

VIVIENDAS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD

UNA SOLUCIÓN SOCIOSANITARIA PARA
GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE
LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO



Financiado por:

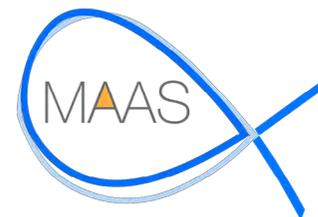


QUIÉNES SOMOS

Fundación María Asunción Almajano Salvo (Fundación MAAS) y **HOGAR SÍ** creemos firmemente en las personas y en la dignidad que cada una de ellas tiene de forma inherente y que merece por derecho. Ambas entidades compartimos los mismos valores de solidaridad: atención a las personas que más lo necesitan y excelencia en los cuidados y servicios hacia ellas. Fruto de estos valores compartidos, hemos elevado en alianza nuestros recursos, esfuerzos y atención hasta las personas sin hogar convalecientes o que precisen cuidados paliativos.



HOGAR SÍ es una entidad de iniciativa social, no lucrativa, independiente y plural, de ámbito estatal creada en 1998. HOGAR SÍ existe para conseguir que ninguna persona viva en la calle, apostando por la innovación y trabajando en equipo desde el enfoque de derechos y la transparencia.



Fundación MAAS es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, constituida en 2015. Sus fines fundacionales son la asistencia y la inclusión social, con especial atención a las personas en riesgo de exclusión por razones físicas, económicas, sociales o culturales que padezcan enfermedades onco-hematológicas.

SINHOGARISMO Y SALUD

El sinhogarismo **reduce la esperanza de vida**. Vivir en la calle provoca muertes prematuras por enfermedades que son **PREVENIBLES Y TRATABLES**.

PROBLEMA 1

Vivir en la calle con un problema de salud limita el acceso al sistema sanitario y al cuidado de la salud. Un alta médica es una mala noticia para una persona sin hogar cuando no tiene donde recuperarse tras salir del hospital.

PROBLEMA 2

Las personas enfermas sin hogar no se recuperan y vuelven al sistema sanitario o se alargan sus estancias hospitalarias innecesariamente con un alto coste económico.



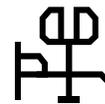
NUESTRA SOLUCIÓN

VIVIENDAS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA SALUD ofrece una **SOLUCIÓN** a estos problemas, posibilitando la **RECUPERACIÓN** de estas personas en una vivienda, su **ACCESO** al sistema sanitario normalizado y procurando la **MEJORA** de su situación de alojamiento a la salida.

EL PROGRAMA ATIENDE A PERSONAS CON



CONVALECENCIA MÉDICA



CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS



ENFERMEDAD CRÓNICA

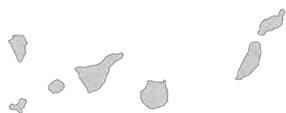


NUESTRA SOLUCIÓN

El programa **IMPACTA** en las condiciones de salud de las personas, **CONSIGUE** una alternativa de **ALOJAMIENTO** a su salida y **REDUCE** significativamente los gastos sanitarios.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

¿DÓNDE ESTAMOS?



86
plazas

Programa estatal que atiende a personas de todas las Comunidades Autónomas.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA CLIENTELA

GÉNERO



23,6%



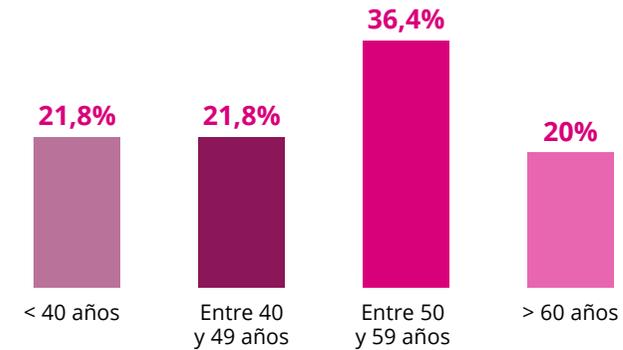
74,5%



1,8%

EDAD MEDIA

49,7



PERFIL SANITARIO

60% **CONVALECENCIA**

26,5% **ENFERMEDAD CRÓNICA**

13,5% **PALIATIVOS**

NACIONALIDAD

40% **ESPAÑOLA**

12,7% **EXTRANJERA COMUNITARIA**

47,3% **EXTRANJERA EXTRACOMUNITARIA**

RESULTADOS DEL PROGRAMA

LA CALLE MATA



El presente documento muestra los principales datos y conclusiones que ha arrojado el proceso de evaluación del programa “Viviendas Para la Recuperación de la Salud – Hogares Asun Almajano” impulsados por HOGAR SÍ y la Fundación MAAS.

Esta evaluación consta de 2 estudios complementarios entre sí:

1

Evaluación de impacto

Realizada por el equipo de evaluación de HOGAR SÍ.

2

Evaluación de eficiencia económica

Realizada por el Grupo de Trabajo en Economía de la Salud de la Universidad de Murcia.

