

El rol del fortalecimiento de las capacidades de los pobres como estrategia de inclusión en la atención a las personas en situación de calle.¹

Autor: Nicolás Figueredo Coppa

Correo electrónico: nico.figueredo@gmail.com

Resumen

La atención a personas en situación de calle en Uruguay se basa en la existencia de un continuo de alojamientos colectivos por los cuales las personas han de transitar en función de la adquisición de las capacidades necesarias para la vida independiente.

Al menos dos obstáculos son identificados: personas para quienes los centros colectivos resultan expulsivos, y la consolidación de un grupo para quienes la vida en refugios se asemeja más a una solución permanente que transitoria.

En la literatura internacional se plantean intervenciones alternativas bajo la denominación Vivienda Primero, donde el acceso a la vivienda individual sin considerar el mérito del beneficiario constituye el inicio del trabajo.

Esta propuesta arroja luz sobre las dificultades encontradas en Uruguay al mismo tiempo que pone sobre la mesa la necesidad de aumentar la calidad de las prestaciones asistenciales y disminuir la exigencia de cambios de comportamiento para las personas en situación de calle que no logran acceder a niveles de bienestar aceptables mediante los servicios hoy existentes.

Palabras Clave: Situación de Calle – Capacidades - Vivienda

Keywords: Homeless – Capabilities – Housing

¹ Trabajo presentado en las XVI Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales – Udelar. Montevideo, 13, 14 y 15 de setiembre de 2017.

Introducción

La realidad de las personas en situación de calle (PSC) ha incrementado su relevancia pública en los últimos años. A nivel mediático cuatro son los principales elementos que componen la agenda:

- La muerte de personas que viven en la calle.
- El advenimiento del invierno y las medidas adoptadas por los servicios asistenciales durante la estación más fría del año.
- Los problemas de convivencia experimentados por los vecinos que viven cerca de los servicios de atención a esta población. Principalmente Puerta de Entrada².
- La presencia de PSC en algunos puntos de la ciudad, interpretándolo como una apropiación de los mismos y una lesión a los derechos de la ciudadanía a disfrutar del espacio público. En estas situaciones (al igual que en el punto anterior) generalmente se realiza una construcción satanizada de las PSC, entendiéndolos como agentes de vulneración de derechos de la ciudadanía integrada y generadores de inseguridad. Prestando casi nula atención al nivel de vulneración de derechos que vive esta población,

A nivel de políticas públicas se ha desarrollado un importante incremento de las acciones de asistencia. En el año 2005 con la llegada del Frente Amplio al gobierno nacional se desarrollan servicios de atención a las PSC que adquieren permanencia anual, anteriormente la Intendencia Municipal de Montevideo implementaba el Plan Invierno en meses de mayo a setiembre (Ciapessoni, 2013). A su vez se da un aumento exponencial de las capacidades de atención y de los recursos invertidos.

Este fortalecimiento de las respuestas estatales se da en un contexto de mejora general de los principales indicadores socioeconomicos del país. A su vez en el año 2013 el Parlamento uruguayo aprueba la ley 19.120 comúnmente denominada Ley de Faltas (Ley 19.120). Mediante la misma el vivir en la calle se convierte en objeto de posible sanción penal y se otorgan potestades a la policía para retirar a las personas en contra de su voluntad del lugar en que viven.

La combinación de incremento en la asistencia, mejora de los principales indicadores sociales y desarrollo de acciones represivas no condujo hacia una reducción del fenómeno. Al comparar la cantidad de PSC de acuerdo a los censos realizados en el año 2011 y 2016 se identifica un aumento del 59,4% en personas viviendo en centros de atención a esta población y del 26,3% de personas durmiendo en la calle. Lo cual implica un aumento total del 52,6%. (MIDES, 2016b)

Frente a esta situación se entiende relevante que el Trabajo Social reflexione en torno a la asistencia brindada a esta población. Tal cual el título de la ponencia indica un eje central de esta reflexión es el rol jugado por la apuesta al fortalecimiento de las capacidades de los beneficiarios de la política

² Puerta de Entrada es el servicio de diagnóstico y derivación a personas en situación de calle. Se encuentra ubicado en la ciudad de Montevideo en la calle Convención entre Paysandú y Cerro Largo.

en cuestión. Esta estrategia forma parte del punto neurálgico de las nuevas políticas asistenciales implementadas en el Uruguay en el presente siglo, a su vez constituye un papel central en la discusión presente actualmente en la literatura especializada europea y estadounidense sobre modelos de atención a PSC.

Particularmente se busca aportar a la discusión del diseño de los centros de atención a adultos de la División de Coordinación de Programas Para Personas en Situación de Calle³ del Ministerio de Desarrollo Social en la ciudad de Montevideo (MIDES).

Para ello en un primer punto se describen los modelos presentes en la literatura especializada sobre el tema, retomando sus elementos constitutivos y las principales críticas realizadas a los mismos.

En segundo lugar se plasman una serie de consideraciones sobre las principales dimensiones en referencia a la génesis y desarrollo del MIDES en tanto institución que contiene el objeto sobre el cual versará la reflexión.

En un segundo punto se hace una breve reconstrucción de las principales modificaciones en la atención a las PSC del 2005 a la fecha.

Posteriormente se revisita la experiencia uruguaya a la luz de lo planteado en los puntos anteriores.

Finalmente se plasman un conjunto de reflexiones finales.

1. Los modelos

1.1 Modelo de Cuidado Continuo⁴.

En las décadas de 1980 y 1990 en Estados Unidos se desarrolló una fuerte ampliación de las capacidades de atención a PSC sin lograr una disminución del fenómeno. Frente a esta situación en 1994 el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano recomienda reorganizar la atención bajo una estructura de modelo de Cuidado Continuo (HUD, 2002).

“Si bien no todos los individuos y familias en situación de calle necesitan acceder a los tres componentes; a menos que los tres componentes estén coordinados en una comunidad no tendrá éxito la lucha contra la situación de calle. Nos referimos a este enfoque como un modelo de Cuidado Continuo”⁵ (Interagency Council on the Homelessness, 1994:71).

3 Es de destacar que en el actual entramado de políticas sociales existen otros servicios de atención a esta población, por ejemplo un centro para personas dependientes bajo la órbita de PRONADIS o centros nocturnos para adultos mayores en convenio con BPS (centro Mateo XXV).

4 En Europa se utiliza la denominación modelo en Escalera para hacer referencia a sistemas de atención que comparten los elementos centrales de Cuidado Continuo.

5 Traducción propia en base al original escrito en inglés.

La idea principal es que las personas en situación de calle han de recibir atención especializada de acuerdo a su situación particular de cara a adquirir las capacidades necesarias para la vida en una vivienda independiente. Está compuesto por tres programas:

- **Refugios de Emergencia.** Su función es satisfacer las necesidades básicas. No realizan una selección en función de las características de los beneficiarios, sino que atienden situaciones disímiles entre sí. El plazo de estadía máxima está pautado generalmente en 90 días, esto se vincula a que una vez que la persona ingresa ha de ser derivada a otro de los programas. (Nemon, Park y Wong, 2006; HUD, 2002)

- **Viviendas Transitorias.** Su objetivo es realizar procesos de intervención social dirigidos a la adquisición de las capacidades necesarias para la vida independiente. Las dimensiones que orientan el trabajo son, por ejemplo: consumo problemático, salud mental y física, educación, vínculos familiares, capacitación laboral, manejo de las finanzas y habilidades cotidianas para la vida independiente. El plazo de estadía suele ser de 24 meses y se contempla la especialización en función de las problemáticas de las personas (Nemon, et al, 2006; Interagency Council on the Homelessness, 1994).

