Evaluación de la metodología *Housing First* en España

Soluciones al sinhogarismo

Provivienda
Con las personas,
por la vivienda

HOGAR SÍ
FUNDACIÓN RAIS

Equipo de investigación:

Sonia Panadero Herrero
- Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica.
  Universidad Complutense de Madrid.

Juan Martín Fernández
- Departamento de Economía Aplicada, Pública y Política.
  Universidad Complutense de Madrid.

José Luis Martínez Cantos
- Departamento de Economía Aplicada, Pública y Política.
  Universidad Complutense de Madrid.

Colaboraciones externas:

Marta Ortega
- Departamento de Economía Aplicada, Pública y Política.
  Universidad Complutense de Madrid.

Patricia Tovar Velasco
- Becaria de Colaboración por el Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Aurora Tárraga Paniagua y Diego Castellanos Rodríguez
- Prácticas Máster Sociología Aplicada a Problemas Sociales UCM.

Elaborado con la asistencia técnica de:

fresno the right link

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

Publicación financiada por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

APOYO AL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL CON CARGO AL 0,7 DEL IMPUESTO DE SOCIEDADES

1. Introducción 5

1.1. El modelo Housing First 6

1.2. La evaluación de resultados del modelo Housing First 6

1.3. El modelo Housing First desde una perspectiva económica: estado de la cuestión 10

1.4. El programa Hábitat 12

2. Metodología de evaluación 14

2.1. Diseño 15

2.2. Participantes 15

2.3. Tamaño muestral 15

2.4. Asignación de las personas participantes a los grupos 16

2.5. Áreas e instrumentos de evaluación 16

2.6. Características iniciales de las personas participantes 17

2.7. Evaluación de resultados. Aspectos metodológicos específicos 18

2.8. Evaluación económica. Aspectos metodológicos específicos 21

2.8.1. El coste de los recursos en la atención a las personas en situación de sinhogarismo 23

2.8.2. El coste de la asistencia sanitaria a las personas en situación de sinhogarismo 28

2.8.3. Estimación de costes unitarios 29

2.9. Análisis coste-efectividad 32

2.9.1. Variables utilizadas en el análisis coste-efectividad 35

2.9.2. Estrategia por pasos para elaboración de los modelos 36

2.9.3. Análisis de ratios coste-efectividad incrementales 38

3. Resultados de la evaluación 40

3.1. Evaluación de resultados (Objetivos 1 y 2) 41

3.1.1. Alojamiento y cobertura de necesidades básicas 41

3.1.2. Felicidad y satisfacción global con la vida 45

3.1.3. Uso de servicios 46

3.1.4. Situación económica 49

3.1.5. Apoyo social 51

3.1.6. Ocio 55

3.1.7. Victimización y discriminación 59

3.1.8. Salud 62

3.1.9. Situación administrativa y otros aspectos relacionados 68

3.1.10. Posibilidad de elección 68

3.2. Resultados de la evaluación económica (Objetivos 3 y 4) 70

3.2.1. Situación al comienzo de la evaluación (Etapa basal: 0 meses) 70

3.2.2. Situación a los doce meses 71

3.2.3. Situación a los dieciocho meses 72

3.2.4. Servicios de salud física y mental 72

3.2.5. Perspectiva dinámica: tendencias detectadas en los dieciocho meses 73

3.2.6. Una forma alternativa de análisis: el ajuste de resultados 77

3.2.7. La evolución en términos equivalentes 81

3.2.8. Desagregación de resultados: alojamiento, atención y externalidades 83

3.3. Resultados del análisis coste-efectividad (Objetivos 5 y 6) 86

3.3.1. Nivel de satisfacción con la vida 86

3.3.2. Número de noches sin techo 88

3.3.3. Cobertura residencial institucional 90

3.3.4. Ratios coste-efectividad incrementales 95

3.4. Resultados con el precio de la vivienda de titularidad pública 98

3.4.1. Resultados ajustados en términos equivalentes 103

3.4.2. Desagregación de resultados: alojamiento, atención y externalidades 107

3.4.3. El impacto del PVTP 109

4. Conclusiones 110

4.1. Conclusiones de la evaluación de resultados 111

4.2. Conclusiones de la evaluación económica 114

4.3. Conclusiones del análisis coste - efectividad 117

4.4. Conclusiones finales de la evaluación del Programa Hábitat 117

4.5. Limitaciones de la evaluación, tareas futuras y agradecimientos 118

5. Discusión 120

6. Referencias bibliográficas 131

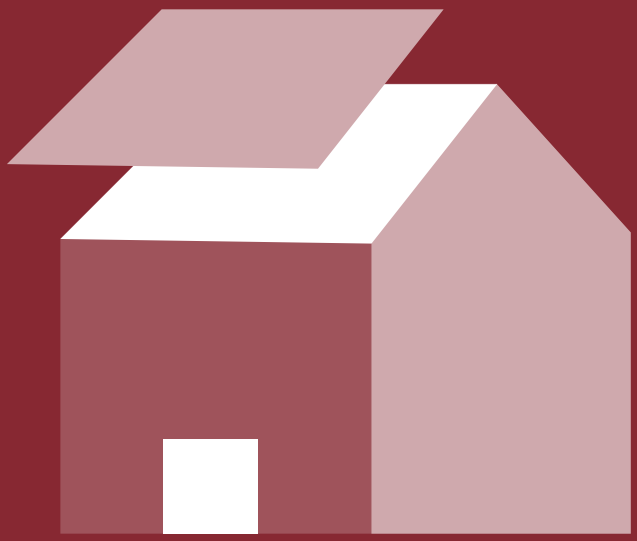
7. Anexo I. Ficha de solicitud de información para centros de servicios sociales 139

8. Anexo II. Listado de centros consultados 141

9. Anexo III. Índice de tablas y gráficos 143

1.

Introducción



1. Introducción

1.1. El modelo Housing First

El modelo *Housing First* fue desarrollado a principios de la década de 1990 por la organización *"Pathways to Housing"* para la atención de personas en situación de sinhogarismo en situación de especial dificultad a las que los sistemas tradicionales de atención "en escalera" (denominados *Staircase System o linear residential treatment)* no eran capaces de dar respuesta, concretamente para personas en situación de sinhogarismo con trastornos mentales o problemas de adicción (Tsemberis, 2010).

El modelo *Housing First* se basa, por tanto, en una intervención con las personas con perfiles más vulnerables, que vienen directamente de la calle o que son derivadas a través de entidades que trabajan en dispositivos de emergencia, proporcionándoles viviendas asequibles y permanentes y ofreciéndoles apoyo social y de salud de carácter intensivo. De algún modo, el modelo de *Housing First* (vivienda primero, en inglés), es una alternativa al modelo tradicional de intervención con las personas en situación de sinhogarismo que se basa en el "tratamiento primero". Ese precisamente es el punto de partida en el caso de *Housing First,* proporcionar, tan pronto como sea posible, una vivienda individual, estable e independiente a las personas que acceden al programa, reconociendo la vivienda como un derecho fundamental. Esta vivienda y los apoyos necesarios (centrados en las personas) se proveen a todas aquellas personas que lo necesiten sin poner exigencias previas como ausencia de consumo, aceptación de tratamiento de salud mental o motivación para el cambio, si bien la oferta de vivienda se complementa con la oferta de recursos sociosanitarios para la reducción de daños (Pauly *et al.,* 2013).

Se produce así una separación entre el acceso a la vivienda y el acceso al tratamiento. El acceso y mantenimiento de la vivienda no están condicionados a avances en los procesos de intervención, sin que exista tampoco un límite temporal. Desde el momento en que acceden a la vivienda, que siempre es una vivienda individual, ésta se convierte en su hogar y los usuarios tienen los mismos derechos y obligaciones que cualquier otra persona con respecto a dicho alojamiento. Se plantea, por tanto, un modelo de atención a las dependencias 'a demanda', en el que no se fuerza a las personas usuarias a seguir determinados tratamientos y en el que el acceso a la vivienda no se condiciona a la participación en programas de tratamiento.

Sam Tsemberis (2010), autor y principal impulsor del modelo *Housing First,* reconoce como principios básicos del modelo, además del reconocimiento de la vivienda como un derecho humano básico, los siguientes:

- Respeto, cercanía y compasión para todas las personas.
- Compromiso de trabajar junto a las personas usuarias durante todo el tiempo que lo precisen.
- Alojamiento en viviendas dispersas e independientes.
- Separación de los servicios de vivienda y tratamiento, en la medida en que el acceso a la vivienda se considera un derecho y el tratamiento de las adicciones o de los eventuales problemas de salud mental una opción personal.
- Elección y autodeterminación.
- Orientación hacia la recuperación y reducción de daños.

Por lo señalado anteriormente podría afirmarse que el modelo *Housing First* recoge, o se aproxima, a una concepción de la atención a las personas en situación de sinhogarismo que parte del reconocimiento de sus derechos de ciudadanía y que guarda relación con una visión cercana a la exigibilidad del derecho a la vivienda, es decir, garantizar el "derecho a techo" sin condicionarlo a cumplimiento de objetivos y ni tan siquiera a la necesidad de acogerse a una intervención (EAPN, 2013; pp. 14).

1.2. La evaluación de resultados del modelo Housing First

En el caso del modelo de intervención *Housing First,* que surge como alternativa a un modelo tradicionalmente aceptado y muy consolidado (*sistemas en escalera*), la evaluación de programas basados en dicha metodología, así como la difusión de los resultados obtenidos, ha sido un aspecto fundamental para la expansión del mismo. Desde las

primeras publicaciones de finales de los años 90´ sobre el programa *Pathways to Housing* (Tsemberis y Asmussen, 1999; Tsemberis y Elfenbein, 1999), los trabajos que han analizado la utilidad de este modelo de intervención se han multiplicado.

No obstante, en nuestro país donde la escasez de datos y de análisis sobre las personas sin techo y en situación de sinhogarismo constituye un serio problema para el desarrollo de políticas públicas, la situación continúa marcada por la falta de estudios especializados sobre la efectividad de las diferentes iniciativas *Housing First* que se van desarrollando a lo largo de su territorio, pero que aún cuentan con escaso desarrollo (Rodríguez Cabrero *et al,* 2019, en IEPP, 2020, 74).

En líneas generales, podría afirmarse que las líneas de trabajo más productivas en cuanto a la evaluación del modelo *Housing First* han estado vinculadas tanto al programa *Pathways to Housing,* el primero que aplicó este modelo de intervención en Nueva York (EEUU) en los años 90, como al programa el *At Home / Chez Soi* puesto en marcha más recientemente en Canadá. Vinculado a la puesta en marcha y desarrollo de ambos programas se han llevado a cabo sólidos trabajos de evaluación de diseño de ensayo controlado aleatorizado (ECA) con dos condiciones: experimental (modelo *Housing First*) y control (con el tratamiento habitual, también denominado *Continuum of care o Treatment as usual*). En ambos casos, aunque se ha considerado como indicador de resultados central el acceso y el mantenimiento a la vivienda, se han considerado también otros aspectos como son la calidad de vida, el estado de salud, tanto psicológica como física, o la utilización de servicios.

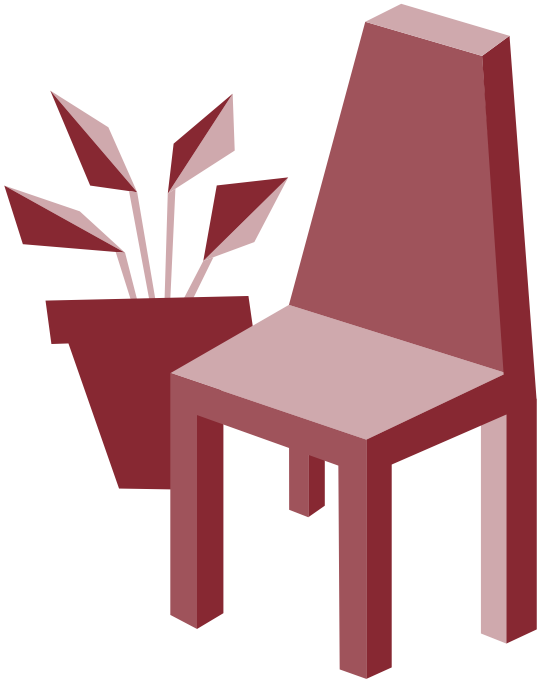
En un reciente trabajo de revisión y metaanálisis sobre ensayos controlados aleatorizados de evaluación de programas de *Housing First,* Baxter *et al.* (2019) incluye cuatro trabajos, todos ellos llevados a cabo en Canadá y EEUU. En este trabajo destaca el éxito de estos programas en la mejora de la estabilidad del alojamiento y en algunos aspectos vinculados a salud, especialmente en el uso de servicios hospitalarios. Concretamente, en todos los estudios, las personas participantes del grupo de *Housing First* pasaban más días alojados y era más probable que se encontrasen en una vivienda a los 18–24 meses. En cuanto al uso de los servicios de urgencias, encontraron una reducción de visitas a estos servicios, menos hospitalizaciones y menos tiempo de hospitalización que los grupos control. Por otro lado, no se encontraron efectos claros en otros aspectos, como uso de sustancias o calidad de vida.

En esa línea apuntan también diferentes revisiones realizadas a lo largo de la última década que han señalado la utilidad de este tipo de programas para el mantenimiento del alojamiento, y han analizado su eficacia a la hora de mejorar otros aspectos relevantes como salud, uso de servicios, adherencia a los tratamientos, incidencias legales, etc. (Groton, 2013; Leclair, Deveaux, Roy, Goulet, Latimer y Crocker, 2019; Waegemakers Schiff y Rook, 2012).

Como ya se ha comentado, **la mejora de la calidad y estabilidad del alojamiento es, sin duda, el aspecto en el que se producen los resultados más exitosos.** Son muchos los trabajos que, de forma consistente, han apuntado una mejora clara y rápida en la retención de alojamiento entre las personas beneficiarias de programas basados en el modelo *Housing First:*

- Así los constatan los trabajos de Tsemberis *et al.* (2004), Aubry *et al.* (2016) y Kerman *et al.* (2018), quienes señalan ya la tendencia a mantener una elevada tasa de retención en el largo plazo en los programas *Housing First*.

- Greenwood *et al.* (2005) y Stergiopoulos *et al.* (2015) describen tasas de retención de alojamiento superiores al 75% 24 meses después de la incorporación de las personas a los programas *Pathways to housing y At Home / Chez Soi.*



- En el programa piloto *National Housing First* de Francia, el 85% de las personas que accedieron a él se mantuvieron en la vivienda a los dos años (Lemonie *et al.*, 2019).

- En Finlandia el modelo *Housing First* forma parte de una estrategia integral que ha acabado con el sinhogarismo, ayudando a reducir de manera constante el número de personas en situación de sinhogarismo en el país (ARA, 2019).

- Los resultados de los programas *Housing First* piloto en Reino Unido muestran una tasa de retención del alojamiento que se sitúa en torno al 90% (Blood *et al.*, 2017).

- En una evaluación aleatorizada en Canadá con una muestra de 2.140 personas seguidas durante 24 meses, el 73% de los participantes en *Housing First* se mantuvieron en las viviendas asignadas, frente al 43% de las personas atendidas en programas alternativos tradicionales (Adair *et al.*, 2017).

- También en Canadá, un 62% de las personas del grupo experimental (*Housing First*), en los seis últimos meses analizados, estuvieron alojados todo el tiempo, comparado con el 31% de los participantes de programas tradicionales alternativos. Solo 16% de los participantes de *Housing First* no estuvieron alojados en ningún momento, frente el 46% que no lo estuvo en los sistemas tradicionales (Aubry *et al.*, 2015).

- En Chicago, una investigación desarrollada durante un año puso de manifiesto que las personas participantes en *Housing First,* presentan frecuencias medias menores de abandono de los alojamientos asignados que sus homólogos atendidos en otros recursos (Basu *et al.*, 2011).

- El metanálisis de Baxter *et al.* (2019) mostró que la tasa de retención de alojamiento a los 18 y 24 meses de las personas que reciben servicios *Housing First* es aproximadamente 2,5 veces superior a la tasa de quienes son asistidas por programas tradicionales alternativos.

- En el proyecto británico de *Housing First H3*, el 98% de los participantes de la muestra se mantuvo en la vivienda proporcionada 6 y 12 meses después de que se mudaran a la misma (Bean, *et al.*, 2013).

También en otros aspectos más allá del alojamiento se han señalado mejoras significativas con los programas *Housing First.* Es el caso del funcionamiento psicosocial de las personas usuarias del modelo, (e.g. Stergiopoulos *et al.*, 2016; Urbanoski *et al.*, 2018) y de la calidad de vida (e.g. Kozloff *et al.*, 2016; Aubry *et al.*, 2016; Kozloff *et al.,* 2016), mejorías más rápidas y mayores a las observadas en personas atendidas en otros recursos, aunque en el caso de la calidad de vida estas diferencias tienden a atenuarse a largo plazo (Aubry *et al.*, 2016).

Menor acuerdo existe en cuanto a los resultados en otras variables. Por ejemplo, aunque diversos autores han encontrado resultados positivos en aspectos como la salud mental de las personas participantes, las diferencias con las usuarias de otros programas no son en ocasiones significativas o no se mantienen a largo plazo (Greenwood *et al.*, 2005; Aubry *et al.*, 2016), algo similar a lo encontrado por algunos trabajos respecto al consumo de sustancias (e.g. Padgett *et al.,* 2006; Kozloff *et al.,* 2016; Chung *et al.*, 2017). Esto podría explicarse, entre otras cosas, por la utilización de diferentes indicadores e instrumentos de medidas en los diferentes trabajos de evaluación.

Aunque los indicadores más habitualmente considerados han sido los previamente comentados (calidad y estabilidad del alojamiento, salud mental, calidad de vida, uso de sustancias y uso de servicios de urgencias u hospitalarios), otros trabajos han incorporado diversos aspectos sumamente relevantes en el caso de las personas en situación de en situación de sinhogarismo como el apoyo social (Henwood, Stefancic, Petering, Schreiber, Abrams y Padgett, 2015), la mortalidad (Henwood, Byrne y Scriber, 2015), la conducta suicida (Aquin *et al.*, 2017; Collins *et al.*, 2016), la seguridad alimentaria (O'Campo *et al.*, 2017) o la adherencia al tratamiento farmacológico (Rezansoff, Moniruzzaman, Fazel, McCandless, Procyshyn y Somers, 2017).

Los resultados en estos aspectos parecen ser aún poco consistentes y se hace necesaria más investigación que facilite llegar a conclusiones sólidas sobre la capacidad del modelo para incidir sobre ellos. Por ejemplo, la revisión sistemática publicada recientemente por Leclair *et al.* (2019) sobre el impacto de los programas de *Housing First* en los problemas con la justicia en el caso de las personas con trastornos mentales graves, recoge que, de los cinco trabajos incluidos, dos estudios controlados aleatorizados no encontraron efectos en el número de arrestos de las personas usuarias de los programas de *Housing First* comparados con los del tratamiento habitual. Sin embargo, el resto de los estudios sí encontraron reducciones en el número de problemas legales entre las personas participantes de los programas de *Housing First* respecto a los de otros programas.

Sobre los trabajos que han abordado la conducta suicida, que afecta a un porcentaje muy elevado de personas en situación en situación de sinhogarismo, aunque algunos han señalado una reducción importante de la ideación suicida respecto al momento previo a la entrada al programa de *Housing First* dos años después (Collins *et al.*, 2016), otros no han encontrado hasta el momento efectos significativos de los programas de *Housing First* respecto a otros programas (Aquin *et al.*, 2017).

Algo similar ocurre con otros aspectos como la seguridad alimentaria entre las personas usuarias de los programas de *Housing First.* O´Campo y Cols (2017), en el marco del programa *At Home / Chez Soi,* encontraron prometedores resultados sobre la mejora de la seguridad alimentaria entre las personas participantes del programa, aunque con notables diferencias entre las diferentes ciudades canadienses en las que se había puesto en marcha el programa.

Los resultados positivos han sido atribuidos al hecho de que, al aportar un acceso a la vivienda basado en una elección libre, se consigue involucrar a las personas participantes de manera mucho más efectiva en su propio proceso de recuperación e integración (Tsemberis, 2004; Padgett, 2007). Los defensores de este modelo señalan, que la sensación de control y elección, fomentada por el acceso a una vivienda independiente, se traduce en sentimientos de mejora sobre otros aspectos de la vida, incluida la salud mental y la recuperación (Tsemberis, 2004). En este sentido, al brindar opciones sobre la vivienda, el modelo *Housing First* proporciona un sentimiento de elección con respecto al tratamiento, lo que facilita el compromiso y aumenta la estabilidad en la vivienda. Autores como Erickson, Stevens, Mc Knight and Figueredo (1995), también han demostrado que, para aquellas personas con problemas de abuso de drogas, la voluntad de participar y terminar el tratamiento está correlacionado con el acceso a una vivienda independiente.

Por otro lado, muchos defensores del modelo recalcan la importancia de la "seguridad ontológica" que la vivienda representa para las personas que anteriormente no tenían hogar (Padgett, 2007). Existen investigaciones que sugieren que el proceso de recuperación de una persona en situación de sinhogarismo va más allá de la elección, puesto que conlleva recuperar un sentido saludable de sí mismo, a pesar de la presencia de enfermedades (Davidson, 2011) o lo que Anthony (2004) llama restaurar la "personalidad". En este sentido, la vivienda proporciona una base para la constancia, la rutina y la construcción de una identidad nueva no estigmatizada.

A pesar de las dificultades metodológicas para alcanzar conclusiones robustas (Tsai, Mares and Rosenheck, 2010; Pleace, 2011; Collins et al, 2012; Watson et al, 2017) y la detección de algunos resultados no deseados en las personas participantes (Parsons, Montgomery and Locke, 2009; Polvere, Macnaughton and Piat, 2013), la evidencia existente hasta el momento parece apuntar resultados positivos vinculados al modelo *Housing First,* lo que ha hecho que numerosos países de la Unión Europea lo hayan incorporado –con un concepto más amplio y con muchas variantes– como su línea principal en las estrategias de erradicación del sinhogarismo. De hecho, hace unos años se publicó la *Housing First Guide Europe* (Pleace, 2016), que pretendía ser una guía para la aplicación de este tipo de programas al contexto europeo. Recientemente, se ha publicado *Housing First In Europe. An Overview of Implementation, Strategy and Fidelity* (Pleace, Baptista y Knutagård, 2019) que intenta reflejar la implementación del modelo *Housing First* y los compromisos por 19 países europeos (Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Lituania, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portual, Rumanía, Eslovenia, España, Suecia y UK) hasta finales de 2018. En este informe se señala que, a pesar del importante interés mostrado por muchos países europeos y la puesta en marcha de diferentes iniciativas, no existen datos sólidos y uniformes sobre los

resultados de los mismos que permitan tener una imagen completa sobre la situación europea global y el impacto de este tipo de programas. El ritmo de implementación en los distintos países es claramente diferente, así, mientras en algunos países como Dinamarca y Finlandia el modelo está firmemente asentado, la implementación de programas basados en el modelo *Housing First* en otros países, como Alemania y los países del Este, es aún escasa.

En algunos países europeos, el modelo *Housing First* forma parte de la estrategia nacional de lucha contra la situación en situación de sinhogarismo, como Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda o Italia (Place *et al.,* 2019). También España, en su *Estrategia nacional integral para personas en situación de sinhogarismo 2015-2020,* introdujo, introdujo como línea estratégica la implantación progresiva del método *Housing First,* en paralelo con el conjunto de los otros recursos. Asimismo, distintas comunidades autónomas y municipios han manifestado un interés creciente en el modelo y en los últimos años se han puesto en marcha diferentes iniciativas en ese sentido.

La propia Comisión Europea, en un reciente estudio, ha señalado con claridad a *Housing First* como un modelo innovador de atención del problema del sinhogarismo, con una presencia creciente en Europa: *"the introduction/development of Housing First services is, by far, the most cited innovation in the last five years: ESPN experts in 14 countries, covering a wide geographical area across the EU, consider Housing First as the major recent innovation in homelessness service provision"* (Baptista y Marlier, 2020, 16).

1.3.

El modelo Housing First desde una perspectiva económica: estado de la cuestión

A pesar de la existencia de iniciativas, implementadas su gran mayoría en Estados Unidos y Europa, que han mostrado resultados favorables en la aplicación del modelo *Housing First (HF),* la literatura existente sobre los efectos económicos del programa aún es relativamente escasa. En comparación con otros aspectos del modelo HF, los estudios que se han ocupado de los costes son limitados y, en consecuencia, los resultados son a veces poco esclarecedores (NASEM, 2018). Distintas barreras son identificables en la explicación de esa situación:

- La propia naturaleza del fenómeno, esto es, la complejidad de articular sistemas de recogida de información respecto de la población de personas en situación de sinhogarismo. En particular el seguimiento durante períodos largos de tiempo tanto de personas usuarias de HF como, sobre todo, de quienes acuden a los sistemas de ayuda tradicional, cuyas circunstancias vitales determinan una alta movilidad y variabilidad.

- Junto a ello, también influye el factor individual, pues la duración y la frecuencia de cualquiera de estos servicios puede variar significativamente según la persona, lo que puede dificultar notablemente la elaboración de comparaciones de costes más exhaustivas (Johnson, Parkinson y Parsell, 2012).

- Pero por encima de todo, destaca la habitual carencia de información sobre los costes de los servicios de los programas tradicionales. Por supuesto, a nivel agregado y estadístico, la carencia de datos es prácticamente completa. En el mejor de los casos, se puede consultar la clasificación por programas de los presupuestos de las Administraciones Públicas de cierto tamaño, lo que en ningún caso permite descender a los niveles de detalle necesarios para ejecutar un análisis como el planteado en esta evaluación. En el peor, la falta de datos disponibles es aún mayor o incluso total. Esto sucede sobre todo con entidades no públicas, ya sea porque carecen de un sistema adecuado de contabilidad analítica o por la escasa disposición para explicitar los costes asociados al uso de determinados servicios.

De ahí que la investigación de estos programas desde la perspectiva económica se haya soportado esencialmente sobre la realización de estudios de casos, puntuales pero cada vez más numerosos, que van generando una evidencia científica creciente. Así, en la bibliografía especializada encontramos trabajos que han señalado efectos positivos y relevantes en cuanto a aspectos económicos vinculados al modelo, e incluso han demostrado que el modelo HF cuesta menos que los servicios de asistencia tradicionales (Gulcur, *et al.,* 2003; Tsemberis *et al.*, 2004; Gilmer, *et al.,* 2010; Ly and Latimer 2015). Una de las investigaciones más recientes llevadas a cabo en Reino Unido (Pleace y Bretherton, 2019), encontró que HF resulta menos costoso que sus alternativas más intensivas en apoyo, debido a que los costes de los programas HF tienden a descender con el paso del tiempo, conforme las personas usuarias van necesitando menos apoyo. También se comprueba el ahorro de costes en servicios no específicos de personas en situación de sinhogarismo (externalidades). Precisamente el ahorro de costes en recursos externos a los programas para personas en situación de sinhogarismo es

una de las fortalezas más señaladas del modelo HF. Por ejemplo, Mangano recoge 65 casos en Estados Unidos en los que los programas HF produjeron ahorro de costes (Mangano, 2009).

De manera específica, algunos estudios han puesto de manifiesto evidencias parciales del carácter coste-efectivo del programa *Housing First.* En 2010, Culhane y Byrne, tras dejar claro que el sinhogarismo crónico es caro, recogían una serie de estudios realizados en Estados Unidos con evidencias de que los programas tipo HF son coste-efectivos. Mason y Grimbeek (2013) señalaron esa condición positiva en la relación coste-efectividad, sobre la base de que, a largo plazo, el programa HF cuesta menos que la no atención, por reducción de externalidades, y con tendencia a decrecer su coste con el tiempo. También Blood *et al.* (2017, 78-84), en un trabajo que propone un modelo de intervención con HF en Reino Unido, recoge datos demostrativos del coste-efectividad en diversos estudios británicos. Wright and Peasgood (2018), de nuevo para Reino Unido, demuestran que el modelo HF es costo-efectivo comparado con servicios de atención tradicionales. Desde Canadá, Latimer *et al.* (2019) señalan que las intervenciones con HF son coste-efectivas comparadas con tratamientos usuales alternativos. Recientemente, en nuestro país, se ha descrito la obtención de ahorros netos unidos a la mejora de la calidad de vida en personas usuarias de recursos específicos de la red HF (Sánchez, Martínez y Abellán, 2019).

A nivel metodológico, como bien recoge la *Housing First Guide Europe* de FEANTSA, existen dos líneas fundamentales para medir la relación coste-efectividad de los programas *Housing First* (Pleace 2016: 69): mejores resultados en las personas con un menor o igual coste, en comparación con los recursos habituales existentes; y la estimación de los ahorros por el menor y/o mejor uso de recursos sanitarios, sociales y judiciales de las personas alojadas en viviendas *Housing First,* en comparación con las personas que permanecen en la calle o son atendidos por otros recursos (véase también Pleace *et al.* 2013, Wright and Peasgood 2018, NASEM 2018).

Entre los principales argumentos a favor, encontramos el de que los programas HF no requieren la construcción de ningún alojamiento especializado, como albergues o refugios de emergencia (Culhane, 2008). El núcleo de los estudios que arrojan un resultado favorable se fundamenta en que las personas que participan en el programa hacen un uso menor de los alojamientos de emergencia, de los servicios médicos de urgencia y tienen menos probabilidades de ser arrestados. Ello se traduce en una reducción de los costes asociados a estos participantes, todo lo cual redunda en una mayor eficiencia de HF frente a sus alternativas (Culhane 2008; Larimer *et al.* 2009; Tsemberis, 2010; Basu *et al.* 2011; Srebnik, Connor and Sylla 2013; Bretherton and Pleace 2015). Otro aspecto relevante que se ha demostrado es que, para los adultos con discapacidades psíquicas y/o enfermedades mentales crónicas, la vivienda con apoyo se asocia con un ahorro en costes sociales, derivados de una notable reducción de los días de hospitalización y el menor uso del sistema sanitario en comparación con las personas que permanecen en la calle o en otros programas (Brown, Ridgway, Anthony and Rogers, 1991; Goldfinger *et al.* 1997; Gulcur *et al.,* 2003; Stefancic and Tsemberis 2007).

Las iniciativas llevadas a cabo en Europa muestran resultados similares. Aquí destaca el proyecto *Housing First Europe,* impulsado y financiado por la Comisión Europea, en el que se incluyen evaluaciones locales llevadas a cabo en Ámsterdam, Lisboa, Budapest, Copenhague y Glasgow. Este trabajo concluye que esta vía de acción es la más eficiente en la lucha contra en sinhogarismo. En varias de las ciudades estudiadas se ha destacado que el enfoque de *Housing First* es más rentable que otros servicios disponibles, y aunque es cierto que se necesitaría estudiar más este aspecto ya que los

datos son insuficientes, las altas tasas de retención en cuatro de las cinco ciudades estudiadas parecen indicar un uso eficiente de los recursos económicos (Busch-Geertsema, 2012 y 2013).

Un interesante estudio efectuado en Francia (Lemoine, 2019) da cuenta de la capacidad de *Housing First* para generar un sistema de asignación de recursos más eficiente que sus alternativas directas. Aplicado en las ciudades de Lille, Marsella, Toulouse y París entre 2011 y 2014 con una muestra de 703 personas en situación de sinhogarismo con enfermedades mentales severas (HF 353; TAU 350) seguidos durante 24 meses, con la intención de replicar los análisis de coste-efectividad que se han llevado a cabo internacionalmente. Entre los resultados de la evaluación destaca que los participantes del grupo *Housing First* estuvieron un 246% más de días alojados en comparación con el grupo de control, con un sobrecoste de sólo el 3%. Asimismo, se puso de relieve la efectividad del modelo *Housing First* al generar ahorros significativos en el uso de los servicios sociales y de salud, los cuales suponen un alivio de los recursos netos que requiere la financiación del programa.

Una vez más, sin embargo, también existen análisis económicos cuyas conclusiones son menos positivas para los programas HF. Si bien los mejores resultados en la evolución de las personas parecen claros, el coste del modelo es en ocasiones superior al de otras alternativas tradicionales (Rosenheck, Kasprow, Frisman and Liu-Mares 2003; Goering *et al.* 2014).

La clave parece estar en la relación entre el coste de los programas y su efectividad respectiva en términos de resultados en las personas, aspecto que precisamente aborda esta evaluación.

1.4.

El programa Hábitat

En 2014, RAIS Fundación puso en marcha, por primera vez en España, un programa piloto denominado Hábitat que se adscribe a las pautas del modelo *Housing First.* Este programa Hábitat de RAIS Fundación se adscribe a la línea más fiel al modelo original de *Housing First,* considerándose desde el primer momento la evaluación como un elemento clave en el diseño del programa, al carecer de experiencias previas en el contexto español.

Según se señala en el Documento de apoyo sobre la implantación del modelo *Housing First,* elaborado por RAIS Fundación (2015) siguiendo dicho modelo, el programa Hábitat está dirigido específicamente a aquellas personas en situación de sinhogarismo que, por la complejidad de su proceso de exclusión, suelen quedar fuera de los sistemas tradicionales de atención denominados *Staircase System* (sistemas "en escalera") (pp. 35). Concretamente, las personas usuarias de Hábitat tienen que cumplir estos cuatro criterios:

1. Ser mayores de 18 años.

2. Encontrarse en el momento actual en situación de sinhogarismo (*roofless*), considerando como tal quienes se encuentren en un espacio público o exterior (*public space or external space, categoría 1 de ETHOS - European Typology of Homelessness and housing exclusión,* FEANTSA 2005, adjuntada al final del documento) o en centros de acogida de emergencias (*people in emergency accommodation,* categoría 2 de ETHOS).

3. Contar con una dilatada trayectoria en esta situación, considerando como tal:

    a. que lleven más de un año pernoctando de modo continuo en espacios públicos (*public space or external space,* categoría 1 de ETHOS) y/o en centros de acogida de emergencias (*people in emergency accommodation,* categoría 2 de ETHOS).

    b. que lleven un mínimo de tres años en la situación actual (categoría 1 ó 2 de ETHOS) y/o centros de acogida para personas en situación de sinhogarismo (*people in accommodation for the homeless,* categoría 3 de ETHOS).

4. Que tengan un problema de salud mental, adicciones y/o discapacidad añadido a su situación de en situación de sinhogarismo.

En consecuencia, las personas usuarias de las viviendas de Hábitat sufren trastornos mentales y/o trastornos de adicción y/o discapacidad, además de un historial dilatado de estancia en la calle o en dispositivos de emergencias. Hábitat (RAIS Fundación, 2015) les proporciona un acceso inmediato e incondicional a una vivienda individual con la oferta de los apoyos que la persona necesite. La oferta de apoyos implica voluntariedad por parte de la persona, sin que en ningún caso pueda exigirse o vincularse el mantenimiento en la vivienda a la obligatoriedad de participar en procesos de rehabilitación o inclusión social.

En cuanto a la vivienda, existen diferentes formas de vinculación de éstas en el programa en función de los diferentes acuerdos en las ciudades donde

el programa Hábitat se desarrolla. No obstante, el procedimiento habitual es que, tras el acuerdo de participación en el programa de la persona usuaria, la vivienda se proporciona mediante un contrato de cesión de uso sometido a las condiciones establecidas para los arrendamientos por la Ley de Arrendamientos Urbanos. Lo que se presta sin límite de tiempo es el servicio de apoyo, independiente del anterior y disponible durante todo el tiempo que sea necesario. Así, en algunas ciudades en las que el ayuntamiento cuenta con bolsa de viviendas en alquiler, las viviendas de Hábitat han sido facilitadas por esta vía, mientras que en otras ciudades se ha recurrido al mercado de viviendas de alquiler.

El programa Hábitat, fiel al modelo *Housing First,* antepone y enfatiza la importancia de la elección de la persona como un elemento central en la intervención. Las personas participantes eligen, por ejemplo, el tipo, la frecuencia y la secuencia de los servicios. También pueden elegir su barrio y el apartamento en función de la disponibilidad.

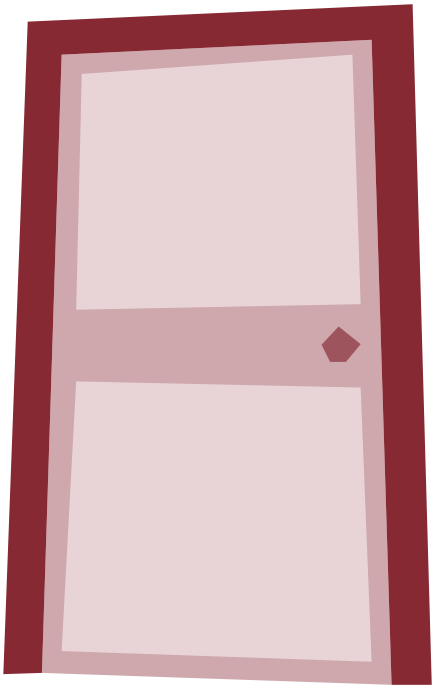
Un elemento central del programa Hábitat es el énfasis en la individualización de la atención y en la desinstitucionalización. Este énfasis en el tratamiento individual y personal de cada participante se traduce en una prestación de servicios o de apoyos con carácter permanente, flexible e individualizada, tan intensa como sea posible. En cualquier caso, de carácter voluntario para la persona participante, quien posee la capacidad de autodeterminación y control en relación con los servicios que desea recibir; este enfoque no es habitual para los técnicos de intervención, quienes reciben formación específica en el modelo y en estas nuevas reglas del juego participante-técnico, antes de la entrada en el programa. La desinstitucionalización es otro de los elementos esenciales del programa, en la medida en que se opta por una respuesta normalizada, en un entorno normalizado.

A partir del año 2017, RAIS Fundación ha generado una Alianza con la Asociación Provivienda. Este acuerdo, bajo el nombre de Alianza para el desarrollo del modelo HF en España, persigue 3 objetivos fundamentales:

1. Generar una dinámica de desarrollo del modelo en España, con respeto a la fidelidad al modelo original.

2. Intensificar la separación entre el alojamiento y el tratamiento. Tal como propone el modelo a nivel teórico y en la práctica se viene haciendo en EEUU, Canadá y en diversas experiencias europeas en las que son dos entidades distintas quienes se ocupan de cada ámbito de intervención.

3. Incorporar a esta Alianza a otras organizaciones para el desarrollo del modelo en territorios en los que se identifiquen otras entidades interesadas en vincularse y seguir la metodología.



Metodología de evaluación

2.

2. Metodología de evaluación

2.1. Diseño

La metodología de la evaluación parte de la metodología del proyecto *Housing First Europe* (Busch-Geertsema, 2013), intentando superar algunas de las limitaciones señaladas en sus propias conclusiones de comparación.

2.2. Participantes

La variable independiente, según la cual se definen los dos grupos de participantes, es la intervención que reciben las personas participantes en el Programa Hábitat, frente a aquellos que utilizan otras alternativas convencionales de tratamiento (los programas y alternativas de atención ya existentes en el contexto). El grupo de comparación se define por su no pertenencia al Programa Hábitat.

Grupo experimental

El grupo experimental está compuesto por las personas usuarias del programa Hábitat. Estas personas participantes tienen que cumplir necesariamente los cuatro criterios expuestos previamente.

Grupo de comparación

El grupo de comparación está compuesto por aquellas personas que no han obtenido plaza en el programa a pesar de cumplir los requisitos para su incorporación al mismo y han quedado en lista de espera para su posible incorporación posterior.

2.3. Tamaño muestral

El trabajo de campo desarrollado en esta evaluación ha supuesto un esfuerzo muy significativo en la investigación de los programas *Housing First* en nuestro país. Aunque no alcanza el tamaño de los mayores estudios realizados a nivel internacional (Rosenheck *et al.*, 2003: N=460; Goering *et al.,* 2014; N=2148; Lemoine *et al.*, 2019: N= 703), **la muestra manejada supera de largo los estudios realizados en España** (Bernad *et al.*, 2016: N=62; Housing First Guide Europe, 2016: N=38; Sánchez, Martínez y Abellán, 2019: N=10).

Grupo experimental

Inicialmente se estableció un tamaño muestral mínimo de 150 personas, usuarias del programa Hábitat de distintas ciudades españolas. Finalmente, 152 personas fueron evaluadas inicialmente tras ser asignados al programa Hábitat, de las cuales 114 **fueron entrevistadas 18 meses después.** Esto supone un 75% de la muestra inicial.

En la evaluación del programa Hábitat, llevada a cabo entre mayo del 2015 y febrero de 2020, participaron personas de 13 municipios españoles, concretamente, Avilés, Barcelona, Córdoba, Coslada, Granada, Madrid, Sevilla, Zaragoza, Alicante, Arona, Santa Cruz, Donosti y Móstoles.

Grupo de comparación

Para la determinación inicial del tamaño muestral del grupo de comparación se tuvieron en cuenta algunas consideraciones relacionadas con las propias características de la población en situación de sinhogarismo. Una de las mayores dificultades para llegar a conocer los resultados de las intervenciones dirigidas a la población en situación de sinhogarismo es la dificultad para el seguimiento de las personas usuarias a lo largo del tiempo. La localización de las personas en situación de sinhogarismo o con problemas graves de exclusión social se hace especialmente complicada por la gran movilidad e inestabilidad de la situación de este colectivo.

Diferentes trabajos han conseguido porcentajes de seguimiento a los 12 meses cercanos al 50% (e.g. Nuttbrock *et al.*, 1999; Toro *et al.*, 1997), aunque en el caso de algunos trabajos se han conseguido porcentajes de seguimiento mayores, llegando incluso en algunos casos al 80% (e.g., Braucht *et al.,* 1995; Devine *et al.,* 1995; Shern *et al.*, 1997; Tsemberis *et al.*, 2003). Los estudios longitudinales en España han sido muy escasos, muy probablemente por las importantes dificultades de localización de las personas en situación de sinhogarismo en diferentes momentos temporales y por el alto coste de este tipo de trabajos. Concretamente, el porcentaje de participación en las evaluaciones de seguimiento han ido desde el 27% entre los 11 y los 24 meses (Muñoz *et al.*, 2003) hasta el 42% a los 12 meses (Panadero, 2004).

En base a la evaluación piloto realizada por RAIS Fundación (dos unidades del grupo control por cada unidad del grupo experimental) se decidió que: el tamaño muestral del grupo de intervención o experimental, estaría determinado a partir del número de plazas del programa de *Housing First* en cada una de las ciudades, marcando como objetivo 150 personas al final de la evaluación. El tamaño inicial del grupo de comparación se estableció al comienzo del trabajo de campo (en 2015 en la ciudad de Madrid) en una ratio de 2,5 respecto al número de plazas existentes en el programa Hábitat, en previsión de importantes pérdidas de participantes durante el seguimiento. Con posterioridad, y teniendo abierto el campo, se decidió incrementar esta ratio para las nuevas incorporaciones, hasta que el número de personas del grupo de comparación triplicara al grupo de Hábitat. Este cambio se realizó en agosto de 2017, ante el riesgo de llegar al final de la evaluación sin la correspondencia necesaria para abordar el análisis.

En este caso, y teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, aunque se realizaron 284 entrevistas a personas del **grupo de comparación,** finalmente se consiguió entrevistar a un total de **141 personas 18 meses después de su entrevista inicial.** Esto supondría aproximadamente un 50% de las personas inicialmente entrevistadas. Como ya se ha comentado, esta importante pérdida de personas participantes se había previsto inicialmente.

2.4.

Asignación de las personas participantes a los grupos

La evaluación externa ha verificado el cumplimiento de este proceso de asignación aleatoria del grupo de intervención. Se ha verificado el ajuste de las personas al perfil y la objetividad y cumplimiento de los criterios establecidos en la selección y asignación de estas personas a los grupos de intervención y de comparación. La asignación de las personas participantes al grupo de comparación se ha realizado por procedimiento aleatorio estratificado proporcional considerando el género de las personas que participan, realizándose de forma independiente para cada una de las ciudades participantes. Se ha utilizado un procedimiento informático para seleccionar a aquellas personas que se incorporarían al programa (mujeres y hombres de forma independiente), en un acto transparente al que han podido asistir aquellas entidades derivadoras que lo han deseado. Este procedimiento se ha realizado de forma independiente para cada una de las ciudades participantes, aunque en todos los casos se ha llevado a cabo por el Departamento de Evaluación, Investigación y Calidad de Rais Fundación, sin que hayan participado en el mismo los equipos profesionales vinculados de alguna forma al programa o personas que hubieran tenido relación directa con las posibles personas usuarias.

La selección de hombres y mujeres se ha realizado de forma separada. Considerando la proporción entre hombres y mujeres en situación de sinhogarismo en España (Panadero y Vázquez, 2013) se determinó que aproximadamente el 15-20% del grupo de intervención y también del grupo de comparación estuviera formado por mujeres. En el momento inicial, el 20,2 del total de personas entrevistadas fueron mujeres (20,4 en el grupo Hábitat y 20,1 del grupo de comparación). El 20,3% de las personas participantes en el seguimiento a 18 meses fueron mujeres (18,4% de las personas participantes del grupo Hábitat y el 22,0% de las personas participantes del grupo de comparación).

2.5.

Áreas e instrumentos de evaluación

Considerando los resultados encontrados por los diferentes trabajos realizados y la consistencia de los mismos, presentados en diferentes revisiones (e.g. Groton, 2013; Waegemakers Schiff y Rook, 2012) y, sobre todo, teniendo en cuenta las áreas consideradas en el proyecto *Housing First Europe* (Busch-Geertsema, 2013) para facilitar la comparación de resultados, se decidió considerar las siguientes áreas (Variables Dependientes):

- Uso de alcohol y otras sustancias.
- Salud.
- Calidad y condiciones de vida.
  - Retención de alojamiento.
- Apoyo social.
- *Empowerment*.
- Integración en la comunidad y conflictos.
- Acceso y uso de recursos:
  - Uso de recursos sanitarios generales y especializados (ej. hospitalización general y psiquiátrica, consultas con médicos generales y especialistas).

- Uso de recursos especializados en intervención en problemas relacionados con el uso de sustancias.
- Uso de recursos sociales generales y específicos para personas en situación de sinhogarismo.
- Uso de recursos del sistema legal.

La entrevista parte de la utilizada durante el piloto del programa Hábitat, aunque incluye algunas modificaciones sustanciales: eliminación de preguntas para intentar reducir el tiempo de aplicación, así como facilitar su realización e introducción de nuevas preguntas e instrumentos estandarizados con el objetivo de mejorar la recogida de información sobre algunas áreas.

La siguiente tabla (Tabla 1), recoge las principales áreas, instrumentos y fuentes utilizadas, que se han aplicado a ambos grupos evaluados (excepto la escala GENCAT que se aplicó sólo al equipo de profesionales que acompaña a las personas del grupo Hábitat).

2.6.

Características iniciales de las personas participantes

En la tabla siguiente, se recogen las características iniciales de las personas participantes en la evaluación del programa Hábitat. La entrevista inicial fue realizada a un total de 436 personas (152 personas del programa Hábitat y 284 personas del grupo de comparación). A continuación, se recogen las características iniciales de todas las personas participantes.

Como se puede observar en la tabla, las características iniciales de los dos grupos resultaron muy similares: en ambos casos el porcentaje de mujeres era del 20% (criterio fijado previamente), de una edad media cercana a los 50 años, mayoritariamente de nacionalidad española. Estos datos iniciales ya indican claramente la difícil situación de las personas participantes: en ambos grupos, el tiempo en situación en situación de sinhogarismo era muy prolongado (la media superaba los 10 años en dicha situación), las enfermedades graves o crónicas muy frecuentes (más del 45%) y en uno de cada tres casos tenían una discapacidad. Esto se refleja también en el perfil de derivación de las personas participantes: una de cada tres tenía problemas de

Tabla 1.
Áreas e instrumentos para la evaluación de resultados del programa Hábitat.

Áreas	Instrumentos	Fuente
Características sociodemográficas	Preguntas incluidas en la Encuesta de personas en situación de sinhogarismo realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012)	Entrevista estructurada Fichas de derivación
Uso de alcohol y otras sustancias	Preguntas extraídas del EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995)	Entrevista estructurada
Salud	GHQ-28 (Goldberg, 1996) EuroQol-5D-5L (Herdman *et al.*, 2001) Preguntas a partir de la Encuesta Nacional de Salud	Entrevista estructurada
Calidad y condiciones de vida	GENCAT (Verdugo *et al.*, 2008) Items de calidad de vida subjetiva del QoL (Lemanh, 1993)	Entrevista estructurada Cuestionario profesionales
Retención y condiciones de alojamiento	Definido según HF Europe	Entrevista estructurada
Apoyo social	Preguntas utilizadas en estudios previos (Muñoz *et al.*, 2003; Vázquez *et al.*, 2013) Preguntas utilizadas en Barómetros del CIS	Entrevista estructurada
Integración en la comunidad y conflictos	Preguntas incluidas en instrumentos como el Qoli o el EuropAsi y en Barómetros del CIS Preguntas a partir de las utilizadas en HF Europe	Entrevista estructurada Cuestionario profesionales
Acceso y uso de recursos	Preguntas elaboradas a partir de la Encuesta de personas en situación de sinhogarismo realizada por el INE (2012)	Entrevista estructurada Cuestionario profesionales

Tabla 2.
Descripción de las características iniciales de todas las personas participantes (GH y GC).

Instrumentos	Grupo Hábitat		Grupo de comparación		t/χ2(1)
	n		n		
Sexo					0,006
Hombres	121	79,6%	227	79,9%	
Mujeres	31	20,4%	57	20,1%	
Edad media (DT)	152	48,12 (9,63)	283	49,42 (9,43)	-1,359
Nacionalidad					
Española	90	59,2%	183	64,4%	2,443
Perfil de derivación					
Salud mental	55	36,2%	98	34,5%	0,122
Adicciones	113	74,3%	237	83,5%	5,188*
Discapacidad	39	25,7%	79	27,8%	0,234
Historia en la situación en situación de sinhogarismo					
Tiempo medio en situación de sinhogarismo (en meses) (DT)	125	131,71 (111,95)	239	126,36 (105,81)	0,450
Salud y discapacidad					
Tiene una discapacidad	56	37,6%	96	34,3%	0,462
Le ha dicho algún médico que tiene una enfermedad grave o crónica	70	46,7%	131	46,8%	0,001

(1) Se han aplicado pruebas t para muestras independientes para las variables continuas y pruebas de χ2 para las variables categóricas.
*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

salud mental, más de tres de cada cuatro tenía problemas relacionados con el consumo de sustancias y uno de cada cuatro discapacidad.

La única diferencia que se identifica en estas características iniciales afecta al perfil de derivación: concretamente, en el grupo de comparación, el porcentaje de personas con problemas de adicciones es significativamente superior al del grupo Hábitat (84% y 74% respectivamente).

También se analizaron las diferencias entre aquellas personas que habían participado en los seguimientos y aquellas que no lo habían hecho. No se observaron diferencias en edad, tiempo en situación de sinhogarismo, sexo ni nacionalidad de las personas que han participado en los seguimientos de 12 y 18 meses y aquellos que no lo habían hecho. En cuanto al perfil de derivación, no aparecieron diferencias en perfil de derivación por discapacidad ni por adicciones, aunque sí en derivación por problemas de salud mental. Concretamente, el porcentaje de personas que fueron derivadas al programa por problemas de salud mental participaron en menor medida en ambos seguimientos, lo que podrá suponer un sesgo en los resultados. A los 12 meses, el 37% de las personas derivadas por motivos de salud mental no realizaron la entrevista de seguimiento frente a un 25,4% de las personas derivadas por otros motivos (χ^2=6,418; p=0,011). A los 18 meses los porcentajes fueron del 50% y 37% respectivamente (χ^2=6,826; p=0,009).

2.7.

Evaluación de resultados. Aspectos metodológicos específicos

Esta primera parte de la evaluación se centra en la evaluación de los resultados del programa Hábitat, concretamente, en los dos primeros objetivos de la evaluación externa del programa:

Objetivo 1: Conocer los efectos del programa sobre diferentes áreas. Es decir, conocer en qué medida el programa contribuye a la inclusión de las personas y a la mejora de su calidad de vida considerando diferentes dimensiones:

- **Alojamiento, objetivo esencial del programa,** mediante la retención de alojamiento.

- **Bienestar, salud y calidad de vida** (mejoras en la salud, condiciones de vida y bienestar, incluyendo seguridad).

- **Integración comunitaria,** mediante el acceso a recursos normalizados y la participación comunitaria.

Objetivo 2: Comparar resultados del programa con los de sus alternativas. **Comparar los resultados** alcanzados por las personas usuarias en el programa Hábitat con los que consiguen quienes son atendidos por otros recursos.

Las hipótesis concretas en relación con estos dos objetivos serían:

El programa Hábitat:

Hipótesis 1:

Es una respuesta adecuada para las personas en situación de sinhogarismo que viven en la calle de forma prolongada y tiene especiales problemáticas (discapacidad, enfermedad mental, adicción), que conseguirá mejorar el acceso y mantenimiento a un alojamiento estable y de calidad además de la normalización en el uso de recursos y mejoras en el bienestar y calidad de vida de las personas. Será, por tanto, una solución duradera y estable para las personas en situación de sinhogarismo con mayores dificultades.

Hipótesis 2:

Mejorará en mayor medida y más rápidamente que otras alternativas de intervención tanto la estabilidad y calidad del alojamiento de las personas en situación en situación de sinhogarismo, como otros aspectos centrales (calidad de vida, bienestar, salud e integración comunitaria). Será, por tanto, una solución más efectiva que otras alternativas disponibles en la atención a personas en esta situación con especiales dificultades.

Para dar respuesta a los primeros objetivos planteados se han realizado los siguientes análisis de datos, utilizando para ello el sistema de análisis estadístico y de gestión de datos SPSS:

1. **Para la descripción de la muestra.** Para analizar las características de la muestra en los momentos de evaluación se realizarán análisis descriptivos: análisis de frecuencias, media, mediana, etc., en función del tipo de variable.

2. **Para el análisis de la interacción entre los cambios producidos a lo largo del tiempo en las distintas variables y el grupo de pertenencia (Grupo Comparación (GC) y Grupo Hábitat (GH)).**

Para este informe se han considerado fundamentalmente tres momentos de medida: evaluación inicial y seguimientos de 12 y 18 meses (se ha descartado incorporar el seguimiento realizado a los 6 meses por la pérdida de participantes que suponía). Se trata por tanto de un diseño mixto con dos grupos independientes (GC y GH) y tres medidas repetidas por lo que se ha utilizado para las v**ariables continuas** pruebas de ANOVA *mixto*.

En el diseño de los análisis que se han realizado sólo para dos momentos temporales (0 y 18 meses), por la necesidad de simplificar la información y/o intentar maximizar el tamaño muestral, se han utilizado pruebas t de *Student para muestras relacionadas,* así como t de *Student para muestras independientes* para identificar cambios entre los grupos (GC y GH).

En el caso de las **variables no continuas** se han utilizado las siguientes pruebas no paramétricas:

- Para el análisis conjunto de los tres momentos temporales:
  - Variables dicotómicas: *Prueba de Q de Cochran.*
  - Variables ordinales: *Prueba de Friedman.*
- Para el análisis de los momentos temporales dos a dos (que permitieran identificar el momento en el que ocurrían los cambios):
  - Variables dicotómicas: *Prueba de McNemar.*
  - Variables ordinales: *Prueba de Wilcoxon.*
- Para la comparación entre grupos:
  - Para variables nominales, el estadístico *Chi* cuadrado.

Apuntes sobre la equivalencia de los grupos

Antes de presentar los resultados de la evaluación del programa Hábitat, merece la pena hacer una consideración sobre la **equivalencia de los grupos de participantes.** Aunque el diseño de la evaluación pre-

tende garantizar, mediante asignación aleatoria de las personas participantes a los grupos, la equivalencia de los mismos, se han analizado las diferencias existentes entre las personas usuarias del programa Hábitat y las personas participantes del Grupo de comparación en las variables más relevantes en el momento inicial de puesta en marcha del proyecto. Considerando ambos grupos completos en el momento inicial, **no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas, situación económica, historia en situación de sinhogarismo, victimización, salud y discapacidad.**

Sin embargo, sí se encontraron algunas **diferencias** que podrían ser relevantes en relación con el perfil de derivación. Concretamente, en la existencia de **problemas relacionados con el consumo de sustancias:** el 74,3% de las personas usuarias del programa Hábitat presentaban algún tipo de adicción según su informe de derivación frente a un 83,5% de las personas participantes asignados al grupo de comparación (χ^2 = 4,188; p ≤ .05). Estos datos coinciden con la percepción de los propios participantes. Aunque el porcentaje de participantes que identifican tener problemas con el consumo de alcohol es muy similar, sí difieren significativamente en cuanto a la percepción de problemas con el consumo de otras sustancias: el 6,8% de las personas participantes del grupo Hábitat frente al 18,9% de los asignados al grupo de comparación (χ^2 = 11,022; p ≤ .001). Esto podría suponer un sesgo que habría que tener en cuenta a la hora de considerar los resultados.

No obstante, en el presente informe final, para el análisis de los resultados del programa se han considerado exclusivamente aquellas personas participantes que habían participado, al menos, en tres momentos de medida: evaluación inicial, entrevista a 12 y 18 meses. El total de personas consideradas, por tanto, es mucho menor que el total de personas inicialmente evaluadas, concretamente, 242 personas: 111 del programa Hábitat y 131 del grupo de comparación.

Cuando únicamente se consideran las características iniciales sólo de aquellas personas del grupo de comparación que fueron localizadas y entrevistadas a los doce meses (Tabla 3) estas diferencias desaparecen, por lo que, al menos para las variables consideradas, se apunta **la equivalencia de ambos grupos.** En la siguiente tabla se recogen las características referidas a esta submuestra, que es con la que se han realizado los análisis para la evaluación de los resultados.

Tabla 3.
Descripción de las características iniciales de las personas participantes de los GH y GC de los que se tiene datos a 0, 12 y 18 meses.

Instrumentos	Grupo Hábitat		Grupo de comparación		t/χ2 (1)
	n		n		
Sexo					
Hombres	91	82,0%	102	77,9%	,631
Mujeres	20	18%	29	22,1%	,631
Edad media (DT)	111	48,38 (10,05)	130	49,53 (8,98)	-,941
Nacionalidad					
Española	65	58,6%	83	63,4%	2,124
Perfil de derivación					
Salud mental	30	27,0%	40	30,5%	,360
Adicciones	81	73,0%	108	82,4%	3,150
Discapacidad	25	22,5%	31	23,7%	0,044
Historia en la situación en situación de sinhogarismo					
Tiempo medio en situación de sinhogarismo (en meses) (DT)	93	129,02 (108,00)	111	124,67 (112,36)	,282
Salud y discapacidad					
Tiene una discapacidad	40	36,7%	43	33,3%	,294
Le ha dicho algún médico que tiene una enfermedad grave o crónica	51	46,4%	62	47,7%	,042

(1) Se han aplicado pruebas t para muestras independientes para las variables continuas y pruebas de χ2 para las variables categóricas.
*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Además de las consideradas en la tabla anterior, se han considerado otras variables en las que tampoco se han encontrado diferencias **estadísticamente significativas relacionadas, por ejemplo, con historia en situación de sinhogarismo (número de veces en situación de sinhogarismo) o victimización (agresiones, robos, etc.).**

- En el momento inicial no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas, situación económica, situación e historia laboral, victimización, salud y discapacidad entre las personas participantes del GH y GC.
- Sin embargo, se detectan algunas diferencias relevantes en el perfil de derivación respecto a la existencia de problemas relacionados con el consumo de sustancias.
- No obstante, estas diferencias desaparecen cuando sólo se consideran aquellas personas que han participado en los tres momentos de medida considerados en este informe para la evaluación de resultados: 0, 12 y 18 meses.

2.8.

Evaluación económica. Aspectos metodológicos específicos

En esta parte de la evaluación nos ocupamos de los aspectos referidos al impacto económico que tiene el tratamiento y asistencia a las personas en situación de sinhogarismo en España. La hipótesis central es:

Hipótesis 3:

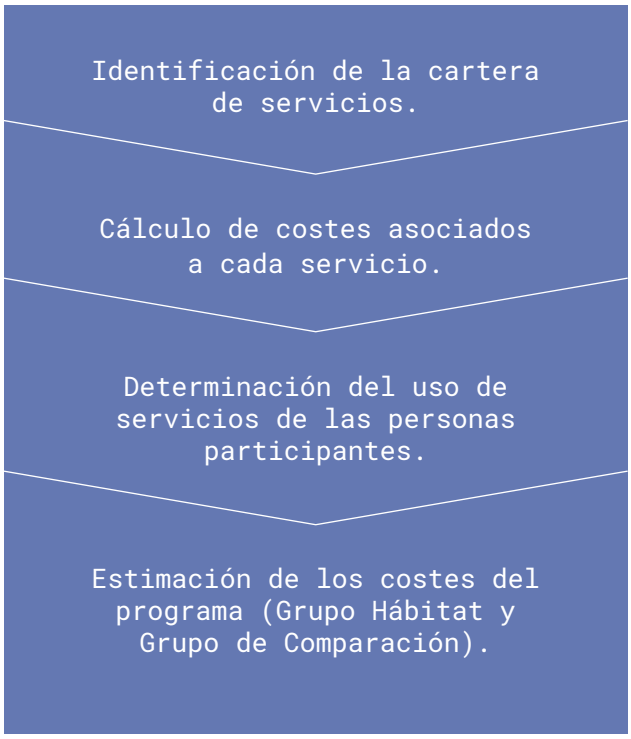
- El programa Hábitat es la respuesta idónea para las personas en situación de sinhogarismo con más dificultades
- Los recursos económicos empleado se traducen en una respuesta social adecuada (*Good value for money*)
- El coste se adecúa al servicio proporcionado y no existe diferencial negativo entre el coste del programa Hábitat y otras alternativas (no es más costoso)
- Existe un diferencial positivo en la comparación de la relación entre coste y tasas de éxito y calidad del programa Hábitat y de otros programas alternativos que le hace más eficiente

Se parte de los siguientes objetivos:

Objetivo 3: Identificar los costes del Programa Hábitat con referencia: grupo experimental. La secuencia de etapas de cálculo es la siguiente: 1) cálculo de costes asociados a cada servicio incluido en el programa Hábitat; 2) determinación del uso de servicios que realizan las personas participantes en el estudio; 3) estimación de los costes del programa Hábitat.

Objetivo 4: Acotar los costes de otros recursos y compararlos con el Programa Hábitat. Identificar los **costes de quienes son atendidos en otros recursos** y compararlos con los del programa Hábitat. Referencia: grupo de comparación. Secuencia de etapas de cálculo: 1) cálculo de costes asociados a cada servicio incluido en los programas alternativos (otros recursos); 2) determinación del uso de servicios que realizan las personas participantes en el estudio; 3) estimación de los costes de los programas alternativos; 4) comparación con los del programa Hábitat.

La estructura de análisis y secuencia de **etapas** de cálculo son las siguientes:



Los indicadores de referencia:

- Coste total del servicio: importe agregado del coste de funcionamiento de cada servicio considerado.

- Coste unitario del servicio: cociente entre el coste total del servicio y el número de unidades ofertadas.

- Nivel medio de uso del servicio: media aritmética de las veces que las personas usuarias hacen uso de cada servicio.

- Coste medio por persona usuaria del servicio: producto entre el coste unitario del servicio y el nivel medio de uso correspondiente.

- Coste medio del programa: agregación de los costes medios de todos los servicios que componen el programa.

- Nivel de uso medio efectivo del servicio: para aislar el uso parcial de un recurso, mediante la desagregación de los usos realizados.

- Coste medio efectivo del servicio: producto entre el coste total unitario del servicio y el nivel de uso medio efectivo correspondiente.

- Coste medio efectivo del programa: agregación de los costes medios efectivos de todos los servicios que componen el programa.

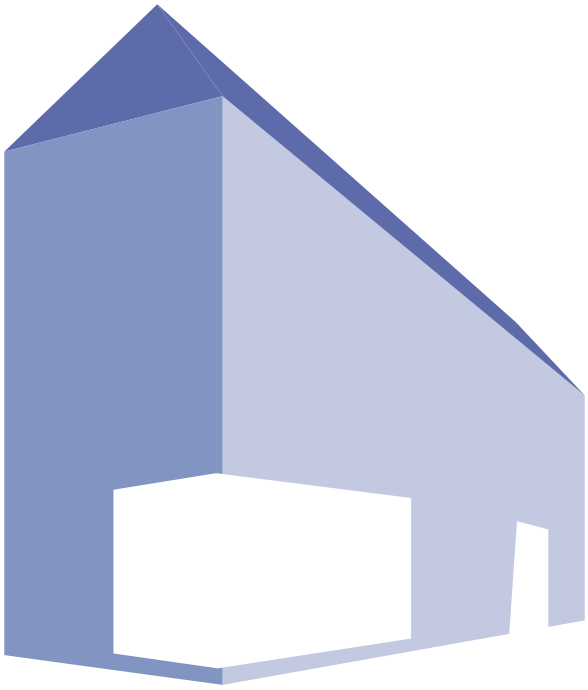
Una vez obtenida la información para cada grupo de estudio, se comparan los resultados entre ambos para cada indicador.

La depuración de resultados

Esta evaluación tiene, entre sus diversas características, un importante condicionante de partida: la necesidad de someter a comparación las situaciones dispares que existen entre los dos grupos de estudio, en cuanto a la diferencia radical del tratamiento ofrecido por el programa de estudio, una asistencia residencial estable con acceso a una atención completa, y el de unas alternativas que carecen de ellos en la mayoría de los casos, lo cual tiene un impacto evidente sobre sus costes respectivos.

En un intento de armonizar esas condiciones y mejorar la comparabilidad de los resultados, hemos realizado una simulación alternativa, afinando los resultados inicialmente observados mediante el empleo de **indicadores equivalentes.** El más importante de ellos es la incorporación de costes proporcionales a la no atención o atención parcial (por ejemplo, cuando no se recibe alojamiento durante ciertos días en los programas tradicionales). Supone la construcción de un supuesto en el que las personas participantes en el estudio son alojados durante 30 días completos, bien en Hábitat, bien en sistemas de alternativos de atención a personas en situación de sinhogarismo, para calcular así el importe correspondiente a ese consumo pleno de alojamiento y analizar su impacto sobre la estructura general de costes. Entendemos que la oportunidad de obtener una imagen más cercana de nuestro objeto de estudio prima sobre los posibles riesgos siempre implícitos en cualquier simplificación de la realidad, pues éstas nos ayudan a comprender mejor los fenómenos complejos, como es el caso.

También se ha buscado aproximar el afloramiento de algunos costes que tradicionalmente quedan ocultos en recursos tradicionales de atención a las personas en situación de sinhogarismo (como, por ejemplo, la participación de *staff* voluntario), mediante la imputación por las propias entidades consultadas de los costes indirectos asociados a la prestación de sus servicios. En este apartado se incluyen también el análisis del ahorro de costes generados por ambos programas. Ahorro por la evolución temporal decreciente de la intensidad de uso de servicios especializados, conforme las personas se incorporan al circuito de los servicios normalizados.



El planteamiento metodológico de partida ha podido ser ejecutado en su mayor parte. Aunque algunas iniciativas que se plantearon al comienzo de la investigación se han demostrado no factibles dadas las condiciones del estudio y la disponibilidad de información existente. No obstante, podrían constituir interesantes vías de avance en investigaciones futuras. Es el caso de la posibilidad de incorporar al análisis los costes de oportunidad asociados al abandono de programas (descenso de la escalera; vuelta al punto de partida), dado que volver a la calle podría ser entendido como un despilfarro de los recursos consumidos, que a la larga no sirve para solucionar la situación de esas personas. Más si se trata de hacer una comparación de un programa como Hábitat que, como veremos, presenta unas tasas elevadísimas de retención del alojamiento y, por tanto, de erradicación del sinhogarismo, desde el primer día y a largo plazo, con otras alternativas que presentan frecuentes entradas y salidas de las personas usuarias, cronificando una situación de sinhogarismo parcial en la que se recae una vez tras otra. Aunque no ha sido posible abarcar esta dimensión en este trabajo, consideramos que sería útil avanzar en esa dirección. Otro de los aspectos que pueden tenerse en cuenta en próximas investigaciones es la incorporación de costes ocultos relacionados con la amortización de capital fijo, particularmente del valor de construcción de inmuebles e infraestructuras. Estos importes no repercuten sobre programas como Hábitat, basados en la utilización de viviendas de alquiler (privadas o públicas), pero sí forman parte de los costes en que incurren otros modelos alternativos (albergues, centros de acogida, alojamientos para colectivos específicos, etc.) y que, sin embargo, no se reflejan en sus gastos de funcionamiento porque no se hacen explícitos de forma directa.

Salvo indicación en contra, todos los **importes se encuentran en euros del año 2018.**

2.8.1.

El coste de los recursos sociales en la atención a las personas en situación de sinhogarismo

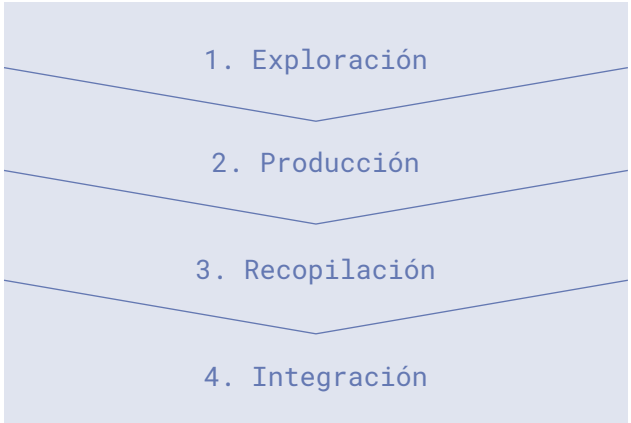
La metodología planteada tiene por objeto **la recogida de información que posibilite evaluar desde un punto de vista económico el Programa Hábitat en comparación con los programas alternativos de atención a personas en situación de sinhogarismo en España.**

El análisis sigue como guía el **itinerario discursivo fijado por el cuestionario** que fue aplicado a las personas participantes en la evaluación. Es decir, no hemos tratado de adaptar la información disponible a los casos estudiados, sino, al contrario, obtener información primaria para los comportamientos y hábitos revelados por los encuestados. Aunque ello ha supuesto un esfuerzo ingente de trabajo de campo, entendimos que era la única vía efectiva de llegar a información relevante, dada la inexistencia casi total de datos secundarios sobre los costes de los programas de atención a personas en situación de sinhogarismo. Una vez completada la evaluación, este procedimiento se ha revelado innovador y altamente eficaz para proporcionar la información requerida, por lo que –a nuestro juicio- puede constituirse en un referente metodológico para futuras investigaciones de mayor calado.

En concreto, se han evaluado los costes derivados del uso de recursos en los centros y servicios directamente identificados en la base de datos de las oleadas 0, 12 y 18. Para poder llevar acabo esta tarea se ha optado por la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, tal como se explica a continuación.

Fases de trabajo

El método de trabajo adoptado en este proceso se ha ejecutado en cuatro fases principales, desarrolladas fundamentalmente durante el primer semestre del año 2019:

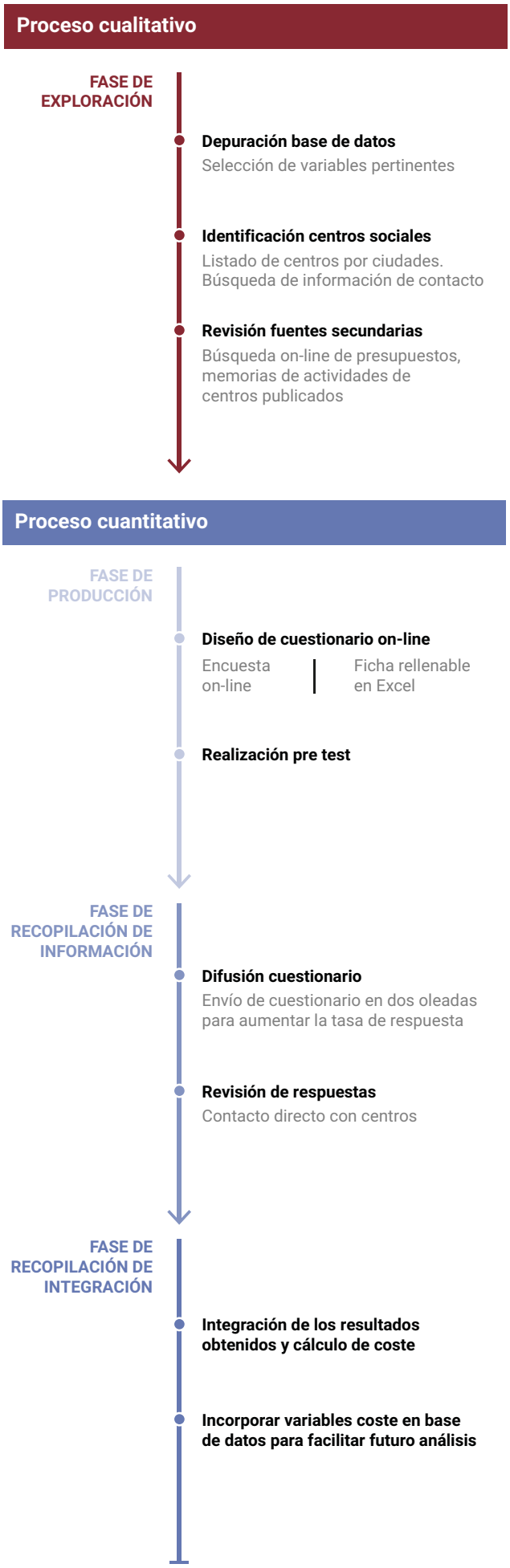


1. La primera fase, de carácter exploratorio, se ha centrado en dos actuaciones: la depuración de la base de datos SPSS atendiendo a las variables pertinentes para la evaluación económica y la posterior identificación y clasificación de los centros de recursos sociales que compondrán nuestra muestra de trabajo.

2. Debido a la falta de información existente en materia de costes en este ámbito, en la segunda fase se ha procedido a la elaboración de un cuestionario on-line, que ha sido administrado a los centros de recursos sociales que componen nuestra muestra de estudio. También se realizó el correspondiente *pretest*, que nos ha permitido asegurar el correcto funcionamiento del cuestionario, así como identificar algunos errores que podrían haber afectado la validez interna del mismo.

3. La parte central del trabajo de campo ha consistido en la recopilación de datos obtenidos mediante la aplicación del cuestionario.

4. Para finalizar, en la última fase de trabajo hemos procedido a la contactación y seguimiento de aquellos centros de recursos sociales de los que necesitábamos corroborar o depurar la información remitida.



El diagrama siguiente muestra el proceso seguido.

Ejecución del trabajo de campo

A continuación, se muestran los procedimientos adoptados en la realización del trabajo de campo, así como los resultados que se han ido teniendo a lo largo del proceso.

Desde dónde partimos:

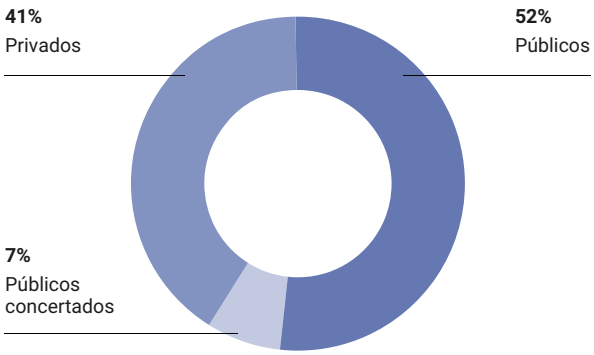
Antes de comenzar, resulta necesario especificar cuál ha sido nuestro escenario de partida. Una vez depurados los datos y seleccionadas las variables pertinentes para nuestro estudio realizamos una tabla en donde se mostrase el número de centros de recursos sociales utilizados en cada ciudad[1]. El resultado fue el siguiente:

Tabla 4.
Centros de recursos sociales empleados en cada ciudad.

Ciudad	Nº de centros
Madrid	19
Sevilla	14
Córdoba	11
Granada	8
Zaragoza	6
Donosti	6
Tenerife	4
Barcelona	4
Alicante	4
Arona	4
Coslada	4
Móstoles	3
Avilés	2
Bilbao	2
Total ciudades:14	
Total centros:91	

De la relación anterior, resulta importante señalar que los centros estudiados son tanto de titularidad pública como de titularidad privada (entidades religiosas, asociaciones, ONGs, etc.). En concreto, se ha obtenido una mayor tasa de respuesta por parte de los centros de titularidad pública, aunque con escasa diferencia: 15 centros públicos, 12 centros privados y 2 centros de titularidad pública con gestión privada concertada.

Gráfico 1.
Titularidad de los centros de recursos sociales.



Escenario heterogéneo:

Tal y como podemos observar, existe una notable diversidad entre los casos reportados por las personas usuarias para las distintas ciudades consideradas. Si bien es cierto que en Madrid identificamos hasta 19 centros de recursos sociales, en ciudades como Bilbao tan sólo podemos contar con 2.

La falta de información, el factor común en todas las ciudades:

Como ya advertíamos, el trabajo de campo constató que la principal dificultad que se plantea a la hora de hacer este tipo de evaluaciones económicas reside en la falta de información disponible sobre los costes asociados a cada servicio ofrecido por los centros de recursos sociales de interés. La mayoría de la información pública disponible sobre estas entidades es más bien escasa y los datos se trataban de forma agregada. Baste reseñar, para

1 El número de centros de servicios sociales de la tabla corresponde al número total a los que se pudo enviar un correo. En la explotación de la base de datos, observamos que había centros mencionados que no se pudieron localizar y a los que, por tanto, no se pudo contactar. Las razones principalmente se deben a la falta de especificación (por ejemplo, había respuestas como “albergue” o “iglesia”), o porque el nombre del centro señalado no se correspondía con la dirección proporcionada.

ilustrar la dificultad de la tarea que, en la fuente estadística de referencia en España sobre servicios a personas en situación de sinhogarismo, la *Encuesta sobre centros y servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo* del INE (2016), carece de un apartado de estimación de costes o, también, que en los estudios económicos de los contratos de servicios para personas en situación de sinhogarismo del Ayuntamiento de Madrid, el apartado de costes señale: *"No es posible, por tanto, fijar precios unitarios […]. La gestión del Centro se fija por importe fijo y unidad de tiempo, día, semana, meses, etc.; es decir, a tanto alzado"* [2]. Esta situación hace del trabajo desarrollado en esta investigación un referente metodológico a tener en cuenta en el futuro.

Diseño del cuestionario on-line

En el diseño del cuestionario on-line se traspusieron las preguntas del cuestionario utilizado en las entrevistas a las personas participantes en el estudio, referidas a los servicios y recursos a los que ellos acceden (tanto específicos para personas en situación de sinhogarismo, como no). En concreto, se establecieron 9 categorías diferentes:

1. Alojamiento

2. Centro de día

3. Comedor

4. Aseo e higiene

5. Asistencia sanitaria

6. Equipos de calle

7. Información y orientación

8. Talleres formativos

9. Tratamiento de drogodependencias

También se incluyeron opciones de respuesta adicionales para aquellos casos en los que el centro dispusiera de otros servicios distintos a los relacionados.

Para cada servicio, se solicitaba el número de plazas disponibles, el número de personas atendidas y el presupuesto correspondiente.

Además de estas preguntas, también se incluyó una en la que se pudiese señalar los costes indirectos de estos centros, lo cual nos permitiría llegar una visión más aproximada de los costes reales y, sobre todo, homogeneizar el tratamiento a ambos grupos de estudio.

Para todos los casos, se preguntó nombre del centro, titularidad (pública o privada), carácter de recurso específico para personas en situación de sinhogarismo, número total de personas atendidas al año y presupuesto general.

En el **Anexo I** se incluye una copia de la ficha utilizada.

Aplicación del cuestionario

El cuestionario se administró a través de dos vías:

1. Los correos electrónicos disponibles para cada centro de recursos sociales mencionado por los encuestados, localizados mediante exploración de internet. Contactamos a las personas responsables de cada centro, a nivel de dirección o técnico de gestión, con capacidad de responder como conocedores expertos de la realidad de sus entidades. Se les envió una solicitud de colaboración explicando la naturaleza y finalidad de la consulta y adjuntando una ficha de solicitud de información.

2. En paralelo, con el objetivo de facilitar las opciones de respuesta, se confeccionó la misma encuesta con la aplicación web LimeSurvey, estando accesible en todo momento para las personas destinatarias de la campaña.

Realizamos dos oleadas de envío de cuestionarios, la primera comenzó el 26 de abril del 2019 y la segunda un mes después, en concreto en torno al 6 de mayo.

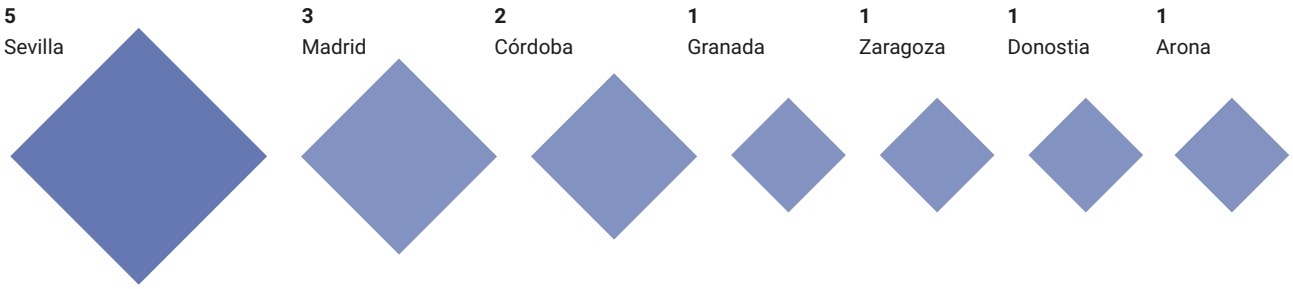
Resultados de la primera oleada:

Tal y como podemos observar en el Gráfico 2a, en la primera oleada obtuvimos un total de 14 respuestas, correspondientes a 7 ciudades diferentes. Identificamos una mayor tasa de respuesta para los centros de recursos sociales pertenecientes al ámbito privado. Una vez obtenidos los datos aportados por los responsables, tuvimos que realizar una labor exhaustiva de revisión y contactación debido a errores cometidos en la cumplimentación del cuestionario. En muchas ocasiones, resultaba

2 El acceso a los expedientes ha sido posible gracias a la colaboración de los gestores de Samur Social Madrid.

Gráfico 2a.
Respuestas obtenidas en la primera oleada de la consulta online a centros de recursos sociales.

TOTAL: 14 RESPUESTAS DE CENTROS



difícil proporcionar la información solicitada, pues a menudo ni los propios consultados disponían de ella con un nivel de desagregación suficiente, teniendo entonces que realizar estimaciones fundamentadas en su condición de gestores expertos.

A pesar de que en la primera oleada un número considerable de centros de recursos sociales se puso en contacto con nosotros, en general la tasa de respuestas fue relativamente baja. Tan sólo logramos información del 15% de centros que componen nuestra muestra. Por esta razón decidimos insistir enviando una segunda ronda de correos electrónicos al resto de los centros que no habían contestado a nuestro cuestionario. Los resultados fueron bastante parecidos a los de la primera oleada.

Resultados en la segunda oleada:

En la segunda ronda de contacto volvemos a tener una respuesta total de 15 centros de recursos sociales, correspondientes a 7 ciudades diferentes (Gráfico 8). No obstante, en este caso, la mayor parte de los centros contactados forman parte del ámbito público, tan sólo encontramos dos pertenecientes al ámbito privado. Una vez realizada esta segunda vuelta, volvemos a contactar con aquellos centros que no han cumplimentado correctamente el cuestionario y procedemos con la recopilación de todos los datos obtenidos durante el transcurso del trabajo de campo. Por último, el resultado final derivado de esta fase de trabajo la podemos ver sintetizada a continuación.

Resultados finales obtenidos del trabajo de campo:

29 Se ha obtenido información sobre 29 centros de los 91 que componen la muestra.

11 Se ha obtenido información de 11 de las 14 ciudades que componen la muestra.

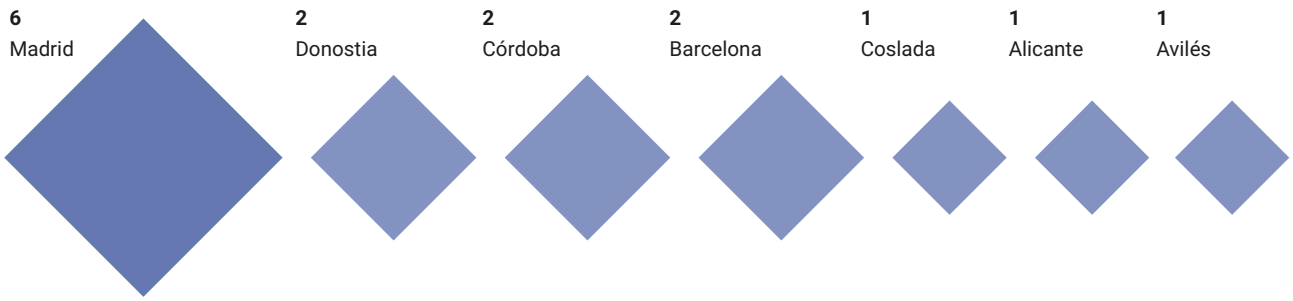
30% En total supone una representación del 30% de los centros de la muestra.

80% En total supone una representación del 80% de las ciudades de la muestra.

En el Anexo II se incluye un listado de centros para los que se ha conseguido información.

Gráfico 2b.
Respuestas obtenidas en la segunda oleada de la consulta online a centros de recursos sociales.

TOTAL: 15 RESPUESTAS DE CENTROS



2.8.2.

El coste de la asistencia sanitaria a las personas en situación de sinhogarismo

Para el análisis de costes sanitarios se ha recopilado información relevante relativa al consumo de recursos sanitarios en atención primaria, especializada y hospitalaria. El cuestionario ofrece información referente al número de veces que una determinada persona ha consumido un recurso sanitario. A cada consumo unitario se le ha imputado el coste asociado para determinar el coste total sanitario por persona.

Se ha tenido en cuenta el consumo de los siguientes recursos:

a. **Atención Primaria:** consulta médica, consulta de enfermería, análisis clínicos básicos, vacunación de la gripe.

b. **Atención Especializada:** consulta médica especializada, consulta de enfermería especializada, consulta de fisioterapia-rehabilitación.

c. **Hospitalaria:** consulta a urgencias con derivación hospitalaria, consulta de urgencias sin derivación hospitalaria, cirugía menor ambulatoria, ingreso hospitalario, operaciones, visita consulta odontológica.

d. **Salud mental:** consulta psiquiatría, consulta urgencias de psiquiatría, consulta a Hospital de Día de psiquiatría, hospitalización en el servicio de psiquiatría, estancia en unidades de rehabilitación y tratamiento psiquiátrico.

e. **Uso del transporte sanitario.**

Siguiendo el patrón de análisis para todo el proyecto y dada la escasez de información económica referente a los precios públicos estipulados para determinados servicios públicos, **en el ámbito sanitario, se ha mantenido la misma estrategia de cálculo de costes.**

En este sentido, se ha estimado y utilizado **la media de los precios públicos publicados por cada Comunidad Autónoma objeto de estudio.** El coste asociado a cada uno de los recursos, se ha obtenido de los Boletines Oficiales de cada Comunidad Autónoma (Andalucía (BOJA, 2005; BOJA 2018), Aragón (Boletín Oficial de Aragón, 2017), Principado de Asturias (Boletín Oficial del Principado de Asturias, 2013), Cataluña (Diario Oficial de Cataluña, 2018), Comunidad de Madrid (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid), Comunidad Valenciana (Boletín Oficial del Estado, 2018), Gran Canarias (Boletín Oficial de Canarias,2017) y País Vasco (Osakidetza, 2019)).

En relación con las intervenciones quirúrgicas que se han recogido en la muestra, el coste asociado a cada una de ellas se obtuvo del Fondo de Cohesión Sanitaria y Garantía Asistencial (2018), cuyos precios públicos aplicables a toda la nación, están publicados en el Boletín Oficial del Estado. Operaciones de mano, hombro, estómago, cáncer de garganta, cateterismo, páncreas, cadera, pulmón, etc. están presentes en el estudio. El coste asociado a las intervenciones de apendicitis y hernia inguinal fueron estimadas como la media de los precios públicos publicados en los Boletines de cada Comunidad, dada la falta de información en el documento nacional.

Todos los precios fueron actualizados al año 2018, en base al Índice de Precio al Consumo (IPC) ofrecido por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019) para cada Comunidad Autónoma.

Se realiza un **análisis de microcostes,** es decir, de cada proceso sanitario, para obtener el coste

agregado total repercutido en atención sanitaria por cada persona. Los costes que se tienen en cuenta son aquellos que son **financiados por la Administración Pública** (Sistema Nacional de Salud).

2.8.3.

Estimación de costes unitarios

Alojamiento y servicios de atención

A continuación, se ofrecen los resultados obtenidos de la campaña de recogida de información. La base de cálculo es el coste unipersonal por plaza y día, desagregada por tipo de servicio (alojamiento, alimentación, atención, etc.) y recurso que lo presta (en su caso) (Tabla 5- Tabla 8).

El caso de los **costes de alojamiento** requiere un comentario adicional, toda vez que sólo cinco supuestos se pueden emplear de manera efectiva en la estimación: el programa Hábitat y los recursos con los que lo comparamos (centros de acogida, albergues, alojamientos para colectivos y pensiones sufragadas por entidades). La Tabla 5 muestra la totalidad de **lugares de pernoctación** contemplados en el cuestionario y como se puede ver, **algunos de ellos no conllevan un coste evaluable** –al menos en sentido estricto y que resulte útil para este trabajo, por lo que a estos efectos tendrían un coste 0: calle, espacios no adecuados, pisos ocupados o cedidos, chabolas, etc.- o su coste no recae sobre los servicios evaluados –son soportados por otros agentes que no son objeto de análisis: vivienda en propiedad o alquilada, habitación alquilada, pensión, etc.

Como se ha comentado con anterioridad, en el cuestionario utilizado también se incluía el dato de los costes indirectos. Los costes indirectos son aquellos que, por su naturaleza, no son singularizables en servicios concretos, por lo que han de tomarse de manera agregada en el total del presupuesto de cada centro de servicios sociales. Gracias a la información remitida por las entidades que han colaborado en la campaña, hemos obtenido un promedio de **costes indirectos del 9,03%** del importe total del presupuesto. En el apartado de ejecución del análisis, procedemos a incorporar dichos costes mediante la adición del importe correspondiente a esa ratio del presupuesto.

Tabla 5.
Alojamiento. Coste por día según lugar de pernoctación y recurso.

Lugar de pernoctación	Coste
En la calle	- €
En un centro de acogida de emergencia	27,58 €
En un albergue para personas en situación de sinhogarismo	23,78 €
En espacios no adecuados para vivir	- €
Piso facilitado por una ONG u organismo (Programa Hábitat)	31,79 €
Pensión pagada por una ONG u organismo	22,18 €
Alojamientos para colectivos específicos	27,84 €
Piso ocupado	- €
En un piso o casa en propiedad	*
En un piso o casa alquilado	*
En una habitación alquilada, pensión o similar	*
En piso, habitación,... cedido/a gratuitamente	- €
En una chabola	- €
Acompañante en Piso Hábitat	- €

* El coste no recae sobre los servicios evaluados

Tabla 6.
Alimentación, higiene y aseo. Costes por día según tipo de recurso.

Lugar	Coste
Comedor social	5,26 €
Centro de día	10,72 €
Centro de acogida de emergencia	5,70 €
Banco de alimentos	- €
Otros (reparto en calle)	3,71 €
Alimentación. Media de la muestra	8,65 €
Aseo y ducha *	3,68€

* Aplicado sólo para respuestas del grupo de comparación "baños públicos" y "en un centro o recurso".

Tabla 7.
Servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo. Costes por día según tipo de recurso.

Lugar	Coste
Servicios Sociales: información, orientación, asesoramiento, diagnóstico y valoración	4,38 €
Servicios Sociales: atención psicológica/psiquiátrica, social o de rehabilitación	4,27 €
Centro de día	19,47 €
Servicios especializados personas en situación de sinhogarismo	7,14 €
Centro para personas en situación de sinhogarismo	19,47 €
Atención en Campaña de frío	27,68 €
Equipos de calle para emergencias sociales (valoración, derivación, acompañamiento a otros servicios)	11,42 €
Servicios/Centros de rehabilitación psicosocial	33,53 €
Centros de Rehabilitación Laboral	38,38 €
Talleres formativos y de ocio, talleres de hábitos laborales, tutoría, formación de hábitos sociolaborales, etc.	23,53 €
Recursos para mujeres, mayores, inmigrantes	17,52 €

El programa Hábitat

Para el caso concreto de los costes de las personas usuarias del programa Hábitat, el procedimiento empleado ha sido distinto: hemos solicitado la información correspondiente a los responsables de la alianza RAIS Fundación y Provivienda estructurándola como sigue, a fin de hacerla homologable al análisis realizado para las personas del conjunto de la evaluación.

La diferenciación fundamental aquí es la **distinción entre los costes directamente asociados con la provisión de las viviendas** para las personas usuarias, **de los servicios de atención, asesoramiento, acompañamiento, becas, etc.** que son característicos del programa Hábitat. Esta separación es vital en términos metodológicos, puesto que se trata de comparar dos tipologías de intervención diferenciadas y con múltiples especificidades en cada caso. Se logra así avanzar en la comparabilidad de ambos grupos de estudio. En esta evaluación hemos empleado costes de alojamiento correspondientes al **alquiler de viviendas de titularidad privada** a precios de mercado.

Si las actuaciones centradas en el alojamiento, y por tanto sus costes respectivos, constituyen un ámbito bien delimitado del programa (suponen el 69% del total), no ocurre lo mismo en el caso del resto de servicios de apoyo: heterogéneos, flexibles, a demanda, etc. Por ello, y comprobado además que las personas encuestadas del grupo Hábitat continúan

Tabla 8.
Servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo drogodependientes. Costes por día según tipo de recurso.

Lugar	Coste
Desintoxicación ambulatoria	6,03 €
Desintoxicación residencial (UDA, Comunidades terapéuticas)	47,76 €
Tratamiento libre de drogas ambulatorio (CAD)	29,25 €
Tratamiento libre de drogas residencial	47,76 €
Centro de día	29,25 €
Centro de Asistencia Básica Sociosanitaria	29,25 €
Unidades móviles	6,03 €
Narcosalas	
Hospital psiquiátrico	139,4 €
Servicios de orientación/derivación/talleres	4,38 €
Otro hospital o servicio	139,4 €

Tabla 9.
Programas Provivienda y Hábitat. Costes diarios.

Servicio	Coste
Alojamiento	31,79 €
Asistencia personal (acompañamiento, asesoramiento, derivación, etc.)	9,33 €
Indirectos	4,89 €
TOTAL	**46,01 €**

accediendo a algunos servicios de atención (esto es, la asistencia Hábitat complementa, pero no sustituye completamente la red alternativa de servicios y recursos sociales), tomamos la decisión de englobar todos los servicios de asistencia Hábitat en una partida específica que reciben las personas participantes en el programa. Podríamos denominarlo un **"paquete de asistencia con tarifa plana"**, a razón de 9,33€ de coste por persona y día (el 20,28% del programa).

Por último, en el caso del programa Hábitat, los costes indirectos suponen el 10,62% del total del presupuesto[3].

Como ya hemos dicho, en este trabajo hemos empleado costes de viviendas privadas. No obstante, el programa Hábitat también cuenta con **viviendas de titularidad pública,** cuyo alquiler es mucho más barato. No queremos dejar pasar la oportunidad de señalar la diferencia de costes que supone esta segunda opción, así como las implicaciones de política pública que ello tiene. El precio diario por plaza, en tal caso[4], sería de 11,98€ (prácticamente una tercera parte del coste privado), el coste de la atención no variaría y los costes indirectos se reducirían hasta los 2,44€ por persona y día. La suma de los importes anteriores arroja un **coste diario de 23,75€,** frente a los 46,01€ que se han utilizado en la evaluación. Sirva este apunte para advertir del importante recorrido que las políticas de atención a las personas en situación de sinhogarismo tienen en este terreno, cuestión fundamental que se aborda con mayor detenimiento en el apartado final de discusión.

3 En el capítulo de costes indirectos se podría considerar también el importe de la presente evaluación. No obstante, hemos optado por excluir dicha cifra del cálculo, toda vez que habría de ser repercutida a ambos grupos (Hábitat y Comparación), con las dificultades técnicas que su imputación implicaría.

4 Para este cálculo se han utilizado los importes de las viviendas asignadas a Hábitat del programa Construyendo Hogar de la Empresa Municipal de la Vivienda del Ayuntamiento de Madrid.

Tabla 10.
Media muestral de precios públicos sanitarios (€).

Servicios	Precios públicos
Atención Sanitaria	
Atención Primaria. Consulta médica	51,99 €
Atención Primaria. Consulta enfermería	24,44 €
Atención Especializada. Consulta médica	78,33 €
Atención Especializada. Consulta enfermería	59,42 €
Cirugía menor ambulatoria	144,56 €
Fisioterapia-rehabilitación	53,87 €
Análisis clínicos	23,75 €
Consulta de urgencia sin derivación hospital	145,01 €
Consulta de urgencia con derivación hospital	255,2 €
Ingresos Hospitalarios	554,65 €
Transporte sanitario	243,61 €
Consulta odontológica	57,6 €
Vacunación contra la gripe	45,77 €
Atención Psiquiátrica	
Consulta externa psiquiátrica	76,37 €
Consulta urgencias psiquiátricas	212,68 €
Consulta Hospital de Día	139,4 €
Ingreso hospitalario psiquiátrico (estancia corta)	295,64 €
Estancia Unidad de tratamiento y rehabilitación	502,54 €
Estancia Unidad de cuidados psiquiátricos	315,34 €

Recursos y costes sanitarios

Aplicada la metodología descrita en el apartado correspondiente, se obtiene el coste medio de cada intervención, como se muestra en la tabla siguiente.

Estos resultados se aplican a los consumos revelados por las personas encuestadas en la evaluación.

Recursos y costes administrativos y legales

Otro apartado que se ha tomado en consideración es el de la repercusión de las conductas de las personas entrevistadas para el sistema administrativo y legal y su consiguiente manifestación en términos de costes monetarios. En concreto, y de nuevo determinado por la disponibilidad de información estadística o documental, se han incorporado los siguientes ítems:

- **Sanciones administrativas.** Compuesto por las variables "número de multas por consumo en la vía pública", "número de multas por ruidos o molestias a los vecinos/as" y "número de otras multas o sanciones", todas ellas en los últimos 6 meses. Para esta categoría, los correspondientes importes medios han sido proporcionados por las propias personas entrevistadas.

- **Problemas legales.** Compuesto por las variables "número de meses en prisión" y "número de veces de asistencia por abogado de oficio", ambos en los últimos seis meses. Los costes unitarios para cada variable se han obtenido:

  - Estancia en prisión: 2.287€ al mes por recluso. Fuentes: Clasificación funcional del gasto de las Administraciones Públicas (COFOG), Contabilidad Nacional de España, 20175 e Informe General 2017 [5] de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Importes actualizados al año 2018 según Índice de Precios de Consumo (IPC, INE, 2019).

  - Abogado de oficio: 176,55€ por prestación, como promedio de importes de guardia y fuera de guardia a nivel estatal. Fuente: Estadísticas de Justicia Gratuita del Consejo General del Poder Judicial para el año 2017, actualizado a 2018 según Índice de Precios de Consumo (IPC, INE, 2019).

2.9. Análisis coste-efectividad

Una vez conocidos los resultados sobre las personas en situación de sinhogarismo participantes en el estudio y los costes que implica su atención, se

5 Se consideró la utilización de Aebi and Tiago (2018), trabajo de referencia para el conjunto de Europa sobre costes de la población reclusa, pero en el que no se incluyen algunos componentes fundamentales de dicho coste (Aebi and Tiago; 114)..

ponen en relación ambas dimensiones mediante un análisis coste-efectividad (ACE).

Además, se emplea la capacidad explicativa del ACE para analizar el **impacto de otras variables en el funcionamiento del programa y en su grado de éxito** de una manera eficaz y consistente, puesto que el reducido volumen de la muestra desagregada por alguna de dichas variables podría distorsionar los resultados de un abordaje descriptivo.

Esto ha permitido desarrollar los objetivos 5 y 6 de la investigación de manera conjunta.

Objetivo 5: Realizar un análisis coste – efectividad del programa Hábitat. Confrontando los resultados de los objetivos 3 y 4 (coste) con los de 1 y 2 (efectividad), tanto para el programa Hábitat, como para el resto de las alternativas, valoramos si unos mejores resultados y un mayor valor añadido compensan hipotéticos costes superiores[6].

Objetivo 6: Conocer las variables que pueden influir en el funcionamiento del programa y en su grado de éxito. Intentamos identificar las variables adicionales que puedan influir en el éxito del programa y que en consecuencia se han de tener en cuenta de cara a su replicabilidad y escalamiento[7].

El ACE es una herramienta bien consolidada que posee infinidad de aplicaciones y desarrollos específicos. En el caso concreto de esta evaluación, hemos aplicado un diseño cuasiexperimental antes–después (Gertler et al. 2017) con una serie longitudinal de datos referidos a dos etapas de medida: basal (0 meses) y final (18 meses)[8].

En el primer bloque de esta evaluación comparamos, mediante modelos de medidas repetidas, las variaciones experimentadas (diferencias en diferencias) entre esos dos momentos por las personas de los dos grupos participantes —grupo experimental (GH) y grupo de comparación (GC). Introducimos variables de control en los modelos, **que permiten realizar la comparación entre grupos simulando igualdad en las demás condiciones.** Entre dichas variables de control, las más importantes para el objetivo del análisis se refieren a los costes en que incurre cada colectivo. De esta manera, podemos **estimar el efecto neto de Hábitat sobre las medidas de efectividad y su mejora en el tiempo,** es decir, su impacto real una vez se descuenta la influencia de las diferencias en costes.

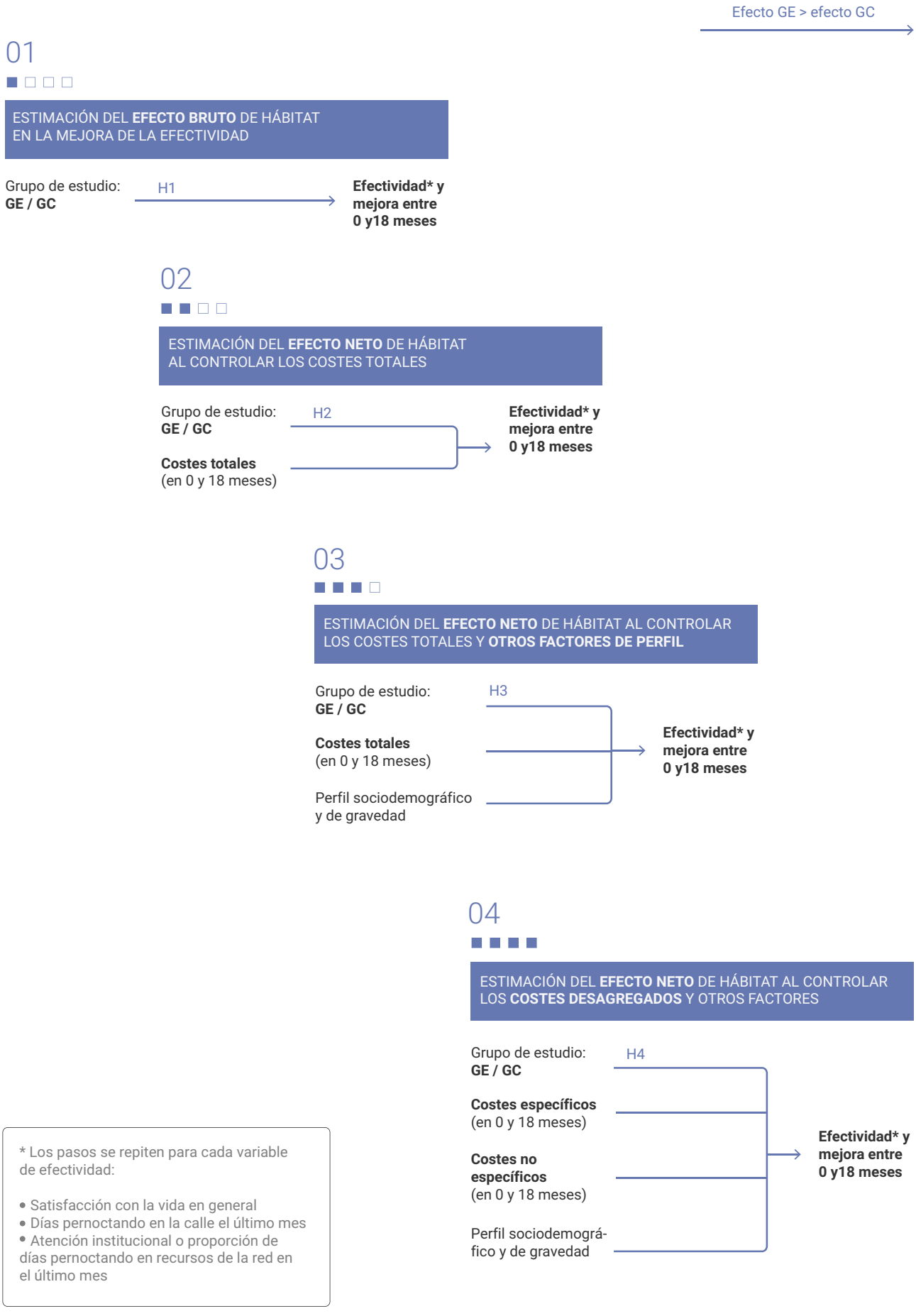
Los modelos de estimación se han elaborado siguiendo sucesivos pasos que se muestran esquemáticamente en el Gráfico 3. En los próximos apartados se explican en detalle las variables utilizadas y el proceso por pasos.

6 El análisis según perfiles territoriales y espaciales -que se planteaba como objetivo 6 en la memoria técnica inicial del proyecto- se ha tratado mediante la incorporación de la variable explicativa Ciudad al modelo coste-efectividad. Dadas las condiciones de la muestra, no ha sido posible incorporar las variables Tamaño del municipio ni Perfiles administrativos. Todos estos desarrollos quedan pendientes de futuras evaluaciones con mayores muestras.

7 Como sucedía con lo indicado en la nota a pie anterior, ha sido necesario reformular lo planteado en el objetivo 7 de la memoria técnica inicial (replicabilidad y escalamiento del programa), que quedaría recogido en este punto del ACE. Lo mismo sucede con los índices de progreso e intensidad de apoyo, que aunque no se han podido elaborar de forma específica, la información correspondiente se deriva del conjunto de resultados del análisis.

8 No se han utilizado las oleadas 6 y 12 meses.

Gráfico 3.
Diagrama sobre la elaboración de modelos de medidas repetidas para el análisis coste-efectividad en sucesivos pasos.



Las **hipótesis a contrastar** en cada uno de los pasos sucesivos quedarían formuladas de la siguiente forma:

Hipótesis 1 (H1):

La mejora de efectividad en GH **es mayor** que la mejora de efectividad en GC (i.e. Hábitat tiene un efecto bruto positivo).

Hipótesis 2 (H2):

Controlando por costes totales, también la mejora de efectividad en GH **es mayor** que la mejora de efectividad en GC (i.e. Hábitat tiene un efecto neto positivo).

Hipótesis 3 (H3):

Controlando por costes totales y otras variables de perfil, todavía la mejora de efectividad en GH **es mayor** que la mejora de efectividad en GC (i.e. Hábitat mantiene un efecto neto positivo).

Hipótesis 4 (H4):

Controlando por costes desagregados y otras variables de perfil, todavía la mejora de efectividad en GH **es mayor** que la mejora de efectividad en GC (i.e. Hábitat mantiene un efecto neto positivo).

Esta aproximación, como decíamos, obedece a un enfoque del tipo de análisis conocidos como diferencias en diferencias, el cual entendemos que resulta una propuesta metodológica útil para enfrentar los objetivos de evaluación planteados y obtener resultados relevantes al respecto. Ello no obsta para que seamos conscientes de la existencia de métodos alternativos y bien documentados en los análisis coste-efectividad, como es el caso del cálculo de ratios de coste-efectividad incremental (RCEI) y otros indicadores asociados. En nuestra opinión, ambas aproximaciones resultan complementarias y pueden enriquecerse mutuamente. De ahí que hayamos optado por incluir también el cálculo de los RCEI y otras elaboraciones derivadas de ellos para enriquecer el análisis del conjunto. La metodología RCEI empleada se explica en detalle en el subapartado 2.9.3 y los resultados obtenidos se ofrecen epígrafe 3.3.4.

2.9.1.

Variables utilizadas en el análisis coste-efectividad

Presentamos, en primer lugar, las variables empleadas para este análisis y en el próximo apartado indicaremos en detalle la manera en que se han introducido en los modelos. Dichas variables se han extraído de los resultados de la evaluación general realizada y son las siguientes:

> Variables de efectividad:

Buscamos explicar sus niveles y su variación en el tiempo, pues representan una valoración —por medio de métricas no monetarias— de resultados para las personas incluidas en el estudio. Estas variables que explicar son tres:

- Variación **subjetiva:** satisfacción general con la vida (*¿Qué opina de su vida en general?,* primer ítem de la escala Qoli de Lehman, 1993).
- Variación **objetiva**: se han explorado dos alternativas que, en buena medida, la una es el reverso de la otra y aportan información complementaria.
- **Sin techo:** sumatorio del número de días en el último mes que se ha pernoctado en calle, lugares no adecuados para la vida humana o en recursos de emergencia (ETHOS 1 y 2).
- Respuesta del sistema o **atención institucional:** proporción de días en el último mes que se ha pernoctado en recursos de la red de personas en situación de sinhogarismo (centro de acogida de emergencia, albergue personas en situación de sinhogarismo, piso Hábitat, pensión pagada por una entidad, alojamiento para colectivos específicos). Quedan excluidas las situaciones de no respuesta institucional, como calle, lugar no adecuado, chabola, piso ocupado, etc.).

> Grupo de estudio:

Variable explicativa y de comparación fundamental para conocer el efecto neto del programa. Este factor divide la muestra en dos categorías: Grupo experimental Hábitat (GH) / Grupo de Comparación (GC).

> Variables de costes (en 0 y 18 meses):

Incluidas como variables de control para estimar el efecto neto de la participación en el programa,

independientemente del gasto que implica. El control de estas variables nos aporta información sobre **la relación coste-efectividad** de cada alternativa representada por cada grupo de estudio. La referencia fundamental es el **coste individual total por persona usuaria,** calculado como el sumatorio de costes por utilización de servicios y consumo de recursos. Utilizamos aquí costes observados, no ajustados por ninguna de las simulaciones en términos equivalentes realizadas en la anterior estimación de costes. Además, se incorpora en un último paso de los modelos la desagregación de los costes totales de cada persona participante en específicos y externalidades:

- **Costes específicos** asociados a las personas en situación de sinhogarismo: referidos de manera directa a los programas evaluados: sumatorio de alojamiento, alimentación, aseo, servicios, adicciones, tarifa plana Hábitat y costes indirectos.

- **Costes no específicos** de las personas en situación de sinhogarismo o externalidades: sumatorio de atención sanitaria y psiquiátrica, sanciones administrativas y problemas legales.

> Variables sociodemográficas y de gravedad:

Incluidas también como controles para estimar el efecto neto de la participación en el programa, independientemente de otras circunstancias personales o de contexto. Se han seleccionado tres tipos de variables orientadas al objetivo 6, todas ellas referidas sólo al momento de la primera entrevista (0 meses):

- **Perfiles personales:** con arreglo a las variables sociodemográficas sexo y edad.

- **Perfil de gravedad:** a partir de las condiciones de partida de los individuos en términos de tiempo en situación en situación de sinhogarismo, estado de salud física y mental, nivel de discapacidad y presencia de adicciones (gradación en los criterios de entrada al programa Hábitat según la información recogida en las fichas de derivación).

- **Localidad:** considerando la ciudad de residencia de las personas participantes. Esta es la mayor aproximación que puede hacerse a un análisis territorializado, dada la magnitud de la muestra desagregada por localidades.

La selección de variables realizada ha tenido en cuenta, por una parte, los resultados del análisis propio que se ha venido realizando a lo largo de la evaluación y, por otra, algunas referencias esenciales de la literatura especializada.

Una referencia directa la encontramos en el estudio de coste-efectividad realizado por Wright y Peasgood (2018), cuyas variables de resultados son días de alojamiento permanente[9] (objetiva) y años de satisfacción con la vida[10] (subjetiva). El número de días de alojamiento es una variable de medida habitual en los estudios sobre *Housing First* que también es utilizada en Latimer *et al.* (2019), donde la variable de resultado objetivo es número de días de alojamiento permanente. Este trabajo atiende, asimismo, al perfil de gravedad de las personas participantes.

En NASEM 2018, encontramos una buena definición del tratamiento alternativo que caracteriza al grupo de comparación, que viene a denominarse con la idea de *atención habitual*[11].

También la inclusión de la desagregación de los costes en específicos y externalidades encuentra respaldo en el trabajo de Wright y Peasgood (2018), donde se diferencia entre el coste fijo a largo plazo del alojamiento, como la variable determinante en el modelo HF, y se anima a la consideración de desagregaciones de otros componentes del coste total como las hechas en esta evaluación.

2.9.2.

Estrategia por pasos para elaboración de los modelos

Una vez seleccionadas las variables de efectividad que consideramos adecuadas para incluir en este bloque de la evaluación, comenzamos a diseñar la

9 La principal diferencia entre este estudio y nuestra evaluación es de amplitud del espectro, no de concepto, puesto que ellos monitorizan la estabilidad en el alojamiento hasta seis meses después de la entrada en el programa: "Days stably housed is defined as days spent in accommodation with an expected or secure tenancy of six months or longer".

10 Life satisfaction years are measured on a 0-10 scale with 10 equal to one year spent at maximum life satisfaction. Life Satisfaction was captured in the At Home/Chez Soi trial using the Quality of Life Interview 20 (QOLI-20) global life satisfaction question, which asks "How do you feel about the following...your life as a whole?" This is measured on a 1 (terrible) to 7 (delighted) scale.

11 Usual care: services that an individual accesses in the absence of immediate referral to the other interventions (NASEM, 2018, 2).

estrategia para conocer su relación o interacción con los costes y después comparar los resultados entre los grupos de participantes y no participantes en el programa Hábitat.

En un primer momento nuestra idea fue la de elaborar índices que sintetizasen en una cifra la relación entre efectividad y costes. Para ello, la solución que parecía más sencilla era calcular un cociente, poniendo el indicador de efectividad en el numerador y los costes en el denominador. De esta forma, tendríamos resultados como "puntos en la escala de satisfacción por cada euro de gasto mensual", o "número de noches sin techo por cada euro de gasto en el mes", o "puntos de tasa de cobertura residencial por cada euro de gasto mensual". A partir de ahí, se habrían podido construir modelos que estimasen las diferencias entre los grupos a lo largo del tiempo respecto a estos índices, así como los efectos de intensificación o moderación que pudieran conllevar distintos factores sociodemográficos de control. No obstante, esta estrategia no se pudo llevar a cabo por una circunstancia: gran cantidad de casos incluían ceros tanto en las variables de efectividad como en las de costes; esto supone que los cocientes daban resultados indeterminados en muchas ocasiones al encontrarse con ceros en el denominador.

Al no ser posible superar la anterior problemática, se pensó una manera alternativa de realizar el análisis. Se trataría de **crear modelos de estimación donde tendríamos un indicador de efectividad como variable dependiente o explicada y una serie de variables independientes o explicativas que se introducen en sucesivos pasos. Entre esas variables independientes o explicativas se incluirían las relativas a los costes.**

Con este tipo de diseño ya sí ha sido posible inferir el efecto que tienen los costes sobre la satisfacción con la vida, las noches sin techo o la tasa de cobertura residencial. Y, lo que es más importante, al generar un diseño por pasos podemos saber cómo afectan los costes a las diferencias entre el grupo Hábitat y el de comparación. Es decir, podemos estimar si dichas diferencias entre grupos se mantienen, aumentan o reducen al introducir en el modelo las variables de coste. **En caso de que, por ejemplo, las ventajas en efectividad del grupo Hábitat se redujesen al tener en cuenta los costes, entenderíamos que la diferencia a su favor en términos brutos se debe únicamente al mayor desembolso que puede suponer el programa, y no a un beneficio neto de este tipo de intervención. Por el contrario, en caso de que la introducción de los costes no reduzca completamente las ventajas del grupo Hábitat, se puede deducir que el programa tiene un efecto positivo por sí mismo y no solo por el mayor gasto que puede implicar.**

Aclarado este planteamiento general, exponemos los pasos que realizamos en la construcción de modelos y en el análisis de sus resultados.

> Primer paso. Modelo simple de medidas repetidas

Esta primera fase sirve para sentar las bases que permitirán estimar después el efecto de los costes. Para ello, se selecciona primero **un indicador de efectividad como variable de interés** y se construye en SPSS un modelo de medidas repetidas, considerando sus valores tanto en la oleada de 0 meses como en la de 18 meses. Utilizamos modelos de medidas repetidas, precisamente, porque la variable dependiente o a explicar se mide en repetidas ocasiones para cada sujeto. Esta técnica estima el tamaño promedio del cambio en la variable de interés entre las distintas recogidas de datos —entre cada oleada— y su significatividad, teniendo en cuenta los niveles de partida de cada sujeto. Esto es lo que se conoce como *el efecto o la variabilidad intra-sujetos*[12].

Pero, como no solo queremos estimar el cambio promedio entre oleadas, sino también las diferencias en esa variación entre el grupo Hábitat y el de comparación, introducimos **la pertenencia a cada grupo como variable explicativa inicial y principal del modelo.** De este modo, podremos estimar el tamaño promedio de las diferencias entre grupos en cada oleada, y su significatividad[13]. Es decir, podremos conocer el efecto bruto de la participación en Hábitat.

Los casos de la muestra que se incorporan en estos modelos son solo los que cumplen la condición de no tener, en ninguno de los dos periodos (0 y 18 meses), valores perdidos en las variables que conforman el propio modelo[14].

12 Con esta misma terminología, a la variable oleada se la denominaría factor intra-sujetos.

13 Siguiendo la terminología técnica, respecto a la variable de pertenencia al grupo Hábitat o al de comparación se diría que es un factor inter-sujetos dentro del modelo.

14 Los detalles de los modelos, incluyendo descripción de la muestra y pruebas de ajuste, pueden consultarse en el Anexo 3.

> Segundo paso. Modelo de medidas repetidas incluyendo los costes totales

En esta segunda fase se configura un modelo de medidas repetidas similar al anterior, pero añadiendo los **costes totales mensuales por persona en 0 y 18 meses** como *covariables*. Con este cambio en el modelo conseguimos estimar los efectos principales de los costes totales sobre cada indicador de efectividad y, lo que es más importante, su impacto sobre las disparidades entre grupos, que sufren un recálculo.

Si, en estas condiciones, las diferencias marcadas por la variable de pertenencia a los grupos siguen siendo significativas, se podría decir que existe un efecto neto de la participación en Hábitat, porque se está descontando el papel que también juegan los costes en que se incurre.

> Tercer paso. Modelo de medidas repetidas incluyendo los costes totales y otras variables de control

En el tercer paso, se mantienen las variables anteriores y se incorporan al modelo una batería de variables de control: **sexo y edad de la persona, ciudad en la que se localiza y perfil de gravedad** (determinado este último por las valoraciones técnicas de derivación a servicios de salud mental, adicciones o discapacidad). Todos estos datos se toman en el momento de la primera entrevista (oleada 0 meses).

La introducción de estos factores permite conocer sus efectos propios sobre la variable de efectividad correspondiente, pero también aproximar en mayor medida cuáles son las diferencias *netas* entre los grupos de Hábitat y de comparación. Esto es, se descuentan los impactos tanto de los costes totales como de estas variables añadidas y nos acercamos con más precisión al resultado que el programa consigue por sí mismo.

> Cuarto paso. Modelo de medidas repetidas incluyendo los costes desagregados y otras variables de control

Por último, se realiza una modificación en el modelo de medidas repetidas anterior para aportar mayor detalle sobre la estructura de los gastos y sus efectos. La operación consiste en sustituir las variables de costes totales (a 0 y 18 meses) por las variables que constituyen su desagregación básica: los **costes específicos** de atención a personas en situación de sinhogarismo y los **costes no específicos** o externos a la red de atención (ambas a 0 y 18 meses).

Esta última desagregación nos ayuda a discernir el papel que tienen un tipo y otro de gastos. De esta forma, se puede saber si son los costes específicos de personas en situación de sinhogarismo o los externos los que son más determinantes y, lo que es más importante, si esta desagregación conlleva revisiones sustanciales de las diferencias estimadas entre grupos. Con este paso conseguimos, por tanto, conocer si las disparidades observadas en un principio se explican completamente por algún tipo de coste particular o si el programa tiene efectos netos propios que son independientes de estos tipos de costes.

2.9.3.

Análisis de ratios coste-efectividad incrementales

Como complemento al análisis de medidas repetidas por pasos, realizamos también un cálculo de razones coste-efectividad incrementales (RCEI), las cuales se pueden definir como:

Siendo C_{GH} el coste medio por persona incluida en el grupo Hábitat; C_{GC} el coste medio por persona incluida en el grupo de comparación; E_{GH} la efectividad media por persona incluida en el grupo de Hábitat; y E_{GC} la efectividad media por persona incluida en el grupo de comparación. Todos estos valores se

$$RCEI = \frac{(C_{GH} - C_{GC})}{(E_{GH} - E_{GC})}$$

referirían a la oleada de 18 meses.

Aplicando estas ratios a las variables principales de la evaluación, obtendríamos: 1) el coste incremental por unidad adicional de satisfacción con la vida; 2) el coste incremental de reducir cada noche pernoctada en la calle; y 3) el coste incremental por cada punto decimal añadido en la tasa de cobertura residencial institucional. La aleatorización inicial de la evaluación y la comprobación de que los dos grupos de estudio presentan características muy similares, permite omitir del análisis la situación de partida (oleada de 0 meses) y centrarse en la comparación del momento final (oleada de 18 meses). Los resultados obtenidos con esta aproximación serían del tipo:

1. Aumentar 1 punto el nivel de satisfacción con la vida (en una escala del 1 al 7) supone destinar X euros adicionales al mes, en caso de elegir la opción Habitat.

2. Reducir una noche la situación de sin techo supone destinar X euros adicionales al mes, en caso de elegir la opción Habitat.

3. Aumentar la tasa de asistencia institucional en un punto porcentual supone destinar X euros adicionales al mes, en caso de elegir la opción Habitat.

Para que este análisis no se limite a la simple estimación puntual de las RCEI promedias, se incorporan técnicas probabilísticas que aportarán intervalos de confianza (remuestreo mediante *bootstrapping*) y test de sensibilidad sobre los distintos umbrales de gasto en los que el programa se puede considerar coste-efectivo o aceptable.

El proceso específico que seguimos es el siguiente. Primero, se estima un conjunto de *modelos de regresión aparentemente no relacionados* que consiste en cuatro ecuaciones: una que tiene los costes totales como variable dependiente y otras tres que tienen como variable dependiente cada uno de los indicadores de efectividad. En cada una de esas regresiones se incluye como variable independiente la pertenencia al grupo Hábitat o al de comparación. Estas estimaciones las realizamos con 1.000 simulaciones o remuestreos de tipo bootstrapping (utilizando STATA 15), cuyo objetivo es obtener una distribución probabilística de dichas estimaciones. El resultado de cada uno de estos "ensayos repetidos en miniatura" aporta una combinación específica de costes totales (incrementales) y medidas de efectividad (incrementales), que a su vez supone un valor concreto de RCEI. Gracias a los resultados de estas 1.000 simulaciones, disponemos de una base de datos que refleja la variabilidad de posibles resultados y permite poner a prueba de manera más adecuada el posible alcance del programa, como veremos en los siguientes pasos.

Segundo, estos resultados se utilizan para obtener el *plano coste-efectividad*. Este es un gráfico de dispersión en el cual cada punto representa una de las simulaciones y su particular combinación resultante de coste incremental y efectividad incremental. Por tanto, en este caso tendremos 1.000 puntos en cada uno de estos planos.

Tercero, se elaboran las *curvas de aceptabilidad*. Estos gráficos se derivan del cálculo del porcentaje de simulaciones en las que la intervención evaluada tiene una razón coste-efectividad incremental inferior a un umbral de gasto (U) y ese cálculo se realiza para distintos valores hipotéticos de dicho umbral. Es decir, esta curva representa la probabilidad de que la intervención sea aceptaba según distintos niveles de disposición a pagar que pudiesen plantearse los agentes que deben decidir su implementación.

Ese porcentaje también equivale a la probabilidad de que el beneficio neto incremental sea superior a cero. Ese *beneficio neto incremental* (BNI) es una medida derivada de la decisión de coste-efectividad expresada de la siguiente forma:

$$BNI = U(E_i) - C_i$$

En esta fórmula, U es el umbral, E_i representa el incremento para cada indicador de efectividad y C_i el coste incremental expresado en euros. El resultado se expresa en función del valor de los diferentes umbrales posibles y en los puntos en que sea mayor que cero se considera que es coste-efectivo. Si comparásemos varias estrategias o intervenciones, la preferida se identificaría como la que tiene el mayor beneficio neto medio en el conjunto de las simulaciones.

3.

Resultados de la evaluación

3. Resultados de la evaluación

3.1. Evaluación de resultados (Objetivos 1 y 2)

Como ya se ha comentado previamente, la evaluación de resultados hace referencia a los objetivos 1 y 2, es decir, conocer los efectos del programa Hábitat y comparar la situación de las personas usuarias de dicho programa con el grupo de personas participantes atendidas en otros recursos. A continuación, se exponen los resultados de ambos objetivos presentando de forma simultánea el análisis de los cambios producidos en ambos grupos a lo largo del tiempo y la existencia de diferencias en las variables consideradas entre los dos grupos de participantes.

3.1.1. Alojamiento y cobertura de necesidades básicas

Considerando los objetivos del modelo *Housing First* y las personas a las que va dirigido el indicador central para la evaluación, sin duda, es la **tasa de retención de alojamiento,** en este caso definida como *el porcentaje de personas usuarias del programa Hábitat que mantiene alojamiento, tanto de las personas que permanecen en vivienda de Hábitat como de aquellas personas que mantienen los apoyos.*

Siguiendo otras experiencias de evaluación a nivel internacional, se acordó utilizar la siguiente fórmula:

TRA = ((1) + (2) + (3) / (4) - (5) - (6) - (7) - (8)) *100

Siendo:

(1) Nº de personas alojadas en Hábitat con apoyos

(2) Nº de personas en alojamiento autónomo que mantienen apoyos de Hábitat

(3) Nº de personas que acceden a un alojamiento autónomo sin requerir los apoyos de Hábitat, como parte del fortalecimiento de la persona el hecho de mantener el alojamiento

(4) Nº total de personas usuarias del programa Hábitat desde el inicio

(5) Nº de personas que acceden a un alojamiento más institucionalizado y más adaptado a las necesidades de la persona

(6) Nº de personas fallecidas

(7) Nº de personas de las que se desconoce su situación de alojamiento

(8) Nº de personas encarceladas

Según la información disponible sobre las personas usuarias del programa Hábitat en la evaluación a 18 meses, durante ese tiempo 2 personas habían abandonado el programa, 7 personas habían fallecido y 3 habían sido expulsadas. Teniendo esto en cuenta, **la tasa de retención de alojamiento sería del 96,06% a los 18 meses,** como se comentará posteriormente en la discusión, bastante superior a los ya altos porcentajes encontrados en la evaluación de programas basados también en el modelo *Housing First.* No se consideraron para el cálculo las personas usuarias del programa de Hábitat Sevilla que no pudieron ser entrevistadas por hacerse cargo otra entidad de su gestión.

Tabla 11.
Residencia habitual de las personas participantes del GC durante el seguimiento de 12 y 18 meses.

	M12		M18	
	n	%	n	%
En la calle	47	35,9	35	26,7
En un centro de acogida de emergencia	6	4,6	10	7,6
En un albergue para personas en situación de sinhogarismo	15	11,5	20	15,3
En espacios no adecuados para vivir	20	15,3	16	12,2
Piso facilitado por una ONG u organismo	2	1,5	4	3,1
Pensión pagada por una ONG u organismo	2	3,8	2	1,5
Alojamientos para colectivos específicos	5	3,1	8	6,1
Piso ocupado	4	0	4	3,1
En un piso o casa en propiedad (se incluye pareja/padres)	0	2,3	0	0
En un piso o casa alquilado	3	5,3	5	3,8
En una habitación alquilada/pensión o similar	7	3,1	4	3,1
En piso/ habitación cedida gratuitamente	4	5,3	4	3,1
En una chabola	7	5,3	10	7,6
En otro lugar	7	5,3	5	3,8
Piso Hábitat (acompañante)	2	1,5	4	3,1

Respecto a la situación de alojamiento del grupo de comparación, como se puede observar en la siguiente tabla, **a los 18 meses, el 27% de las personas participantes refería la calle como su lugar de residencia habitual en el mes previo** a la entrevista de seguimiento, mientras aproximadamente un 23% habían estado en un centro de acogida de emergencia o en un albergue para personas en situación de sinhogarismo y un 12,2% vivían en algún lugar inadecuado. Por otro lado, menos del 10% habían accedido a un alojamiento independiente (Tabla 11).

Como se visibiliza más claramente en el Gráfico 4, aunque se observa una cierta reducción del porcentaje de participantes a lo largo del tiempo que vivían en la calle, sitios no adecuados para vivir, dispositivos de emergencia y albergues, a los 18 meses más del 60% de las personas participantes se había encontrado de forma habitual en algunas de estas situaciones en el mes previo a la entrevista.

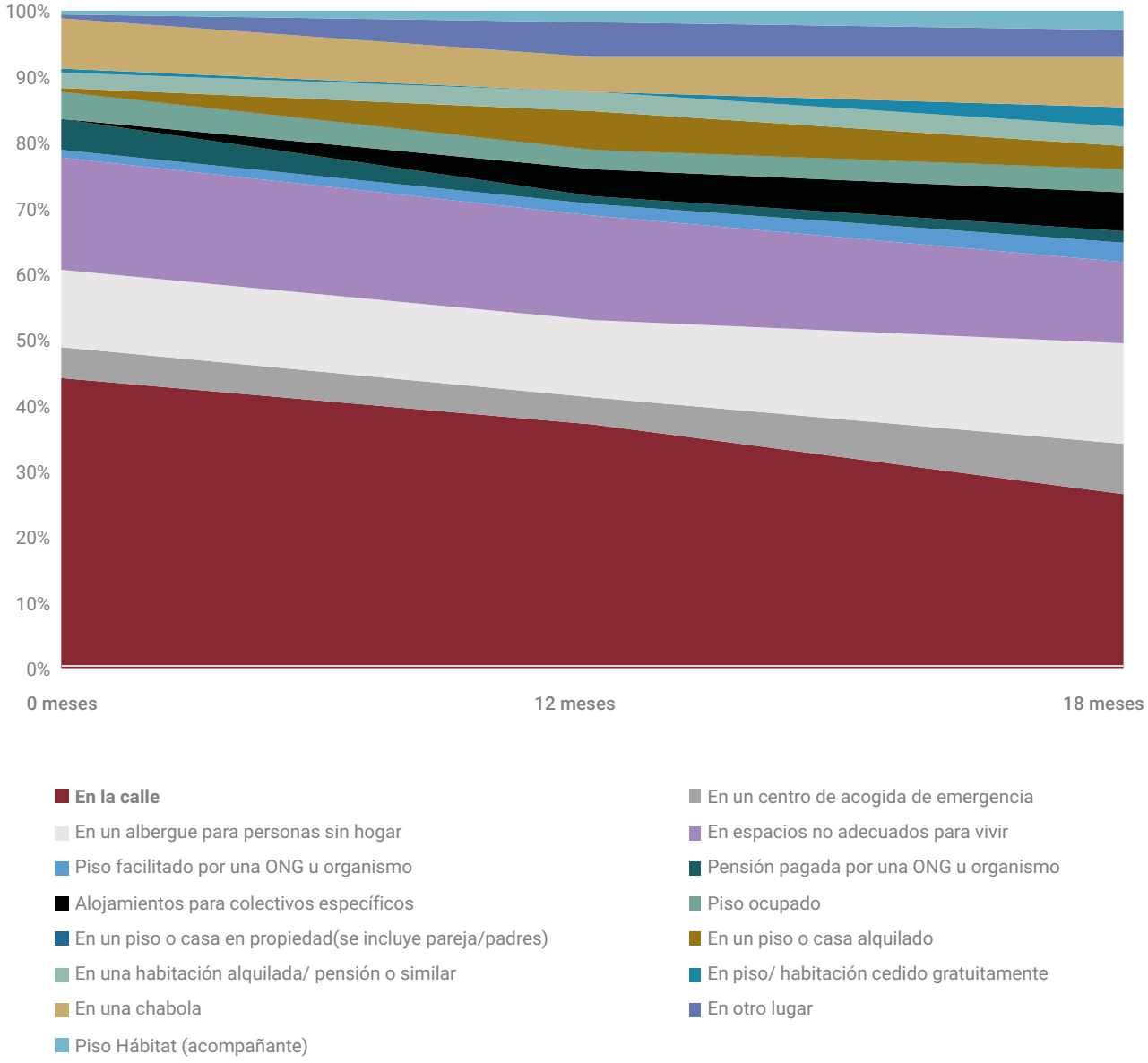
Respecto a la **satisfacción de las personas participantes con las condiciones de alojamiento,** no existían diferencias iniciales entre los dos grupos de participantes en ninguna de las variables consideradas: condiciones del sitio en el que vivían, intimidad, perspectivas de mantenerse en el mismo alojamiento, ubicación, accesibilidad y equipamiento. Sin embargo, tal y como se visibiliza en el siguiente gráfico, a lo largo del tiempo se produce una mejora estadísticamente significativa en el GH. **A los 6 meses la satisfacción con todos los aspectos relacionados con el alojamiento había mejorado significativamente en el GH, manteniéndose esta mejora estable entre los 12 y 18 meses** (Gráfico 5).

Podría destacarse particularmente el caso de la satisfacción con la intimidad. En la primera evaluación, éste fue precisamente el aspecto menos valorado entre las personas participantes del GH (3,88; siendo 7 la puntuación máxima de la escala), convirtiéndose ya a los 12 meses en el aspecto más valorado (6,47) y alcanzado una puntuación media de 6,7 a los 18.

La satisfacción del GH fue significativamente mayor que la del GC en todos los aspectos relacionados con el alojamiento en los dos seguimientos.

También se observan cambios estadísticamente significativos en la **cobertura de necesidades básicas como la alimentación y el aseo personal.** Como

Gráfico 4.
Residencia habitual en GC en el mes previo (0, 12 y 18 meses).

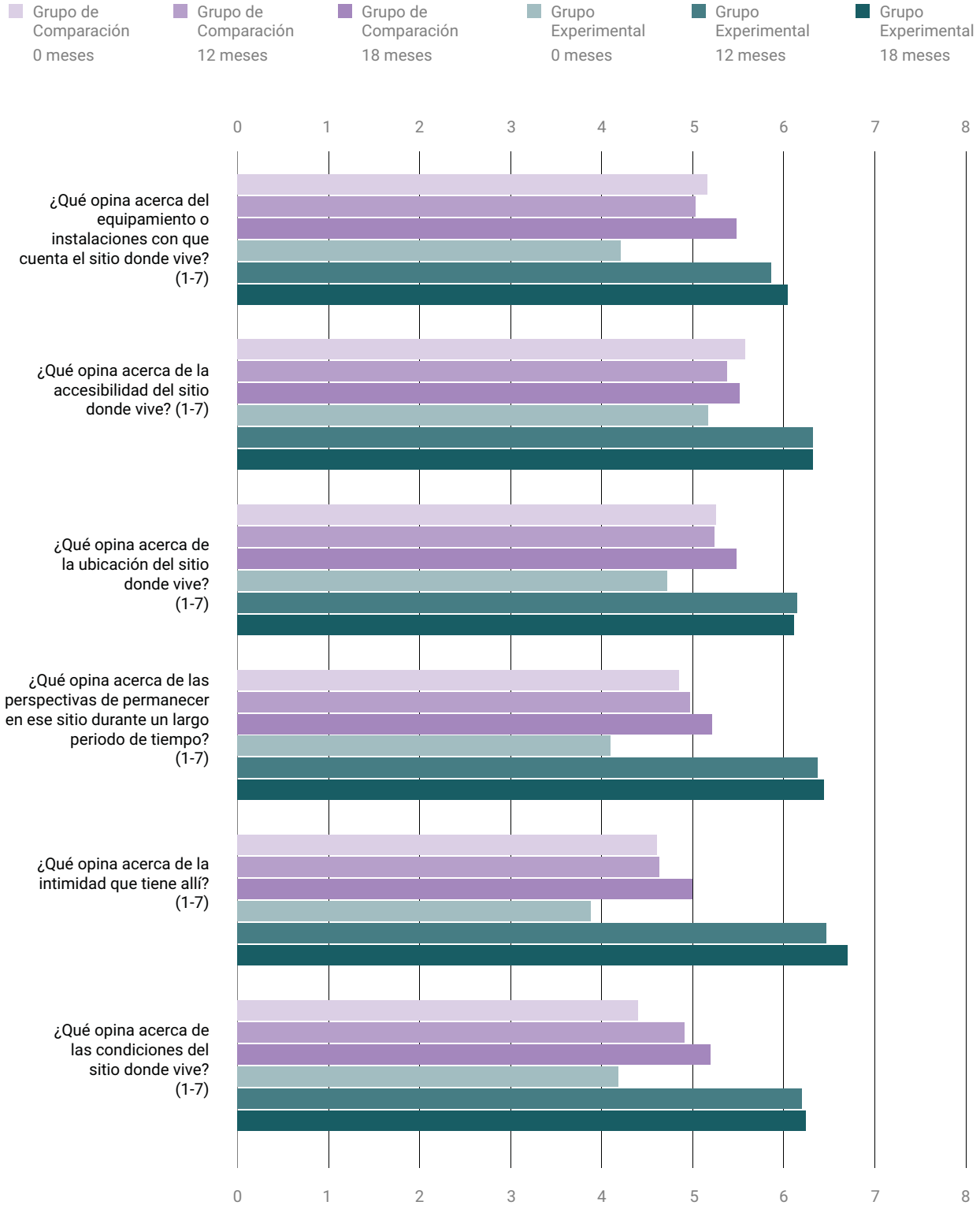


puede verse en el Gráfico 6, se produjeron cambios estadísticamente significativos en las personas participantes del GH en la **alimentación.** Así, mientras **más de la mitad de las personas del GH había dejado de comer** en alguna ocasión durante los 7 días previos a la realización de la entrevista inicial (lo que no resultaba estadísticamente diferente al del GC), este porcentaje **se redujo hasta el 15% doce meses después,** manteniéndose estable a partir de ese momento. En el GC también se observa una tendencia a la reducción de este tipo de dificultades a los 12 que continúa acentuándose hasta los 18. A pesar de esta reducción, estas dificultades resultaron estadísticamente más frecuentes que entre las personas participantes del GH.

Sin embargo, en el caso del **aseo personal,** se produjo **una reducción significativa de las dificultades en ambos grupos a los 18 meses**, tanto en el GH (55,1% hasta 5,8%) como en el GC (54,5% hasta el 34,7%), aunque esta reducción, como se puede observar, es **mucho mayor entre las personas participantes del GH,** presentándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos a los 12 y 18 meses (Gráfico 7).

Asimismo, es importante destacar que, aunque esta mejora se haya producido también en el GC, aproximadamente una de cada tres personas continuaba teniendo problemas para asearse con la frecuencia y/o las condiciones en las que le hubiera gustado hacerlo.

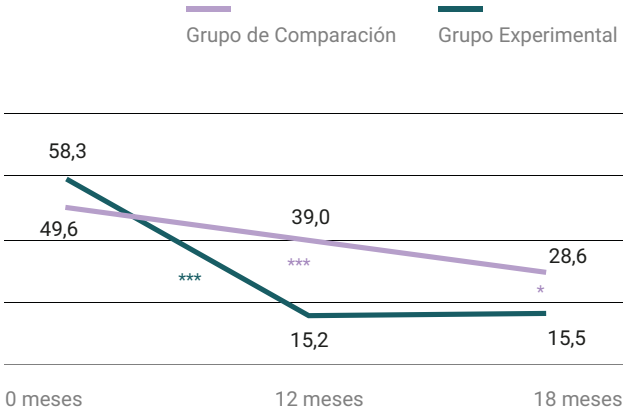
Gráfico 5.
Satisfacción con la situación de alojamiento del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Gráfico 6.
Problemas en la alimentación en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

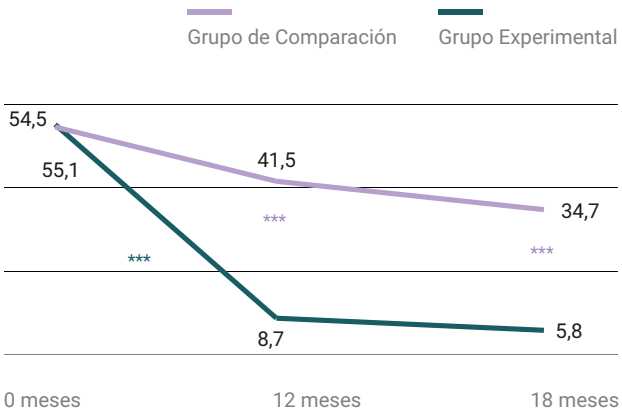
En los últimos siete días, ha dejado de comer alguna vez a lo largo del día (%)



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y χ2 para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7.
Problemas en la alimentación en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Ha tenido dificultades para asearse con la frecuencua y/o en las condiciones en las que le gustaría hacerlo (%)



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y χ2 para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

3.1.2.

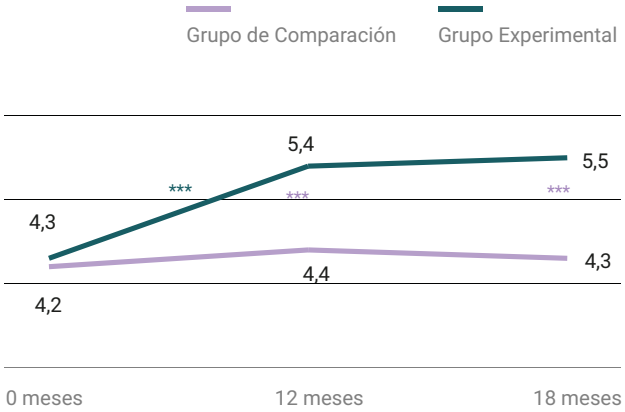
Felicidad y satisfacción global con la vida

Como ya se ha comentado en el apartado de metodología para las variables continuas se realizó un ANOVA mixto para explorar las diferencias en los distintos momentos de evaluación para los dos grupos de participantes: Grupo Hábitat (GH) y Grupo Comparación (GC). En primer lugar, en el caso concreto de la **satisfacción general con la vida** (evaluada según el primer ítem del Qoli (Lehman, 1993)), se encontraron efectos significativos de interacción entre la satisfacción (en los distintos momentos) y el grupo de pertenencia (F=16,906; p=.000). Se encontró también un efecto estadísticamente significativo de la satisfacción general con la vida en los distintos momentos considerados (F=18,907; p=.000). También resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia (F=17,747; p=.000), mostrando puntuaciones más altas las personas participantes del GH.

Concretamente, como se puede observar en el Gráfico 8, **esta satisfacción aumentó significativamente doce meses después de la incorporación de las personas usuarias al programa Hábitat (GH) y se mantuvo estable durante el resto de la evaluación.** Sin embargo, este incremento no se produjo en el Grupo de Comparación o de tratamiento usual (GC), compuesto por participantes atendidos en otros programas o servicios, que se mantuvo estable desde el momento inicial (en el que no difería de la satisfacción del GH). Así, mientras en el momento de entrada las puntuaciones entre ambos grupos no diferían significativamente, doce meses después las personas participantes del GH presentan puntuaciones significativamente mayores que los del GC, manteniéndose esta situación hasta los 18 meses.

Gráfico 8.
Satisfacción global con la vida del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

¿Qué opina de su vida en general?

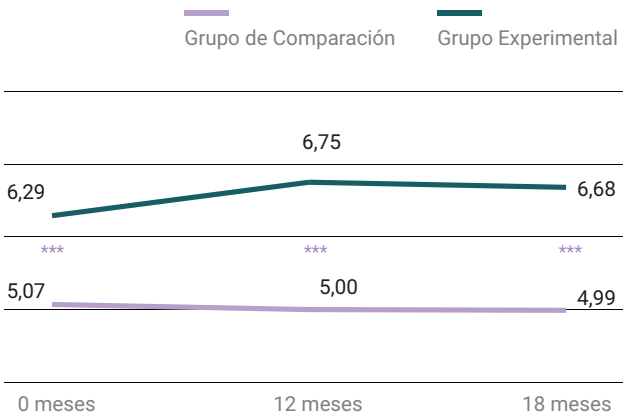


Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, en el gráfico siguiente (Gráfico 9) se recoge la **felicidad percibida** por las personas participantes, evaluada mediante la pregunta *¿Cómo de feliz se encuentra hoy?* En este caso, **no se encontraron efectos significativos de interacción** entre los seguimientos y el grupo de pertenencia (F= ,769; p= 0,456), tampoco un efecto principal estadísticamente significativo de la felicidad en los distintos momentos considerados (F= ,380; p= ,669). Sin embargo, **sí resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia** (F= 29,758; p=.000), mostrando puntuaciones más altas las personas participantes del GH.

Gráfico 9.
Felicidad percibida del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

¿Cómo de feliz se encuentra hoy?



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001
Fuente: elaboración propia.

Concretamente, como se puede observar en el gráfico siguiente, en el momento inicial ya se observan diferencias estadísticamente significativas en felicidad percibida a favor del GH, que se mantienen estables a lo largo de los siguientes seguimientos (no encontrándose cambios estadísticamente significativos). Es decir, las personas participantes del GC presentaban una puntuación significativamente menor que los del GH en las tres evaluaciones, es decir, un menor nivel de felicidad percibida.

3.1.3.

Uso de servicios

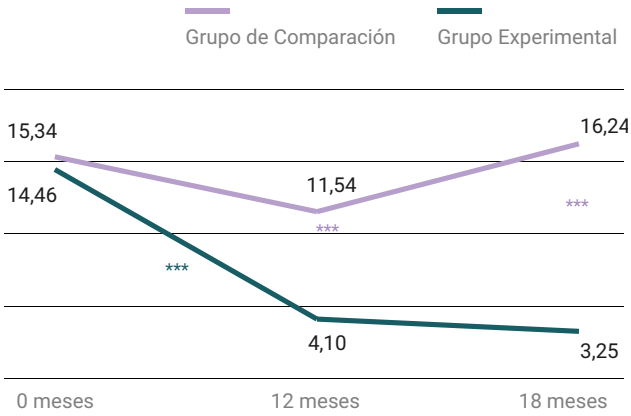
También se recogió información sobre el uso de distintos tipos de servicios por parte de las personas participantes.

Respecto al **uso de servicios sociales,** se encontraron efectos de interacción entre el uso de servicios sociales en los distintos momentos de medida y el grupo de pertenencia (F= 9,196; p=.000). Se encontró también un efecto principal estadísticamente significativo en el uso de los servicios sociales en los distintos momentos considerados (F= 13,412; p=.000). También resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia (F= 17,703; p=.000), mostrando un **menor uso de este tipo de servicios las personas participantes del GH**.

