

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

PROGRAMA NOCHE DIGNA

**MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES**

**PANELISTAS:
VERÓNICA MONREAL (COORDINADORA)
SANDRA SALDIVIA
JAVIERA BRAVO**

ENERO - AGOSTO 2015

NOMBRE PROGRAMA: Noche Digna
AÑO DE INICIO: 2012
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Desarrollo Social
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Servicios Sociales (SSS)

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2012 - 2014

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2015: \$6.208 millones

1. Descripción general del programa

Durante el año 2012 comienza la ejecución del Programa Noche Digna, que depende del Departamento de Operaciones de la División de Promoción y Protección Social, Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social¹.

El Programa tiene como Fin, *Contribuir al Desarrollo Humano, económico y social de Chile, logrando mayores niveles de Inclusión Social*², y su Propósito es *Personas en situación de calle de 18 o más años³ acceden a servicios sociales básicos*⁴ orientados a brindarles protección y oportunidades para la superación de su situación.

El Programa Noche Digna está compuesto por el Plan de Invierno (Componente 1) y los Centros Temporales para la Superación (Componente 2).

El **Plan de Invierno** busca proteger a las personas que viven en situación de calle, muchas de las cuales pernoctan en la vía pública siendo discriminadas y excluidas socialmente; este problema se acrecienta en la época invernal, aumentando la vulnerabilidad de las personas y poniendo en riesgo su vida. Por ello, se brindan prestaciones básicas a través de los siguientes dispositivos: albergues nuevos, ruta social, ruta médica y sobrecupos⁵ (camas adicionales en hospederías existentes). Los albergues y sobrecupos entregan prestaciones de alojamiento, abrigo, alimentación, atención básica en salud y servicios para la higiene personal durante la noche. Por su parte, las rutas sociales, a través de equipos móviles orientados a atender personas que por diferentes razones no han accedido a un albergue o sobrecupo, ya sea porque están copados o porque no tienen voluntad de asistir, entregan prestaciones de alimentación, abrigo e higiene personal. La ruta médica presta atención de salud en la vía pública en las regiones con mayor porcentaje de personas en situación de calle⁶. El Plan de Invierno⁷ es ejecutado en todas las regiones del país, prestando servicios sociales básicos en un periodo de tiempo que fluctúa entre los 60 a 243 días dependiendo de las características climáticas de cada región.

Los **Centros Temporales para la Superación (CTS)** corresponden a un sistema de cuatro tipos de dispositivos que ofrecen alojamiento temporal y servicios básicos para personas en situación de calle; esta

¹ En ese momento el Ministerio de Desarrollo Social (MDS) incluyó a las Personas en Situación de Calle (PSC) en la Ley 25.595 que crea el ingreso ético familiar que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema y crea subsidio al empleo de la mujer, y la definió explícitamente en el Reglamento de la Ley, Decreto 29 del Ministerio de Desarrollo Social del 2013

² De acuerdo a lo señalado por la Unión Europea en el Informe Conjunto sobre la Inclusión Social (2003), se entiende por inclusión social al "proceso que asegura que aquellos en riesgo de pobreza y exclusión social, tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que ellos viven"

³ En caso de encontrar niños en situación de calle son derivados o se da aviso a instituciones colaboradoras de SENAME

⁴ Se entiende por servicios sociales básicos a aquellos servicios que entregan prestaciones de: alojamiento, alimentación, atención de básica salud, higiene personal, coordinación de derivaciones, materiales de protección y/ o ropa de abrigo.

⁵ Actualmente se cuenta con 124 dispositivos en el país: 56 albergues, 50 rutas sociales, 3 rutas médicas y 15 sobrecupos

⁶ Región Metropolitana, Valparaíso-San Antonio y Biobío.

⁷ Los albergues se ejecutan en todo el país menos la III, la IV y la XI Región. La ruta social en todo el país y los sobrecupos no se ejecutan en las siguientes regiones: I, XIV, II, V y XV

oferta está disponible a lo largo de todo el año. El siguiente cuadro define brevemente cada uno de los dispositivos de este componente, y señala el perfil de ingreso de los beneficiarios por dispositivo:

Cuadro 1: Definiciones de los Centros Temporales para la Superación según Tipo

CENTRO	SERVICIOS ENTREGADOS	PERFIL BENEFICIARIO
Centro de Día	Centro "puertas abiertas"; espacio diario de encuentro, 10 horas al día, se favorece socialización y re-integración social en un ambiente de seguridad y "baja exigencia". Capacidad mínima de 30 personas y no hay máximo.	Hombres y mujeres, adultos, con o sin hijos (acompañados de un adulto responsable), chilenos o extranjeros que se encuentren en situación de calle.
Hospedería	Servicio temporal de alojamiento nocturno. Estadía máxima de 6 meses, pudiéndose extender en caso que se requiera. Capacidad máxima diaria de 60 personas.	Hombres y mujeres, adultos, con o sin hijos, chilenos o extranjeros que se encuentren en situación de calle. Con interés de permanecer en la hospedería para modificar o superar su situación de calle.
Residencia	Servicio de residencia temporal a personas en situación de calle. Experiencia personal y grupal de superación de su situación de calle. Estadía máxima de 12 meses, pudiéndose extender en caso que se requiera. Capacidad máxima diaria de 30 personas.	Hombres y mujeres, adultos, con o sin hijos, chilenos o extranjeros, que se encuentren en situación de calle. Manifestar explícitamente interés por participar de un proceso de superación de dicha situación. Percibir ingresos permanentes que les permitan, en la medida de lo posible, autosustentar sus necesidades básicas.
Casa Compartida (CC)	Destinado a aquellas personas que se encuentran en proceso de superación de la situación de calle. Estadía máxima de 12 meses, pudiéndose extender en caso que se requiera.	Hombres y mujeres adultos en proceso de superación de la situación de calle (Refiere a la actitud demostrada por la persona de no continuar en situación de calle y buscar alternativas permanentes de residencia). No provienen necesariamente de una Residencia
CC Especializadas ⁸	Se espera que los beneficiarios cofinancien los gastos en servicios. Existen algunas para personas en situación de calle con discapacidad.	Hombres y mujeres adultos discapacitados, que se encuentren en un proceso de superación de la situación de calle. Discapacidad mental no dependiente, acreditada mediante el certificado del Consultorio correspondiente, inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad.

Al 2014 se contaba con 11 Centros de Día, 5 Hospederías, 7 Residencias y 8 Casas Compartidas.

Ambos componentes son ejecutados en el territorio nacional por instituciones con personalidad jurídica de derecho privado sin fines de lucro⁹, además de entidades públicas como las municipalidades. Todas ellas postulan a trabajar con el programa, a través de un concurso público¹⁰. Estos ejecutores tienen la responsabilidad de administrar los recursos financieros, constituir los equipos de trabajo, implementar los servicios y relacionarse localmente con las redes sociales y de salud que corresponda. En tanto, el MDS está a cargo del diseño general, el financiamiento, la licitación, supervisión a través de las SEREMIs, seguimiento y evaluación.

El proceso de producción del Programa Noche Digna está constituido por siete procedimientos estandarizados para ambos componentes: 1) Identificación de línea programática regional; 2) Elaboración de bases administrativas y orientaciones técnicas; 3) Concurso, elaboración y tramitación de convenios; 5) Transferencia de recursos pecuniarios; 6) Ejecución técnica y financiera; y 7) Cierre y/o solicitud de prórroga¹¹ de los convenios.

La población potencial y objetivo del Programa es toda aquella en situación de calle definida como: *"personas y/o familias que carecen de residencia fija y que pernoctan en lugares públicos o privados, que*

⁸Existen Casa Compartida Especializada Mujeres, Casa Compartida Especializada Jóvenes y Casa Compartida Especializada para personas con discapacidad.

⁹ Por ejemplo: Corfap, Hogar de Cristo, Efad, Fundación Amalegría, Don Bosco, Moviliza, Cidets, Cristo Vive, Fundación Rostros Nuevos, Don Bosco, Cáritas, Serpaj, Novo Millennio, Catim, Corporación Hallazgos, Fundación Esperanza

¹⁰ Postulan a fondos entregados por el MDS quien selecciona según criterios de idoneidad y experiencia

¹¹ Este procedimiento nace como mejoras al programa en el año 2014, y hasta el momento no se ha utilizado.

no tienen las características básicas de una vivienda, aunque cumplan esa función (no incluye campamentos)¹². El siguiente cuadro muestra la cuantificación de la población objetivo. Al respecto cabe señalar que el programa es universal y que la población objetivo se estimó a partir de un catastro nacional de personas en situación de calle realizado por el MDS y la Universidad Alberto Hurtado el 2011.

Cuadro 2: Población Objetivo Años 2012-2014

Año	Población Objetivo
2012	12.255
2013	12.255
2014	12.255
%Variación 2012-2014	0.0%

Fuente: Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. MIDESO Universidad Alberto Hurtado. Año 2011.

Entre los años 2013 a 2015¹³, la participación presupuestaria del programa dentro de la Subsecretaría de Servicios Sociales (SSS) aumentó de 14% a 17%. En el período 2012-2015 el presupuesto aumentó en 68%, pasando de \$3.699 millones a \$6.208 millones, mientras que el gasto total del programa entre los años 2012 y 2014 aumentó en 69%.

En el período 2012-2015, en promedio, el 99% del financiamiento proviene de la asignación directa al programa, el 1% corresponde a la asignación de la SSS (para gastos de personal y bienes y servicios de consumo). Cabe la posibilidad que exista financiamiento extrapresupuestario proveniente de empresas ejecutoras del programa, como por ejemplo, la infraestructura, o bienes muebles que son adquiridos por estas entidades antes de la ejecución de los proyectos anuales, y que son puestos a disposición de la implementación de un dispositivo; no obstante, este aporte, no ha sido cuantificado por los responsables del programa.

Las fuentes de financiamiento del programa son presupuestarias (adicional a lo asignado directamente al programa por Ley de Presupuestos, la SSS aporta recursos para financiar el gasto en personal de los encargados del programa, montos estos últimos que representan un 1% del total de presupuesto del programa).

Las transferencias corrientes, que corresponden a los recursos transferidos a los ejecutores de cada subcomponente para la producción de bienes y servicios que ofrece el programa, representan cerca del 96% del gasto total del programa. Estas han crecido en un 70% entre los años 2012 y 2014.

2. Resultados de la Evaluación

▪ Justificación del programa

El problema que aborda el programa Noche Digna es la exclusión social¹⁴ que viven las Personas en Situación de Calle (PSC). El fenómeno de "**situación de calle**" no posee una definición única y consensuada, pero diversos estudios señalan que "*la existencia de personas en situación de calle en países de altos niveles de desarrollo, revela que este fenómeno no se asocia necesariamente a situaciones de pobreza sino más bien a problemas de exclusión y vulnerabilidad social*" (Irrázaval, 2008, p. 19).