- **Viviendas Permanentes con Apoyo.** Brindan asistencia a quienes debido a sus características particulares no pueden acceder a una vivienda independiente. No necesariamente se organiza en un sistema de viviendas individuales, pero si existen mayores niveles de privacidad. No se plantean plazos de estadía. (Nemon, et al, 2006)

La gestión de caso atraviesa el sistema y particularmente tiene un rol central en las Viviendas Transitorias. Por el término se hace referencia a que miembros del equipo técnico tienen asignada la situación de un beneficiario de cara a diseñar un plan de trabajo, coordinar el acceso a los servicios necesarios y monitorear su cumplimiento. (Barrow y Zimmer, 1999) A medida que la persona logra los objetivos propuestos transita por los dispositivos del sistema para finalmente obtener las capacidades necesarias para la vida independiente. En la generalidad de los casos esta estructura se organiza en espacios separados geográficamente, aunque excepcionalmente los distintos servicios se ubican en un mismo predio (Pleace, 2011).

Críticas y dificultades

El tránsito por el sistema asociado a la progresiva adquisición de capacidades es un elemento fuertemente cuestionado. La vida en refugios se extiende más allá del diseño original debido a que los siguientes escalones del sistema se tornan expulsivos en función de las exigencias de comportamiento que plantean. (Nemon, et al, 2006)

“Los resultados que indican que el 86% de las viviendas transitorias no acepta a personas con consumo problemático de sustancias (...) plantea la cuestión de que estas instalaciones de hecho están descremando dentro de las personas sin hogar y aceptando a aquellos que mejor funcionan, negando mientras tanto la atención a quienes más necesitan de servicios con mayores apoyos⁶” (Ídem: 88)

En simultáneo que las personas viven en refugios más tiempo de lo establecido originalmente, estos servicios comienzan a desarrollar intervenciones orientadas a la modificación del comportamiento de los beneficiarios. Tornándose a su vez en expulsivos con aquellos que no logran los objetivos esperados (Ídem). Las principales exigencias que limitan el acceso al sistema son las relacionadas al tratamiento referido a patologías psiquiátricas y consumo problemático. En consecuencia, esta modalidad de intervención ha sido denominada “tratamiento primero”.

Otros autores cuestionan la existencia de una distribución meritocrática del bienestar donde quienes están en mejor condición acceden a servicios de mejor calidad, sobre todo en relación a la privacidad y libertad (Nemon, et al, 2006; Busch-Geertsema y Sahlin, 2007).

“Los albergues están generalmente atravesados por un sistema de sanciones, cómo una escalera de transición, que tienen lugares más abajo para intimidar y otros para motivar (...) Para mantener su status inferior los refugios no deben ser muy confortables o lindos, así las personas se verán motivadas a trabajar por otras soluciones” (Busch-Geertsema y Sahlin, 20007: 78)⁷

También se critican en este modelo los efectos contraproducentes de la vida institucionalizada para la posterior independencia de las personas. (Nemon et al, 2006)

1.2 Vivienda Primero

En 1992, utilizando como insumo los procesos desinstitucionalización psiquiátrica desarrollados anteriormente en Estados Unidos, la OSC Pathways to Housing desarrolla VP como modelo de intervención con personas en situación de calle. (Pleace, 2011; Bretherton y Pleace, 2012)

Su población objetivo son las personas crónicas de calle con patología psiquiátrica, no siendo excluyente el consumo problemático. Es presentado como un giro 180 grados en la estrategia de trabajo ya que el acceso a la vivienda no es algo a ser ganado, sino que constituye el inicio de la intervención sin exigencias de tratamiento en adicciones ni salud mental. Un argumento central de quienes se posicionan a favor de este modelo es que esta población es capaz de vivir en la calle,

6 Traducción propia del original escrito en inglés.

7 Traducción propia del original escrito en inglés

pero es vulnerable a factores de stress y frustración por lo cual precisan un alojamiento que no les plantee demandas, reglas o normas que puedan ser frustrantes o estigmatizantes (Bretherton y Pleace, 2012).

El objetivo es que las personas sostengan la vivienda. Las mismas han de estar dispersas para fomentar la integración a la comunidad, no se recomienda alquilar más del 20% de los apartamentos de un edificio para este fin. El acceso a la vivienda se complementa con un equipo de trabajo que acompaña y brinda los apoyos necesarios. Las condiciones para acceder y mantener la vivienda son: respetar las obligaciones de un inquilino, recibir al equipo y destinar el 30% de sus ingresos a colaborar con el alquiler (Tsemberies, 2010).

Los defensores de VP entienden que la no existencia de supervisión constante por parte de un equipo repercute positivamente en la toma de decisiones del usuario, contrariamente a lo que sucedido en los alojamientos colectivos. Tomar decisiones y aprender de las mismas es considerado un elemento fundamental de la intervención. Expresan que en VP la persona elige por si misma los objetivos a conseguir y es apoyada por el equipo, el tratamiento en adicciones y salud mental es algo a dialogar, pero no ha de ser exigido (ídem). Se argumenta que VP se basa en los siguientes principios: la vivienda es un derecho humano; la asistencia y los servicios de apoyo deben ofrecerse en forma separada de la vivienda; elección y autodeterminación del consumidor; todas las personas pueden recuperarse; compromiso a trabajar con los usuarios todo el tiempo que sea necesario; respeto, afecto y compasión por los usuarios; los usuarios han de vivir en viviendas dispersas entre sí e individuales; perspectiva de reducción de daños (Pleace, 2011).

Si bien esta modalidad de intervención se encuentra menos difundida que la anterior su desarrollo no es despreciable. Por ejemplo, existen experiencias en Estados Unidos, Portugal, Holanda, Hungría, Dinamarca e Irlanda del Norte (ONU, 2015). Dos son los principales argumentos que han influido en su difusión. Su mejor desempeño en lograr la estabilidad residencial de los usuarios y la reducción de costos al considerar los montos destinados a VP como los de otros prestadores de servicios.

Para finalizar es pertinente referir a una variante de VP. VP Comunal donde se ofrecen apartamentos individuales en edificios utilizados exclusivamente para este fin con presencia del equipo en el mismo edificio. (Pleace, 2012)

Críticas y dificultades

Se critica que CCo obtiene mejores resultados en referencia a salud mental y consumo. Bretherton y Pleace (2012) entienden este cuestionamiento como improcedente dado que VP busca trabajar con aquellos que CCo fracasa. Por otro lado, se señala que se reducen las ambiciones a que la persona

sostenga la vivienda sin considerar otros aspectos de su vida. Quienes promueven VP entienden que dejar de vivir en la calle es un paso necesario para futuras modificaciones aunque no es garantía (Busch-Geertsema, 2014).

