

NOMBRE DEL PROGRAMA: VIVIENDA PRIMERO

PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 4
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Personas con trayectoria en calle crónica superan su situación de calle mediante la provisión de servicios de vivienda, salud e integración social.

DIAGNÓSTICO

Personas con trayectoria en calle crónica mantienen su situación de calle.

La 'situación de calle crónica' (SCC) o 'trayectoria en calle crónica' (TCC) se utiliza para describir a las personas que han permanecido varios años en la calle o pernoctando en la vía pública. Dicha situación suele estar acompañada de una enfermedad o problema de salud como consecuencia de la permanencia en calle, por ejemplo, consumo abusivo de sustancias o problemas de salud física y/o mental. (Homeless Hub, 2020).

Existen distintas definiciones de lo que es "estar en la calle". Para FEANTSA, federación de ONG Europeas especializada en el sinhogarismo, el problema se define según el grado de acceso a vivienda con el que cuentan las personas. Están los "sin techo", que viven en un espacio público (sin domicilio, en un ruco, una carpa, o la vía pública) o pernoctan en albergues pasando el resto del día en espacios públicos; y los "sin vivienda", quienes se guarecen en estaciones de servicios o refugios, o viven institucionalizados en prisiones o permanecen en centros sociosanitarios por no tener a dónde ir, o viven en alojamientos de apoyo (sin contrato de arrendamiento). (Tipología Ethos Feantsa, 2019;; Amore, Baker & Howden-Chapman, 2011). En Estados Unidos, por ejemplo, se utiliza el término "homeless people" como "un individuo que no tiene una residencia nocturna fija, regular y adecuada. (National Health Care for the Homeless Council, 2018).

Para cuantificar esta situación en Chile y la población potencial de este Programa se consideran las cifras oficiales contenidas en el Registro Social de Calle (RSC) a marzo de 2021, y la definición operativa adoptada por la Oficina Nacional de Calle para "situación de calle crónica" o "trayectoria en calle crónica" (TCC), que se entiende como la situación de las PSC que declaran haber permanecido a lo menos 5 años en situación de calle (autoreporte), según conste en los distintos sistemas de registro de MDSF. Así, de las 16.573 PSC vivas en el RSH, 6.108 tienen TCC y son la población potencial del Programa. De éstas, el 87% son hombres y el 13% mujeres. Tienen una edad promedio de 49,9 años. El 38% presenta alguna enfermedad crónica. En cuanto a consumo de sustancias, 68% declara consumo de alcohol, 30% de marihuana, 31% de pasta base y 21% de otras drogas (no son categorías excluyentes porque las personas pueden consumir más de una sustancia); lo cual es coincidente con una caracterización realizada por SENDA a PSC usuarias de su programa de Tratamiento, que muestra el mismo patrón (alcohol, 58%; pasta base, 36%), con diferencia significativa por sexo: los hombres consumen más alcohol (61%), las mujeres más pasta base (54%). El consumo de alcohol se concentra en edades que van desde los 40 a 69 años. Con respecto a la frecuencia de consumo, es mayoritariamente consumo diario (63%), seguido por el consumo de 2 a 6 días a la semana (28%) dando cuenta del carácter problemático de éste. El 70% cuenta con diagnóstico de dependencia, no existiendo diferencias mayores entre hombres y mujeres. En el tema comorbilidad psiquiátrica, el 74% de los usuarios presenta algún trastorno relacionado. Los hombres presentan mayores problemas relacionados con trastornos de personalidad (36%) (SENDA, 2016).

Por su parte, en el Catastro Calle de 2011, el 29,3% de las PSC con TCC declaró presentar dificultad física o de movilidad, el 25,5% dificultad para ver, 16,6% dificultad psiquiátrica, 12,2% dificultad auditiva y 7% de dificultad de habla. Asimismo, en la identificación de las principales patologías de salud, se consultó sobre la autopercepción nutricional y el 32% de las PSC declaró estar bajo peso. (MDS, 2012).

El Programa focalizará su atención en las PSC con TCC de 50 años y más de edad. De acuerdo con el RSC de marzo pasado, la población objetivo alcanza las 3.146 personas, quienes son mayoritariamente hombres (90,6%) con una edad promedio de 60 años. El 45,8% declara presentar alguna enfermedad crónica y el 28,1% declara estar o haber estado en tratamiento o tomando medicamentos en los últimos 12 meses. Respecto del consumo de sustancias, el 64,9% declara consumo de alcohol, el 19,1% marihuana, 19,5% pasta base y 17,2%, otras drogas.

Si bien en un primer acercamiento, el problema de las personas con TCC se percibe sólo como la falta de acceso a una vivienda para pernoctar, en distintos países el fenómeno se asocia no sólo a situaciones de pobreza, sino también a problemas de exclusión y vulnerabilidad social (Irrázaval, 2008), implicando la falta de condiciones materiales, de salud y de integración social que dificultan las posibilidades de SdC.