El síntoma más evidente de la situación de calle es la falta de techo o el no disponer de un lugar adecuado para vivir y es este hecho lo que dificulta la inclusión social, laboral y relacional de las personas en esta situación. Además de estar excluidas, las personas en situación de calle se ven expuestas a graves

¹² Decreto 29 del 31 de mayo del 2013. Ministerio de Desarrollo Social.

¹³ La Subsecretaría responsable en el año 2012 era la de Planificación, y luego a partir de 2013 es la Subsecretaría de Servicios, por lo que no es directa la comparación entre el año 2012 y el resto de los años.

¹⁴ Según Barros, P. (1996). La exclusión social, a grandes rasgos, se refiere a un debilitamiento o quiebre de los lazos (vínculos) que unen al individuo con la sociedad, aquellos que le hacen pertenecer al sistema social y tener identidad en relación a este. A partir de esta concepción se establece una nueva forma de diferenciación social entre los que están dentro (incluidos) y los que están fuera (excluidos).

deterioros de salud y una disminución de la esperanza de vida en cerca de 15 años respecto a la población general, según muestra la evidencia internacional (University of Sheffield, 2011)¹⁵. Según datos calculados por el equipo técnico del programa ND, a partir de datos runificados de personas en situación de calle atendidas en el Programa Noche Digna y en el Programa Calle, se observa una disminución en la expectativa de vida de 26 años¹⁶.

Respecto de las causas de la situación de calle¹⁷, gran parte de la literatura científica internacional ha abordado ejes explicativos que buscan identificar factores de tipo individual tales como: rasgos de personalidad, trastornos psiquiátricos¹⁸, sucesos vitales estresantes, etc. (Abdul-Hamid & Bhui, 2014; McQuiston, Gorroochurn, Hsu, & Caton, 2013; Tsai & Rosenheck, 2013; Bokszczanin, Toro, Hobden & Tompsett, 2014). Otros estudios, en cambio, buscan causas en niveles meso o macrosistémicos como: aislamiento, no acceso a servicios, desempleo, etc. (Bachiller, 2013; Lei, 2013; Linton & Shafer, 2014). Si bien, también se han desarrollado estudios comprensivos¹⁹, estos han sido preferentemente de corte biográfico, y otros que buscan describir las redes sociales y prácticas cotidianas de estos grupos (Márquez & Toledo, 2010; Piña, 2010; Lewinson, Thomas, & White, 2014). A partir de lo señalado, se puede afirmar que estamos frente a un fenómeno multicausal, lo que dificulta considerablemente su abordaje.

Para conocer y dimensionar el problema, en el país se han realizado dos Catastros Nacionales (2005 y 2011), ambos estudios utilizaron metodologías diferentes y abarcaron territorios distintos, por lo que los datos no son técnicamente comparables. En el año 2012 MDS publicó el Estudio de Caracterización que se hizo sobre una muestra representativa del Catastro 2011, allí se constatan las graves consecuencias del problema en la salud de las personas, el acceso a servicios y las deterioradas condiciones de vida que tienen las personas en situación de calle (MDS/UAH, 2012). Según datos del Catastro 2011, 6.388 personas (56,7% de las encuestadas) declaran dormir en la vía pública y otros lugares precarios; y 4.883 personas (43,3% de las encuestadas) expresan haber pasado la noche en alguna hospedería, residencia o albergue²⁰.

Diversas investigaciones cualitativas (tesis de grado o estudios) constatan la gravedad, persistencia y tendencia al aumento de esta problemática (Fundación Gente de la Calle, 2013)²¹. Por su parte, el Estudio de Caracterización (MDS & UAH, 2012) muestra que el auto reporte de salud de las PSC se ubica 21 puntos más bajo que las cifras mostradas por la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2009-2010): *Mal Nivel de Salud 28% vs 7 %*²². Además, en el mismo estudio de caracterización, un 29,3% declara estar afectado/a por una discapacidad y 16,6% por una discapacidad mental, ambas cifras son muy superiores a las de la población nacional que alcanza el 12,9% de discapacidad general. Se debe considerar también, que un 20% de la población del país de condición socioeconómicamente baja sufre de discapacidad (INE, 2004). Por otra parte, en la población de las PSC también se observa (MDS, 2015)²³: envejecimiento prematuro; disminución de la esperanza de vida (26 años); y alta tasa de mortalidad en invierno (152 PSC, año 2011)²⁴.

¹⁵ "Homelessness: A silent killer, A research briefing on mortality amongst homeless people"

¹⁶ Calculado a partir de la edad promedio de muerte de las personas en situación de calle de 53,55 años y el promedio de edad para la esperanza de vida de los chilenos, que según el I.N.E. en el año 2012 era de 79,57 años.

¹⁷ Determinar cuantitativamente la causalidad de un fenómeno, en este caso la situación calle, requiere de la comparación de al menos dos poblaciones, aquellos que tienen la condición y otra que no la tiene. Luego debe diseñarse un modelo constituido por las variables a estudiar y observar su asociación al fenómeno estudiado. Un estudio retrospectivo muestra mayor viabilidad, sin embargo conlleva una serie de problemas metodológicos como por ejemplo, la subjetividad del dato entregado por la propia persona. Un estudio longitudinal, es recomendable pero de difícil ejecución. En base a esto, el panel desestima el hecho de considerar cifras de distintos estudios que señalen "causas" del problema por no cumplir con los estándares metodológicos mínimos para medir causalidad.

¹⁸ Entre los trastornos también se encuentra el abuso y la dependencia al alcohol y otras drogas

¹⁹ Se entiende por estudios comprensivos aquellos que buscan profundizar cualitativamente en el conocimiento del problema.