El principal cuestionamiento gira en torno a la pregunta de ¿por qué bajo la administración neoliberal de George W. Bush esta modalidad de política, que profundiza la materialización de un derecho sin considerar los méritos, cobra auge? En primer lugar, se plantea que el recurso al concepto crónicos de calle patologiza la situación, invisibilizando desigualdades estructurales y discriminaciones raciales. En segundo y principal lugar se entiende que la motivación se basa exclusivamente en una ética económica y de limpieza social. Al respecto los autores que evidencian esta situación se preguntan si de acuerdo a los motivos que influyeron en su desarrollo ¿será recomendable el acceso a una vivienda individual de una persona en calle sin problemas de salud mental donde sus costos asociados son menores? (Willse 2010, Dunn y Stanhope 2011).

2. Contexto y Surgimiento del MIDES.

2.1 Las últimas décadas del siglo XX

En las últimas décadas del siglo XX los Estados latinoamericanos estuvieron signados por recomendaciones y condiciones de acceso al crédito por parte de los organismos internacionales (BM, BIS, FMI)⁸. Su principal orientación era la de generar entornos favorables al desarrollo del mercado y la disminución de la injerencia estatal en materia económica. (Barba, 2009) Este proceso implicó fuertes cambios en las modalidades de la protección social⁹. La misma debía centrar sus acciones en las personas en situación de pobreza extrema combinando asistencia y fortalecimiento de sus capacidades emprendedoras de forma de que logren incorporarse al mercado y evitar la dependencia de la asistencia. (Serna, 2008) Por lo tanto la focalización fue un eje central de estas recomendaciones. La privatización o coparticipación público-privada mediante el recurso a la sociedad civil también fue un elemento de destaque. En contrapartida el estado fue concebido como ineficiente en la gestión de recursos y por ende en los campos en que fuese posible evitar su gestión directa esto era recomendable. (Franco, 1996) Esta modalidad ha sido definida como un modelo residual de la política social. (Barba, 2009)

“La idea más fuerte ha sido que el papel de la política social debe restringirse a garantizar a los más pobres recursos mínimos para que cada uno pueda aprovechar las oportunidades de ingreso que el mercado proporciona. (...) Desde esa óptica, sólo es legítimo reasignar recursos por medios

8 BM: Banco Mundial; BID: Banco Interamericano de Desarrollo; FMI: Fondo Monetario Internacional.

9 Para profundizar en esta temática se recomienda el texto de Franco (1996) En el mismo se explicitan claramente las principales tendencias y argumentos a favor de las nuevas modalidades en torno a la políticas sociales

públicos a quienes, además de situarse en la pobreza extrema, están dispuestos a alcanzar su bienestar jugando de acuerdo con las reglas del mercado.” (Ídem: 55)

Evidentemente este conjunto de reformas se procesaron en forma diferencial en los distintos países. Tanto en lo relativo al momento de su desarrollo, intensidad y las dimensiones reformadas. (Ídem) Particularmente en Uruguay el proceso de reformas no se desplegó en acuerdo cabal a los lineamientos originales sino que se implementó heterodoxamente manteniendo orientaciones del sistema anterior. Esto es explicado por el legado institucional en lo relativo al sistema de bienestar; la presión ejercida por los beneficiarios de los servicios, las orientaciones ideológicas de los responsables de las reformas y el poder político de los partidos de izquierda (contrarios al proceso reformista). (Antía y Midaglia, 2011)

Resultados Sociales del modelo mercado céntrico

La evolución de la pobreza no mostró un criterio constante pero es claro que las reformas impulsadas no cumplieron sus promesas, en el año 2003 el 30,9% de la población uruguaya vivía bajo la línea de pobreza. (Amarante, et al, 2005) A partir de la década de los 90 la desigualdad también presenta un proceso de agudización, el índice de Gini era de 0,412 en 1991 y de 0,450 en 2002. (Antía y Midaglia, 2007)

Especial atención dentro de la población en situación de pobreza revisten los niños, niñas y adolescentes. En el año 2003 el 60,3% de los menores de 18 años vivía en hogares en situación de pobreza. A su vez la respuesta otorgada desde el Estado era profundamente inapropiada, en el 2002 solo el frente a esta realidad, como lo evidencia la siguiente cita que hace referencia a la situación en el año 2002 sólo el 38% de los niños pobres habitan en hogares que perciben asignación familiar. (Amarante, et al, 2005) A su vez el desempleo paso del 8,9 % en 1991 al 16,9% en 2003.¹⁰

2.2 El triunfo del Frente Amplio y la creación del MIDES

Enmarcado en el contexto social anteriormente descrito en el 2005 asume el gobierno nacional el Frente Amplio e introduce una serie de modificaciones al entramado de políticas sociales del país. Dentro de las cuales cobra especial relevancia para esta ponencia la creación del MIDES.

La implementación de estas figuras institucionales se generalizó en el continente en los últimos años del siglo pasado y en los albores del actual. Su surgimiento se asocio a la puesta en marcha de políticas de combate a la pobreza e indigencia principalmente mediante el desarrollo de Programas

10 Información construida en base al observatorio social de DINEM, MIDES.

de Transferencia de Renta Condicionada¹¹ (PTC); la promoción de derechos de grupos desfavorecidos y la misión institucional de coordinar las acciones estatales orientadas a estos grupos poblacionales. (Midalgia, et al, 2010)

Estos Ministerios comparten aspectos del modelo reformista en el entendido de que las nuevas modalidades de asistencia e integración social a las personas más desfavorecidas económicamente son descentradas de los Ministerios de Trabajo. Dos son los principales desafíos de las nuevas instituciones al momento de superar la residualización en la asistencia: Lograr que las nuevas modalidades asistenciales puedan constituirse en puentes hacia la inclusión y permitir un aumento de la ciudadanía social, y; el cumplimiento efectivo del rol de coordinación, constituyéndose en autoridad social, para de esta forma involucrar las demás esferas estatales en la resolución de estos problemas. (Ídem)

La creación del MIDES coincide exactamente con lo señalado por la literatura sobre las nuevas institucionalidades en la región. En su ley de creación (Ley 17.866, 2005) se establecen sus competencias en torno a la coordinación de las políticas sociales y el desarrollo de un PTC, el Ingreso Ciudadano,¹² incluido dentro del Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social (PANES).

El PANES tuvo una duración de dos años y luego dio lugar al Plan De Equidad (PE). El mismo es entendido como una estrategia global del estado orientada a disminuir la pobreza y la desigualdad (por ejemplo incluye la reforma de la salud y la reforma tributaria. En referencia a las acciones orientadas a las personas que viven situaciones de pobreza y exclusión el PE constituye la Red de Asistencia e Integración Social. Su objetivo es brindar asistencia a las personas en situación de pobreza, indigencia y vulnerabilidad mediante medidas no contributivas; complementarse con la red general de protección social y propiciar procesos de movilidad social ascendente. (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2008; Amarante y Vigorito, 2012)

En este contexto se continua con nuevas modalidades de transferencias de ingreso ya no limitadas temporalmente sino concebidas como políticas permanentes¹³ A su vez se mantienen políticas orientadas a favorecer las capacidades de los pobres, por ejemplo: Uruguay Trabaja (programa de trabajo protegido); Uruguay Integra (programa promocional sin contrapartida económica). (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2008; Gonzalez y Leopold, 2014)

11 Por PTC se hace referencia a Programas de transferencia de ingreso focalizados en la indigencia ó pobreza que exigen contrapartidas a los beneficiarios. Generalmente las mismas incluyen inversión en capital humano por parte de los niños y adolescentes mediante la asistencia a centros educativos y mediante el control en salud. Las mismas son entendidas como mecanismos para cortar la reproducción de la pobreza.