Respecto a las condiciones psicosociales para la integración social, se da cuenta que las PSC tienen ruptura de vínculos sociales en al menos tres ámbitos: familiares y personales, laborales y sociales. Estas rupturas se originarían en una serie de sucesos vitales estresantes, caracterizados por estar encadenados, ser traumáticos y bruscos. Por ejemplo, la pérdida del trabajo puede provocar que la persona pierda lazos familiares, o a la inversa. Ser traumáticos implica un alto sufrimiento psicológico en la persona, lo que debilita su voluntad sin encontrar

motivación para volver a rehacer sus lazos; y son bruscos, ya que puede que la persona haya vivido grandes traumas encadenados y alejados en el tiempo durante su vida, pero probablemente uno de ellos le lleva directamente a la calle. Vivir en la calle no sería algo meditado, sino una decisión precipitada o, en algunos casos, la única opción disponible. (MDS, 2012). Y este conjunto copulativo de condiciones que se suman al hecho de no contar con una vivienda, que lleva a que para las PSC con TCC sea difícil por sí mismos salir de la situación de calle.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2022 (Miles de \$ (2021))	Producción estimada 2022 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2022 (Miles de \$ (2021))
Gestión de la Vivienda	764.961	454 (Personas permanecen en la vivienda)	1.684,94
Promoción de la Salud	890.025	454 (Personas cuentan con Plan de Salud)	1.960,41
Herramientas para la Integración social	890.025	454 (Personas cuentan con Plan de integración social)	1.960,41
Gasto Administrativo	23.590		
Total	2.568.601		
Porcentaje gasto administrativo	0,9%		

POBLACIÓN Y GASTO	
Tipo de Población	2022 (cuantificación)
Población Potencial	6.108 Personas
Población Objetivo	3.146 Personas

Población Beneficiaria	<p>Previamente a la selección de las personas participantes se seleccionan las regiones sobre las cuales se va a ejecutar la cobertura del programa. Las regiones se priorizan en función a la demanda potencial según la incidencia regional de las PSC con trayectoria de calle crónica (TCC) con 50 años y más de edad reportada por el Registro Social Calle vigente, [TCC refiere a PSC con 5 años o más en calle].</p> <p>Se prioriza a las regiones con mayor concentración de población con TCC y 50 años o más. Además, se considera el estado de avance del ecosistema inmobiliario para la selección de las regiones, en cuanto a la disponibilidad de inmuebles para el arrendamiento, precios, inmobiliarias, participación de la CCHC, alianzas locales. etc; ya que esto entrega viabilidad a la implementación del Programa. A la fecha se incluyen las regiones Metropolitana, Biobío, Valparaíso, Maule y Los Lagos.</p> <p>También se prioriza a las mujeres en el orden de postulación, pues se considera que su situación es de mayor urgencia de atender al estar en mayor riesgo al estar en situación de calle, sufren situaciones de violencia y abusos graves que requieren atención inmediata. (Eissmann 2020).</p> <p>A las personas participantes se llega mediante un proceso de búsqueda en terreno de PSC por parte de los organismo ejecutores, equipos de la Seremía y entidades derivadoras que atienden a PSC. Se aplica un cuestionario de postulación, dicho instrumento lo aplica el equipo executor o un profesional de la Seremía, evaluando antecedentes personales, años en calle, edad, antecedentes de salud, protección social, integración social, principalmente.</p> <p>El puntaje de evaluación tiene una ponderación que va de mayor a menor puntaje considerado mayor cantidad de años en calle, mayor edad y que estén pernoctando en vía pública por sobre una residencia o albergue. La fórmula es la siguiente:</p> $F(x) = \text{ingreso} * \text{ingreso} * 0,075 + \text{periodicidad trabajo} * 0,2 + \text{participación en programa social} * 0,1 + \text{discapacidad física} * 0,1 + \text{enfermedad mental} * 0,025 + \text{discapacidad mental} * 0,075 + \text{consumo de alcohol y/ drogas} * 0,05 + \text{edad} * 0,225 + \text{años en vía pública} * 0,075 + \text{años totales en calle} * 0,075$ <p>Esta fórmula y la prelación de las personas seleccionadas por convocatoria es analizada por un comité de prelación conformado por un equipo multidisciplinario con representantes de la oficina nacional de calle del MDSF, las ONG executoras, PAASAM del territorio, Centros Temporales del territorio, La comunidad de organizaciones solidarias (representando a la Sociedad Civil), Seremía Desarrollo Social, COSAM. Esta definición se aprueba y publica mediante resolución exenta.</p>
-------------------------------	---

Gasto 2022 por (Personas)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2022 (Meta)	2023	2024	2025
5.106,56 por cada "Personas"	503	600	700	800

Concepto	2022
Cobertura (Objetivo/Potencial)	51,5%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	16,0%

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2022 (Estimado)
Porcentaje de Personas que Superan la Situación de Calle	$(N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero y permanecen en vivienda 6 meses consecutivos en el año } t / N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero en el año } t) * 100$	Eficacia	70,0%
Porcentaje de Personas que mejoran su Índice de Cronicidad	$(N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero y que mejoran su índice de cronicidad en el año } t / N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero en el año } t-1) * 100$	Eficacia	80,0%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2022 (Estimado)
Porcentaje de Personas que permanecen en vivienda 3 meses consecutivos	$(N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero y permanecen en vivienda 3 meses consecutivos en el año } t / N^{\circ} \text{ personas que ingresan al programa Vivienda Primero en el año } t) * 100$	Eficacia	80,0%
Porcentaje de Personas que mejoran su Salud	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran en al menos una de las ocho dimensiones de salud general en el año } t / N^{\circ} \text{ de personas que ingresan al programa en el año } t) * 100$	Eficacia	60,0%
Porcentaje de Personas que mejoran su Integración Social	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su escala de valoración de integración desde la perspectiva profesional en el año } t / N^{\circ} \text{ de personas que ingresan al programa en el año } t) * 100$	Eficacia	65,0%

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación a la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención) y consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados).

Atingencia: Se evidencia la pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación a la población que se ve afectada.

Coherencia: Se observa una adecuada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta.

Consistencia: Se observa una adecuada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados.