información que proporcionan los programas (en base a lo expresado por las contrapartes técnicas y los usuarios), es responsable de crear planes de acción para ejecutar correctamente los lineamientos técnicos y debe velar por su cumplimiento. Además, dentro del alcance de sus tareas debiese gestionar distintos proyectos a partir de los resultados arrojados por los indicadores pertinentes, y diagnosticar otras necesidades que la oferta actual de programas no logra satisfacer. Por otro lado, es responsable de que exista un flujo de información fluido entre los niveles estratégicos y los programas (y entre los programas y los participantes),

asegurando así una toma de decisiones oportuna y basada en datos confiables. Finalmente, es el responsable de comunicarse y relacionarse con los medios y la comunidad local.

- 4 Rol de implementación operacional:** responsable del correcto funcionamiento de los distintos programas asegurando que existan los recursos y las capacidades necesarias para poder atender correctamente a los usuarios. Al ser el contacto más directo a las personas en situación de calle, también es el responsable de resolver las distintas complejidades que puedan aparecer en la operación y de hacer seguimiento a los distintos casos. Finalmente, tiene la responsabilidad de registrar la información en los sistemas para poder hacer un correcto seguimiento a los casos, y levantar indicadores relevantes para una posterior toma de decisiones en base a datos confiables y oportunos.

Los roles descritos son fundamentales para que el MISE -y su gestión de casos- sea conducido de manera exitosa. Sin embargo, existen otros actores sociales con funciones complementarias claves para que los cuatro roles anteriores puedan desempeñarse de una mejor manera. En primer lugar, debe existir una unidad que asuma un rol de **investigación**, con la tarea de generar conocimiento actualizado y fiable sobre la situación de calle en Chile, lo que permite entregar insumos al MISE para mejorar su oferta programática y para apoyar e impulsar la creación de nuevas políticas públicas. Este rol es abordado generalmente por el mundo académico y organizaciones de la sociedad civil que pueden sistematizar su conocimiento y darlo a conocer mediante publicaciones. Por otro lado, es fundamental contar con un rol de **auditoría de calidad** que busque supervisar los servicios entregados, controlar los procesos, reducir inconvenientes y mejorar su eficacia. Asimismo, es necesario contar con equipos que realicen **evaluación de programas sociales**, para asegurar que los servicios ofrecidos cumplan los estándares de calidad propuestos, y en caso contrario, permite tomar medidas para suplir las brechas existentes para cumplirlos.

La estructura del Modelo y sus roles son fundamentales para poder llevar a cabo el propósito del MISE. Sin embargo, para que sea sostenible los actores se deben apoyar en indicadores y en instancias que permitan coordinación, gestión y faciliten la toma de decisiones. A continuación se procede a describir estos elementos.

6.6.2. INDICADORES DE GESTIÓN

Los indicadores de gestión sirven de guía a los programas para potenciar o modificar acciones que se desvían de los objetivos planteados. De este modo, permiten cuantificar los avances de la organización en métricas comparables a lo largo de periodos definidos de tiempo, visibilizando la importancia de ciertos procesos y resultados, y posibilitando alinear los esfuerzos de sus colaboradores incentivándolos al cumplimiento y mejora de estos, entregando información a los distintos roles para poder ejercer las funciones que les corresponden. Como fue descrito anteriormente, el MISE busca situar a las personas al centro de sus servicios, poniendo a su disposición un conjunto articulado de procesos organizacionales que le permitan avanzar hacia una trayectoria de inclusión. Este enfoque requiere, por lo tanto, incorporar mediciones centradas en las personas participantes y su experiencia.

Una primera aproximación útil para delinear indicadores en este ámbito consiste en diferenciar dos áreas generales, que deben ser incorporadas durante el monitoreo y seguimiento del MISE. En primer lugar, se identifica un **área centrada en la operación**, que abarca todas las dimensiones relacionadas con el sistema MISE y los servicios ofrecidos por las Fundaciones Hogar de Cristo (procesos, coordinaciones, insumos, costos, relación con actores externos, entre otros elementos).

En segundo lugar, se requiere identificar un **área centrada en el usuario**, la cual tiene como finalidad medir el avance y experiencia de los participantes en términos individuales (caso concreto) y como grupo. En otras palabras, se busca medir el progreso multidimensional del usuario -y grupos de estos- tras recibir las prestaciones ofrecidas por la institución. A modo de ejemplo, se plantea el siguiente caso hipotético:



Juan es un hombre de 46 años que ingresa a las Fundaciones Hogar de Cristo siendo diagnosticado con consumo problemático de alcohol. Luego, las Fundaciones Hogar de Cristo le ofrecen sus servicios de apoyo en consumo problemático por dos años.”

Desde una perspectiva tradicional de monitoreo, enfocada en la operación (procesos y cobertura), el éxito para las Fundaciones Hogar de Cristo se cumple al proveer a Juan servicios para el consumo problemático de alcohol, que ejecute las prestaciones establecidas por el programa (cantidad/cobertura/proceso). Sin embargo, es posible evaluar si las intervenciones realizadas cumplen o no con el “espíritu” -o propósito final- de su diseño, es decir, lograr que Juan disminuya satisfactoriamente su consumo problemático de alcohol. En la experiencia de Vinson Consulting, el diseño de los indicadores orienta a la organización y a sus colaboradores con respecto a cómo distribuir sus esfuerzos y recursos. En este sentido, incorporar solo mediciones de cantidad pone en riesgo la calidad y el impacto de las intervenciones, en la medida que un mal diseño de incentivos puede inducir comportamientos en los colaboradores que no están alineados con el propósito de su quehacer.

Por ejemplo, si un médico es evaluado por atender a 10 pacientes por día, ¿Cuándo realiza de forma exitosa su trabajo? ¿Cuándo atiende 12 pacientes o cuando atiende solo 8? A simple vista, se podría alcanzar un consenso respecto a que la respuesta correcta sea *atender al mayor número de pacientes asegurando el tratamiento óptimo de cada uno de ellos*. Situar al usuario en el centro de la oferta de servicios apoya la incorporación de esta segunda dimensión, lo que implica “hacer más” pero también de mejor manera. Por lo mismo, en el ejemplo descrito es necesario también contemplar evaluaciones que consideren la satisfacción de los pacientes con el servicio entregado por el médico, el grado de comprensión de los pacientes del diagnóstico recibido, la verificación de la mejoría/recuperación real de los pacientes, entre otros. Al medir no solo la capacidad de respuesta, sino también una evaluación integral de la persona en base a otras variables (como la experiencia del usuario y la efectividad de los acompañamientos), las Fundaciones Hogar de Cristo se sitúan en una mejor posición para identificar si la cobertura del servicio ofrecido a sus usuarios está cumpliendo con su propósito real, y con esto, contribuyendo a mejorar la situación de los participantes.

Por lo mismo, comenzamos distinguiendo entre los indicadores de proceso y los de resultado:

- **Indicadores de proceso:** métricas que se relacionan con el desarrollo y la ejecución de las diferentes acciones que implementa la organización.
- **Indicadores de resultado:** métricas asociadas a medir la efectividad final de un conjunto de procesos como un todo, que pueden ser de resultados intermedios o de largo plazo.

Con esta categorización en mente y a modo de ejemplo, presentamos a continuación algunas de las dimensiones identificadas¹⁸⁴:

	Proceso	Resultado
Dimensiones	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad MISE • Planes de trabajo • Interacción con servicios de emergencia • Adherencia a servicios • Sostenibilidad • Aprendizaje y formación 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados de participantes (restitución de DDHH vulnerados, cumplimiento de planes de trabajo, entre otros) • Percepción de participantes (satisfacción, bienestar subjetivo) • Habilidades para la vida autónoma • Destinos de egreso • Reincidencia • Autosuficiencia de los participantes • Cobertura • Coordinación y sistema integrado

Fuente: Vinson Consulting y Área de Evaluación de la Dirección Social Nacional (Hogar de Cristo)

¹⁸⁴Es relevante destacar que, en la medida que se definan más claramente estas actividades, resulta necesario medir su correcta ejecución, cumplimiento de estándar y plazo, en función de los modelos técnicos.

A su vez, las dimensiones se distribuyeron en las siguientes categorías generales:

- **Estratégicas:** Tienen como foco la ejecución de la estrategia. Buscan resumir los resultados de la organización como un todo, aunque también pueden ser parte algunos indicadores que miden procesos claves. Su uso está asociado a la gestión y generalmente son utilizados por directores (dado su alcance organizacional).
- **Tácticas:** Tienen como foco la optimización de procesos al analizar sus niveles de cumplimiento y desviaciones en su ejecución. Su uso está asociado al análisis y generalmente son utilizados por subgerencias y/o jefes de área (zonas geográficas, programas, entre otros) dado su alcance más acotado.
- **Operativas:** Tienen como foco el control de la operación desde una perspectiva de la implementación en terreno. Suelen estar asociadas a la medición de individuos en su particularidad, no así a niveles agregados. Generalmente son utilizados por jefes de área y personal de carácter implementador/ejecutor.

Cabe destacar que algunas dimensiones pueden ser comprendidas desde más de un ámbito (estratégico, táctico y operativo). Sin embargo, la diferencia será tangible en el indicador utilizado y su unidad de medida para cada nivel (medición nacional, territorial, programa, individuos, entre otros). A modo de ejemplo, presentamos parte de la distribución realizada:

Tabla 12: Ejemplos concretos de indicadores

Dimensiones	Estratégicos	Tácticos	Operativos
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Restitución de derechos Humanos vulnerados • Satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Restitución de derechos Humanos vulnerados • Cumplimiento de dimensiones en plan de trabajo de los participantes. • Satisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Restitución de derechos Humanos vulnerados • Cumplimiento de dimensiones en plan de trabajo de los participantes • Satisfacción • Bienestar subjetivo • Actividades para la vida básica • Realización actividades instrumentales para la vida diaria • Habilidades relacionales • Herramientas de autocuidado
Sistema MISE	<ul style="list-style-type: none"> • Reincidencia en Situación de Calle 	<ul style="list-style-type: none"> • Destino de Egreso • Reincidencia en Situación de Calle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos • Autosuficiencia • Reincidencia en Situación de Calle
Gestión de componentes y servicios MISE	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones entregadas • Inscritos • Capacidad utilizada 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones entregadas • Inscritos • Capacidad utilizada • Utilización de distintos servicios • Rotación • Coeficientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestaciones entregadas • Inscritos • Capacidad utilizada • Utilización de distintos servicios • Rotación • Coeficientes

Modelo Integrado de Servicios (MISE)

<p>Gestión de procesos sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalizaciones (Cantidad/días) • Encarcelaciones (Cantidad/días) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia a servicios MISE • A los servicios • Al plan de trabajo • Permanencia • Abandonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos y planes realizados • Satisfacción con el plan • Satisfacción con los servicios MISE • Adherencia al plan de trabajo • Permanencia • Abandonos • Hospitalizaciones (Cantidad/días) • Encarcelaciones (Cantidad/días) • Egresos por cumplimiento de procesos
<p>Gestión / coordinación MISE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad • Financiera • Gestión de convenios • Control Interno • Social - comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad • Financiera • Gestión de convenios • Control Interno • Social - comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenibilidad • Financiera • Gestión de convenios • Control Interno • Social - comunitaria

Es importante recalcar que gran parte de las mediciones e indicadores planteados no solo responden a una dinámica organizacional, también son extrapolables –con ciertos ajustes- a iniciativas de colaboración en mayor escala como alianzas público-privadas.