12 El Ingreso Ciudadano fue una transferencia económica orientada al 20% más pobre dentro de los pobres del país (Amarante, et al, 2008).

13 Nos referimos al régimen de asignaciones familiares no contributivas denominadas asignaciones familiares Plan de Equidad; la Tarjeta Uruguay Social y la Asistencia a la Vejez.

El segundo período de gobierno mantuvo la orientación de las políticas emanadas en el PE pero renovó esfuerzos para conseguir sus cometidos mediante la denominada Reforma Social. La misma expresa su preocupación por los procesos de segregación residencial, la formación de una subcultura de la pobreza y la persistencia de situaciones de pobreza extrema. La principal novedad desarrollada para enfrentar dichas situaciones fueron los denominados programas prioritarios (Uruguay Crece Contigo, Cercanías, Jóvenes en Red). A grandes rasgos su metodología puede definirse como un trabajo individualizado en pro de intervenciones integrales y “a medida” de cara a generar procesos de asistencia e inclusión social. (Gonzalez y Leopold, 2014; Pintos, 2014)

Otros dos diferenciales de este período son el estrechamiento del vínculo entre política social y política policial (Pintos 2014) y el comienzo de exigencia de las contrapartidas presentes en las contraprestaciones (particularmente la AFAM).

En el actual período de gobierno la principal novedad radica en el Sistema Nacional de Cuidados pero el mismo aún se encuentra en fases incipientes de desarrollo.

Tal cual fue expresado anteriormente uno de los desafíos de superar el modelo residual para los Ministerios de Desarrollo Social en la región es el lograr que las políticas de asistencia se constituyan en puentes hacia la inclusión social. Existe consenso dentro de la academia sobre las dificultades ha presentado en el país esta dinámica. En referencia al nuevo sistema de asignaciones familiares investigadores del Instituto de Ciencia Política (Antía et al, 2013) sostienen que el actual sistema garantiza pisos de bienestar pero no logra generar pautas de integración social. A similares conclusiones arriban investigadoras del Departamento de Trabajo Social al considerar los Programas Jóvenes en Red y Cercanías, en los mismos evidencian fuertes dificultades en desarrollar tránsitos sostenidos y exitosos hacia la educación formal y el trabajo formal. (Baraibar, et al, 2015) Tampoco las posibilidades de convertirse en autoridad social por parte del MIDES parecen desarrollarse sin dificultades. Las posibilidades de coordinación interinstitucional hoy parecen depender más de afinidades ideológicas y correlación de fuerzas en el gobierno que de los cometidos institucionales. (Midalgia, et al, 2010)

En un contexto que desde 2005 muestra en el campo asistencial: aumento del accionar estatal; cobertura de sectores antes no cubiertos; aumento de presupuesto; mayores vínculos entre lo policial y lo social; dificultades en torno a las posibilidades de construir caminos de inclusión a partir de la asistencia y la promoción de capacidades; y dificultades en la constitución en autoridad social por parte del MIDES; es que surgen y se desarrollan las políticas orientadas a las personas en situación de calle.

3. Evolución de la estructura de atención del MIDES a la situación de calle.

El PANES estuvo compuesto por 7 componentes y uno de ellos fue el desarrollo del Programa de Alojamiento a las Personas en Situación de Calle (Ley. 17.869).

Tanto las capacidades de atención como los recursos invertidos han aumentado exponencialmente. Las primeras en el período 2005-2015 pasaron de 280 a 1626 plazas mientras que la inversión destinada en el período 2010-2015 aumento de \$46.954.607 a \$429.699.207. (MIDES, 2016d)

A su vez existieron modificaciones en la estructura de la oferta asistencial. A continuación se comparan los centros existentes en la Ciudad de Montevideo en el 2006 y 2017 como forma de captar estas diferencias.

En su inicio la atención brindada por el MIDES a las PSC era fundamentalmente nocturno (centros que abren sus puertas alrededor del atardecer y cierran a la mañana). Concretamente en Montevideo el año 2006 existían los siguientes centros nocturnos en función de su población objetivo: - centros para mujeres con niños, niñas y adolescentes a cargo: - centros para mujeres solas: - centros mixtos¹⁴ para adultos mayores: - centros para familias: - y centros para varones.

La excepción eran dos centros que funcionaban en horario diurno; uno para personas con patología psiquiátrica y otro orientado a mujeres con niños. (DINEM, 2006, censo)

Al 29 de junio del 2017 las modalidades de centros dependientes¹⁵ de la División de Coordinación de Programas Para Personas en situación de calle son las siguientes. Todos los centros de atención a Mujeres con niños, niñas o adolescentes a cargo tienen funcionamiento 24 horas. A su vez existe un centro mixto 24 horas personas que desarrollan un proceso de recuperación física, 2 centros mixtos 24 horas para adultos mayores de 55 años y 2 centros mixtos 24 horas para adultos que están próximos al egreso del sistema. Los centros con funcionamiento nocturno se limitan solamente a adultos que no cumplan las condiciones para acceder a los centros antes mencionados. Se mantiene el centro para personas con patología psiquiátrica que sean usuarias de nocturno.

4. Reflexiones en torno al modelo uruguayo

Estructura del sistema.

A partir de la licitación desarrollada en el año 2016 los centros de atención a adultos en la ciudad de Montevideo se encuentran estructurados de la siguiente manera:

Centros nivel 1. Su funcionamiento es de 18 a 9 horas de lunes a sábado y 24 horas los domingos. Se dividen en atender varones o mujeres. Están orientados a trabajar con las personas en mayor situación de exclusión (MIDES, 2016a).

¹⁴ La expresión mixtos refiere a centros donde pueden ingresar mujeres y varones.

¹⁵ En el punto 4 se describen con mayor detalle los centros de atención a adultos.

“En el nivel 1 es muy importante colocar el énfasis en los aspectos previos necesarios para que la persona comience su reinserción social (documentación, control de estado de salud, generación de hábitos de convivencia, etc.). Cuando la persona completa estos requisitos e inicia avances en el área laboral se deberá realizar la solicitud de cambio de nivel.” (MIDES, 2016c: 3)

“Asimismo, en las situaciones de consumo problemático de sustancias, se realizarán las coordinaciones correspondientes, así como el acompañamiento de las personas en el tratamiento de diferentes afecciones tanto físicas como mentales.” (MIDES, 2016a: 5)

Centros nivel 2. También funcionan de 18 a 9 horas de lunes a sábado y 24 horas los domingos y se dividen en atender varones o mujeres. Trabajan con las personas que han logrado mínimos niveles de inclusión y están orientados a propiciar la autonomía y las posibilidades de egreso de las personas, con énfasis en la inserción laboral . (Ídem)

“Se espera que los equipos trabajen en el acompañamiento y seguimiento del proceso de las personas, la estabilidad en sus condiciones de vida que les permita la autonomía y el sostenimiento de un futuro egreso, así como la búsqueda de espacios de capacitación que mejoren las oportunidades de inclusión a través del trabajo. El trabajo del equipo se deberá orientar a la consolidación de un proyecto individual del usuario que le posibilite transitar hacia el egreso del Programa. Es en este nivel donde las personas usuarias de los centros logran mantener algún tipo de inserción laboral, generalmente precaria.” (Ídem: 6)