²⁰ Para mayor información ver "Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle", disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/plancalle/docs/En_Chile_Todos_Contamos.pdf

²¹ Informe acerca de la Investigación en Chile en Personas en Situación de Calle.

²² ¿Usted diría que en general su salud está?: 1. Muy mal, 2. Mal, 3. Menos que regular, 4. Regular, 5. Más que regular, 6. Bien, 7. Muy bien y 0; No sabe;

²³ Presentación en ppt Programa Noche Digna 2015

²⁴ El documento no muestra las cifras de otras estaciones del año.

Todo lo señalado indica que el programa ha identificado adecuadamente el problema y que éste persiste en la actualidad, poniendo énfasis en la exclusión social y las graves consecuencias que tiene para las personas vivir en situación de calle.

En relación a la evolución que hubiese tenido el problema de no existir intervención, cifras entregadas por el MDS dan cuenta que el porcentaje de PSC fallecidas en el año caen abruptamente de un 10,3% en el 2011 a un 0,02% en el 2012, año de inicio del Programa, de las PSC usuarias del Programa Calle durante el 2011 y del Programa Noche Digna durante el 2012. La tendencia se mantiene para los años 2013 y 2014, pues no supera el 1%, siendo un 0,14% y un 0,39% respectivamente. Estos datos indican una clara orientación a señalar que existe probabilidad de un efecto positivo del Programa en la disminución de las muertes en esta población, y por tanto sugieren que de no existir, se mantendrían las cifras de mortalidad observadas en los años anteriores en población atendida por el Programa Calle, esto es: 9,63% (2008), 10,73% (2009) y 17,3% (2010).

En cuanto a la estrategia del programa para abordar el problema, se valida el Componente 1, Plan de Invierno, ya que brinda alojamiento en épocas del año caracterizadas por condiciones climáticas altamente riesgosas para la salud de esta población, haciéndose cargo de la parte del propósito concerniente con la protección (techo para dormir).

Respecto del Componente 2, Centros Temporales para la Superación, existe una contradicción entre lo que el modelo es en el discurso y lo que ocurre en la práctica. En cuanto al discurso, el componente se presenta como un sistema de dispositivos cuya estrategia o modelo de atención se denomina “escalera de superación” debido a que se la PSC irá superando su condición en la medida en que transite desde un dispositivo de menor a uno de mayor complejidad. Sin embargo, en la práctica, el modelo se ejecuta más bien como una oferta diferenciada con niveles sucesivos de especificidad y complejidad de las intervenciones, lo que no implica que los participantes de este sistema sean insertos en un proceso lineal ascendente con peldaños sucesivos. Por otro lado, en cuanto al modelo que opera en la práctica, éste tampoco cuenta con el diseño adecuado y requerido para su correcto funcionamiento, ya que no existe operación y coordinación de los dispositivos en red, definición de perfiles de ingreso de las personas, protocolos de derivación entre los distintos dispositivos y definición de egreso de las personas.

El modelo de promoción social, denominado “escalera a la superación” no es adecuado para abordar las dos aristas del propósito del programa: protección y superación. En el caso de la protección, se requiere que el alojamiento no sea temporal sino permanente e independiente de los logros que alcance la persona atendida ni del tiempo que trascurra para ello. En cuanto a la superación, lo que el componente ofrece es un acompañamiento para inserción en el sistema de protección social, lo cual no es suficiente porque se requiere un mayor esfuerzo en la generación de oportunidades para superar la condición de calle (por ejemplo apoyo psicosocial y aprendizaje de habilidades que les permitan generar ingresos) y que este tratamiento sea opcional y voluntario, lo cual, en el caso de este componente no formaría parte de los manuales de procesos ni de las actividades que se exigen a los ejecutores, sino más bien, son éstos los que podrían o no realizarlas en la medida de las posibilidades que tengan de llevarlas a cabo.

Lo anterior se basa en los estudios y experiencias internacionales a partir del enfoque denominado Housing First aplicado en Países como EEUU y Canadá, cuya diferencia con el modelo aplicado en Chile radica en que se separa el tratamiento de la provisión de vivienda, priorizando como primer elemento la asistencia y protección, incorporando paulatinamente una serie de prestaciones y seguimientos que no son condición, al menos en una primera instancia, para la permanencia en la casa (lugar de residencia) quedando a decisión del usuario si tomarlas o no.

▪ Eficacia y Calidad

La tasa de mortalidad de las PSC atendidas por los Programas Calle y Noche Digna, fue de 0,02% para el 2012, 0,14% el 2013 y 0,39% el 2014, que corresponden a 3, 18 y 38 casos, entre el 2012 y 2014, respectivamente, muy por debajo de las 250 PSC fallecidas el 2011 a causa del frío y las condiciones adversas a su situación, año en que no existía el Programa Noche Digna. Aunque las causas de muerte en esta población son multifactoriales parece plausible evaluar este resultado como un logro positivo de la implementación del Programa.

Cuadro 3: Personas en Situación de Calle fallecidas en el año, atendidas por Programa Calle (2007-2011) y Programa Noche Digna (2012-2014).

AÑO	Número de casos
2007	95
2008	194
2009	280
2010	376
2011	250
2012	3
2013	18
2014	38

Se observa una diferencia entre una oferta de alojamiento que, con ocupación total, alcanzaría alrededor del 30% de la población objetivo, y una cobertura del componente Plan de Invierno que cada año ha estado sobre el 100% de esta misma población, diferencia que se explica porque la intensidad con que las PSC usan estos servicios, esto es, la frecuencia de uso, es baja. A nivel país, y considerando un promedio ponderado²⁵, la media de contactos con dispositivos del Plan de Invierno fue de 13 noches durante el 2013 y de 15,5 para el 2014, lejos de los 173 y 243 días en que el Programa distribuyó su oferta durante esos mismos años. Y si bien este panel no puede definir un número óptimo de contactos esperados, sí se considera que en las regiones donde más frecuentemente se usan, que son las que van desde Los Ríos al sur, las PSC duermen – en promedio – el 20% de las noches en que se oferta alojamiento, y aunque las condiciones climáticas son variables, hay un 80% de las noches del invierno donde pernoctan en lugares que no son los ofertados por el programa; esto relativiza las altas coberturas y lleva a considerar un logro parcial de la eficacia del componente.

Respecto del segundo componente, CTS, estos muestran una baja cobertura, que alcanza al 17,5%, 29,9% y 7,9% de la población objetivo durante los años 2012, 2013 y 2014²⁶, respectivamente. Y si bien los Centros de Día casi duplicaron su cobertura entre el 2012 y 2013²⁷, de 32% a 61%, ésta continúa siendo baja en dispositivos residenciales (Hospederías, Residencias y Casas Compartidas), alcanzando el 2012, cuando se registró la más alta cobertura, en el conjunto de Residencias y Casas Compartidas, a poco más del 3% de la población potencial, y al 14% en Hospederías. La oferta de cupos en este componente alcanzó a 572 el 2012 y a 868 el 2013 y 2014.

El programa no cuenta con criterios de planificación de su oferta; es decir, no es posible establecer las razones que justifican por ejemplo el hecho que en cuatro regiones no se cuenta con ningún CTS (Antofagasta, Atacama, Coquimbo y Los Ríos); o que durante los tres años comprendidos en esta evaluación, la oferta de cupos en los dispositivos Casas Compartidas haya estado por sobre la demanda. Por otra parte, durante el 2014 la región de Los Ríos no ofertó cupos residenciales, ni para Plan de Invierno ni en CTS, por una carencia de entidades ejecutoras en la región, reflejando una externalidad que incide sobre el funcionamiento del Programa.

²⁵ Porque los días en que los dispositivos permanecen abiertos varían cada año y de región en región.

²⁶ Se considera que los datos para el 2014 son incompletas, debido a que la información anual se registra al momento de cumplir el año de convenio que en general que no corresponde al año cronológico.

²⁷ La información sobre uso de los dispositivos residenciales de CTS durante el 2014 no está disponible de manera desagregada, solo se conoce la cobertura global anual, que alcanzó a 925 personas.

Por otra parte, si analizamos la eficacia a nivel de los usuarios, si bien cada dispositivo informa de un número de egreso, lo que podría ser un indicador de resultado, el criterio de 'egreso exitoso' es definido por cada centro y los resultados no son comparables ni a una norma ni entre los centros; tampoco son comparables los resultados de encuestas de satisfacción, porque el instrumento también depende de cada centro. En ese contexto, el panel concluye que no es posible evaluar la contribución de este componente al logro del propósito, en lo referido a brindar oportunidades para la superación de la situación.

El 42% de las PSC que asisten a CTS son beneficiarios del Programa Calle, lo que da cuenta de una complementariedad parcial entre estos programas gubernamentales; si se considera que los dispositivos residenciales de los CTS son los de mayor complejidad del programa Noche Digna y supuestamente reciben a las PSC que están más motivadas por superar su situación, por lo que se esperaría que un porcentaje alto de los beneficiarios de dispositivos residenciales de los CTS fueran también beneficiarios del programa Calle.

Los cupos ofrecidos en los dispositivos del componente Plan de Invierno se concentran en Albergues y Ruta Social²⁸, albergues correspondió al 55%, 47% y 48% del total de prestaciones ofrecidas los años 2012, 2013 y 2014, respectivamente; y Ruta Social al 44%, 40% y 45% del total de prestaciones ofertadas en cada uno de estos años. Las limitaciones presupuestarias definen que las rutas médicas solo se realicen en la Región Metropolitana, afectando la entrega de prestaciones necesarias a las PSC que viven en las regiones restantes; por otra parte, no se realizaron el 2014 porque los Servicios de Salud ejecutores tenían rendiciones de recursos pendientes del 2013.

Hay una marcada menor cobertura de las mujeres, que en Plan de Invierno alcanza a menos del 43% de la población objetivo para los tres años, versus una cobertura por sobre el 84% de los hombres para el mismo periodo, menor proporción de mujeres atendidas que también muestra el estudio complementario (84% de hombres versus 16% de mujeres), cuando estudia retrospectivamente a los usuarios de CTS. También se observan, en el mismo componente, menores coberturas para las PSC de 60 años y más, menos del 59% versus más del 91% de las PSC con edades entre 18 y 59 años (en el periodo evaluado); mientras el estudio complementario muestra que solo el 9% de los usuarios de CTS tenían edades por sobre los 60 años. Estos datos son preocupantes si se considera que ambos grupos (mujeres y adultos mayores) son altamente vulnerables, y aun cuando el Programa atiende a todas las personas que solicitan atención, independiente del género y de la edad, la vulnerabilidad que representan las personas de más de 60 años requeriría una acción más dirigida que refuerce el aumento de demanda hacia los dispositivos residenciales²⁹.

Finalmente, respecto a la universalidad declarada por el programa, se observa que en la práctica la disponibilidad de alojamiento para la población potencial/objetivo es insuficiente, cuando la oferta alcanza a alrededor del 30% de la población objetivo para Plan de Invierno y a 7% para CTS, incluyendo Centros de Día y dispositivos residenciales, no cumpliéndose entonces con tal declaración.

En cuanto a la calidad, el Programa no dispone de datos estandarizados que puedan dar cuenta de la calidad de las prestaciones entregadas. Si bien los dispositivos del componente CTS están demandados a recoger información sobre el grado de satisfacción de los usuarios a través de las bases de licitación, el MDS no sugiere un instrumento específico, no define dimensiones de evaluación, ni define la periodicidad en que el instrumento debe aplicarse, de manera que cada ejecutor genera su propio instrumento y sus propios datos, con lo cual la información recogida no es comparable.

Respecto de la oportunidad de producción y entrega, el componente Plan de Invierno otorga prestaciones en un periodo anual específico, acorde a las características climáticas de cada región, lo que le permite cubrir periodos críticos para los usuarios. No obstante, los profesionales del Programa refieren ocasionales retrasos en el inicio de las prestaciones de Plan de Invierno en algunos centros, derivados de los tiempos necesarios para los procesos de licitación, adjudicación y transferencia de recursos, los que han buscado disminuir modificando procedimientos administrativos. En evaluación del panel, en general

²⁸ Dispositivos que atienden mayor número de personas

²⁹ Todo este párrafo ha sido elaborado considerando los datos del Catastro 2011 y del Estudio Complementario realizado en el marco de la presente evaluación.

se produce una entrega oportuna del servicio.

Resultados del Estudio Complementario³⁰

En el Estudio Complementario se observó una mayor proporción de hombres respecto de las mujeres (84% y 16% respectivamente). El mayor porcentaje de casos de estudio se concentran en las edades entre 30 y 44 años (39%).

Cuadro 4: Distribución de los casos por tipo de dispositivo

Dispositivo	Porcentaje
Centro de día	57,9
Hospedería	26,7
Residencia	9,4
Casa compartida	6,0

En términos generales, no fue posible observar con claridad trayectorias de superación, es decir, trayectorias que vayan de dispositivos de menor complejidad a dispositivos de mayor complejidad. El análisis de direccionalidad mostró que la cantidad de usuarios que descienden en la escalera es similar a la cantidad que asciende, lo que en términos numéricos netos da cuenta de una suerte de rotación entre los usuarios más que un proceso de creciente superación del conjunto de la muestra. También se detectó que muchas de las trayectorias ascendentes no lo hacían siguiendo escalones contiguos sino que en muchos casos existían saltos de un dispositivo a otro. En cuanto a las trayectorias descendentes fue significativo notar que muchas de ellas terminan en centros de día, es decir salen de dispositivos de mayor complejidad para finalizar en los dispositivos de menor complejidad. En tal sentido los centros de día operan como una suerte de receptáculo de una gran proporción de los descensos.

Cuadro 5: Frecuencias trayectorias dirección

Dirección horizontal	Dirección superación	Dirección descenso	Dirección errática tendiente a la superación	Dirección errática tendiente al descenso
14,8%	36,1%	39,5%	3,2%	6,2%

En concordancia con lo anterior el principal motivo de egreso de los dispositivos fue por un amplio margen la voluntad de los usuarios (90% para los Centros de Día). Esto quiere decir que en general los usuarios salían de los dispositivos por voluntad propia antes que por otros motivos, siendo el cumplimiento de metas (egreso exitoso³¹) aproximadamente un 13% del total de la muestra, porcentaje que por cierto no varió en función de los tipos de dispositivos, lo cual nos indica que en términos de egresos exitosos todos los dispositivos (a excepción de centros de día) lograron resultados similares.

En cuanto a los tiempos de permanencia de las trayectorias en un mismo dispositivo se aprecia que a menor nivel de complejidad, como en los casos de centros de día y hospederías, el tiempo de permanencia es mayor que en los dispositivos de mayor complejidad (la permanencia de más de 24 meses se da en el 43% de los casos en los centros de día en contraste con el 9% de los casos en las casas compartidas).

³⁰ En el marco de la presente evaluación se realizó un estudio complementario con el objetivo de realizar un análisis retrospectivo de una cohorte de usuarios de los Centros Temporales para la Superación (CTS) a través del cual se caracterizaron sus trayectorias en términos de permanencia y direccionalidad. A su vez, se realizó una descripción de los CTS en función de las características de sus usuarios a modo de contextualización de las trayectorias. Se recogió información del total de los CTS de las regiones incorporadas al estudio, lo que representó 20 centros, 4 en Valparaíso, 11 en la Región Metropolitana, y 5 en Biobío. El número total de casos fue de 4.820.

³¹ Se entiende por egreso exitoso, el cumplimiento de plazos y objetivos acordados, siendo los plazos de 90 días para el caso de hospederías y 12 meses para Residencia y Casas Compartidas y entendiendo por objetivos acordados las metas y expectativas individuales que se pone cada persona y que pueden ser logradas en cualquier momento del proceso de superación (p.ej. juntar dinero para arrendar o rehacer vínculos familiares).

- *Economía*

El alza en la importancia presupuestaria y creciente asignación de recursos durante el período de evaluación se considera positivo ya que indica que el Programa tiene prioridad en la agenda pública. Las razones de este aumento son: a partir del año 2013, aumentó de la cobertura del componente que es más costoso de ofrecer, Centro Temporales para la Superación, en 136 cupos (más de 50%) gracias a la incorporación de nuevos dispositivos (de 19 a 28); mejoras en las prestaciones entregadas en el Plan Invierno³², y el financiamiento del albergue Víctor Jara, que era ejecutado en años anteriores por la ONEMI.

No se cuenta con una cuantificación del costo real de los distintos dispositivos y las prestaciones que entrega, por lo que el monto a transferir a cada tipo de dispositivo se determina en base a un valor histórico que no presenta un estudio de costos de respaldo. En consecuencia, no es posible determinar si existe este aporte extrapresupuestario y su magnitud.

En el periodo de análisis se observa una ejecución presupuestaria razonable, llegando a cifras de 96% (2012) y 109% (2013 y 2014). La sobreejecución se debe a que el presupuesto final aprobado fue mayor ya que se aumentan los cupos de albergues, en particular, del Albergue Víctor Jara.

La principal razón de por qué el gasto del Plan Invierno ha aumentado, mientras que el de los CTS ha disminuido, está en el financiamiento del albergue Víctor Jara. La distribución del gasto entre los dos componentes del programa (en el período 2012-2014, el componente Plan de invierno representa entre el 53% y el 58% del gasto total) no ratifica la prioridad que el programa y sus encargados han manifestado respecto a la intención de dar mayor importancia al componente que entrega bienes y servicios de forma permanente y que apunta más a dar oportunidades de superación que de subsistencia (componente 2: Centros Temporales para la Superación). Sin embargo, dado que el propósito apunta a dar protección a las PsC y a facilitar la superación de la situación de calle, se esperaría que el componentes 2 CTS debiera representar mayor peso en los gastos ya que este componente apunta a ambos aspectos (mientras que plan de Invierno solo a la protección) y además que CTS considera prestaciones más complejas que las del Plan de Invierno.

- *Eficiencia*

Debido a que los bienes y servicios entregados por el componente Centros Temporales para la Superación son más complejos³³ y costosos, y se entregan de forma permanente, se justifica el mayor gasto por beneficiario respecto del Plan Invierno. Dentro del componente CTS aplica esta misma explicación respecto al gasto por beneficiario por cada subcomponente o dispositivo.

El aumento de 74% del gasto por beneficiario del Plan invierno en el período 2012-2014 es consistente con el hecho que se ha mejorado el tipo de prestaciones entregadas y la mayor permanencia de los beneficiarios, mientras que la del componente CTS se explica por el aumento en cobertura (57%).

³² Se mejoraron los kits de higiene, alimentación y abrigo, agregando nuevos implementos.

³³ En términos de Recursos Humanos requerido para la ejecución de cada componente y los servicios de apoyo (prestaciones ofrecidas como información y orientación, activación de redes, recreación, talleres, etc).

Cuadro 6: Gasto Promedio Componente por Beneficiario 2012-2014 (Miles de \$ 2015)³⁴

	2012	2013	2014	Variación 2012-2014 (2012- 2013)
Componente 1 Plan de Invierno	140,11	202,25	243,74	74%
Subcomponente 1.1 Albergues	84,74	178,02	241,40	185%
Subcomponente 1.2 sobre cupos	s/i	90,24	146,34	62%
Subcomponente 1.3 Ruta social	81,01	108,09	118,62	46%
Subcomponente 1.4 Rutas Médicas	82,23	s/i	n/a	
Componente 2 centros Temporales para la Superación	737,21	605,90	2.596,45	252% (-18%)
Subcomponente 2.1 Casa de día	103,28	83,29	1.053,16	920% (-19%)
Subcomponente 2.2 Hospedería	355,07	201,50	4.254,35	1098% (-43%)
Subcomponente 2.3 Residencia	1.569,22	1.773,58	13.504,44	761% (13%)
Subcomponente 2.4 Casa Compartida	1.721,48	2.924,30	4.410,75	156% (70%)

Fuente: Elaboración propia en base a información entregada por programa Noche Digna

En definitiva, respecto al gasto por prestación, el panel considera razonable que el gasto por prestación del componente 2 CTS sea mayor que el del componente 1 Plan de Invierno, ya que las prestaciones del componente 2 son más complejas³⁵. En consecuencia, y dado que cada beneficiario de los CTS recibe la totalidad de las prestaciones que ofrece cada dispositivo, el costo por beneficiario de los CTS es mayor que en Plan Invierno. Debido a las mejoras realizadas en sus prestaciones, es adecuado el aumento en el gasto por prestación en el componente 1, principalmente en los Albergues. Debido a su aumento en cobertura (más de 50%), se explica la disminución del gasto por beneficiario en el componente 2. También se considera razonable que a medida que aumenta el nivel de especificidad y complejidad de las intervenciones que se realizan en cada tipo de dispositivo, aumenta el gasto por prestación y por beneficiario. En el componente 1, Ruta médica y Albergues son las de mayor gasto por beneficiario, y en el componente 2, lo son Casa compartida y Residencia.

Respecto a los gastos de administración como porcentaje del gasto total del programa, éstos fueron de 5% durante el 2012, cifra que se reduce sucesivamente hasta llegar a un 4,4% el 2014, lo que el panel considera una tendencia favorable.

Desempeño Global

Como **conclusión general**, el Programa entrega los servicios básicos necesarios para brindar protección, hecho evidenciado en la notoria disminución de las muertes en la población objetivo una vez puesta en marcha la estrategia. Sin embargo, respecto a entregar oportunidades para la superación del problema, como es la de contar con alojamiento permanentemente, este servicio no está disponible para la población que lo necesita, dado que el Plan de Invierno funciona algunos meses del año y por tanto no es permanente y los CTS que ofreciendo alojamiento permanente han tenido como máximo de cobertura un 30%.

Tal como ya ha sido señalado, en la práctica la estrategia del programa es una oferta diferenciada de dispositivos, lo que es validado por este panel, pues la población a la que atiende tiene diversas necesidades. Sin embargo, no cuenta con un funcionamiento en red, definición de perfiles de ingreso, protocolos de derivación y definición de egreso, propios de un servicio diversificado.

Los elementos positivos de diseño del programa son: un componente (Plan de Invierno) que actúa como agente preventivo de muertes a causas de condiciones climáticas o ambientales propias de los meses de bajas temperaturas o invernales, y una oferta de servicios diversificados.

En cuanto a la gestión, entendiendo que el Ministerio de Desarrollo Social externaliza sus servicios, se destaca positivamente el hecho que el programa tenga un sistema organizado por el cual se realiza esta externalización.

³⁴ No incluye información de gastos de administración.

³⁵ En términos de Recursos Humanos requerido para la ejecución de cada componente y los servicios de apoyo (prestaciones ofrecidas como información y orientación, activación de redes, recreación, talleres, etc.

Si bien existe evidencia en relación al problema que aborda el programa y se justifica la intervención del Estado para su superación, durante la presente evaluación se detectó importantes problemas de diseño en relación a la estrategia con que el programa se posiciona para contribuir a la solución del problema, por lo cual se recomienda para su continuidad la revisión de su diseño a través de la incorporación de las recomendaciones que dan cuenta de las debilidades detectadas.

3. RECOMENDACIONES

- I. Solucionar la contradicción que existe entre el discurso (modelo de escalera que supone una progresión esperada de los beneficiarios) y la práctica (modelo de red, entendido como diversificación de servicios para distintos perfiles de usuarios).
- II. Implementar una oferta diferenciada de dispositivos en función de perfiles de usuarios claramente identificados y que no necesariamente esté dispuesta de modo ascendente, reconociendo de este modo la posibilidad de múltiples tránsitos de los usuarios entre dispositivos, en sintonía con la realidad que se ha detectado en el Estudio Complementario realizado en el marco de esta evaluación.
- III. Mejorar los sistemas de registro de información, estandarizando los formularios para obtenerla, de tal forma que todos los prestadores recolecten un conjunto mínimo de datos de los beneficiarios de los centros de pernoctación y residenciales, lo que facilitaría evaluaciones posteriores. Esto significa para los CTS: (i) recoger información estandarizada de los perfiles de los beneficiarios; y (ii) operacionalizar el concepto de egreso y definir lo que se entenderá por deserción.
- IV. Se requiere mejorar la complementariedad con otros programas dirigido a población vulnerable de características similares, como por ejemplo, el Programa Calle, programas de salud mental, tratamiento de adicciones y atención psiquiátrica a personas con riesgo social.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2015



**REMITE RESPUESTA A INFORME FINAL
DE EVALUACIÓN AL PROGRAMA NOCHE
DIGNA DE DIPRES.**

ANT.: Ord. N°1322 de fecha 17 de agosto
de 2015

ORDINARIO N° 2607

Santiago, 11 SEP. 2015

**DE: SR. MARCOS BARRAZA GOMEZ
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL**

**A: SR. SERGIO GRANADOS AGUILAR
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS**

A partir de la evaluación del Programa Noche Digna, encargada por la Dirección de Presupuestos en el marco del Protocolo de Acuerdo con el Congreso, se informa a través del presente, la opinión del Ministerio de Desarrollo Social respecto del proceso de evaluación en su conjunto y su postura frente a los resultados de la misma.

Para contextualizar la evaluación es necesario señalar que, a partir del cambio de administración en marzo de 2014, asume sus funciones un nuevo equipo técnico del Programa, que elabora una serie de diagnósticos y aplica instrumentos con la participación de diversos actores, que revelaron un conjunto de debilidades en el diseño e implementación del programa, que no contó con una evaluación ex-ante, entre las que destacan la ausencia de metodología y una operación centralizada, carente de especialización. En noviembre del mismo año, el Programa Noche Digna fue seleccionado en el Proceso de Evaluación de Programas Gubernamentales 2015 que realiza la DIPRES. Por tanto, los antecedentes recopilados por el equipo técnico fueron puestos a disposición del panel evaluador para su consideración y la reformulación del programa fue postergada hasta tener los resultados de la evaluación encargada por DIPRES, a fin de disponer de todos los insumos necesarios para la toma de decisiones.

En cuanto a la evaluación del Programa Noche Digna:

- a) Concordamos con el panel evaluador, que la situación de calle es un "*fenómeno multicausal*", por lo que se reafirma la necesidad de articular la red de protección social para generar una respuesta intersectorial. Asimismo, destaca la importancia de constituir una política pública de servicios permanentes para esta población.
- b) Si bien el panel evaluó que el Programa Noche Digna cumple con los objetivos de brindar protección social, no sucede lo mismo a la hora de otorgar oportunidades para la superación de la situación de calle, debido a la inexistencia de una definición y cuantificación de lo esperado, sumado a la ausencia de una estrategia acorde a las diversas necesidades de las personas que se encuentran en tal situación. Por ello, y considerando la importancia de la intervención para la población

Finalmente, como Ministerio de Desarrollo Social, reconocemos que la Evaluación del Programa Noche Digna ejercida por la Dirección de Presupuestos representa la oportunidad de generar mejoras sustanciales al programa y, con ello, contribuir a la inclusión de las personas en situación de calle, desafío asumido por el Estado chileno durante los últimos diez años de manera inédita en la región.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,


MARCOS BARRAZA GOMEZ
MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL




DIR/JEF/NBA/LDS/ICD/PCS/VTM

Distribución:

- División de Políticas Sociales
- División de Promoción y Protección Social
- Programa Noche Digna
- Oficina de Partes (2) copias

SISCO: 690 821915