6.6.3. REPORTE DE GESTIÓN

Contar con información ordenada que permita tomar decisiones de manera ágil y eficaz, es un factor vital para el funcionamiento eficiente del quehacer organizacional. Los reportes de gestión, por ende, son fundamentales para este propósito, pudiendo ejemplificarse en distintos documentos e informes que -de manera sintetizada- comunican la información necesaria para mantener actualizados a los actores pertinentes. Tanto el receptor como el encargado de la elaboración de cada uno de los reportes del MISE deben velar que estos permitan cubrir de manera integral y sencilla el estado de los procesos y/o resultados de la organización mediante un conjunto acotado de indicadores, optimizando el trabajo (Callahan, 2011).

Considerando la *metodología Integral de experiencia de clientes* (o participantes), enfocada en conocer y comprender las necesidades de las personas usuarias, no solo es relevante la entrega de información a los distintos estamentos y roles de la organización, sino que también conocer las necesidades, opiniones y experiencia de los receptores. En este sentido, el contenido de los reportes de gestión debe ser acordado entre quienes los elaboran y a quienes van dirigidos. Por lo tanto, todo reporte debe ser útil y significativo en los plazos pertinentes, de tal modo que sirva de insumo al diseño, ejecución y operación de los programas. En la medida que distintos roles logren asimilar e incorporar el sentido de la información recibida, mostrándose satisfechos con esta, se creará un proceso iterativo en la cual la información que ingrese a los sistemas será de mayor calidad y, como consecuencia, los reportes serán más relevantes para la toma de decisiones estratégicas.

Es importante señalar que la implementación oportuna y eficiente de indicadores requiere -además de un diseño adecuado- que la organización cuente con sistemas informáticos capaces de soportar la fiabilidad de los datos y producción dentro de rangos de tiempo pertinentes. Para ello se ha de contar con plataformas de uso común a las distintas áreas de la organización, capaces de levantar los avances de cada equipo. Consecuentemente, esto requiere también que los distintos entes incorporen la información para que ésta sea oportuna, confiable y consistente. Asimismo, se debe considerar que organizaciones tanto públicas como privadas externas a la Fundaciones Hogar de Cristo pueden beneficiarse de

estas plataformas. Claro está, el desarrollo de sistemas informáticos comunes para los distintos actores trae consigo altos costos por concepto de inversión en diseño e instalación de hardware, software e infraestructura adicional, además de la capacitación a sus respectivos usuarios. Sin embargo, estos costos han de ser ponderados respecto a los beneficios de poder ofrecer una respuesta coordinada y centrada en el usuario, además de evitar la duplicación innecesaria de acciones y mejoras en el impacto de las intervenciones.

Finalmente, el sistema ha de contar con los debidos protocolos de resguardo para el uso de información sensible. A pesar de que la información se encontrará disponible en un mismo sistema, se deberá definir quiénes tendrán acceso a visibilizarla y editarla. Por lo mismo, contar con un sistema de seguridad de datos que los proteja de un posible mal uso o de un robo es un asunto esencial.

6.6.4. INSTANCIAS DE GESTIÓN

Las instancias de gestión corresponden, a grandes rasgos, a las distintas reuniones que acontecen dentro de la organización para tomar discutir temas de relevancia, tomar decisiones y alinear a los equipos. La implementación del MISE requiere que las diferentes áreas de las Fundaciones Hogar de Cristo se integren en instancias comunes para dar una respuesta coordinada y centrada en el usuario.

El diseño de estas instancias responde a los diferentes objetivos que gestiona el MISE, los cuales pueden ser de corto, mediano y largo plazo. Así, es fundamental que el esquema diseñado sea congruente con la estrategia definida, para añadir valor al propósito institucional. De forma complementaria se ha de definir qué temas serán tratados, su nivel de profundidad, el esquema de indicadores y sus respectivos participantes. En la Tabla 13 se presenta una aproximación preliminar de las instancias de gestión que podrían considerarse en el marco del MISE¹⁸⁵:

¹⁸⁵En este ejemplo se enfatizan los servicios del MISE dentro de las Fundaciones Hogar de Cristo.

Tabla 13: Ejemplos de instancias de gestión		
Nombre	Objetivos	Frecuencia
Directorio general	<ul style="list-style-type: none"> Definir directrices técnicas y servicios Controlar/evaluar indicadores y proyectos estratégicos 	Trimestral
Comité operativo	<ul style="list-style-type: none"> Tomar decisiones claves (no financieras) Asegurar continuidad operativa Asegurar traspaso de capacidades 	Semanal
Comité financiero	<ul style="list-style-type: none"> Tomar decisiones financieras institucionales claves Construcción de PPTO según lineamientos 	Trimestral
Comité Zonal	<ul style="list-style-type: none"> Traspaso de directrices nacionales Definición de planes de acción zonal Controlar indicadores zonales + PPTO 	Mensual
Comité local	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar operación zonal entre sectores Asegurar flujo información y resolución Controlar indicadores operativos y proyectos de la red local 	Quincenal
Comité de casos	<ul style="list-style-type: none"> Coordinar operación de gestores de caso Definición y evaluación de planes de acción y objetivos por caso 	Semanal
Comités internos	<ul style="list-style-type: none"> Analizar y controlar resultados de forma interna 	Semanal

Fuente: Vinson Consulting

En línea con lo anterior, la falta de periodicidad y sistematicidad de las reuniones suele constituir un problema que enfrentan las organizaciones con y sin fines de lucro, lo cual pone en riesgo las gestiones necesarias para el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para tales efectos, Vinson Consulting recomienda la creación de una oficina de gestión de proyectos (*project management office* o PMO), un área autónoma e independiente de la organización que realiza seguimiento a los indicadores y prepara las instancias de gestión, prestando un apoyo más logístico y técnico a los tomadores de decisiones (PMI, 2013). Esta orgánica permite mantener la periodicidad para estas instancias y asegurar su realización aun cuando existan contingencias, además de guardar registro de las reuniones previas para revisar el estado de la implementación de lo acordado en reuniones previas.

Una experiencia similar destacable en Chile corresponde a lo implementado el modelo de Chile Crece Contigo (CHCC) (Cunill-Grau, Fernández, & Thezá, 2013), el cual contó con un equipo dedicado a su mantención, facilitando la participación multisectorial en la toma de decisiones y la permeabilidad del sistema en las distintas unidades que participan en él. Sin esta disciplina y rigurosidad en el monitoreo y ejecución de proyecto, se incrementan las probabilidades de que la implementación de cualquier modelo de gestión falle en el camino.

6.6.5. INICIATIVAS DE GESTIÓN

Las distintas instancias de gestión del MISE crean la oportunidad para generar acciones correctivas y de mejora a lo largo del tiempo, adecuando sus operaciones a los objetivos estratégicos del Modelo. Para esto es importante contar con una metodología de trabajo que permita materializar los diferentes proyectos de la organización, la cual suele denominarse como iniciativas de gestión.

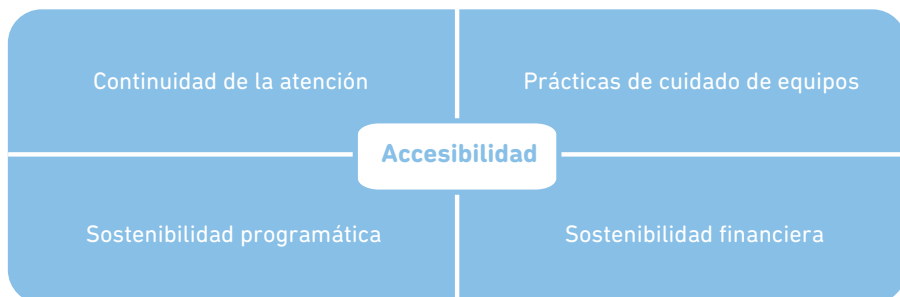
Las iniciativas de gestión tienen como objetivo crear o mejorar procesos, son acotadas en el tiempo y deben generar cambios que queden formalizados en los sistemas de la organización. El avance y los logros de estas iniciativas deben ser monitoreadas en las mismas reuniones de control de gestión. De esta manera, estas reuniones se convierten en un mecanismo integral del modelo de gestión que permiten instalar una lógica de mejoramiento continuo

e innovación en el sistema organizacional. Para la implementación de una iniciativa de gestión se debe definir un conjunto de objetivos específicos, su alcance, un líder y un equipo de trabajo idóneo para su coordinación. En segundo lugar, se ha de establecer un plan con acciones concretas y racionales, definiendo plazos y responsables determinados. Finalmente, se deben fijar indicadores de logro a los objetivos generales y a los avances en el proyecto, junto con establecer un presupuesto y una carta Gantt que considere los hitos y plazos del proyecto.

Finalmente, se recomienda a los responsables tener en consideración que la interdisciplinariedad en los equipos juega un factor crítico en la implementación de Iniciativas de gestión. Se sugiere que la conformación de estos equipos esté pensada desde su diversidad, tanto en términos disciplinarios como jerárquicos. En caso contrario, existe el riesgo de que los cambios no permeen en el sistema, que sean poco útiles a las distintas contrapartes, o que la contingencia impida que se concreten estos proyectos con foco en el cambio y la innovación. Esto ha demostrado ser un factor de éxito en otros programas sociales, tales como CHCC (Cunill-Grau, Fernández, & Thezá, 2013).

6.7. ESTÁNDARES GENERALES DE OPERACIÓN DEL MODELO

Figura 17: Estándares de operación del MISE



A. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

En términos generales, la *continuidad* de la atención busca que el proceso de intervención sea consistente y coherente a lo largo de todas sus etapas, para no interrumpir innecesariamente el progreso del participante. Asimismo, este principio supone que los distintos actores involucrados se vinculen para actuar de forma mancomunada, a fin de ejecutar sus acciones en función de los objetivos priorizados para las personas caso a caso.

En razón de este estándar, la institución debe establecer un vínculo optimista con la población en situación de calle para demostrarles que alcanzar y consolidar una trayectoria inclusiva es una meta factible, y que para ello, cuentan con acceso a servicios y referentes institucionales estables durante toda la ruta de atención.

En el plano operativo, la continuidad de la atención requiere contar con mecanismos de seguimiento para monitorear los progresos, y activar alertas oportunas desde los distintos niveles del soporte organizacional. De igual modo, el intercambio de información entre los diversos actores institucionales de la red local, representa un componente crucial para evitar la sobre-intervención y mejorar el rendimiento (costo-efectividad). A este respecto, la evidencia indica que la experiencia de la persona mejora cuando ésta constata que los equipos tienen conocimiento previo de su historia y requerimientos (Waibel, et al., 2011).

B. SOSTENIBILIDAD PROGRAMÁTICA

El modelo debe asegurar la sostenibilidad de la oferta programática a lo largo del tiempo, de tal modo que las trayectorias inclusivas cuenten con el soporte necesario. Desde esta perspectiva, el MISE debe considerar una cartera de servicios basados en evidencia comprobada sobre buenas prácticas, que se ajusten en sincronía con la evolución de las problemáticas y objetivos que lo orientan. Esto incluye una mejora continua del modelo a través de la propia información generada. La sostenibilidad también implica establecer una estrategia de financiamiento acorde a la demanda potencial, y a la presencia institucional nacional.

C. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Para modificar las trayectorias de profunda exclusión que experimentan las personas en situación de calle, se requiere contar con recursos que permitan mantener el ritmo de las operaciones del MISE, incluso en medio de circunstancias adversas. La consolidación de trayectorias de inclusión implica situar metas individuales en el largo plazo, por lo que se deben tomar medidas para asegurar que la continuidad de las atenciones no quede sujeta a la contingencia, como sucede con la renovación periódica de licitaciones. En este contexto, resulta clave conformar una red pública-privada que goce de convenios de cooperación y financiación, dando lugar a *fuentes permanentes de financiamiento*.

D. PRÁCTICAS DE CUIDADO DE EQUIPOS

Aunque los equipos reconocen satisfacciones laborales ligadas al tipo de trabajo que realizan, también enfrentan el riesgo constante de experimentar problemas de salud relacionados al estrés. Trabajar con población que ha sufrido experiencias traumáticas y graves vulneraciones a sus derechos humanos, como es el caso de las personas y familias de situación de calle, representa un desafío técnico-profesional de alta exigencia. En casos extremos, los funcionarios de trato directo pueden verse afectados por lo que se denomina como fatiga por compasión, entendida como estrés que surge producto de la interacción intensiva con personas que padecen profundos dolores emocionales (Marín-Tejeda, 2017), y que puede volver contraproducente el efecto de la intervención.

Por ello, el MISE debe considerar el desarrollo de una estrategia integral de cuidado de equipos, la cual considere jornadas frecuentes y planificadas que respondan al diagnóstico de necesidades del equipo, y además, condiciones laborales adecuadas en relación con la infraestructura, seguridad laboral, asistencia técnica, capacitación formal, y comunicación. Este estándar de operación debe traducirse en una programación financiada y conocida por todos los actores institucionales relacionados con el modelo (Paréntesis, 2015).

6.8. PRINCIPALES HERRAMIENTAS DE GESTIÓN, INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN

Para articular la intervención de las diversas entidades que conforman la red de atención del MISE, se debe contar con una plataforma de información que permita monitorear el sistema de manera constante, así como llevar un registro para una posterior medición de resultados. Esta función será asumida por el Sistema de *Seguimiento a la Trayectoria*, cuyas principales fuentes de información se agrupan bajo las siguientes categorías:

- Instrumentos y herramientas para el registro y monitoreo de la intervención.
- Instrumentos de planificación de la intervención.

Los siguientes cuadros describen estos instrumentos y herramientas, con sus respectivos objetivos para la gestión del MISE.

6.8.1. INSTRUMENTOS Y HERRAMIENTA PARA EL REGISTRO Y MONITOREO DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 14: Instrumentos y Herramienta para el registro y monitoreo de la intervención del MISE		
Etapa de intervención	Nombre del instrumento o herramienta	Objetivo
DIAGNÓSTICO INTEGRAL	Instrumento de registro de datos individuales	Instrumento que tiene por objetivo, caracterizar a la población atendida a través del registro de datos individuales y familiares, con el fin de identificar variables de pobreza económica y/o multidimensional y/o vulneración de derechos.
	Valoración inicial	Instrumento diseñado para realizar un análisis del caso previamente a la derivación de la persona a los servicios del MISE (articulados por medio de un Plan de Acción o Plan de Caso). Su principal objetivo es avanzar en la construcción de una mirada integral de la persona o familia en situación de calle (caso), para una correcta propuesta de derivación de la persona, considerando sus recursos, capacidad de agencia, potencialidades, principales preocupaciones, derechos vulnerados y necesidades. Por ende, es un instrumento complementario a la información registrada mediante el instrumento de registro de datos individuales, y el instrumento de diagnóstico común de todos los puntos de red del MISE.
	Diagnóstico especializado	Este instrumento tiene como objetivo recopilar información relevante para los servicios del MISE, la cual es complementaria a los antecedentes provistos por el instrumento de Registro de Datos Individuales y el instrumento de Valoración Inicial. Se construye con preguntas y pruebas estandarizadas de cada una de las áreas disciplinares relacionadas con los servicios promocionales del MISE, los que se transforman en módulos que aplicados según requerimiento, y que aportarán en la definición de una estrategia de intervención.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INTERVENCIÓN</p>	<p>Herramienta digital de monitoreo y alerta temprana</p>	<p>Corresponde a un software para dispositivos móviles y computadores utilizados por los equipos de intervención del MISE, cuyo principal objetivo es monitorear dimensiones básicas del bienestar de la persona o familia en situación de calle, y levantar alertas oportunas de atención al nivel de respuesta especializada del MISE. Se busca que la información registrada pueda ser compartida a nivel inter-organizacional.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">SEGUIMIENTO</p>	<p>Encuesta de satisfacción de usuario</p>	<p>Este instrumento tiene por objetivo conocer la evaluación de las personas atendidas sobre los programas en los que participan. Así, es posible entregar información oportuna y relevante que permita mejorar la gestión de los programas. Cabe advertir que este instrumento podría ser aplicado a personas que están en etapa de intervención (incluyendo su fase de pre egreso) o seguimiento.</p>

Figura 18: Principales fuentes de información del Sistema de Seguimiento a la Trayectoria



6.8.2. INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Para responder a una gestión diferenciada de casos, el MISE considera dos tipos de instrumentos de planificación de la intervención, de acuerdo al tipo de respuesta que ha sido demandada por el participante y/o propuesta por los equipos vinculados, según resultado de la aplicación del o los instrumentos aplicados en la Etapa de Diagnóstico Integral. Estos instrumentos son el Plan de Acción y el *Plan de Caso*:

A. PLAN DE ACCIÓN

El Plan de Acción corresponde a un instrumento de primera respuesta asociado a prestaciones del nivel de emergencia, que se construye en conjunto con la persona en situación de calle, y en el cual **se registra la demanda de prestaciones especializadas de apoyo y/o derivaciones asistidas**, que pueden ser identificadas por el equipo o la misma persona.

La necesidad de un Plan de Acción y su posterior elaboración debe ser requerida por el técnico de referencia o Técnico de Enlace -perteneiente a algunos de los programas de emergencia- al *Área de Servicios Promocionales*, para la asignación de un *Gestor de Caso* del nivel de respuesta promocional.

B. PLAN DE CASO

El Plan de Caso es el instrumento ligado al nivel de respuesta promocional, actuando como eje de la gestión de casos. Esta herramienta es construida en conjunto con la persona en situación de calle, a partir de la información registrada en la etapa del diagnóstico integral. El Plan de Caso se estructura en torno a la definición de objetivos generales de la Intervención, **y contiene la propuesta de servicios, plazos, y actores implicados en su ejecución**. Por ende, este instrumento debe ser compartido transversalmente entre los profesionales y dispositivos que intervienen. Además, el Plan de Caso es una estrategia multicomponente, que se sustenta en el reconocimiento de las capacidades y objetivos auto determinados por parte del participante.

6.9. CONDICIONES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IMPLEMENTAR EL MISE EN CHILE

El MISE está diseñado como un sistema de gestión institucional dirigido a disminuir las barreras de acceso entre los servicios sociales y las personas en situación de calle, con la integración vertical y horizontal como vía para abordar de manera integral el bienestar de las personas. En base a marcos éticos y operativos interdisciplinarios, se busca respetar las diferencias de género y la autonomía individual, entregar continuidad a los procesos de intervención, y enfatizar la construcción de trayectorias inclusivas. Además, se plantea como necesaria la especialización de los equipos de intervención y soporte, y la instalación de tecnologías para el registro, sistematización y difusión de la información.

En virtud de los variados y significativos cambios que propone el MISE en algunos espacios de la actual política social para personas en situación de calle, su implementación requiere ciertas modificaciones en el contexto chileno. En específico, es necesario incrementar la cobertura y calidad de los programas, generar una infraestructura institucional propicia, y masificar la incorporación de la gestión de casos.

6.9.1. COBERTURA Y CALIDAD

Aunque la política pública y la sociedad civil han desarrollado diversos tipos de dispositivos especializados para personas en situación de calle (salud mental, consumo problemático de alcohol y otras drogas, habitabilidad, etc.), estos servicios presentan una cobertura limitada, tanto en términos de cupos como en su presencia a nivel territorial. Por lo mismo, se requiere incrementar la cantidad de programas a nivel regional, de modo acorde con la magnitud y diversidad de necesidades en cada zona. Por otro lado, aunque muchos de estos servicios presentan niveles de calidad aceptables, no existe una sistematización de los estándares mínimos de calidad que debiesen ser fijados -y fiscalizados- como obligatorios para alcanzar los objetivos programáticos.

Se espera que los estándares de calidad resguarden los tres principios de la atención integrada: el ser humano es considerado

en su integralidad como un ser bio-psico-social; dar continuidad a la persona atendida; la persona debe estar situada en el centro de sus procesos de cambio, lo que implica hacerlo parte de la toma de decisiones (Dois et al., 2016). Sobre esto último, la política pública dirigida a la población en situación de calle debe contemplar las necesidades específicas de la población a la que se dirige. De tal manera, debe de contemplar una diversa tipología de atención, contando con múltiples entradas y una distribución adecuada de los recursos de manera flexible a las necesidades de cada persona (Matulič et al., 2016).

La disposición de estos estándares debe asegurar que ninguna persona se deba ver obligada a dormir en calle por falta de acceso a servicios; que los albergues transitorios no se conviertan en sustitutos de hogares reales, puesto que nadie debería vivir en este tipo de alojamiento más del tiempo necesario; *que nadie abandone una institución sin alternativa de alojamiento*; y que los(as) jóvenes cuenten con alternativas de acceso a la vida independiente que no implique terminar sin hogar (Navarro, 2013).

Así, una mejora cualitativa y cuantitativa de los dispositivos sociales es imprescindible si se busca asumir como meta la prevención y la superación -y no la simple interrupción- de la situación de calle. Para que la atención se realice de manera integrada, es primordial realizar un catastro inicial para conocer con precisión los servicios existentes actualmente. De este modo, es posible identificar la oferta de la red de servicios (ambulatoria, residencial, especializada, de emergencia, etc.), e identificar las fuentes de financiamiento comprometidas con la causa, para diagnosticar la capacidad del sistema y reconocer sus puntos más débiles.

6.9.2. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL

El MISE está diseñado para articular a todos los actores institucionales que puedan contribuir a la *prevención y superación de la situación de calle en Chile*, lo cual abarca distintos niveles administrativos y estimula la integración entre el sector público y el privado. Por lo mismo, resulta imprescindible establecer un proceso de diálogo entre distintos sectores y actores sociales para acordar puntos mínimos de consenso, en torno a los principios rectores que orientarán la Política de Calle (como la dignidad

humana o la autonomía); a los enfoques de intervención, a la definición nominal, operacional y legal de las personas en situación de calle; y a los distintos énfasis atribuibles a sus objetivos centrales (protección, prevención y superación). Este tipo de trabajo no debe ser omitido, dado que condiciona en gran medida la capacidad de integración y el acuerdo entre las contrapartes involucradas en la implementación del MISE, por lo cual se deben definir instancias y plazos claros al respecto.

Ahora bien, a nivel más concreto la materialización del MISE propósito exige crear una estructura institucional que permita sostener operativa y financieramente el sistema de intervención. A nivel de soporte institucional central, se requiere ejecutar las siguientes funciones:

OPERACIÓN

- Organizar y dirigir la canasta base de prestaciones del Modelo Integrado de Servicios, según lineamientos estratégicos vigentes.
- Gestionar los servicios y prestaciones del Modelo Integrado de Servicios, controlando el cumplimiento de sus objetivos, indicadores, estándares, protocolos, y la normativa vigente.
- Elaborar un sistema único de información, esencial para mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones involucradas.
- Implementar mecanismos que permitan la participación de quienes utilizan las intervenciones.
- Evaluación constante de los diferentes programas que conforman el sistema, en base a la adaptación de indicadores validados y recomendados internacionalmente.

FINANZAS

- Generar una estimación de costos del funcionamiento y servicios que conforman el MISE.
- Asegurar la fluidez de las actividades del Modelo Integrado de Servicios, a través de una adecuada gestión financiera que optimice los recursos.

- Asegurar la transparencia y exactitud de la información financiera y de gestión, para la correcta toma de decisiones en todos los niveles internos y externos del Modelo Integrado de Servicios mediante el control de gestión presupuestario.
- Garantizar el correcto soporte informático de la institución, para que la información del Sistema de Seguimiento a la Trayectoria del MISE tienda a ser integral y permita servir de insumo en la toma de decisiones.

RECURSOS HUMANOS

- Reclutar y seleccionar los profesionales y técnicos, según perfiles de cargo que se definan para la implementación del MISE y su Canasta Base de Prestaciones.
- Asegurar una formación continua de los técnicos y profesionales que se integran al sistema, permitiendo adecuar sus competencias en función de los perfiles requeridos.
- Liderar Estrategia de cuidado integral de los equipos.

El mandato de operación integrada y desarrollo estratégico del MISE, recomienda sumar al soporte institucional central ya señalado, la consolidación de una mesa técnica: *la Mesa Nacional para la Inclusión Integral de Personas en Situación de Calle (Mesa Nacional MISE)*, la cual tendrá por objetivo dar seguimiento a los lineamientos estratégicos del modelo, resolver nudos críticos en su operación, y hacer recomendaciones sobre mejoras al respecto.

CONTEXTO LOCAL

Por otra parte, el MISE requiere contar con una coordinación especializada a nivel territorial, con un alto involucramiento del gobierno local a fin de garantizar el cumplimiento efectivo de sus estándares en el espacio donde habita la población objetivo. Para ello, resulta indispensable adaptar el modelo a las características particulares de la zona, en términos de sus variables ecológicas, recursos territoriales, mapa de actores, entre otras. De este modo, el proceso de gestión de casos puede nutrirse al conocer la realidad comunal y barrial, para así identificar los principales puntos calle,

su cercanía con servicios públicos y privados, el papel e influencia de actores de la comunidad, entre otros factores relevantes. En este nivel, se requiere:

- Identificar la demanda potencial (diferenciada por perfiles).
- Levantar la oferta local, con el objeto de desarrollar una canasta de prestaciones y servicios complementaria a la "canasta base", según la evidencia empírica y sistematización de buenas prácticas a nivel territorial.
- Generar planes de trabajo conjunto para asegurar la disponibilidad, acceso y atención continua de los servicios, con especial énfasis en la institucionalización de mecanismos de coordinación y protagonismo en la estrategia del Gobierno comunal y la Gobernación. Como ejemplo de lo anterior, destaca el levantamiento de alertas a partir del uso compartido de herramientas tecnológicas de monitoreo, o la realización de reuniones para analizar casos a escala inter-institucional, entre otros.
- Establecer convenios de cooperación para el registro y la transferencia en tiempo real de información relevante, que permita nutrir la toma de decisiones para la gestión de casos y las operaciones de orden sistémico.

En función de lo anterior, cabe recalcar que la coordinación y articulación inter-institucional requiere acciones de gestión a nivel tanto micro (local) como macro (nacional), lo cual se debe tomar en cuenta sobre todo considerando la alta centralización del país.

Por otro lado, el trabajo comunitario que propone el MISE implica diseñar estrategias para delimitar el espacio barrial en el que se busca incidir, realizar levantamientos periódicos de información que refleje la percepción de las comunidades sobre las personas en situación de calle, formular métodos de sensibilización vecinal, entre otros aspectos que involucran la planificación tanto a nivel central como en los distintos territorios donde opera el modelo.



CAPÍTULO 07

Palabras finales

El MISE ha sido planteado como un sistema de gestión institucional dirigido a disminuir las barreras de acceso entre los servicios sociales y las personas en situación de calle, con énfasis en una integración institucional tanto vertical como horizontal como vía para abordar de manera integral el bienestar de las personas. De cara al futuro, el diseño y la implementación del MISE representa un notable desafío para las Fundaciones Hogar de Cristo y para la política social del país, frente a lo cual cabe subrayar algunos aspectos centrales.

Un primer gran desafío para el MISE consiste en **situar al centro a las personas que se encuentran en situación de calle (o están en riesgo de ingresar a ella)**. Parte de los desafíos que enfrenta nuestra política social nacional, así como de las intervenciones ejecutadas por distintos programas públicos y privados, está en su frecuente diseño e implementación desde la perspectiva exclusiva de los equipos técnicos y profesionales, que tienden a omitir las causas de la situación de calle para centrarse exclusivamente en las carencias resultantes. Claro está, incorporar las necesidades y demandas de las personas en situación de calle se complejiza aún más dada su heterogénea composición¹⁸⁷, razón por la cual la estandarización programática -a nivel de enfoques, prestaciones y personal- puede atentar contra las necesidades específicas que se desprenden de esta diversidad. Situar a la persona al centro de las políticas sociales también implica reconocer su capacidad de agencia, por lo cual se vuelve clave el modo en el que los programas reconocen y promueven trayectorias inclusivas fomentando la participación y la toma de decisiones autónomas de las personas involucradas. Esto último nos recuerda y llena de sentido a la frase **"nada sobre nosotros sin nosotros"**.

Un segundo desafío para la implementación de esta propuesta guarda relación con **la relevancia de la vivienda como un componente clave para la inclusión social**. Los programas basados en el aseguramiento de las condiciones básicas para la habitabilidad se convierten en una de las "piedras angulares" para facilitar las trayectorias de inclusión, en la medida que una vivienda permanente o semi-permanente permite satisfacer necesidades que no podrían ser satisfechas de otro modo, posibilitando la construcción de rutinas estables en la vida de las personas. En este sentido, es crucial reconocer que el disfrute de la privacidad

requiere contar con una vivienda, la cual además constituye un componente protector de factores como el frío y la lluvia. Como se evidenció en las críticas al *Modelo Escalera*, la vivienda permanente (en sus distintas modalidades) no puede estar condicionada al cumplimiento de logros, por el contrario, es fundamental que sirva como punto de partida para todo proceso de cambio. El concepto de vivienda *adecuada* implica que ésta debe estar bien localizada en la ciudad, de tal modo que las personas puedan acceder con facilidad a la red de servicios necesarios para su inclusión y desarrollo. Garantizar el acceso a una vivienda adecuada ha sido un desafío histórico para el Estado chileno, lo que actualmente se refleja no sólo en un elevado déficit cuantitativo de viviendas, sino también en un alto grado de segregación urbana. En el marco de esta discusión, las personas en situación de calle no han sido visualizadas como un grupo prioritario por las políticas de vivienda, como sí ha sido el caso de las familias en campamentos o que habitan viviendas con un alto deterioro.

Un tercer desafío consiste en comprender que la vivienda en el MISE constituye solo el punto de partida. Lo que se requiere -de fondo- es **un cambio en el sistema de protección y apoyo social que priorice a grupos excluidos y especialmente vulnerados en sus derechos**, los cuales se encuentran viviendo una auténtica situación de emergencia. Al respecto, se necesita ampliar y fortalecer la red de apoyos y servicios dirigidos especialmente para esta población, con programas de salud -física y mental- especializados, además de intervenciones en el plano de la educación, el trabajo, las habilidades sociales, el tratamiento del consumo problemático del alcohol y otras drogas, entre otros. Esta red de servicios debe estar disponible en todos los lugares donde se requiera, siendo capaz de dar respuesta a la demanda existente con un presupuesto que asegure su estabilidad. Dicho desafío supone un importante obstáculo considerando que actualmente las personas que viven en situación de pobreza y vulnerabilidad socioeconómica -es decir, sin estar en situación de calle- no cuentan con esta red de apoyo en el nivel y profundidad que se requiere. Por ejemplo, los programas de tratamiento residencial para mujeres con consumo problemático de alcohol y otras drogas son prácticamente inexistentes, lo que se repite en relación a otras necesidades de atención (como con la salud mental de la población general).

Un cuarto desafío corresponde a **la intersectorialidad**, uno de los aspectos más críticos de la política social en Chile. Para avanzar hacia un modelo de servicios realmente integrado, es crucial superar la fragmentación entre las distintas políticas, programas y servicios para las personas en situación de calle. Por ejemplo, los esfuerzos de una autoridad ministerial relevante en el ámbito¹⁸⁸ deben estar implicados e imbricados con los esfuerzos de otros ministerios, los cuales ciertamente cuentan con sus propios servicios dirigidos a la inclusión de la población en situación de calle. En este punto cobra importancia la mantención de dinámicas permanentes de coordinación y colaboración entre los distintos equipos involucrados, lo cual incluye la necesidad de contar con sistemas de información interconectados. Asimismo, se requiere potenciar los esfuerzos públicos con los privados, particularmente con el de la sociedad civil organizada sin fines de lucro, que mantiene en Chile una importante cantidad y variedad de servicios para las personas en situación de calle. El trabajo en este aspecto es fundamental para desarrollar acciones *preventivas* eficientes y eficaces, considerando que una parte considerable de las personas en situación de calle ha egresado de instituciones como residencias de protección para NNA, recintos penitenciarios y hospitales psiquiátricos.

Un quinto desafío está en el diseño e **implementación de un modelo de intervención basado en la gestión de casos**, en el cual pueden identificarse al menos dos dimensiones. En primer lugar, es imprescindible contar con trabajadores con una vocación apta para acompañar a las personas en sus procesos de cambio y superación, teniendo en cuenta la acumulación de experiencias adversas y largas historias de deterioro biopsicosocial en los casos más complejos. La mayoría de estas historias tienen su origen en contextos de extrema pobreza y exclusión social, en los que las personas han experimentado situaciones traumáticas y donde suelen perder progresivamente sus redes de apoyo. Esto conduce a una segunda dimensión a considerar, teniendo en cuenta que la gestión de casos requiere una formación profesional idónea, lo cual representa un desafío particularmente para las universidades del país. En la actualidad se carece de una formación –al menos en el nivel de pregrado– óptima para que los trabajadores ejecuten de manera óptima esta modalidad de intervención. Además, la puesta en práctica del modelo de gestión de casos requiere contar con

un enfoque asertivo-comunitario, capaz de aprovechar tanto los recursos institucionales emplazados a nivel territorial, como el invaluable aporte de los actores vecinales.

Un sexto desafío a la implementación del MISE está en **asegurar la sostenibilidad del compromiso político con la superación de la situación de calle**. Más precisamente, la dura realidad que experimentan las personas en situación de calle suele hacerse invisible para el resto de la sociedad, convirtiéndose en foco de prejuicios y discriminación. Sin embargo, este problema adquiere un estatus aún más complejo cuando es avalado por parte de autoridades políticas. Por ejemplo, en plena pandemia por COVID-19 hemos presenciado cómo algunas autoridades locales (alcaldes) han desalojado en pleno invierno a personas que vivían en “rucos” o carpas instaladas en la vía pública, desechando sus pertenencias como si se tratase de basura y sin ofrecerles alternativas que les permitan refugiarse del frío y otras amenazas¹⁸⁹. De igual modo, los testimonios de quienes participan en rutas calle -y de las mismas personas en situación de calle- describen como habitual la agresividad de las fuerzas de orden y seguridad para ejecutar los desalojos, con incluso denuncias de maltrato. Sin duda alguna, abordar este problema requiere de voluntad política: **una sociedad que se conciba como humanitaria y cercana al desarrollo no puede tolerar que alguno de sus miembros viva en la calle, y mucho menos que muera por esta causa**. Esta necesaria declaración ha estado ausente de los discursos políticos, planteando una importante deuda al respecto que involucra también a actores del mundo privado -con y sin fines de lucro-, organizaciones de base y a actores vecinales, lo cual nos plantea un último desafío.