Centros mediocamino. Brindan asistencia las 24 horas y atienden a varones y mujeres en forma mixta. Su población objetivo son quienes poseen mayores capacidades de cara al egreso, con un fuerte énfasis en la inserción laboral estable . (Ídem)

“Se trata de centros que funcionan 24 hs., dirigidos a hombres y mujeres que cuentan con un mayor capital social lo que facilita la integración social, y que tienen por propósito fortalecer las capacidades de las personas y generar mayores grados de autonomía en las actividades significativas para la vida. Se trata de un espacio orientado a que las personas puedan incluirse con mayor nivel de autogestión en los diferentes ámbitos de la sociedad, y por lo tanto favorecer las condiciones para egresar del Programa. Las personas que ingresen a esta modalidad deberán tener una inserción laboral con ingreso estable (formal o informal) suficiente para poder costear la alimentación y los gastos de funcionamiento del centro.” (Ídem: 6-7)

Finalmente existen centros 24 horas para adultos mayores de 55 años. Un centro diurno para personas con patología psiquiátrica usuarias de los centros nocturnos y un centro de recuperación física donde se brindan cuidados transitorios a las personas.

Claramente la estructura de atención del MIDES se identifica con el espíritu de CCo, en el entendido de que existen centros acordes a las capacidades de las personas para la vivienda independiente.

El nivel 1 se orienta a aquellos con menores capacidades y que deben comenzar tratamientos en adicciones y salud mental, el nivel 2 se ubica en un punto intermedio y los mediocamino se orientan a lograr el acceso a la vivienda en aquellos con mayores capacidades. Los centros para adultos mayores horas tienen similitudes con las Viviendas Permanentes con Apoyo ya que asisten a personas que es poco viable que logren el egreso mediante el fortalecimiento de sus capacidades.

Para finalizar este apartado es pertinente explicitar cuantitativamente la estructura de la atención en Montevideo. En la licitación realizada en 2016 se planifica una capacidad de atención para: 480 varones y 120 mujeres en nivel 1; 150 varones y 30 mujeres en nivel 2 y 40 personas en los centros mediocamino (2016c). Los centros para adultos mayores tienen capacidad para 60 personas al igual que el centro para recuperación física; el centro diurno tiene capacidad para 40 personas.

Se concuerda con Cabrera (2014) en que la distribución de plazas por modalidad de centros asume una forma de escalera que desde el diseño asume que no todas las personas podrán realizar el tránsito hacia los escalones superiores.

“A tenor de cómo se distribuyen los centros según niveles, es fácil observar que se da por hecho una especie de efecto embudo, ya que a medida que se asciende hacia la “normalización” se reduce el número de centros (y consecuentemente de plazas disponibles por nivel): 15 7 2. Como si se diera por hecho que se trata de un trabajoso camino de ascenso hacia la cumbre que pocos pueden llegar a completar. Paradójicamente, el itinerario previsto hacia la inclusión, opera así con una filosofía subyacente de carácter meritocrático y excluyente.” (Ídem 2014: 2)

Gestión de caso

VP y CCo la entienden como un elemento fundamental de la intervención. En VP se orienta a que la persona sea capaz de sostener la vivienda y en CCo a que adquiera las capacidades necesarias para acceder una vivienda independiente.

Los equipos de trabajo en los centros nivel 1, 2 y mediocamino en colaboración con los beneficiarios han de realizar un diagnóstico a partir del cual establecer una estrategia de intervención con plazos, dimensiones y metas; la misma se denomina Plan de Acción Individual.

Las dimensiones a trabajar explicitadas son: documentación y acceso a prestaciones, salud; actividad física; educación; trabajo; vivienda; cultura; vínculos y redes sociales; egreso. (MIDES, 2016a)

En función de la evaluación del logro de los objetivos propuestos los equipos decidirán sobre la derivación de la persona a otro centro de igual, inferior, ó superior nivel; ó sobre el egreso del sistema. A su vez el no cumplimiento de las metas propuestas puede implicar la realización de un reencuadre. El mismo es una instancia donde se reestablecen los términos de permanencia en el centro de cara a que la persona modifique su conducta, el no hacerlo puede desembocar en no ingresar más a ese centro volviendo a la calle o solicitando ingreso en otro (MIDES, 2016c). Igualmente es de reconocer que el MIDES reconoce que la progresiva adquisición de capacidades no siempre será posible.¹⁶

Al igual que en CCo el cumplimiento de las metas esperadas de cara a la adquisición de capacidades es la medida del tránsito y permanencia por el sistema. Igualmente existe cierta ambigüedad dado que se reconoce que no todas las personas habrán de adquirir las capacidades para vivir en una vivienda independiente. Esto se relaciona con la ausencia de plazos de estadía máximo, aquí se encuentran similitudes con VP en el entendido que se contempla trabajar con la persona el tiempo que sea necesario.

Distribución

Al observar la estructura de los centros es posible identificar las siguientes dimensiones a la hora de reflexionar sobre la regresividad o progresividad de la distribución. En todas se observa que la mejor atención es brindada a quienes se encuentran en el centro orientado a las personas con mayor nivel de inclusión social.

- **Masividad.** Los nivel 1 y 2 tienen capacidad para 30 personas y los mediocamino para 20. (MIDES, 2016a)
- **Horario de atención.** Los nivel 1 y 2 funcionan el 67,9% de las horas totales de una semana mientras los mediocamino el 100%. (Ídem)
- **Inversión.** El dinero estipulado en la licitación por usuario de nivel 1 y 2 es \$22.924 por usuario y de mediocamino es \$25.934. (Ídem)

16 “debe darse lugar al desarrollo de trayectorias personales dentro del Programa que implique un progresivo aumento de las exigencias en relación a lo laboral, la adquisición de hábitos, el cumplimiento de acuerdos, etc., siempre que las características individuales de la persona lo habiliten. (MIDES, 2016c: 5)

- **Horas de equipo.** Al dividir el total de horas semanales de los equipos técnicos de nivel 1 y 2 por usuario (considerando la capacidad del centro) es 12,3 mientras que en los medicamino es 12,7. (Ídem)

Objetivos.

En la licitación de los niveles 1,2 y medicamino del año 2016 no se realiza una mención explícita al egreso ó al acceso a la vivienda como objetivo general de la política. En cambio se expresa como objetivo el reducir el tiempo en calle. Lo cual se vincula con la asunción de que no todas las personas podrán egresar. Por otro lado al considerar las referencias al plan de acción individual y la descripción de las tareas de los equipo de nivel 2 y medicamino sí se explicita el egreso como objetivo (ídem).

En la licitación realizada en el 2011 (MIDES, 2011) si se encuentran referencias explicitas al acceso a la vivienda en los objetivos de la política.

Por lo tanto, encontramos que a nivel del objetivo general de la política se produce un corrimiento del egreso hacia la reducción del tiempo en calle . Simultáneamente que el mismo es colocado como objetivo a nivel de los usuarios y equipos de trabajo.

4.1 Reflexiones finales.

La estrategia al fortalecimiento de las capacidades de las PSC juega un rol central en la estructura de atención desarrollada en la ciudad de Montevideo por la División de Coordinación de Programas Para Personas en Situación de Calle.. Los centros nivel1, 2 y medicamino (la inmensa mayoría de la capacidad de atención) se encuentran diseñados en función del grado de inclusión y proximidad al egreso. El fortalecimiento de la inserción laboral es uno de los ejes centrales de los equipos de trabajo.

A su vez la estructura de atención ofrece centros de mejor calidad a quienes se encuentran próximos a egresar y a los adultos mayores mientras que ofrece centros nocturnos a aquellos que aún no han demostrado y/ó logrado su inserción laboral. Cumpliéndose el principio de menor elegibilidad propio de las leyes de pobres según el cual la asistencia dirigido al pobre valido para trabajar tiene que ser de menor calidad que la que se consigue a través del trabajo. En la política analizada aún dentro de aquellos asistidos se ofrecen mejores servicios a los que están en mejor condición con lo cual se cumple lo planteado por Busch-Geertsema y Sahlin (2007) al afirmar que los sistemas basados en alojamientos concatenados tienen que tener lugares para motivar el esfuerzo y por contraparte también lugares para amenazar y castigar.

La menor calidad de las prestaciones asistenciales focalizadas en las personas en situación de exclusión social es un rasgo constitutivo del modelo residual desarrollado a partir de fines del siglo pasado que la ampliación del campo asistencial desarrollada en el Uruguay del siglo XXI no ha transformado en su esencia. A su vez la apuesta a la integración mediante el fortalecimiento de los pobres encuentra serios límites. Los mismos son evidenciados por el MIDES en el siguiente pasaje del borrador de los términos de referencia a un consultor para la mejora del sistema de atención

“La existencia de un conjunto de personas con un gran nivel de vulneración de derechos que no logran transitar de los centros de atención hacia soluciones habitacionales independientes. Para quienes la intervención desarrollada en los centros de atención no logra revertir su vulneración de derechos en un ejercicio real de los mismos. Para este grupo los centros de atención se aproximan más a una respuesta permanente que transitoria, sin lograr revertir las vulneraciones que vivencian. Un tercer grupo son las personas que viven en centros de atención y han logrado estar insertos en el mercado de trabajo formal sin poder egresar debido a las dificultades de acceso a la vivienda” (MIDES, 2016e: 2)

Igualmente es necesario reconocer tres aspectos positivos sobre la atención desarrollada en Montevideo:

- No existe un proceso de invisibilización de la pobreza (la mayoría de los centros se ubican los barrios de Cordon, Parque Rodó, Centro y Ciudad Vieja.
- En comparación internacional presentan una propuesta con menor nivel de masificación. Por ejemplo en el año 2007 funcionaba en Madrid un centro para 120 personas y en París uno con capacidad para 450 personas. (Busch Geertsema y Sahlin, 2007)
- Si bien se insta a las personas a progresar de cara al egreso no existen plazos prefijados que obliguen a una persona a dejar de recibir la asistencia sin haber logrado solucionar su situación.

La discusión planteada por el modelo Vivienda Primero se basa en la inadecuación del modelo de alojamientos colectivos para con dos poblaciones en particular:

- Quienes viven en la calle y los centros colectivos y sus exigencias de comportamiento se tornan expulsivos.
- Aquellos para quienes la vida en refugio se torna una respuesta habitacional permanente.

Respecto a ambas poblaciones se entiende que las prestaciones tendrían que otorgar mayor calidad en la asistencia. Tanto en lo relativo a la privacidad, la atención 24 horas y la minimización de exigencias de cambio de comportamiento para acceder a la asistencia.

Generalmente son tres argumentos los esgrimidos en contra:

1- **“Las personas que viven en la calle no quieren dejar esa situación”**, con lo cual la reflexión sobre la mejora de la oferta de políticas públicas pierde sentido. Esta afirmación es fuertemente cuestionada por los resultados del último censo, el mismo indica que el 50% de las personas censadas viviendo a la intemperie han ingresado a refugio en el periodo 2013–julio 2016 (MIDES, 2016b).

3- **“Hay personas que no pueden vivir solas”**. Sin lugar a dudas hay personas que requieren apoyo constante en su cotidianidad. Sin embargo hoy la mayor parte de la oferta la constituyen centros nocturnos que de ninguna manera representan una mejor solución para su vulneración de derechos. En estos casos soluciones orientados en VP Comunal parecen respuestas explorar.

3- **“El brindar respuestas habitacionales de mayor calidad generará un problema de aumento de la demanda”**. Esta situación puede ser probable pero teniendo en cuenta el conocimiento de los técnicos de las situaciones y el tiempo en calle puede minimizarse este problema. ¿Es esperable que una persona viva dos años en calle o en un refugio nocturno para acceder a una solución de mayor calidad? Entiendo que no. Además, el riesgo de filtración de beneficiarios que no formen parte de la población objetivo es constitutivo de toda política focalizada. Por ejemplo en torno a los Programas de Transferencia de Renta existe una vasta literatura al respecto y no existen recomendaciones de dejar de implementarlos por este motivo.

Esto no quiere decir que el modelo de refugios colectivos no tenga nada para aportar. Gran parte de la población que pasa por el mismo encuentra un servicio que cumple funciones de asistencia y promoción de sus capacidades que se traducen en una mejoría de su situación. Lo que se plantea es la necesidad de diversificar la oferta reconociendo aquellos para quienes lo desarrollado hasta el momento no cumple con los objetivos esperados.

Esta puntualización es particularmente relevante dado que si el actual modelo no tiene nada que ofrecer se trata de trasponer los recursos hoy invertidos hacia otras modalidades de atención sin que exista necesidad de ampliación de la redistribución de recursos hacia esta población.

Sobre la suficiencia de recursos no se cuenta con información que permita realizar una consideración de largo plazo al respecto pero si existen dos elementos que permiten una primera reflexión al sobre el tema.

En primer lugar es de resaltar que el propio Protocolo de Atención de los centros de la División de Coordinación de Programas Para Personas en situación de calle establece una modalidad de acción ante la insuficiencia de lugares.

“Las derivaciones realizadas (...) son de carácter permanente. La excepción a es la de de las personas que están con cupos de inasistencias de otros usuarios, en cuyo caso solo irán la noche” Excepcionalmente, los Dispositivos de Captación y Derivación podrán realizar derivaciones transitorias (por una noche), recurriendo a los lugares disponibles, a partir de la inasistencias de usuarios/as.” (MIDES, 2016C: 5)

A su vez la licitación realizada en el año 2016 indica que el MIDES podrá solicitar a las organizaciones de la sociedad civil convenientes una ampliación de tres cupos en cada centro nocturnos en base a “razones fundadas”(Mides, 2016a). La utilización de estos tres lugares denominados “sobrecupos” también se realiza bajo la operativa de derivación por la noche.

Las denominadas derivaciones permanentes implican que la persona tiene un lugar fijo en el centro asignado y podrá continuar concurriendo. Por el contrario las personas derivadas por la noche en caso de estar interesados en volver a ingresar a un centro tienen que concurrir nuevamente a Puerta de Entrada a solicitar derivación, con lo cual se torna imposible desarrollar un sentido de pertenencia al lugar y comenzar un proceso de trabajo con el equipo técnico del centro.