1

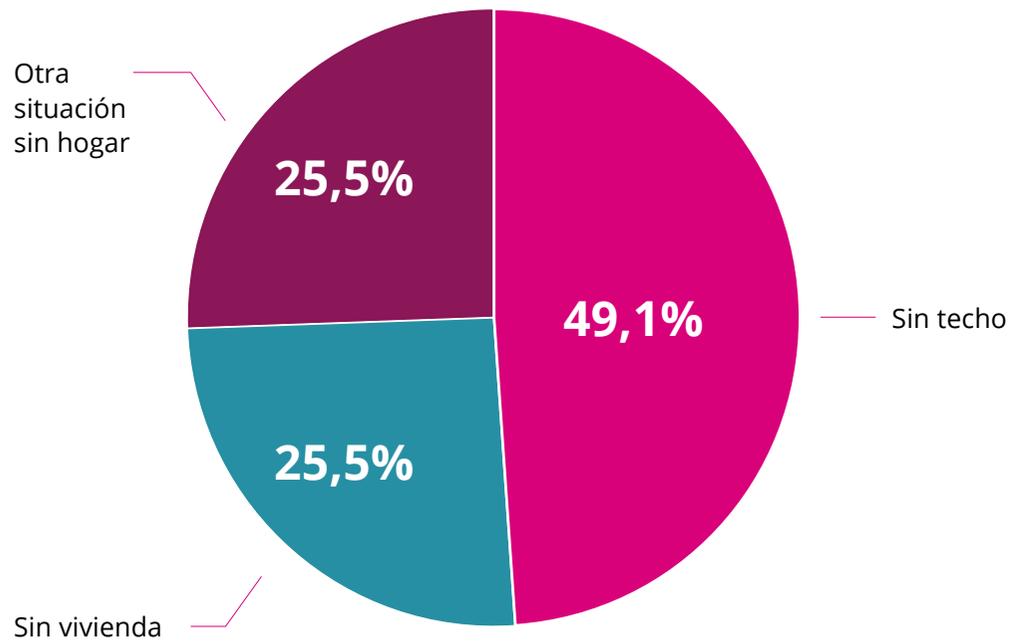
EVALUACIÓN DE IMPACTO



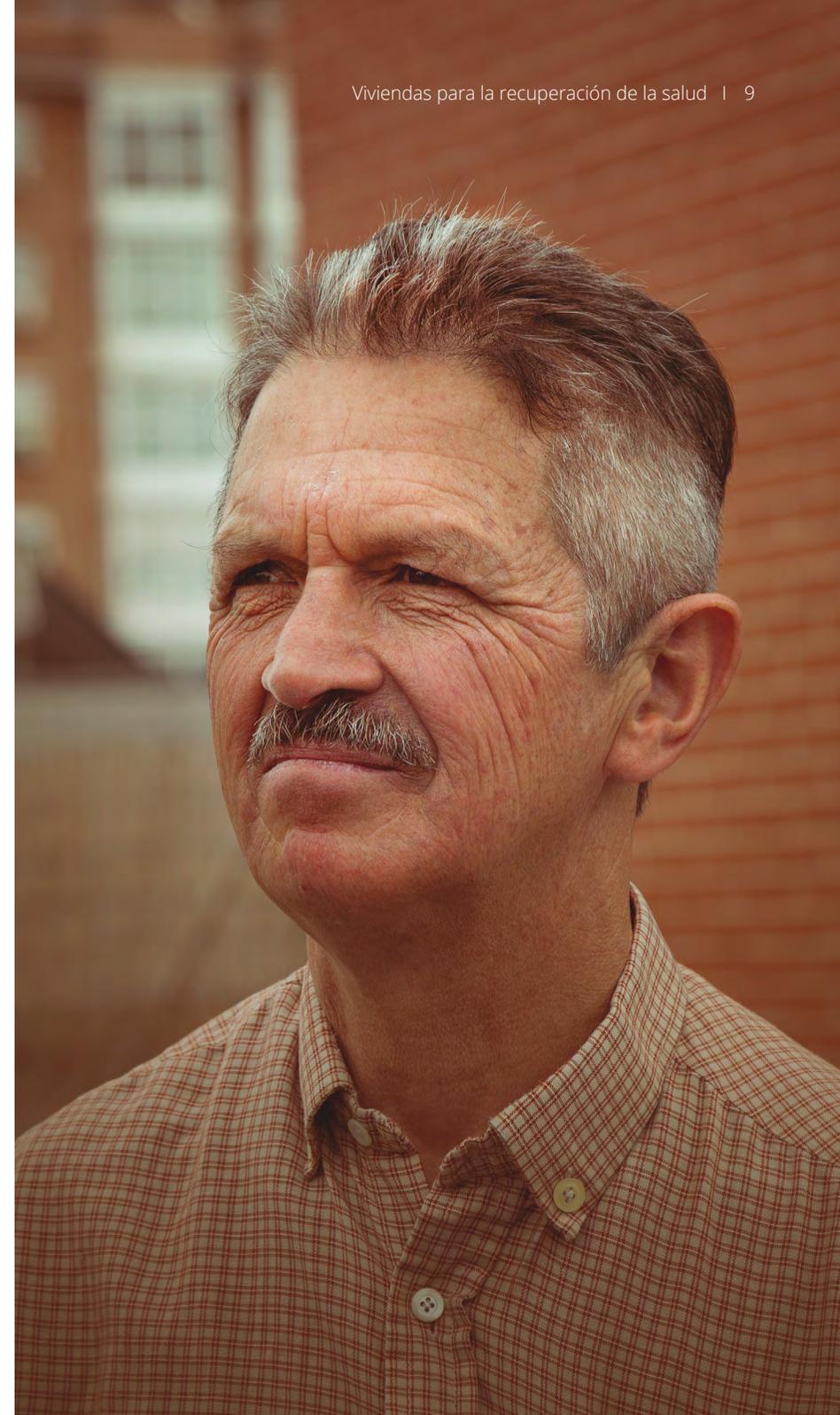
SITUACIÓN RESIDENCIAL EN EL ACCESO

LA MITAD DE LA CLIENTELA ACCEDE DESDE UNA SITUACIÓN SIN HOGAR.

SITUACIÓN RESIDENCIAL DE ENTRADA %



Fuente: Base de Impacto N=55



PRINCIPALES IMPACTOS DEL PROGRAMA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS

Mejoras significativas a la salida del programa:



1 En su situación de salud física y mental.



2 En el acceso a los sistemas de ayuda normalizados.



3 En su situación económica e ingresos.



4 En su situación social y de alojamiento.



5 En el acceso a cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida en el caso de enfermos terminales.

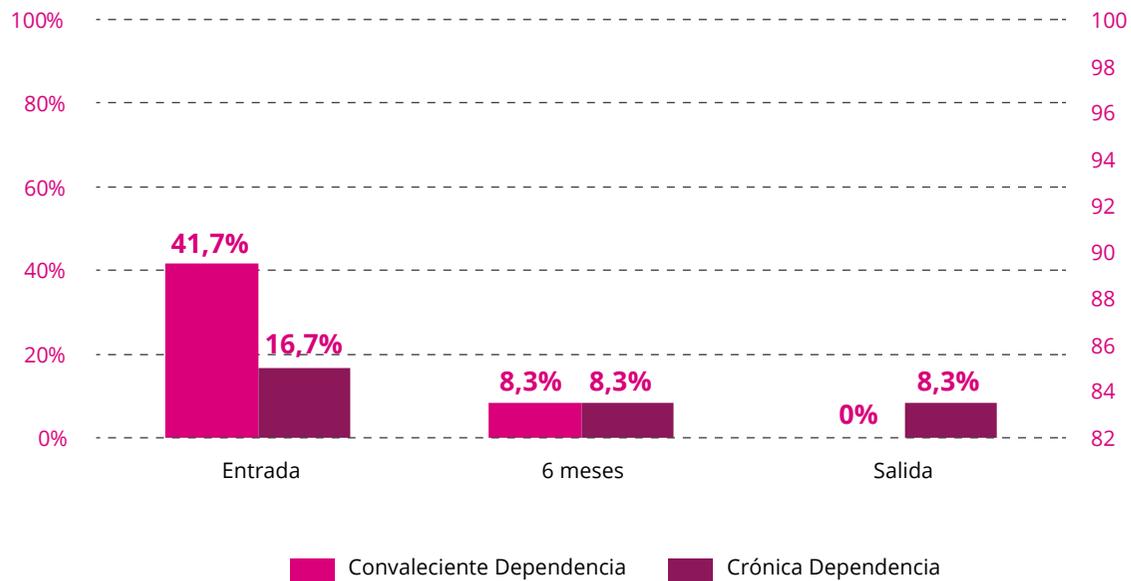
MEJORA DE LA SALUD 1

EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA FUNCIONALIDAD

Menor dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y **mejora de la funcionalidad**.

FUNCIONALIDAD

Dependencia en actividades básicas de la vida diaria por perfil sanitario % e índice



Fuente: Escala de Barthel. N=12; convalecientes=9; crónica: 3 (escala iniciada en enero de 2021 - 30 clientes)



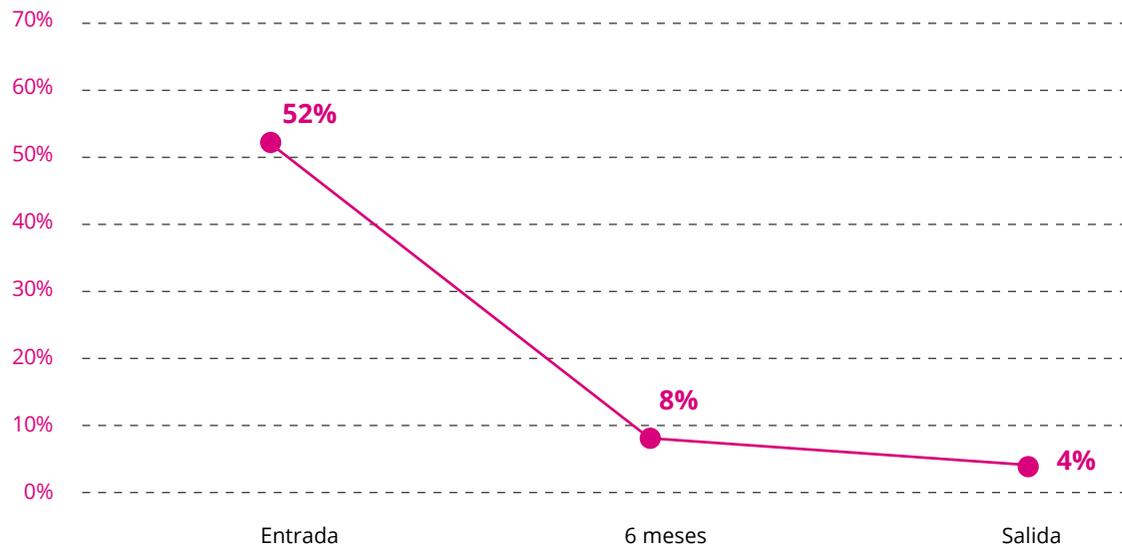
MEJORA DE LA SALUD 2

BIENESTAR EMOCIONAL

Mejora significativa del **bienestar emocional** de la clientela.

SALUD MENTAL

Posible depresión %



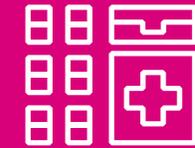
Fuente: Escala WEMWBS. N =25



MEJORA DE LA SALUD 3

AUTONOMÍA

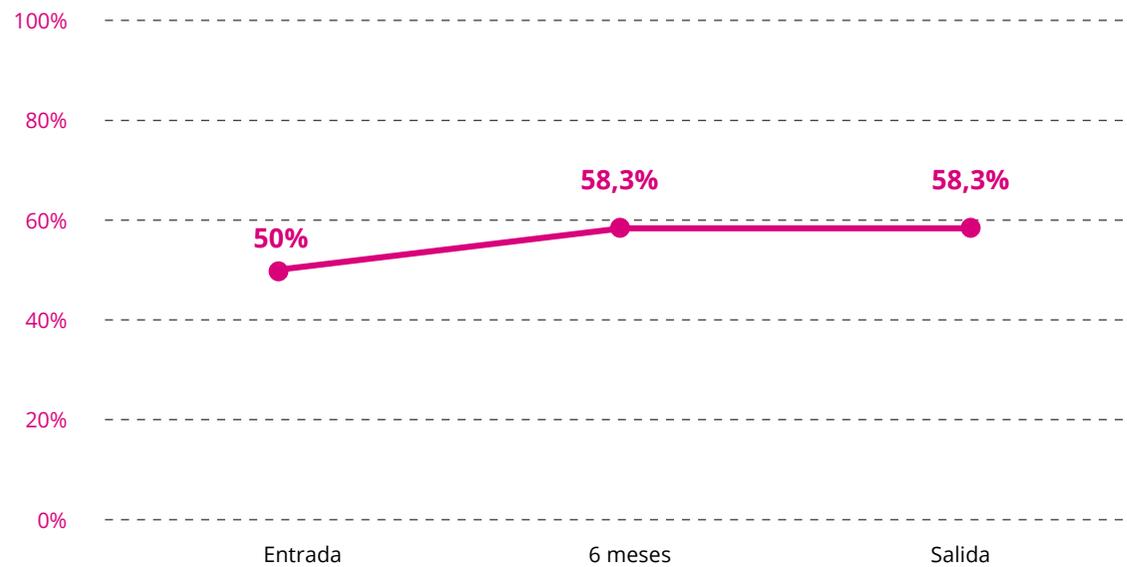
Autogestión de la medicación.



Mayor autonomía en la gestión de medicación

AUTONOMÍA

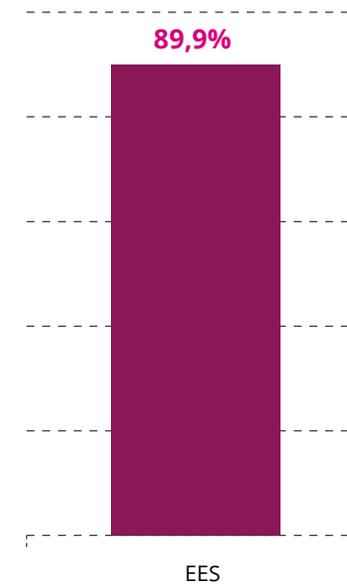
Responsabilidad respecto a la autogestión de medicación



Fuente: Escala Lawton y Brody. N=12. Ítem "La persona es capaz de tomar su medicación correctamente" (escala iniciada en enero de 2021 - 30 clientes)

AUTONOMÍA

Población general sin dificultad para tomar y administrar medicación %



Fuente: Encuesta Europea de Salud 2020 (EES). "Dificultad para tomar y administrar medicación" (población española de 55 y más años)

ACCESO A LOS SISTEMAS NORMALIZADOS SALUD

El 100% de clientes del programa acceden a tarjeta sanitaria
(un 20% del total carecía de ella).
Esto supone que:

100%

de clientes...

- Tienen un profesional médico de Atención Primaria asignado.
- Acceden a los tratamientos médicos y farmacológicos que precisan.
- Acceden a Atención especializada, evitando así la hiperfrecuentación de Urgencias.



ACCESO A LOS SISTEMAS NORMALIZADOS SALUD 2

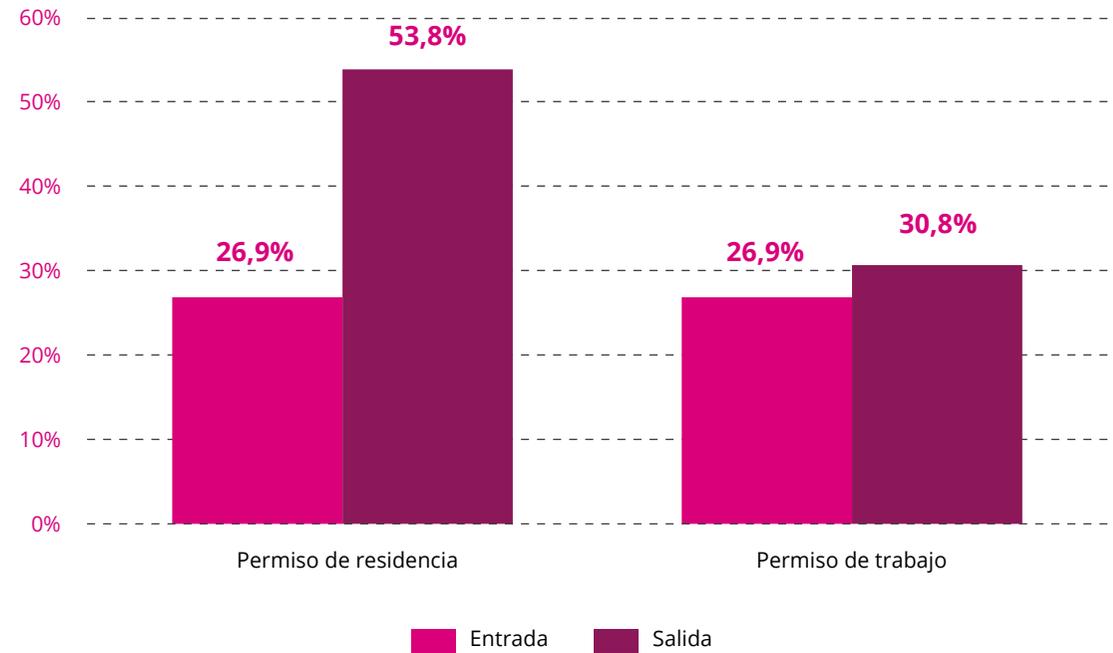
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

La mitad de la clientela extracomunitaria finaliza intervención con el permiso de residencia. Apenas hay cambios respecto al acceso al permiso de trabajo.



SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

Permiso de residencia y trabajo. Extracomunitarias.



ACCESO A LOS SISTEMAS

NORMALIZADOS SALUD 3

ACCESO A RECURSOS Y SERVICIOS

TRAMITACIÓN Y ACCESO A RECURSOS / SERVICIOS. % ENTRADA INTERVENCIÓN

TIPO	% Acceso - clientes en evaluación	% Acceso - tramitaciones
Acceso a recursos / servicios de salud mental	7,3%	100%
Acceso a recursos / servicios de adicciones	10,9%	100%
Reconocimiento de dependencia	1,8%	14,3%
Reconocimiento / revisión discapacidad	3,6%	28,6%



Se evidencia una mayor complejidad para el reconocimiento de la discapacidad y la dependencia.



Todos los clientes que han iniciado los trámites han accedido a los recursos de salud mental y adicciones.

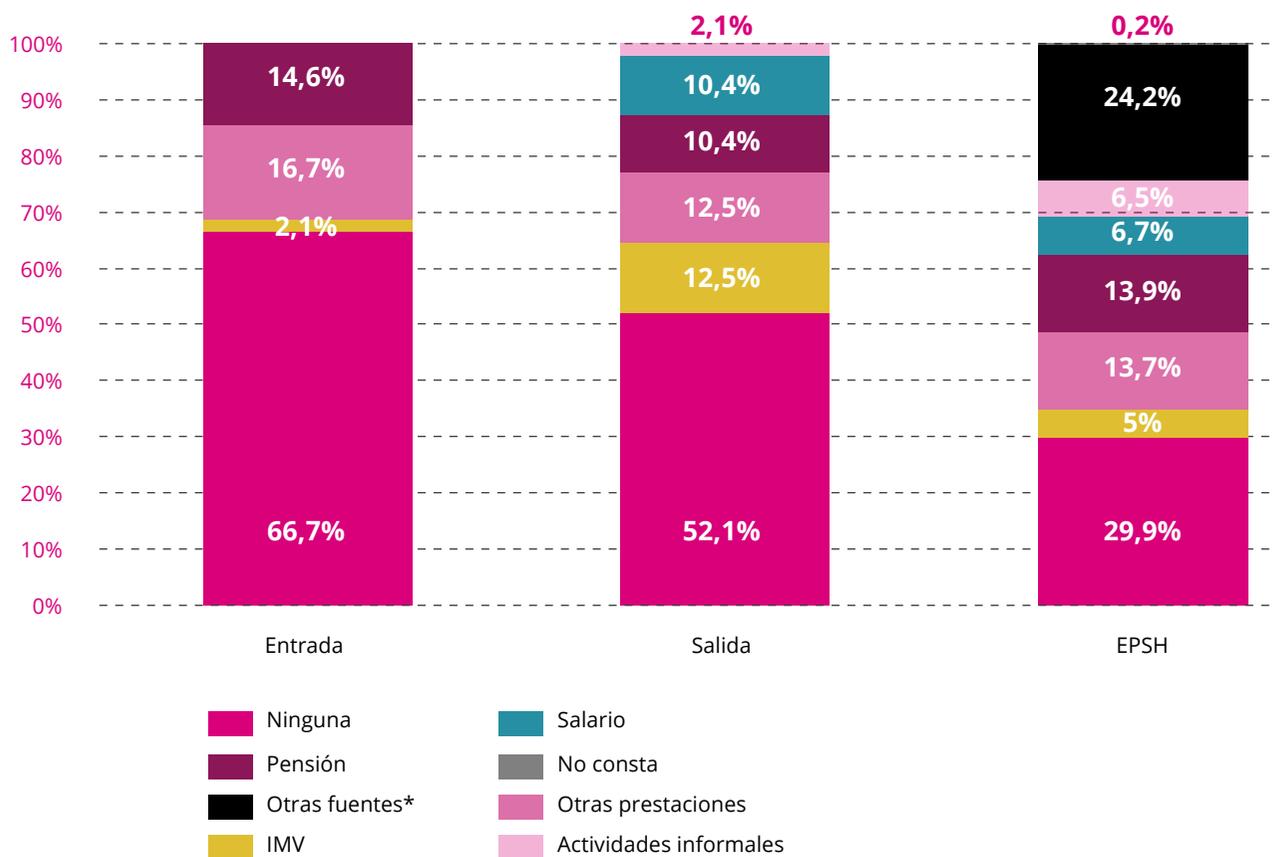


SITUACIÓN ECONÓMICA

FUENTE DE INGRESOS

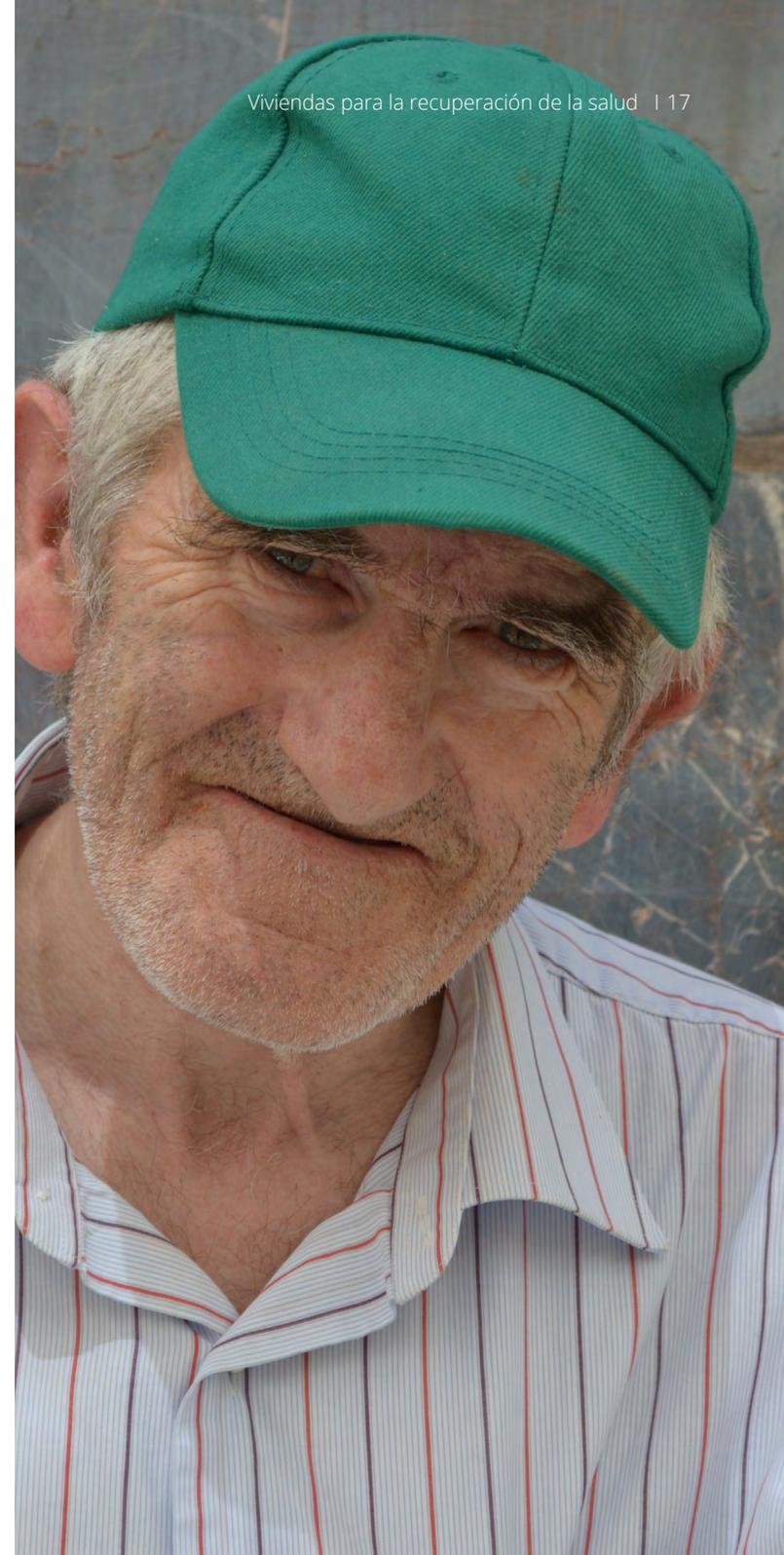
SITUACIÓN ECONÓMICA

Fuente de ingresos. Entrada - Salida y EPSH (Encuesta Personas sin Hogar) %



Fuente: Base de Impacto. N=48. Fuente: Encuesta de Personas sin Hogar 2022 (EPSH). INE

*Otras fuentes: ayuda amigos, familiares, otras personas, ONGs y otras

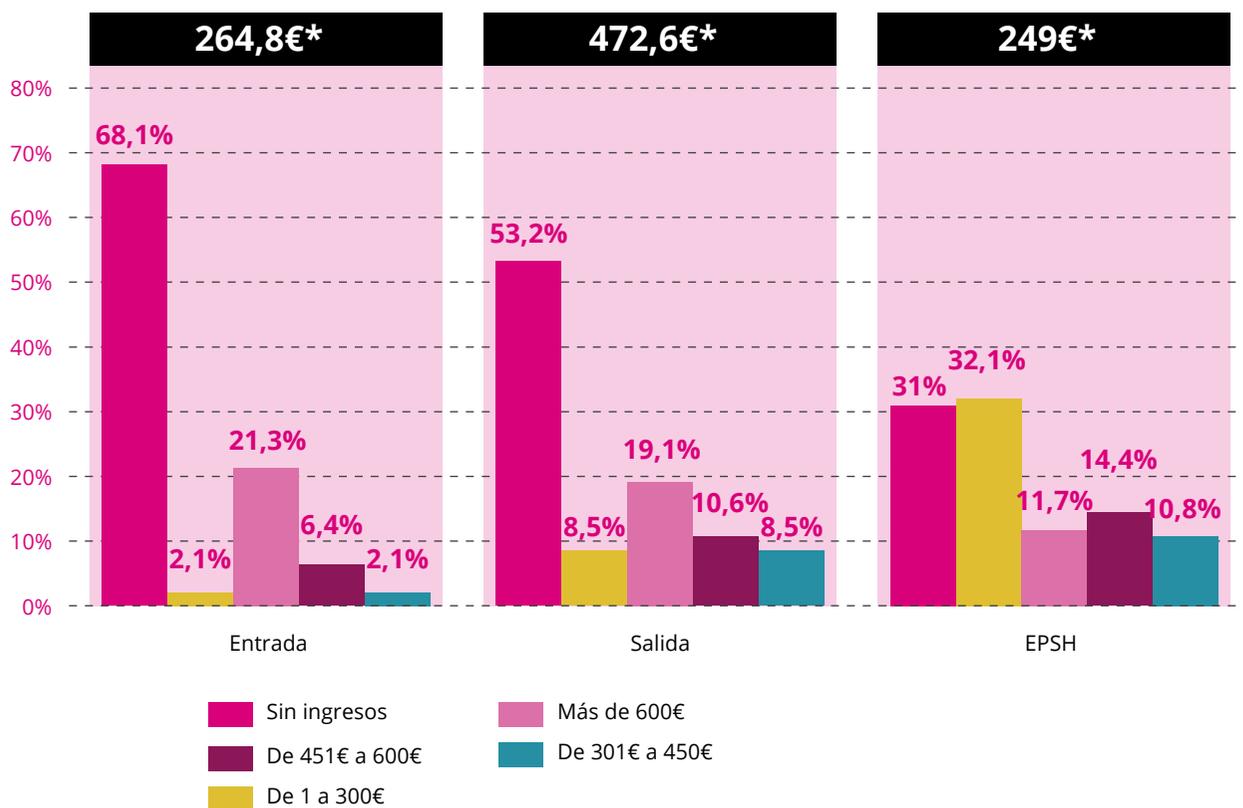


SITUACIÓN ECONÓMICA 2

INGRESOS ECONÓMICOS

SITUACIÓN ECONÓMICA

Ingresos. Entrada - Salida y EPSH (Encuesta Personas sin Hogar) %



Fuente: Base de Impacto. N=47. *Media de personas que Sí tienen ingresos a la salida (N=22)

¹ Renta neta media anual por persona. Encuesta de Condiciones de vida 2021 (ingresos año 2020). Dato anual: 12.269€.

² IPREM mensual 2022. Ley 22/2021, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2022.

³ Salario mínimo interprofesional 2022. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

⁴ Umbral de riesgo de pobreza para hogares unipersonales 2021. Encuesta de Condiciones de vida 2021 (ingresos año 2020). Dato anual: 9.535€.



Incremento de los ingresos a la salida aunque por debajo del umbral de pobreza.



REFERENCIAS

¹ Renta población general: 1.022,4€.

² IPREM: 579,0€.

³ SMI: 1000,0€.

⁴ Umbral riesgo de pobreza: 794,6€.

SITUACION SOCIAL Y DE ALOJAMIENTO 1

ALOJAMIENTO A LA SALIDA

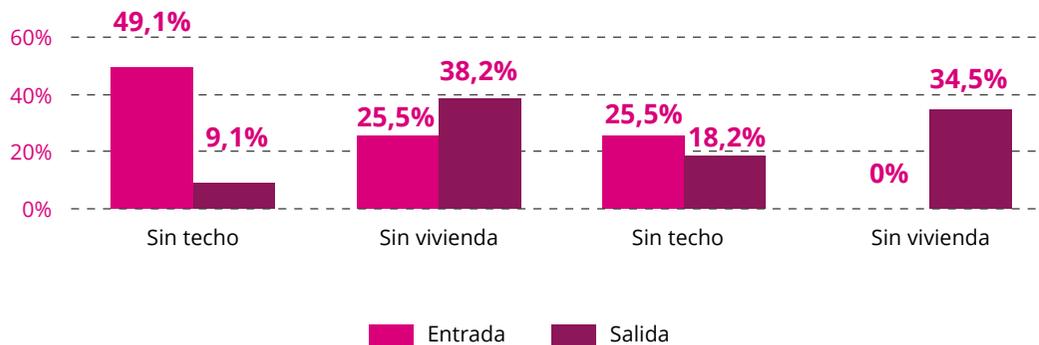
1 de cada 3 clientes
accede a una vivienda normalizada.

CAMBIO DE ETHOS

ENTRADA		CAMBIO	SALIDA			
Situación residencial	TOTAL		Sin techo	Sin viviendas	Otra situación sin hogar	Vivienda normalizada
Sin techo	27	➔	2	12	2	11
Sin vivienda	14	➔	2	4	4	4
Otra situación sin hogar	14	➔	1	5	4	4

SITUACIÓN RESIDENCIAL

ETHOS Entrada - Salida. %



ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS

Y ACOMPAÑAMIENTO AL FINAL DE LA VIDA

- Desde su puesta en marcha, **el programa ha acompañado a 102 personas con enfermedades terminales, que requerían cuidados paliativos.**
- Los ejes principales de este acompañamiento a final de vida son:

1

Facilitar las condiciones de confort y cuidado que aseguren el bienestar de la persona.

2

Garantizar una muerte digna, acompañada y sin dolor.

3

Apoyo psicológico para la elaboración del duelo.

4

Diseño de instrucciones previas y voluntades anticipadas.

5

Elaboración de un plan final de vida.

6

Iniciar o dar continuidad a gestiones administrativas (herencias, seguros de defunción, testamentos, etc.).

7

Reflexión sobre la red familiar o de apoyo y acompañamiento.

8

Activación de recursos comunitarios de atención domiciliaria o especializada (equipos de atención domiciliaria para pacientes paliativos).

2

**EVALUACIÓN
DE EFICIENCIA
ECONÓMICA**



EFICIENCIA ECONÓMICA

La evaluación de eficiencia económica realizada de forma independiente demuestra que **el programa Viviendas para la recuperación de la salud es coste-efectivo.**

IMPACTO ECONÓMICO EN:

- **Cambio en el uso de recursos sanitarios:**
 - **Reducción significativa del uso de los elementos más costosos del sistema (ingresos hospitalarios, atención de urgencia).**
 - **Aumento en los que son más eficientes (atención primaria, acceso a medicación).**
- **Producción de ahorros netos muy significativos para el sistema.**
- **Normalización del uso de servicios.**



CAMBIO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS 1

GRÁFICO 1

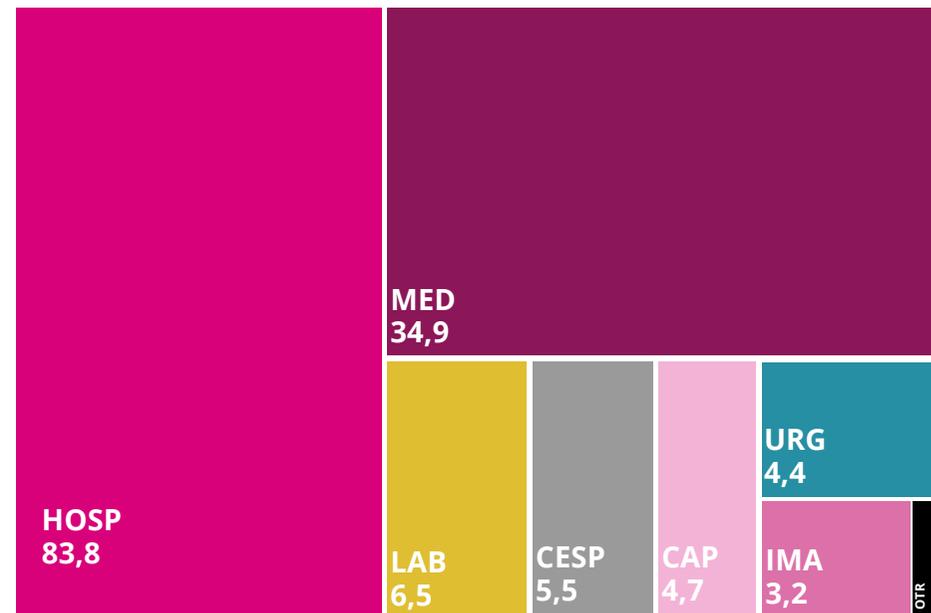
Composición de los costes sanitarios por categorías en el periodo anterior a la entrada en el recurso (%)



CAP: Consultas A. Primaria
 URG: Visitas a urgencias
 CESP: Consultas A. Especializada
 LAB: Pruebas de laboratorio

GRÁFICO 2

Composición de los costes sanitarios por categorías en el periodo posterior a la entrada en el recurso (%)



IMA: Pruebas de imagen.
 HOSP: Hospitalizaciones
 OTR: Otras pruebas

CAMBIO EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS 2

• **REDUCCIÓN EN EL NÚMERO DE:**



-13%

Consultas de atención especializada



-40,3%

Visitas a urgencias



-54,8%

Pruebas de laboratorio



-41,9%

Resto de pruebas



-66,3%

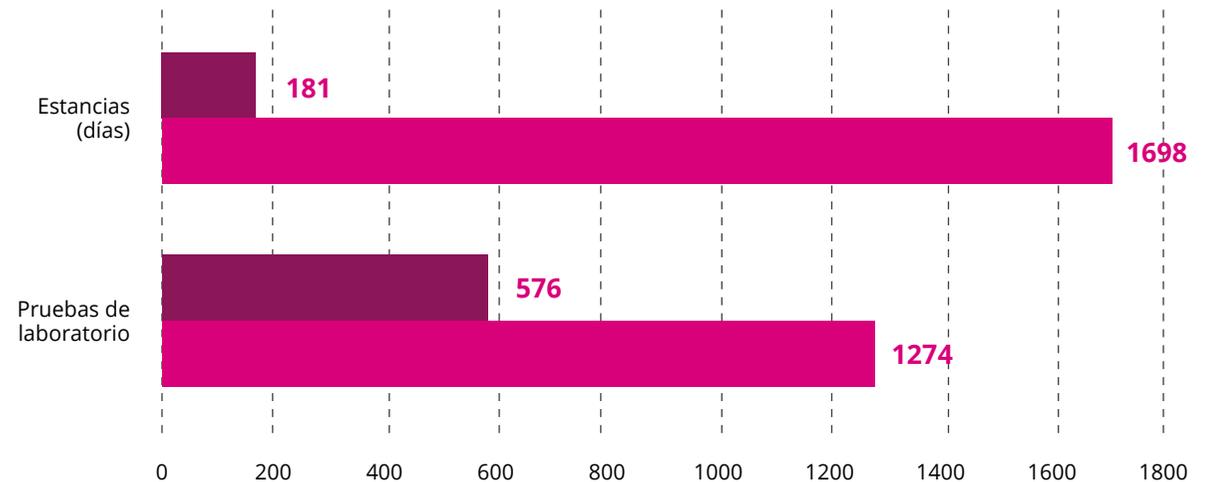
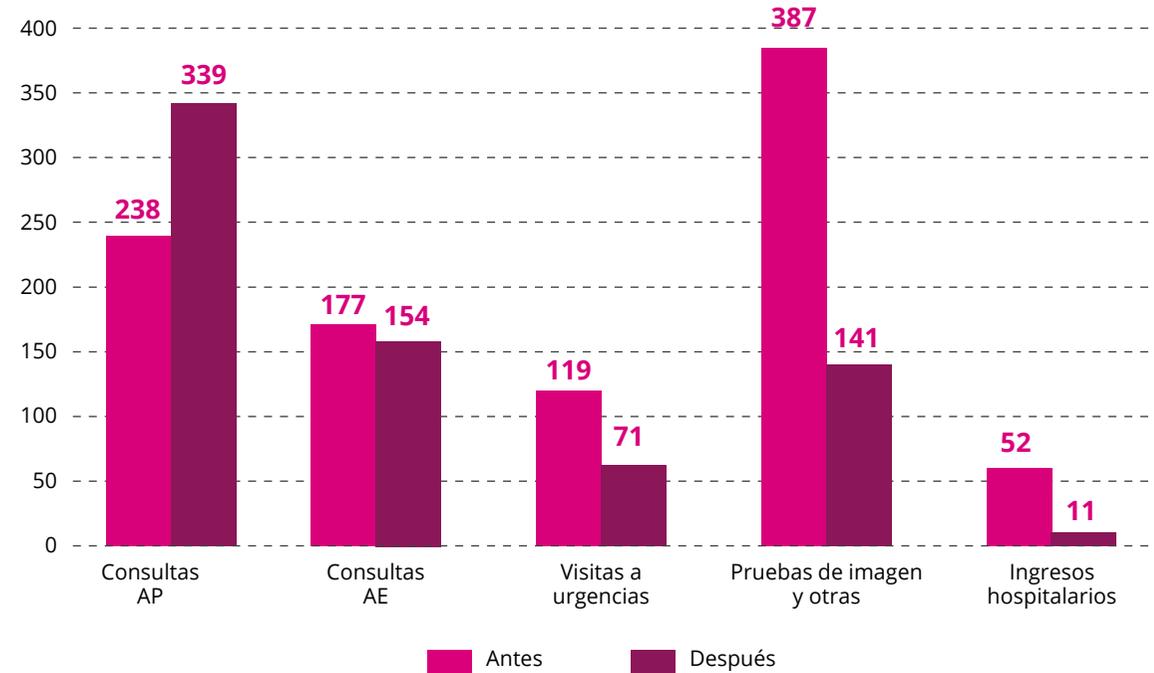
Pruebas de imagen

• **INCREMENTO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA (+42,4%)**

• **DISMINUCIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS (-78,8%) Y DE LAS ESTANCIAS (-89,5%).**

USO DE RECURSOS SANITARIOS EN LOS PERIODOS ANTERIOR Y POSTERIOR A LA ESTANCIA EN "ESPACIO SALUD"

Nº de visitas, pruebas, ingresos y estancias



CONCLUSIONES EFICIENCIA

EFICACIA Y EFICIENCIA ECONÓMICA

1 El **ahorro del recurso**, teniendo en cuenta costes sanitarios como el gasto en hospitalizaciones se estima en:

34.485 €
por usuario al año.

2 Permite una **mayor rotación de plazas hospitalarias** reduciendo el coste de oportunidad que supone que una plaza esté ocupada debido a motivos sociales y no sanitarios.

Ahorro recursos sanitarios por usuario al año	➔	34.485 €
Plazas Programa Espacio Salud	➔	86
Ahorro total estimado	➔	2.965.710 €
Coste Programa Espacio Salud	➔	2.280.206 €
Ahorro neto producido por el programa	➔	685.504,00 €

Nota: Ahorro en recursos sanitarios (datos del 2022)

Fuente: Estudio realizado por la UMU

HOGAR
SÍ FUNDACIÓN RAIS



1 FIN DE LA POBREZA 	3 SALUD Y BIENESTAR 	8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO 	10 REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES 	11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES 	17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS 
---	---	--	---	--	--



www.hogarsi.org