Para finalizar, como séptimo desafío requerimos el **compromiso de la sociedad en su conjunto para contactarnos con la realidad que viven las personas en situación de calle**. El tránsito institucional hacia el MISE no puede dejar fuera a las comunidades locales. Por el contrario, se requiere un involucramiento constante por parte de los vecinos, de tal modo que entren en contacto con las complejas raíces y los profundos efectos negativos de la vida en calle, para que puedan visualizar a quienes se encuentran en esta situación como personas con su misma dignidad (y humanidad). Este contacto es la herramienta más eficaz para superar los prejuicios asociados y

avanzar hacia espacios comunitarios de colaboración, planteando uno de los principales desafíos que mantenemos como parte de una institucionalidad abocada a la inclusión de grupos especialmente vulnerados en sus derechos: *convocar* a la sociedad para que se *implique* en esta misión.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2018). El derecho a la salud. Folleto Informativo N°31. Recuperado de: http://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf
- Agans, R. P., Jefferson, M. T., Bowling, J. M., Zeng, D., Yang, J., & Silverbush, M. (2014). Enumerating the hidden homeless: Strategies to estimate the homeless gone missing from a point-in-time count. *Journal of Official Statistics*, 30(2), 215-229.
- Agnew, R. (2010). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Nueva York: Oxford University Press.
- AGNU (Asamblea General de las Naciones Unidas) (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Ahuja, G., Soda, G., & Zaheer, A. (2009). The Genesis and Dynamics of Organizational Networks. *Organization Science*, 23(2), 434-448.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Amore, K. (2013). Focusing on conceptual validity: a response. *European Journal of Homelessness*, 7(2), 223-236.
- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS definition and classification of homelessness: an analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19-37.
- Anderson, B. (2016). *Imagined communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. London, UK: Verso
- Anderson, C. L. (2012). Opening doors: Preventing youth homelessness through housing and education collaboration. *Seattle Journal of Social Justice*, 11, 457-522.

- Arellano, J. (2011). Veinte años de políticas sociales. Chile 1990-2009. Santiago: CIEPLAN.
- Asociación Realidades para la Integración Social (2012). Activando redes sociales. Un estudio para la prevención del sinhogarismo. Recuperado de: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/208984.pdf>
- Atherton, I. & McNaughton, C. (2008). Housing First' as a means of addressing multiple needs and homelessness. European Observatory on Homelessness. Recuperado de: http://dspace.stir.ac.uk/bitstream/1893/9035/1/atherton_ejh2008.pdf
- BCN (Biblioteca Nacional de Chile) (2018). Aprueba reglamento del artículo 4° de la ley n° 20.595, sobre otros usuarios del subsistema de protección y promoción social "seguridades y oportunidades". Recuperado de: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1053855>
- Benach, J., Muntaner, C., & Bonet, C. M. (2005). Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud. España: Editorial El Viejo Topo.
- Benjaminsen, L., & Knutagård, M. (2016). Homelessness research and policy development: examples from the Nordic countries. *European Journal of Homelessness*, 10(3), 45-66.
- Berroeta, H., & Muñoz, M. I. (2013). Usos y significados del espacio público en personas en situación de calle. Un estudio en Valparaíso y Viña del Mar. *Revista de Psicología*, 22(2), 3 -17.
- Bescond, Châtaignier, & Mehran. (2003). Siete Indicadores para medir el Trabajo Decente. Comparación Internacional. *Revista Internacional del Trabajo*, 122(2), 197-231. Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Bhugra, D. (2007). *Homelessness and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Biaggio, M. (2010). De estigmas e injurias: cuando las prácticas discriminatorias se hacen presentes de forma cotidiana en la vida de las personas en situación de calle. *CUHSO· Cultura-Hombre-Sociedad*, 19(1), 37-52.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.

- Bond, G. (2002). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness. Indiana University-Purdue University Indianapolis. Indianapolis, Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.bhrm.org/media/pdf/guidelines/ACTguide.pdf>
- Bothén, L. (2018). Comparing the effect of Housing First against the Staircase Model on recovery. Stockholm: Karolinska institutet.
- Bretherton, J. (2020). Women's experiences of homelessness: A longitudinal study. *Social Policy and Society*, 19(2), 255-270.
- Bretherton, J., & Pleace, N. (2015). Housing first in England: An evaluation of nine services. Research Report. Centre for Housing Policy, University of York, York.
- Brown, R. (1998). Prejuicio: su Psicología Social. Madrid: Alianza Editorial.
- Bryson, J., Crosby, B. & Middleton, M. (2006). The design and implementation of Cross Sector collaborations: Propositions from the literature. *Public administration review*, 66, 44-55.
- Bulley, D. 2013. Producing and Governing Community (Through) Resilience. *Politics*, 33 (4): 265-275.
- Burchardt, T. (2000). Social exclusion: concepts and evidence. En Gordon, D. y Townsend, P. (Eds.) *Breadline Europe: The measurement of poverty* (385-406). Bristol: The Policy Press.
- Burns, T. (2002). The UK700 trial of Intensive Case Management: an overview and discussion. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489860/>
- Busch-Geertsema, V. & Sahlin, I. (2007). The Role of Hostels and Temporary Accommodation. *European Journal of Homelessness*, 1, 67-93.
- Busch-Geertsema, V. (2013). Housing First Europe: Final Report. European Union Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS (2007-2013). Recuperado de: <http://www.habitat.hu/files/FinalReportHousingFirstEurope.pdf>

- Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First Europe – Results of a European Social Experimentation Project. *European Journal of Homelessness*, 8, 1. Recuperado de: http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/article-01_8.1.pdf
- Busch-Geertsema, V., & Fitzpatrick, S. (2008). Effective homelessness prevention? Explaining reductions in homelessness in Germany and England. *European Journal of Homelessness*, 2, 69–95.
- Busch-Geertsema, V., Culhane, D., & Fitzpatrick, S. (2016). Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. *Habitat International*, 55, 124-132.
- Buxant, C. The Challenge of Implementing the Housing First Model: How Belgium Tries to Connect Fidelity and Reality.
- Cabrera, P. & Rubio, M. (2008). Las personas sin hogar, hoy. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 75. Recuperado en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/75/est03.pdf
- Callahan, K. R., Stetz, G. S., & Brooks, L. M. (2011). Project management accounting: budgeting, tracking, and reporting costs and profitability (Vol. 565). John Wiley & Sons.
- Canham, S., O’Dea, E. & Wister, A. (2017). Evaluating the Housing First Approach in the Metro Vancouver Region. Simon Fraser University, Gerontology Research Centre.
- Cárdenas, M. (1991). Grupos marginados en los inicios: de la era republicana: vagabundos, mendigos e indigentes. *Cuadernos de Historia*, (11), 47-61.
- Castañeda, N. & Pfeffer, C. (2018). Gender identities. En Risman B., Froyum, C., Scarborough, W. (Eds.), *Handbook of the sociology of gender* (pp. 119-130). Springer, Cham.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Chacón, S. (2017). *Estigma hacia personas con consumo problemático de drogas en equipos de tratamiento en Santiago de Chile* (Tesis de Magíster). Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

- Chakravarty, S. R., & D'Ambrosio, C. (2006). The measurement of social exclusion. *Review of Income and wealth*, 52(3), 377-398.
- Chan, J., To, H., & Chan, E. (2006). Reconsidering Social Cohesion: developing a definition and analytical framework for empirical research. *Social Indicators Research*, 75, 273-302.
- Chase, E., & Walker, R. (2013). The co-construction of shame in the context of poverty: Beyond a threat to the social bond. *Sociology*, 47(4), 739-754.
- Christian, J., Clapham, D., & Abrams, D. (2011). Exploring homeless people's use of outreach services: Applying a social psychological perspective. *Housing Studies*, 26(5), 681-699.
- Ciapessoni, F. (2016). Homelessness in Uruguay: A Trajectories Approach. *European Journal of Homelessness Volume*, 10(2), 113-134.
- Clapham, D. (2003). Pathways approaches to homelessness research. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(2), 119-127.
- Clapham, D. (2010). Happiness, well-being and housing policy. *Policy & Politics*, 38(2), 253-267.
- Cohen, Y., Krumer-Nevo, M., & Avieli, N. (2017). Bread of Shame: Mechanisms of Othering in Soup Kitchens. *Social Problems*, 64(3), 398-413.
- Collins, S. E., Grazioli, V. S., Torres, N. I., Taylor, E. M., Jones, C. B., Hoffman, G. E., Haelsig, L., D. Zhu, M., Hatsukami, A., Koker, M., Herndon, P., Greenleaf, S., & Dean, P. (2015). Qualitatively and quantitatively evaluating harm-reduction goal setting among chronically homeless individuals with alcohol dependence. *Addictive behaviors*, 45, 184-190.
- Colombo, F., & Saruis, T. (2016). Housing First: From Local Social Innovation to a New Policy Strategy? A Comparative Research in Europe. *Third ISA Forum of Sociology. The Futures We Want: Global Sociology and the Struggles for a Better World*, July.
- Comité Asesor Ministerial Entorno y Redes (2016). Informe Final. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Informe_Final_Comite_Entorno_y_Red.es.pdf

- Consejo de Derechos Humanos (2018). Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada – Misión a Chile. Consejo de Derechos Humanos, 37° período de sesiones. Recuperado de: <http://acnudh.org/informe-de-la-relatora-especial-sobre-una-vivienda-adecuada-mision-a-chile/>
- Consejo de Derechos Humanos (2020). Directrices para la Aplicación del Derecho a una Vivienda Adecuada. Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/HRC/43/43>
- Conway, J., Bourque, S., & Scott, J. (1996). El concepto de género. En Lamas, M. (Ed.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (21-34). México: Universidad Autónoma de México.
- Cooper, K., & Stewart, K. (2017). Does money affect children's outcomes? An update. case paper, 203.
- Cornes, M., Joly, L., Manthorpe, J., O'Halloran, S. & Smyth, R. (2011). Working Together to Address Multiple Exclusion Homelessness. *Social Policy and Society*, 10, 513-522.
- Corporación Moviliza (2017). Estudio Residencias y casas compartidas: Estrategias y aportes para la situación de calle. Fondo Chile de Todas y Todos 2016. Análisis de Experiencias. División Cooperación Público Privada, Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de:<http://www.moviliza.cl/EstudioResidenciasyCasasCompartidasAportelasuperaciondecalle.pdf>
- Culhane D., Metraux S., Min Park J., Schretzman M. & Valente J. (2007). Testing a typology of family homelessness based on patterns of public shelter utilization in four U.S jurisdictions: Implications for policy and program planning. *Housing Policy Debate*, 18(1), 1-28.
- Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 5-46.
- Cunill-Grau, N., Fernández, M., & Thezá, M. (2013). La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las

políticas sociales: lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12(36), 289 - 314.

- DataVoz Statcom (2017). Informe N°3, Informe Final: Caracterización Cualitativa de personas en Situación de Calle. Recuperado de: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Informe_Final_Caracterizacion_PSC.pdf
- David, P. (2016). Key Performance Indicators (KPI)-Developing, Implementing, and Using Winning KPIs.
- Davis, E., Tamayo, A., & Fernandez, A. (2012). "Because Somebody Cared about Me. That's How It Changed Things": Homeless, Chronically Ill Patients' Perspectives on Case Management. *Plos One*, 9, 1-7.
- De Brabandere, E. (2009). Non-state actors, state-centrism and human rights obligations. *Leiden Journal of International Law*, 22(1), 191-209.
- De Vet, R., van Luitelaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
- de Vet, R., van Luitelaar, M. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Vanderplasschen, W., Beijersbergen, M. D., & Wolf, J. R. (2013). Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. *American Journal of Public Health*, 103(10), e13-e26.
- Denning, P., & Little, J. (2011). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to addictions*. Guilford Press.
- Di Iori, J., Seidmann, S., Gueglio, C., & Rigueiral, G. (2016). Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas*, 15(3), 123-134.
- Díaz, P., Espíndola, P. & Lépéz, M. (2013). Niños, niñas y adolescentes en situación de calle: vínculos y relaciones al interior del grupo de la caleta del Río Mapocho. Una investigación cualitativa. Tesis para optar al título de Trabajadora Social.

Universidad Nacional Andrés Bello, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Trabajo Social. Recuperado de: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/1577>

- DIPRES (2015). Informe Final de Evaluación Programa Noche Digna. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Servicios Sociales. Santiago, Chile. Recuperado de: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-139831_informe_final.pdf
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 144(5), 585-592.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Harvard University Press.
- Dressler, J. (2016). *Coordinated Access and Assessment: Calgary, Alberta*. Nichols, N., & Doberstein, C. (Eds.). (2016). *Exploring Effective Systems Responses to Homelessness*. Toronto: The Canadian Observatory on Homelessness Press. Recuperado de http://homelesshub.ca/sites/default/files/Systems_Book_-_Web.pdf
- El Rancagüino (2018). Estiman que inmigrantes podrían constituir el 25 por ciento de personas en situación de calle. Recuperado de: <https://www.elrancaguino.cl/2018/05/14/estiman-que-inmigrantes-podrian-constituir-el-25-por-ciento-de-personas-en-situacion-de-calle/>
- Employment and Social Development Canada (2015). *Understanding Homelessness and the Strategy*. Government of Canada. Recuperado de: <http://www.edsc.gc.ca/eng/communities/homelessness/understanding.shtml>
- Engle, P., & Black, M. (2008). The effect of poverty on child development and educational outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 243-256.
- Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia bulletin*, 15(2), 189-196.
- Faúndez, A., & Weinstein, M. (2012). Ampliando la mirada: la integración de los enfoques de género, interculturalidad y

derechos humanos. Recuperado de. https://bibliotecadigital.indh.cl/bitstream/handle/123456789/556/ampliando_la_mirada.pdf?sequence=1

- FEANTSA (2017). To Deliver on the 2030 Agenda, Let's Leave Homelessness Behind, Not Homeless People!. Recuperado de <https://www.feantsa.org/download/feantsa-sdg-final5902006649287983435.pdf?force=true>
- Federación Europea de Organizaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar (FEANTSA) (2017). To Deliver on the 2030 Agenda, Let's Leave Homelessness Behind, Not Homeless People!. Recuperado de: <https://www.feantsa.org/en/feantsa-position/2017/01/11/to-deliver-on-the-2030-agenda-lets-leave-homelessness-behind-not-homeless-people?bcParent=27>
- Feinberg, J. (1986). The moral limits of the criminal law. Vol. III, Harm to self. Oxford: New York.
- Felitti, V. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131-132.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., & Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fernández, G. (2015). El acceso a la vivienda de las personas sin hogar: Estudio de casos: Alemania, España, Finlandia y Reino Unido. Tesis doctoral en Políticas Públicas y Transformación Social, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado en: <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/368566/gfe1de2.pdf?sequence=1>
- Fernández, T. & Ponce, L. (2013): Envejecimiento activo: recomendaciones para la intervención social desde el modelo de gestión de casos. *Portularia*, (13)1, 87-97.
- Fitzpatrick, S. (2005). Explaining homelessness: a critical realist perspective. *Housing, Theory and Society*, 22(1), 1-17.
- Fletcher, B. W., Lehman, W. E., Wexler, H. K., Melnick, G., Taxman, F. S., & Young, D. W. (2009). Measuring collaboration and integration activities in criminal justice and substance abuse

treatment agencies. *Drug and alcohol dependence*, 103, 54-64.

- Fleury, M., Grenier, G., Lesage, A., Ma, N., & Ngamini, A. (2014). Network collaboration of organisations for homeless individuals in the Montreal region. *International Journal of Integrated Care*, 14, 1-17.
- Frenk, J. (1985). Concept and measurement of accessibility. *Salud publica de Mexico*, 27(5), 438-453.
- Fuentes, Leticia (2008) Diferenciando la complejidad: Tipologías de personas en situación de calle e intervención social de calidad. *Revista de Trabajo Social*, (75), 67-82.
- Fundación Paréntesis (2010). Programa Terapéutico Ambulatorio para Personas en Situación de Calle.
- Fundación Paréntesis (2015). Nada sobre nosotros sin nosotros. Programa "La Esquina", una experiencia de trabajo con adolescentes en contextos de pobreza y exclusión social.
- Fundación Paréntesis (2016). Aplicando el Enfoque de Reducción de Daños en el tratamiento de personas con consumo problemático.
- Galerna Consultores (2015). Sistematización de experiencia comunitaria de intervención del programa personas en situación de calle y abriendo caminos de participación de niños y adolescentes con familiar significativo detenido http://www.programassociales.cl/pdf/otras_eval/2016/EV100059213_2.pdf
- García, J. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39(2), 93-97.
- Gobierno de Chile (2017). Informe de diagnóstico e implementación de la agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible en Chile. Chile Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/ods/undp_cl_ODS_Informe_ODS_Chile_ante_NU_Septiembre2017.pdf
- Gobierno de Chile (2019). Compromiso País. Un primer acercamiento a las soluciones. Recuperado de: <http://www.compromisopais.cl/storage/docs/Compromiso-Pa%C3%ADs.pdf>

- Gobierno Vasco (2018): Estrategia Vasca Para Personas sin Hogar 2018-2021. p. 25. España. Obtenido en: http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_acuerdo_sinhogar/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA%20VASCA%20PARA%20PERSONAS%20SIN%20HOGAR%202018-2021%20castellano.pdf
- Goering P. (2015). At Home/Chez Soi: A Canadian Multi-site Trial of Housing First. Homelessness in a Global Landscape, Institute of Global Homelessness, Estados Unidos. Recuperado de: <http://www.uwinnipeg.ca/ius/project-archive-by-topic/homelessness-and-hf.html>
- Goering, P., Streiner, D., Adair, C., Aubry, T., Barker, J., Distasio, J., Hwang, S., Komaroff, J., Latimer, E., Somers, J., & Zabkiewicz, D. (2011). The At Home/Chez Soi trial protocol: a pragmatic, multi-site, randomised controlled trial of a Housing First intervention for homeless individuals with mental illness in five Canadian cities. *BMJ Open*, 1-18. Recuperado de: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/1/2/e000323.full.pdf>
- Goffman, E. (1970). Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(6), 774-786.
- Gonyea, J. G., Mills-Dick, K., & Bachman, S. S. (2010). The complexities of elder homelessness, a shifting political landscape and emerging community responses. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(7), 575-590.
- Gould, T. E., & Williams, A. R. (2010). Family homelessness: An investigation of structural effects. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 170-192.
- Government of Ireland (2018). Housing First National Implementation Plan 2018-2021. Disponible en: https://www.housing.gov.ie/sites/default/files/publications/files/housing_first_implementation_plan_2018.pdf
- Grigsby, C., Baumann, D., Gregorich, S., & Roberts-Gray, C. (1990). Disaffiliation to entrenchment: A model for understanding homelessness. *Journal of Social Issues*, 46(4), 141- 156.
- Guerra, L., Bedregal, P., Margotta, P., & Valenzuela, E. (2011).

Niños, niñas y jóvenes en situación de calle: desafíos para la intervención desde la perspectiva de las fuerzas. Concurso Políticas Públicas: Propuestas para Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 211-228.
- Guo, C., & Acar, M. (2005). Understanding collaboration among nonprofit organizations: Combining resource dependency, institutional, and network perspectives. *Nonprofit and voluntary sector quarterly*, 34(3), 340-361.
- Hancock, A. (2007). Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Politics & Gender*, 3(2), 248-254.
- Harrington L. (2007). Construcción de tipologías y propuestas de políticas públicas: el caso de las personas en situación de calle. Universidad de Chile. Departamento de Ingeniería Industrial.
- Hawk, M., & Davis, D. (2012). The effects of a harm reduction housing program on the viral loads of homeless individuals living with HIV/AIDS. *AIDS care*, 24(5), 577-582.
- Heckman, J., Grunewald, R., & Reynolds, A. (2006). The Dollars and Cents of Investing Early: Cost-Benefit Analysis in Early Care and Education. *Zero to Three*, 26(6), 10-17.
- Heim, C., & Nemeroff, C. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Hogar de Cristo (2016). Estudio cualitativo interno sobre personas en situación de calle.
- Hogar de Cristo (2017). Del dicho al derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.
- Hogar de Cristo (2018a). Principios y Fundamentos Sociales de las Fundaciones Hogar de Cristo. Capítulo 2. Hogar de Cristo: Siete décadas en la causa de la justicia social. Dirección Social Nacional.
- Hogar de Cristo (2018b). Principios y Fundamentos Sociales

de las Fundaciones Hogar de Cristo. Capítulo 3. Principios Orientadores de la Acción Social. Dirección Social Nacional, Área de estudios.

- Hogar de Cristo (2018c). Principios y Fundamentos Sociales de las Fundaciones Hogar de Cristo. Capítulo 4. Enfoques y perspectivas teóricas: un aporte para la reflexión de la acción social. Dirección Social Nacional, Área de estudios.
- Hogar de Cristo (2019a). De dicho al derecho: Modelo de calidad de escuelas de reingreso para Chile. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.
- Hogar de Cristo (2019b). Estrategia Social 2015 – 2020. Santiago, Chile: Fundaciones Hogar de Cristo.
- Hogar de Cristo (2019c). Matriz de Inclusión Social. Dirección Social Nacional, Área de estudios.
- Honneth, A. (1997). La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica.
- HUD Exchange (2009). Case Management – Homelessness Prevention and Rapid Re-housing. Disponible en: https://files.hudexchange.info/resources/documents/HPRP_CaseManagement.pdf
- Humphreys, K., & Rosenheck, R. (1995). Sequential validation of cluster analytic subtypes of homeless veterans. *American Journal of Community Psychology*, 23, 75-98.
- Hunt, N. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *Forward thinking on drugs*. Recuperado de: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
- IGH (Institute of Global Homelessness) (2015). A Global Framework for Understanding and Measuring Homelessness. By Volker Busch-Geertsema, Denis Culhane and Suzanne Fitzpatrick. Recuperado de: <https://www.ighhub.org/sites/default/files/attachments/A-Global-Framework-For-Understanding-and-Measuring-Homelessness.pdf.pdf>
- Irrarrázaval, I. (2008). Pobreza y personas en situación de calle: una nota sobre la experiencia internacional y lecciones para Chile. *Revista Trabajo Social*, 75, 17-21.

- Isnardi, J., & Torres, M. (2016). Acerca de la construcción de la identidad de género. En Merchán, C. & Fink, N. (Eds.), *Ni una menos desde los primeros años* (pp. 105-122). Buenos Aires: Las Juanas Editoras.
- Johns, G. (2012). Paved With Good Intentions:" The Road Home" and the Irreducible Minimum of Homelessness in Australia. *Agenda: A Journal of Policy Analysis and Reform*, 41-59.
- Johnson, R. (2019). Homelessness: a critical approach to architecture and planning. *Wit Transactions on Ecology and the Environment*, 217, 675-686.
- Kabeer N. (2010). Can the MDGs provide a pathway to social justice? The challenges of intersecting inequalities, Brighton: Institute of Development Studies. Recuperado de https://www.unnngls.org/IMG/pdf_MDGs_and_Inequalities_Final_Report.pdf
- Katz, M. H. (2015). Housing as a remedy for chronic homelessness. *Jama*, 313(9), 901-902.
- Kok, P., Cross, C., & Roux, N. (2010). Towards a demographic profile of the street homeless in South Africa. *Development Southern Africa*, 27(1), 21-37.
- Kuhn, R., & Culhane, D. P. (1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American journal of community psychology*, 26(2), 207-232.
- Lansdown, G. (2005). The evolving capacities of the child. Innocenti Insight. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Larenas, F. & Muñoz, S. (2015). Buscando en la diversidad, hacia una tipología de personas en situación de calle en Santiago de Chile. Documento de trabajo del Ministerio de Desarrollo Social.
- Latimer, E. (2013). Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. Douglas Hospital Research Centre, Borough of Verdun, and Departments of Psychiatry and Economics, McGill University, Montréal, Que. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1197281/>
- Lépure, E. (2007). Hacia una definición de la pobreza centrada en los derechos humanos: Aproximaciones conceptuales. In IX

Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina.

- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia bulletin*, 30(3), 511-541.
- Lister, R. (2004) *Poverty*. Cambridge: Blackwell/Polity Press.
- Little, J. (2006). Harm reduction therapy groups: Engaging drinkers and drug users in a process of change. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(1), 69-93.
- Little, J., & Franskoviak, P. (2010). So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *Journal of clinical psychology*, 66(2), 175-188.
- Little, J., Hodari, K., Lavender, J., & Berg, A. (2008). Come as you are: Harm reduction drop-in groups for multi-diagnosed drug users. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 3(3-4), 161-192.
- Llanes-Fontl, M., Isaac-GodínezII, C. L., Moreno-Pinol, M., & García-Vidall, G. (2014). De la gestión por procesos a la gestión integrada por procesos. *Ingeniería Industrial*, XXXV (3), 255-264.
- Llobet, M. (2016). *El Housing First. El derecho a la vivienda de los más vulnerables*. Barcelona Societat, 1-14.
- López, M., Marín, A., & de la Parte, J. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.
- Luengo J. (2008). Menores y exclusión social: cuando estar fuera se convierte en cotidiano (De la pobreza y marginalidad, el fracaso escolar y el acceso a bandas juveniles). *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (75), 95-116.
- Lynch, P., & Cole, J. (2003). Homelessness and Human Rights: Regarding and Responding to Homelessness as a Human Rights Violation. *Melb. J. Int'l L.*, 4, 139.
- Magis, K. (2010). Community resilience: An indicator of social

sustainability. *Society and Natural Resources*, 23(5), 401-416.

- Marín-Tejeda, M. (2017) Prevención de burnout y fatiga por compasión: evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issue*, 9(2), 117-123.
- Marlatt, G. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788.
- Marlatt, G., Larimer, M. E., & Witkiewitz, K. (Eds.). (2011). Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. Guilford Press.
- Marpsat, M., & Razafindratsima, N. (2010). Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online*, 5(2), 3-16.
- Matulič, M., Cabré, C., & García, A. (2016). La atención a las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: una mirada histórica y de futuro. *Barcelona Societat*, 20, 1-17.
- Mayock, P., Bretherton, J., & Baptista, I. (2016). Women's homelessness and domestic violence. En Mayock, P. & Bretherton, J. (Eds.), *Women's homelessness in Europe* (127-154). Palgrave Macmillan, London.
- McAllister W., Lennon M. & Kuang L. (2011) Rethinking Research on Forming Typologies of Homeleneess. *American Journal of Public Health*, 101(4): 596-601.
- McAllister, W., Kuang, L., & Lennon, M. C. (2010). Typologizing temporality: time-aggregated and time-patterned approaches to conceptualizing homelessness. *Social Service Review*, 84(2), 225-255.
- McCall, L. (2005). The complexity of intersectionality. *Signs: Journal of women in culture and society*, 30(3), 1771-1800.
- McNeil, R., Guirguis-Younger, M., Dilley, L. B., Aubry, T. D., Turnbull, J., & Hwang, S. W. (2012). Harm reduction services as a point-of-entry to and source of end-of-life care and support for homeless and marginally housed persons who use alcohol and/or illicit drugs: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 312.
- Mercosur (2014). Ganar Derechos. Lineamientos para la formulación de políticas públicas basadas en derechos. Serie

Documentos de Trabajo 2. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH).

- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile) (2005). *Habitando la calle: Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle*. Recuperado de: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/1.Primer_Catastro_Nacional_Personas_Situacion_Calle_2005.pdf
- Milaney, K. (2011). *The 6 Dimensions of Promising Practice for Case Managed Supports to End Homelessness*. Canadá. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21986969>
- Milaney, K. (2011). *The 6 dimensions of promising practice for case managed supports to end homelessness, part 1: contextualizing case management for ending homelessness*. *Professional case management*, 16(6), 281-287.
- Milaney, K. (2012). *The 6 Dimensions of Promising Practice for Case Managed Supports to End Homelessness: Part 2 The 6 Dimensions of Quality*. *Professional case management*, 17(1), 4-12.
- Miller, W. R. (2006). *Motivational factors in addictive behaviors*. En W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. New York: Guilford.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2012). *En Chile Todos Contamos. Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle*. Santiago, Chile: Autor. Recuperado de: http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/En_Chile_Todos_Contamos_baja.pdf
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2014). *Propuesta para el Fortalecimiento de la Política Pública para Personas en Situación de Calle 2015-2025*, 28-36.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2015a). *Asambleas Participativas para Personas en Situación de Calle*.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2015b). *Hacia una tipología de personas de calle en Chile*. Subsecretaría de Servicios Sociales. División de Promoción y Protección Social.

- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2016). II Estudio Nacional de la Discapacidad 2015. Un nuevo enfoque para la inclusión. Presentación de Resultados ENDISC II. [Presentación Power Point]. Santiago, Chile. Recuperado de: www.senadis.gob.cl/descarga/i/3315
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2017). Política Nacional de Calle. Balances y proyecciones de una política pública para Personas en Situación de Calle. Subsecretaría de Servicios Sociales, División de Promoción y Protección Social.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2018a). Informe de Desarrollo Social 2018. Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/Informe_de_Development_Social_2018.pdf
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2018b). Política Nacional de Calle. Sub-secretaría de Servicios Sociales. Oficina Nacional de Calle.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2019). Minuta Ordenanzas Comunales PSC. Oficina Nacional de Calle – Subsecretaría de Servicios Sociales.
- MINDES (Ministerio de Desarrollo Social y Familia) (2021). Resumen Nacional. Personas en Situación de Calle. División de Focalización. Base actualizada al 05 de Marzo de 2021.
- MINDES y SENAME (2019). Resumen Ejecutivo. Censo Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle. Recuperado de: http://losninoprimerocumplimiento.gob.cl/documents/0905/Resumen_Ejecutivo_Censo_NNASC_05.05.2019.pdf
- MINSAL (2013). Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>
- MINSAL (Ministerio de Salud) (2013). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Recuperado en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. Fundamentos de Salud Pública, 161-186.

- Morrissey, J. P., Calloway, M. O., Thakur, N., Coccozza, J., Steadman, H. J., Dennis, D., & ACCESS National Evaluation Team. (2002). Integration of service systems for homeless persons with serious mental illness through the ACCESS program. *Psychiatric Services*, 53(8), 949-957.
- Mowbray, C., Bybee, D., & Cohen, E. (1993). Describing the homeless mentally ill: Cluster analysis results. *American Journal of Community Psychology*, 21, 67-93
- Mulligan, M., Steele, W., Rickards, L., & Fünfgeld, H. (2016). Keywords in planning: what do we mean by 'community resilience'? *International Planning Studies*, 21(4), 348-361.
- Murray, S. (2011). Violence against homeless women: Safety and social policy. *Australian Social Work*, 64(3), 346-360.
- Navarro, L. (2013). El fin del sinhogarismo en Euskadi¿ mito o realidad?. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*, (54), 111-125.
- Nelson, G., Stefancic, A., Rae, J., Townley, G., Tsemberis, S., Macnaughton, E., Aubry, T., Distasio, J., Hurtubise, R., Patterson, M., Stergiopoulos, V., Piat, M. & Goering, P. (2014). Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. *Evaluation and Program Planning*, 43, 16-26.
- Nieto, C. J., & Koller, S. H. (2015). Definiciones de habitante de calle y de niño, niña y adolescente en situación de calle: diferencias y yuxtaposiciones. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2162-2181.
- Núñez, C. (2013). Mujeres en situación de calle más allá del andar cotidiano. *Revista Sociedad & Equidad*, 5, 188-212.
- Observatorio Social (2018). Demografía, población y hogares. Recuperado de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen_def_poblacion1.php
- OECD (2015). Integrating Social Services for Vulnerable Groups. Bridging Sectors for Better Service Delivery. Paris: OECD Publishing.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2008). Integrated Health

Services – What and Why?. Technical Brief No.1. Recuperado en: http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf.

- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cerd.aspx>
- ONU (2017). Observación general núm. 21 (2017) sobre los niños en situación de calle. CRC/CGC/21.
- ONU Mujeres (2020). El Mundo para las Mujeres y las Niñas. Informe Anual 2019-2020. Recuperado de: <https://www.unwomen.org/-media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/un-women-annual-report-2019-2020-es.pdf?la=es&vs=5252>
- ONU-Habitat (United Nations Centre for Human Settlement–Habitat). (2007). Enhancing urban safety and security: global report on human settlements 2007. London: Earthscan Publications Ltd.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1999). Memoria del Director General: Trabajo decente. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- Orwin, R., Garrison-Mogren, R., Jacobs, M., & Sonnefeld, L. (1999). Retention of homeless clients in substance abuse treatment: Findings from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Cooperative Agreement Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 45–66.
- Osborne, R. (2002). "I May be Homeless, But I'm Not Helpless": The Costs and Benefits of Identifying with Homelessness. *Self and Identity*, 1(1), 43-52.
- Oudshoorn, A., Forchuk, C., Hall, J., Smith-Carrier, T., & Van Berkum, A. (2018). An evaluation of a Housing First program for chronically homeless women. *Journal of Social Inclusion*, 9(2).
- Paredes, R. D., & Drago, J. L. (2011). La brecha de calidad en la educación chilena. *Revista CEPAL*, 104, 167-180.
- Pauly, B. B., Reist, D., Belle-Isle, L., & Schactman, C. (2013). Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction

in addressing homelessness?. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 284-290.

- Piat, M., Polvere, L., Kirst, M., Voronka, J., Zabkiewicz, D., Plante, M. C.,... & Goering, P. (2015). Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*, 52(13), 2366-2382.
- Picasso, F., Andrade, C., & Kasztan, T. (2019). Informe Final: "Situación de calle y Políticas Públicas: revision general y desafios en Chile".
- Pimouguet, C., Lavaud, T., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2010). Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. *The journal of nutrition, health & aging*, 14(8), 669-676.
- Pleace, N. (2008). Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an International Review. Centre for Housing Policy, Scottish Government Social Research. Recuperado de: <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2008/substancemisuse.pdf>
- Pleace, N. (2016). Exclusion by definition: The underrepresentation of women in European homelessness statistics. En Mayock, P. & Bretherton, J. (Eds.), *Women's homelessness in Europe* (pp.105-126). London: Palgrave Macmillan.
- Pleace, N., Culhane, D., Granfelt, R., & Knutagård, M. (2015). The Finnish homelessness strategy—an international review. *European Journal of Homelessness*, 3, 181-199.
- PMI, P. (2013). Guía de los fundamentos para la dirección de proyectos. Project Management Institute. Inc.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2017). *Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile*. Santiago de Chile.
- Pogge, T. (2012). ¿Estamos violando los derechos humanos de los pobres del mundo?. *Eidos*, (17), 10-66.
- Polvere, L., MacLeod, T., Macnaughton, E., Caplan, R., Piat, M., Nelson, G., Gaetz, S., & Goering, P. (2014). Canadian Housing

First toolkit: The At Home/Chez Soi experience. Calgary and Toronto. Recuperado de: <http://www.housingfirsttoolkit.ca/sites/default/files/pdfs/CanadianHousingFirstToolkit.pdf>

- Raitakari, S., & Juhila, K. (2015). Housing First literature: different orientations and political-practical arguments. *European Journal of Homelessness* Volume, 9(1), 145-189.
- Raya, E.; Caparrós, N., Lorente, B. & Anaut, S. (Coords.) (2018). *Ciencia y esencia en la práctica del Trabajo Social*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Rayburn, R. L., & Guittar, N. A. (2013). "This is where you are supposed to be": how homeless individuals cope with stigma. *Sociological Spectrum*, 33(2), 159-174.
- Red Calle (2018). *Comparación Países PSC. Nuestro Trabajo: ayudar al contrabando de ideas entre los miembros de RedCalle*.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*, 20, 193-201.
- Ridge, T. (2009). *Living with poverty: a review of the literature on children's and families experiences of poverty*. Recuperado de: <http://dera.ioe.ac.uk/11015/1/rrep594.pdf>
- Robinson, C. (2003). *Understanding iterative homelessness: The case of people with mental disorders*. Final Report No 45.
- Rog, D. J., Holupka, C. S., & McCombs Thornton, K. L. (1995). Implementation of the Homeless Families Program: 1. Service models and preliminary outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 502-513.
- Rog, D., Holupka, S., & Patton, C. (2007). Characteristics and dynamics of homeless families with children. Recuperado de: <https://aspe.hhs.gov/report/characteristics-and-dynamics-homeless-families-children>
- Rojas, N. (2008). Más allá de las carencias: tipología para personas en situación de calle. *Revista de Trabajo Social*, (75),

55-66.

- Rosenheck, R., Morrissey, J., Lam, J., Calloway, M., Johnsen, M., Goldman, H., Randolph, F., Blasinsky, M., Fontana, A., & Calsyn, R. (1998). Service system integration, Access to services, and housing outcomes in a program for homeless persons with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 88, 1610–1615.
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management. What it is and how it can best be implemented. The King's Fund London W1G 0AN. D.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Sahlin, I. (1998). The Staircase of Transition. National Report to the European Observatory on Homelessness 1997. Brussels: Feantsa.
- Sahlin, I. (2005) The Staircase of Transition: Survival through Failure, Innovation. *The European Journal of Social Science Research*, 18 (2), 115–135.
- Sahlin, I. (2005). The Staircase of Transition: Survival through Failure, Innovation. *The European Journal of Social Science Research*, 18(2), 115-135.
- Salud Calle (2018). Migrantes y Situación de Calle. Recuperado de: <http://saludcalle.cl/index.php/2018/08/25/migrantes-y-situacion-de-calle/>
- Sánchez, A. (2007). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria: Revista de servicios sociales*, (42), 7-17.
- Santa Cruz, E., & Olmedo, A. (2012). Neoliberalismo y creación de "sentido común": Crisis educativa y medios de comunicación en Chile.
- Savage, M. (2016). Gendering Women's Homelessness. *Irish Journal of Applied Social Studies*, 16(2), 42-64.
- Schneider, M., Brisson, D., & Burnes, D. (2016). Do we really know how many are homeless?: An analysis of the point-in-

time homelessness count. *Families in Society*, 97(4), 321-329.

- Schwalbe, M., Holden, D., Schrock, D., Godwin, S., Thompson, S., & Wolkomir, M. (2000). Generic processes in the reproduction of inequality: An interactionist analysis. *Social forces*, 79(2), 419-452.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Sen, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application, and scrutiny*. Social Development Papers No. 1. Office of Environment and Social Development Asian Development Bank.
- Sen, A. (2001). *Development as freedom*. Oxford: Oxford Paperbacks.
- Servicio Andaluz de Salud (2017): *Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud*. Editado por Consejería de Salud. España. Página 6. Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/Listadodeterminado.asp?idp=686>
- Shier, M. L., Jones, M. E., & Graham, J. R. (2011). Social communities and homelessness: A broader concept analysis of social relationships and homelessness. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 21(5), 455-474.
- Shinn, M. & Baumohl, J. (1998). *Rethinking the Prevention of Homelessness*. The 1998 National Symposium on Homelessness Research. Recuperado de: http://www.urbancentre.utoronto.ca/pdfs/elibrary/1998_Rethinking-Prevention.pdf
- Sigurgeirsdóttir, U. (2017). *We need to work on this together (Master thesis)*. Lund University, Iceland.
- Simmel, G. (2003). *La ley individual y otros escritos*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Sistema de Gestión Social del Hogar de Cristo (2017). *Registro histórico de personas en situación de calle*.
- Snow, D. A., & Anderson, L. (1987). Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American journal of sociology*, 92(6), 1336-1371.
- Stefancic, A. & Tsemberis, S. (2007). *Housing First for Long-Term*

Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. *The Journal of Primary Prevention*, 28, 265–279.

- Suárez, M. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16(2), 58-62.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daños. Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Techo (2017). Monitor de Campamentos. Centro de Investigación Social (CIS). Recuperado de: <http://chile.techo.org/cis/monitor/monitor.php#>
- The Cloudburst Group (2016). Housing and Economic Development Strategic Plan No. HCD-20161121. Recuperado de: https://documents.takomaparkmd.gov/initiatives/project-directory/Housing-Econ-Dev-Strategic-Plan/Cloudburst%20Response_HCD_20161121-public.pdf
- Thomson, A. M., & Perry, J. L. (2006). Collaboration processes: Inside the black box. *Public administration review*, 66, 20–32.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Argentina: Ediciones Manantial SRL.
- Tiple, G., & Speak, S. (2005). Definitions of homelessness in developing countries. *Habitat International*, 29(2), 337-352.
- Tomasello, M., Melis, A. P., Tennie, C., Wyman, E., & Herrmann, E. (2012). Two key steps in the evolution of human cooperation: The interdependence hypothesis. *Current anthropology*, 53(6), 673-692.
- Tompsett, C.J. & Toro, P.A. (2004). Public Opinion. *Encyclopedia of Homelessness*: SAGE Publications. 228 *Journal of Official Statistics* Unauthenticated.
- Toro, P.A. & Janisse, H.C. (2004). Homelessness, patterns of. In D. Levinson (ed.). *Encyclopedia of homelessness* (pp 244–250) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Trussell, R. P. (1999). The children’s streets: An ethnographic study of street children in Ciudad Juarez, Mexico. *International Social Work*, 42, 189-199.

- Tsemberis, S. (2011). Housing first: The pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction manual. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 235-240.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *Am J Public Health*, 94(4), 651-656.
- Tsemberis, S., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S. M., & Shern, D. L. (2003). Consumer preference programs for homeless individuals with psychiatric disabilities: A drop-in center and a supported housing program. *American Journal of Community Psychology*, 32, 305-317.
- Tsui, K. Y. (2002). Multidimensional poverty indices. *Social choice and welfare*, 19(1), 69-93.
- Turner, A., Albanese, t., & Pakeman, k. (2017). Discerning 'Functional and absolute zero': defining and measuring an end to homeless in Canada. *The School of Public Policy*, 10, 2, 1-41.
- UNICEF. (2016). Estado Mundial de la Infancia 2016: Una oportunidad para cada niño. Recuperado 9 de noviembre de 2018, de https://www.unicef.org/spanish/publications/index_91711.html
- United Nations Economic Commission for Europe. (2006). In Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 censuses of population and housing. New York and Geneva: United Nations.
- Uribe, J. (2015). De la calle al hogar. Housing First como modelo de intervención y su aplicación en Barcelona. Recuperado de: http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/04/col_digital_acogida1_cast.pdf
- Vakharia, S. P., & Little, J. (2017). Starting where the client is: Harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 65-76.
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M., Vargas, I., y Vazquez, M (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *Int J Qual Health Care*, 24, 39-48.

- Waldron, J. (2000). Homelessness and community. *The University of Toronto Law Journal*, 50(4), 371-406.
- Weason, M. (2006). *Personas en situación de calle: Reconocimiento e identidad en contextos de exclusión social*. Tesis de grado, Universidad Alberto Hurtado.
- Wenzel, S., Burnam, M., Koegel, P., Morton, S., Miu, A., Jinnett, K., & Sullivan, J. (2001). Access to inpatient or residential substance abuse treatment among homeless adults with alcohol or other drug use disorders. *Medical Care*, 1158-1169.
- Wong, Y. L. I., & Hillier, A. E. (2001). Evaluating a community-based homelessness prevention program: A geographic information system approach. *Administration in Social Work*, 25(4), 21-45.
- Wood, D., Valdez, R. B., Hayashi, T., & Shen, A. (1990). Homeless and housed families in Los Angeles: a study comparing demographic, economic, and family function characteristics. *American Journal of Public Health*, 80(9), 1049-1052.
- Ziccardi, A. (2004). "Introducción: Claves para el análisis de la participación ciudadana y las políticas sociales del espacio local". En Ziccardi A. (Ed.), *Participación ciudadana y Políticas Sociales del Ámbito Local* (pp. 9-19). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

del Dicho

al Derecho

La situación de calle es un fenómeno con presencia mundial, que resalta por la complejidad inherente a su definición, medición, prevención, y superación. Asimismo, corresponde a una de las mayores vulneraciones a los derechos humanos.

El presente documento, es el resultado de un largo proceso de reflexión dentro del Hogar de Cristo, que ha revisado de manera crítica sus modelos de trabajo y estudiado la evidencia disponible en Chile y en el mundo, para elaborar una propuesta que pretende mejorar su propio trabajo en pos del logro de trayectorias inclusivas y al mismo tiempo, robustecer las políticas públicas que abordan la situación de calle en Chile; por medio de una estructura institucional intersectorial y multinivel denominada Modelo Integrado de Servicios (MISE).

El abordaje integral de las personas en situación de calle se facilita mediante la integración de servicios actualmente fragmentados, articulando las acciones públicas y privadas en el nivel de la comunidad local. El propósito de este sistema está en garantizar flujos de información sobre las personas y sus procesos de intervención, junto con estandarizar instrumentos y procedimientos de eficacia comprobada, asegurar una base de financiamiento constante, y otros avances operativos que permiten evitar tanto la sub-intervención como la sobre-intervención.

El MISE busca crear puentes entre distintos sectores (público-privado) y niveles del territorio (local, regional y nacional), para ofrecer servicios integrados y de calidad mediante respuestas de emergencia y promocionales.



Colabora