Por lo tanto se entiende correcto interpretar a los lugares permanentes como lugares genuinos y a los por la noche como lugares de emergencia. El hecho de que el protocolo y la licitación indiquen pasos a seguir ante las derivaciones de emergencia implica que las mismas no son algo excepcional, lo cual cuestiona la idea de lugares sin utilizar.

Otra forma de aproximarnos a la suficiencia de recursos en relación a la demanda es a partir de la magnitud de las derivaciones por la noche. Para ello se cuenta con información relativa al día de la realización del censo a personas en situación de calle en el 2016. Puntualmente en la noche del 20 de junio de 2016, 107¹⁷ personas asistieron por la noche a un centro nocturno. Un número nada despreciable considerando que el total de personas en centros el citado día fue de 1095.

Un último insumo para pensar sobre el agotamiento de respuesta desarrollada hasta el momento es considerar una referencia cuantitativa general sobre las personas que han hecho uso del mismo. Sobre el tema no se cuenta con información desagregada sobre adultos exclusivamente pero igualmente permite realizar una reflexión general sobre la temática. En el período 2006-2015 han hecho uso de los distintos centros de atención 13.838 personas (MIDES, 2016d), lo cual evidentemente supera ampliamente las capacidades de atención de un momento dado a lo largo del período de referencia. Resulta irracional plantear que todas las personas que han transitado por el sistema han sido exitosas en solucionar su situación habitacional; igualmente irracional resulta pensar que todos fracasaron en este proceso y hoy están en la calle.

17 Información construida en base al procesamiento de la base de datos del citado censo.

Por lo tanto la información disponible se contradice con la idea de agotamiento generalizado del modelo actual asociado al fracaso continuo de sus acciones en lograr una mejora en la situación de las personas y la existencia de capacidades ociosas sin personas que quieran ingresar.

Esto es particularmente importante en un contexto de restricción presupuestal y de una tendencia a individualizar las personas de no aprovechar las oportunidades que desde las acciones publicas se les brindan. Responsabilizándolos así de sus situaciones de exclusión.

Al momento de considerar por qué la mitad de las personas censadas en calle en la madrugada del 21 de junio del 2016 nunca ingresaron a un refugio y por qué la otra mitad ingreso y al momento del censo no lo hacía más, debemos construir una respuesta considerando la adecuación de la propuesta a las necesidades de esta población tanto considerando sus contenidos cualitativos como la suficiencia cuantitativa de lugares genuinos.

Para finalizar la presente ponencia se torna necesario puntualizar que en caso de que la política social no logre una reducción sensible de esta problemático es probable que la búsqueda de solución, más precisamente la búsqueda de saciar la necesidad de de hacer algo, provenga de acentuar las acciones represivas sobre las personas que viven en la calle.

“No deseados, innecesarios, abandonados... ¿cuál es su lugar? La respuesta es: fuera de nuestras vistas. En primer lugar fuera de las calles y otros espacios públicos que usamos nosotros, los felices habitantes del mundo del consumo. (..) Para que el aislamiento físico resulte infalible, se lo refuerza con la separación mental, cuyo resultado es el destierro definitivo de los pobres del universo de la empatía y la solidaridad. Al mismo tiempo que se los expulsa de las calles, también se los puede desterrar de la comunidad de los seres humanos, del mundo de los deberes éticos. Para esto hay que reescribir la historia: hay que poner depravación donde antes se leía privación. Y los pobres serían los sospechosos de siempre, a quienes se cercará cada vez que aparezca un fallo que altere el orden público. Y se pintará a los pobres como vagos, carentes de principios morales. Los medios colaboraran alegremente con la policía para presentar al público ávido de sensaciones esas truculentas imágenes de elementos criminales (...). (Bauman, 2005: 143-144)

Al quien la anterior cita le resulte apocalíptica se le recomienda seguir este link <https://www.youtube.com/watch?v=ngEmjsQWHaE> en el cual se evidencia que durante una nota realizada en la vía pública por uno de los principales informativos del país una persona comienza a patear a otra que se encontraba durmiendo en la vereda.

Anteriormente una nota de prensa reflejaba gráficamente como dos jóvenes mataban a un perro a golpes y esto fue un tema destacado por distintos medios debido a la indignación que generó.

Mucha menor repercusión tuvo la agresión a una persona que vive en la calle. Incluso el solo hecho de que haya salido al aire es altamente cuestionable.

Bibliografía

Amarante, Verónica; Arim Rodrigo; Rubio Mónica; Vigorito, Andrea (2005) “*Pobreza, red de protección social y situación de la infancia en el Uruguay*”, Serie de Estudios Económicos y Sociales, Banco Interamericano de Desarrollo Recuperado en: <http://publications.iadb.org/handle/11319/3984>

Amarante, Verónica; Burdín, Gabriel; Manacorda, Marco; Vigorito; Andrea (2008) “*Informe Final de la Evaluación Intermedia de Impacto del PANES*”, MIDES-UDELAR

Amarante, Verónica; Vigorito, Andrea (2012) “*La expansión de las Transferencias no Contributivas en Uruguay en los últimos Años*”, Policy Research Brief N.º 2 29, Internacional Policy centre for inclusive growth, Recuperado en <http://www.ipc-undp.org/pub/esp/IPCPolicyResearchBrief29.pdf>

Antía, Florencia; Midalgia, Carmen (2007) “La izquierda en el gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?”, En *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, N.º 216, pp 131-157

Antía, Florencia; Midalgia, Carmen (2011) “El sistema de bienestar uruguayo: entre la tradición reformista liberal y la ampliación de la responsabilidad estatal en el área de la protección social” En Alma Idiart (editora), *Estado Benefactor y Políticas Sociales. Historia, implementación y reforma de Programas Sociales en Argentina, Chile y Uruguay*, pp 21-48, Argentina Editorial Biblos

Antía, Florencia, Castillo, Marcelo; Fuentes, Guillermo; Midaglia, Carmen (2013) “La renovación del sistema de protección uruguayo el desafío de superar la dualización” En *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol 22 N.º 2 pp 171-194, Montevideo, Departamento de Ciencia Política

Baráibar, Ximena (2015): “De la comunidad al estado social: la reconfiguración del campo de la asistencia” En: *Revista Fronteras*, No 8, pp. 31-43, Montevideo, Departamento de Trabajo Social

Baráibar, Ximena; González, Carolina; Leopold, Sandra; Paulo, Laura (2015): “Las trayectorias de inclusión como estrategias de integración social”, En Miguel Serna (Editor) *Cuadernos de ciencias sociales y políticas*, N.º 2 pp 7-52

Barba, Carlos (2009): “Reforma Social y Ciudadanía Social en América Latina Durante los Años Noventa: Una Perspectiva Comparada”, En Carlos Barba (Compilador) *Retos para la integración social de los pobres en América Latina*, pp 51-84, CLACSO, Buenos Aires

Barrow, Susan; Zimmer, Rita (1999) “Transitional Housing and Services: A Synthesis.” En Fosburg, Linda y Dennis, Deborah (Editores) *Practical Lessons: The 1998 National Symposium on Homelessness Research* (pp10.1-10.31). Estados Unidos. Recuperado de <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/167051/6817.pdf>

Bauman, Zygmunt (2005): “Trabajo, consumismo y nuevos pobres” Barcelona, Editorial Gedisa

Busch-Geertsema, Volker; Sahlin, Ingrid (2007) “The Role of Hostels and Temporary Accommodation” En *European Journal of Homelessness*, Volume 1, pp 67-93

Busch-Geertsema, Volker (2014): “Housing First Projects and Housing Led Strategies in Europe”, Presentación realizada en I *Jornadas sobre exclusión residencial en Euskadi*, San Sebastián.

Bretherton, Joanne; Pleace, Nicholas (2012) “What do we mean by Housing First? Categorizing and Critically Assessing the Housing First Movement from a European Perspective”. Ponencia presentada en *ENHR Conference, WS-14: Welfare Policy, Homelessness and Exclusion*, llevada a cabo en Lillehammer, Noruega en junio de 2012. Recuperado de https://www.york.ac.uk/media/chp/ENHR_HF_paper_Nicholas%20&%20Jo.pdf

Cabrera, Pedro (2014) “Informe Oficina Técnica. Situación de Calle en el Uruguay: hacia una estrategia integral”, EUROsocial- MIDES, sin publicar.

Ciapessoni, Fiorella (2013) “Recorridos y desplazamientos de personas que habitan refugios nocturnos”; Tesis de maestría en Sociología, Montevideo; UDELAR

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2008): “Plan de Equidad”, Uruguay, Dirección Nacional de IMPRESIONES Y Publicaciones Oficiales (IMPO),

Dunn, Kerry; Stanhope, Victoria (2011) “The Curious case of Housing First. The limits of evidence based policy”, En *International Journal of Law and Psychiatry*. N.º 34, pp 275-282
En: file:///C:/Users/Usuario/AppData/Local/Temp/The_curious_case_of_Housing_First_The_limits_of_ev.pdf

DINEM (2006): “Primer conteo y censo de personas en situación de calle y refugios de Montevideo. Informe preliminar de resultados”, MIDES, Uruguay Recuperado en: <http://dinem.mides.gub.uy/innovaportal/file/35531/1/informe-final-de-censo-y-conteo-de-personas-en-situacion-de-calle.-montevideo-2006.pdf>

Franco, Rolando (1996): “Los paradigmas de la política social en América Latina”, *En Revista de la CEPAL*, N.º 58 Recuperado en http://www.fts.uner.edu.ar/catedras03/politica_social/documentos/Paradigmas.pdf

Gonzales, Carolina; Loepold, Sandra (2014): “Análisis del diseño y la implementación de la política asistencial en Uruguay a comienzos del Siglo XXI”; En: *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, No 54, pp190-210 En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5179114>

HUD. (2002) “*Office of Policy Development and Research; Evaluation of Continuums of Care For Homeless People, Final Report.*” Washington D.C. Recuperado de https://www.huduser.gov/publications/pdf/continuums_of_care.pdf

Interagency Council on the Homelessness. (1994) “*Priority: Home! The federal plan to break the cycle of homelessness.*” Washinton D.C. Recuperado de <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=mdp.39015032595301;view=1up;seq=5>

Ley 17.866 (2005) “*Creación del Ministerio de Desarrollo Social*”, Recuperado en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6603738.htm>

Ley 17.869 (2005) “*Plan de atención de la emergencia social y programa de ingreso ciudadano*” Recuperado en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6263408.htm>

Ley 19.120 (2013) *Faltas y conservación y cuidado de los espacios publicos* Recuperado en <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9792169.htm>

Midaglia, Carmen (2009) “Entre la tradición y la modernización ingenua y los intentos por refundar la casa: La reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas”, En Carlos Barba (Compilador) *Retos para la integración Social de los Pobres en América Latina*, pp 85-107; Buenos Aires, CLACSO

Midaglia, Carmen; Fuentes, Guillermo, Castillo, Marcelo (2010) “El significado Político de los Ministerios Sociales en Argentina, Chile y Uruguay”, En: *Estado, Gobierno, Gestión Pública, Revista Chilena de Administración Publica*, No 15-16 pp 123-154

MIDES (2011) “*Llamado a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs) y/o Cooperativas de Trabajo para presentar propuestas de trabajo para la gestión de centros nocturnos en la ciudad de Montevideo en el marco del PASC, Licitación Publica No 114/2011*” Recuperado en http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/14145/1/pliego_114_pasc.pdf

MIDES (2016a) “*Llamado a organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y/o cooperativas de trabajo para presentar propuestas de trabajo para la gestión de centros de atención en la ciudad de Montevideo e Interior en el marco del Programa Calle. Licitación pública N° 40/2016*” División de

Coordinación de Programas Para Personas en Situación de Calle, Montevideo Recuperado en https://www.comprasestatales.gub.uy/Pliegos/pliego_542873.pdf

MIDES (2016b) “*Presentación de resultados del Censo de Población en Situación de Calle*” Conferencia de Prensa, 21 de setiembre de 2016. En:

<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/66540/1/20160921.-presentacion-conferencia-de-prensa-resultados-censo-situacion-de-calle.pdf>

MIDES (2016c) “*Protocolo de Atención. Programa Calle*” División de Coordinación de Programas para Personas en Situación de Calle, Montevideo, sin publicar

MIDES (2016d) “*Respuesta a pedido de Informes del Senador Jorge Larrañaga*” Montevideo. En: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63413/1/documentacion.pdf>

MIDES (2016e) “*Términos de Referencia. Contratación de Consultor Individual para el diseño y desarrollo de modelos de intervención para apoyar los procesos de egreso de familias y personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica que pasan por centros de acogida temporal.*”, Documento borrador, sin publicar

Nemon, Howard; Park, Jung; Wong, Jin-Ling (2006) *Homeless Service Delivery in the Context of the Continuum of Care*”. University of Pennsylvania, Recuperado de http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1038&context=spp_papers

ONU (2015) “*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*”, Consejo de Naciones Unidas, Naciones Unidas

Pintos, Marina (2014) “*Cultura, Pobreza y políticas publicas. Sobre la etnologización de la pobreza en las políticas sociales del Uruguay Actual*”, En: *Discusiones En curso* pp 49-55 Departamento de Trabajo Social, UDELAR

Pleace, Nicholas (2011) “*The Ambiguities, Limits and Risks of Housing First from a European Perspective*” En *European Journal of Homelessness*, Volume 5, N.º 2, pp 113-127

Pleace, Nicholas (2012) “*Housing First*”, Francia, FEANTSA Recuperado de http://www.feantsaresearch.org/download/housing_first_pleace3790695452176551843.pdf

Serna, Miguel (2008) “*Las políticas de la pobreza en el pos consenso de Washington: más allá y más acá del liberalismo social*” En *Revista de ciencias sociales* N.º 24 pp 47-60

Tsemberis, Sam (2010): “*Housing First: Ending Homelessness, Promoting Recovery, and Reducing Costs*”, En Ingrid Ellen y Brendan O’Flaherty (Editores) *How to House The Homeless* pág: 37-56, Nueva York, Rusell Sage Foundation

Willse, Craig (2010): "Neo-Liberal biopolitics and the invention of Chronic homelessness",
En *Economy and Society* Volumen 9, N.º 2, pp 155-184 Recuperado de
http://www.socca.fi/files/1214/Neo-Liberal_Biopolitics_and_the_Invention_of_Chronic_Homelessness_2010.pdf