Como se muestra en el Gráfico 10, en el GH se redujo significativamente el uso de servicios sociales a los 12 meses respecto al momento previo a su entrada en el programa desde un 14% hasta un 4%, manteniéndose esa reducción a los 18 meses. Sin embargo, en el caso de las personas participantes del **GC,** sin diferencias estadísticamente significativas iniciales con el GH, el uso de este tipo de servicios se mantuvo estable a los 12 meses, registrándose un **incremento significativo 18 meses** después de la primera evaluación. El uso de servicios sociales entre el GC fue estadísticamente mayor al de las personas participantes en el GH en ambos seguimientos.

Gráfico 10.
Uso medio de servicios sociales en los 30 días previos en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Uso de servicios sociales

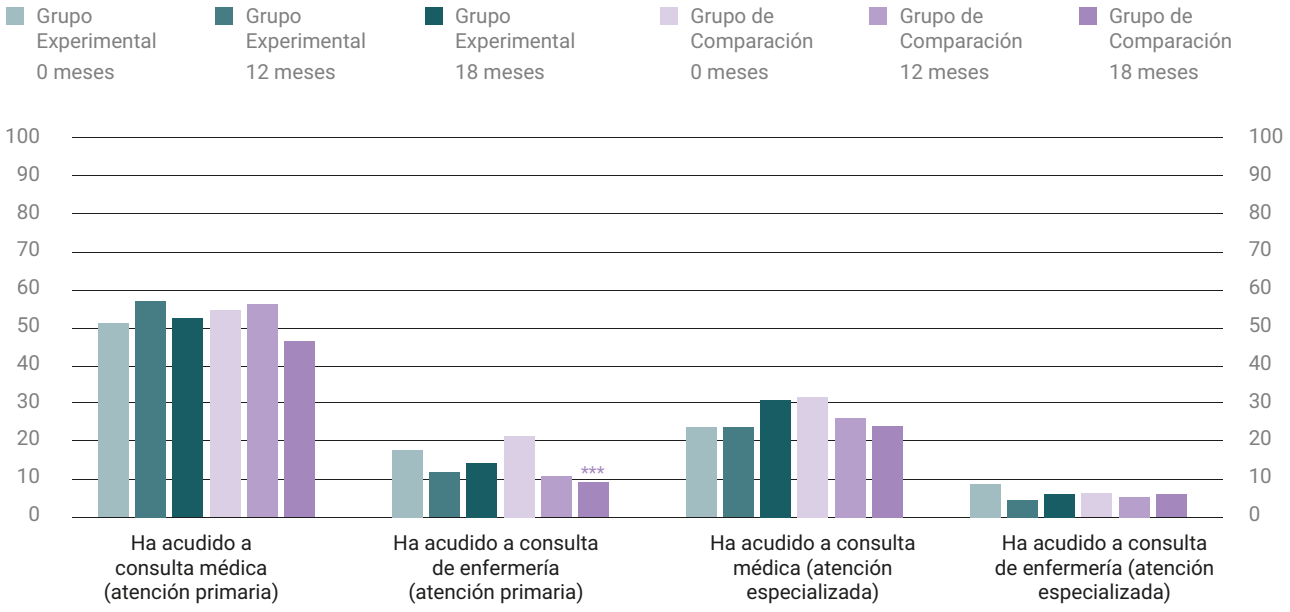


Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.
Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, también se analizó el **uso de distintos tipos de servicios sanitarios** por parte de las personas participantes en la evaluación.

Como se observa en el Gráfico 11, los servicios sanitarios más utilizados por las personas participantes

Gráfico 11.
Porcentaje de personas que han usado servicios sanitarios de atención primaria y especializada del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y $\chi 2$ para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

de ambos grupos en el momento inicial fueron las **consultas médicas de atención primaria.** Aproximadamente la mitad de las personas habían acudido a este tipo de consultas en alguna ocasión durante los 6 meses previos a la realización de la entrevista inicial. No se encontraron cambios estadísticamente significativos a lo largo de los 18 primeros meses ni en entre las personas participantes del GH (Q de Cochran = 1,815; p= ,404), ni entre las del GC (Q de Cochran = 4,455; p=,108).

En el caso de las consultas médicas de **atención especializada,** que habían sido utilizadas en los meses previos a la entrevista inicial por casi uno de cada cuatro participantes del GH y casi uno de cada tres del GC, parece ocurrir algo muy similar. **No** se observan **cambios** estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos: ni en el GH (Q de Cochran = 2,579; p= ,275) ni en el GC (Q de Cochran = 4,870; p= ,088).

Sin embargo, en el caso de las consultas de **enfermería de atención primaria,** aunque en el GH no se produjeron cambios estadísticamente significativos en las evaluaciones de seguimiento (Q de Cochran = ,424; p= ,809), sí se produjo una **reducción estadísticamente significativa en el caso de GC** (Q de Cochran = 10,757; p= ,005). Así, mientras en el momento inicial el 21% de las personas del GC había acudido a alguna consulta de enfermería de atención primaria, este porcentaje se redujo hasta el 9% 18 meses después.

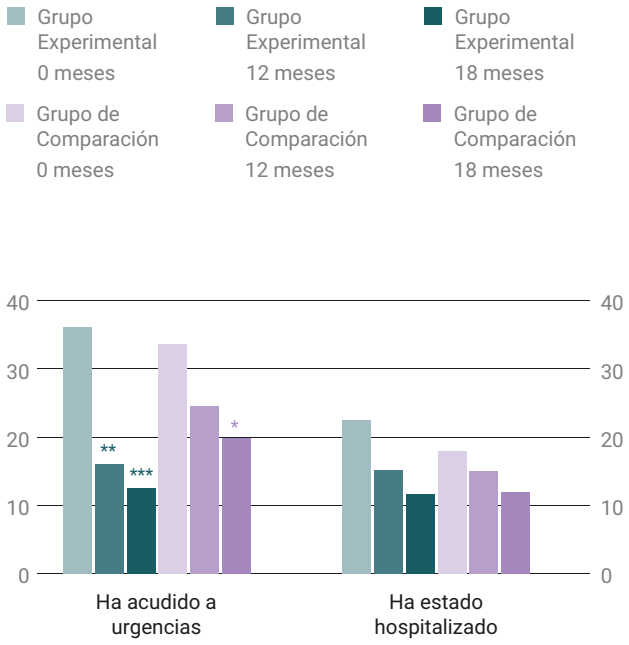
En el caso de las consultas de **enfermería de atención especializada,** con porcentajes de uso por debajo del 10% en ambos grupos en el momento inicial, tampoco se observaron cambios estadísticamente significativos ni en el GH (Q de Cochran = 1,444; p= ,486) ni en el GC (Q de Cochran = ,125; p= ,939).

Tabla 12.
Uso de servicios sanitarios en los 6 meses previos del GH y GC a los 0 y 18 meses.

Ítem	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	Media (DT)	n	Media (DT)		
Número de veces tratado por problemas de salud	Hábitat	85	4,52 (8,21)	85	3,15 (4,85)	1,667	-1,137
	Grupo de comparación	114	9,41 (23,94)	114	4,82 (10,51)	1,997*	
Número de veces que ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales	Hábitat	71	2,37 (12,34)	71	0,34 (1,0)	2,039	-1,198
	Grupo de comparación	100	2,55 (18,03)	100	2,34 (15,11)	,408	

(1) t para muestras relacionadas (2) t para muestras independientes. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Gráfico 12.
Hospitalización y uso de urgencias del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses (%).



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y χ2 para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

De forma específica sobre **el uso de servicios hospitalarios,** tal y como se recoge en el siguiente gráfico (Gráfico 12), **las personas participantes del programa Hábitat redujeron sus visitas a urgencias a los 12 y 18 meses respecto al momento inicial.** Concretamente, los resultados de la prueba de Cochran señalan una reducción significativa para el GH a lo largo del tiempo (Q de Cochran = 20,600; p=0.000). Según McNemar para las comparaciones dos a dos, esta reducción estadísticamente significativa se produjo a los 12 meses (Chi cuadrado = 11,281; p=0,001), manteniéndose estable a los 18 meses (Chi cuadrado= 13,781; p=,000). Así, en el momento inicial el 36% de las personas participantes había utilizado los servicios de urgencias hospitalarios en los seis meses previos a su incorporación al programa Hábitat. Dieciocho meses después este porcentaje se redujo hasta el 12%.

Entre las personas participantes del **GC, también se observó una reducción estadísticamente significativa** (Q de Cochran = 7,690; p=0.021), aunque esta reducción no se produjo hasta los 18 meses (Chi cuadrado= 6,568; p=,01). A los 18 meses, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de urgencias por parte de los dos grupos de participantes.

En el uso de **servicios sanitarios,** considerados de forma conjunta, **no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el grupo de personas del programa Hábitat** ni en el número de veces que habían recibido tratamiento por problemas de salud ni por problemas psicológicos y emocionales, que se mantuvieron estables durante los 18 meses de la evaluación. En el caso del **GC,** sí se observó una **reducción significativa en el número de veces que habían recibido tratamiento problemas de salud,** aunque no en el caso del tratamiento por problemas psicológicos o emocionales. Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de veces que han recibido tratamiento de ambos tipos entre en GH y el GC (Tabla 12).

Observando algunos recursos sanitarios de forma más específica, no se encontraron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en ninguno de los dos grupos en el **número de días de utilización de recursos sanitarios de atención primaria** (ni médica ni de enfermería) en los 6 meses

Tabla 13.
Frecuencia de uso de servicios de atención primaria, especializada y emergencias en el GH y GC a los 0 y 12 meses.

Ítem	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	Media (DT)	n	Media (DT)		
Cuántas veces consulta médica (Atención Primaria)	Hábitat	86	1,74	86	1,85	,373	,069
	Grupo de comparación	95	2,09	95	2,26	,383	
Cuántas veces consulta de enfermería (Atención Primaria)	Hábitat	89	0,37	89	0,44	-,333	,016
	Grupo de comparación	108	0,48	108	0,22	1,654	
Cuántas veces consulta médica (Atención Especializada)	Hábitat	90	0,26	90	0,81	-2,169*	-1,528
	Grupo de comparación	107	2,91	107	0,44	1,459	

(1) t para muestras relacionadas (2) t para muestras independientes. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

previos a la realización de la entrevista. Sin embargo, se encontró una diferencia en el número de consultas de especialidad en el caso de las personas del programa Hábitat a los 18 meses respecto al momento inicial (Tabla 13).

3.1.4.

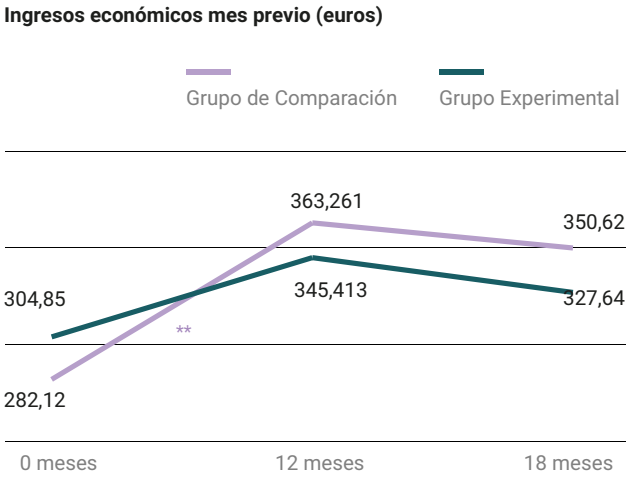
Situación económica

En cuanto a la situación económica de las personas participantes, en este caso no se encontraron efectos de interacción entre la **cuantía de ingresos mensuales** en los distintos momentos de medida y el grupo de pertenencia (F= ,839; p= ,433), pero sí un efecto principal estadísticamente significativo en la cantidad de ingresos económicos en los distintos momentos de evaluación (F= 5,368; p= ,005). No resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia (F= ,050; p= ,823).

Concretamente, como se refleja en el gráfico siguiente, **los ingresos económicos se incrementaron significativamente en el GC a los 12 meses,** lo que se mantuvo estable a los 18 meses, sin que en ninguna de las evaluaciones difirieran significativamente de los ingresos de las personas participantes del GH. En el momento inicial, las personas del GH y del GC tenían unos ingresos mensuales medios de 305 y 282 euros respectivamente; 18 meses después estos ingresos eran de 327 y 350 en cada uno de ellos, (Gráfico 13.)

En cuanto **a la situación económica de las personas participantes, no se encontraron cambios significativos en la tenencia de ingresos económicos estables y regulares** en forma de prestaciones de la administración 12 ni 18 meses después del

Gráfico 13.
Ingresos totales en el mes previo en GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.
Fuente: elaboración propia

inicio de la evaluación ni en el GH (Q de Cochran = ,583; p= ,747) ni en el GC (Q de Cochran = 4,261; p= ,119). Concretamente, en el GH en el momento de su incorporación al programa Hábitat el 40% de las personas habían cobrado algún tipo de prestación (Renta mínima, desempleo, jubilación, etc.) siendo este porcentaje 18 meses después del 44%. Entre las personas del GC los porcentajes fueron del 37% y 35% respectivamente sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas con el GH en ninguno de los dos momentos (Tabla 14).

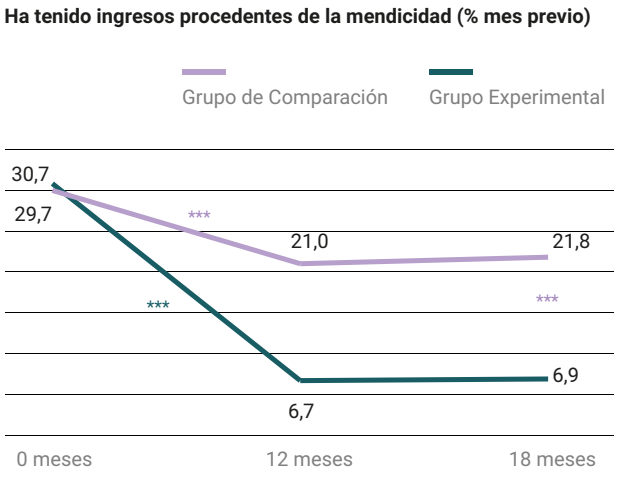
En cuanto a **las fuentes concretas de ingresos, en el GH se observó una reducción estadísticamente significativa del ejercicio de la mendicidad** (como se puede observar en el Gráfico 14) desde el 30%

Tabla 14.
Situación económica en el mes previo en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Ítem	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n		n			
En el pasado mes, ha recibido algún tipo de prestación (RMI/PIRMI, desempleo, jubilación, invalidez, viudedad u otras prestaciones)	Hábitat	40	39,6%	46	44,2%	-	1,895
	Grupo de comparación	44	36,7%	46	35,2%	-	
Fuentes de ingresos							
Sueldo/trabajo	Hábitat	7	7,1%	7	6,9%	-	0,725
	Grupo de comparación	2	1,8%	12	10,1%	*	
RMI/PIRMI	Hábitat	26	24,8%	27	26,5%	-	3,063
	Grupo de comparación	33	19,3%	20	16,8%	-	
Mendicidad	Hábitat	31	30,7%	7	6,9%	***	9,710**
	Grupo de comparación	33	29,7%	26	21,8%	*	
Actividades delictivas	Hábitat	0	0%	1	1,0%	-	0,12
	Grupo de comparación	1	0,9%	1	0,8%	-	
Actividad marginal	Hábitat	11	11,1%	6	5,8%	-	4255*
	Grupo de comparación	25	22,3%	17	14,3%	-	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Gráfico 14.
Ejercicio de la mendicidad en GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.
Fuente: elaboración propia

antes de entrar en el programa Hábitat hasta el 7% 18 meses después. En el caso del GC también se produjo una reducción significativa del ejercicio de la mendicidad desde un 30% a un 22% en el seguimiento de los 18 meses, aunque continuaba siendo significativamente mayor que en el GH.

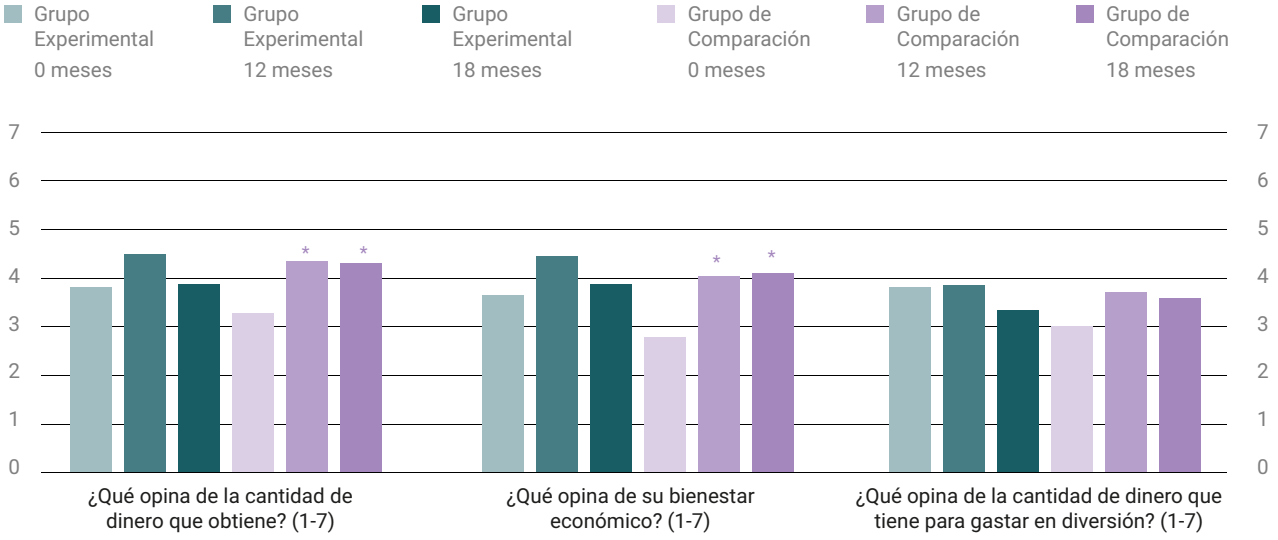
También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en el seguimiento de los 18 en **ingresos procedentes de actividades marginales** (venta de pañuelos de papel, aparcar coches, recogida de chatarra): el 6% de las personas del programa Hábitat realizaba alguna actividad de este tipo 18 meses después del comienzo de la evaluación respecto al 14% de las del GC.

En el Gráfico 15, se recoge la **opinión** de las personas participantes con distintos aspectos de su **situación económica,** en la que, como se puede observar **no hay muchas variaciones** a lo largo del tiempo en ninguno de los dos grupos.

Según los resultados de los Anovas mixtos realizados, no se encontraron efectos de interacción entre la satisfacción con la cantidad de dinero recibida (F=1,911; p=,153), bienestar económico (F= 1,907; p= ,154) y dinero disponible para gastar en diversión (F=1,138; p= ,327) y el grupo de pertenencia. Sin embargo, sí se encontraron efectos estadísticamente significativos en la satisfacción con dos de los aspectos considerados en los seguimientos: cantidad de dinero recibida y bienestar económico.

Tampoco resultaron estadísticamente significativos los efectos del grupo de pertenencia en ninguna de

Gráfico 15.
Satisfacción con la situación económica del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

las tres variables de satisfacción con la situación económica, mostrando ambos grupos puntuaciones similares.

De forma más concreta, en la primera variable, que recoge la satisfacción de las personas participantes con la cantidad de dinero que reciben, en el caso del GH no se observa ningún cambio significativo en ninguno de los seguimientos. Sí se observa un incremento significativo en la satisfacción de las personas del GC a los 12 y 18 meses (4,2 y 4,1 respecto al 3,1 obtenido en el momento inicial), aunque en ningún caso estas valoraciones son estadísticamente diferentes a las del GH. Lo mismo ocurre en la percepción con el bienestar económico, en el que, aunque se produce un aumento significativo de las puntuaciones del GC, éstas no llegan a diferenciarse significativamente de las puntuaciones del GH.

En el caso de la opinión de las personas de ambos grupos sobre la cantidad disponible para gastar en diversión, no se observa ningún cambio significativo a lo largo del tiempo entre las puntuaciones medias de GC y GH. Esta puntuación, en ningún caso supera la puntuación de 4 (sobre 7).

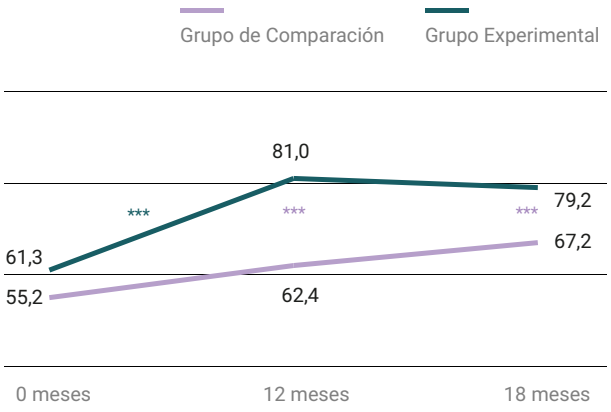
3.1.5.

Apoyo social

En relación con el apoyo social se han encontrado mejoras estadísticamente significativas en algunas de las **variables de apoyo percibido,** fundamentalmente entre las personas participantes del GH.

Gráfico 16.
Percepción de tener a alguien con quien contar en GE y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.

Tiene a alguien con quien contar cuando está triste (%)



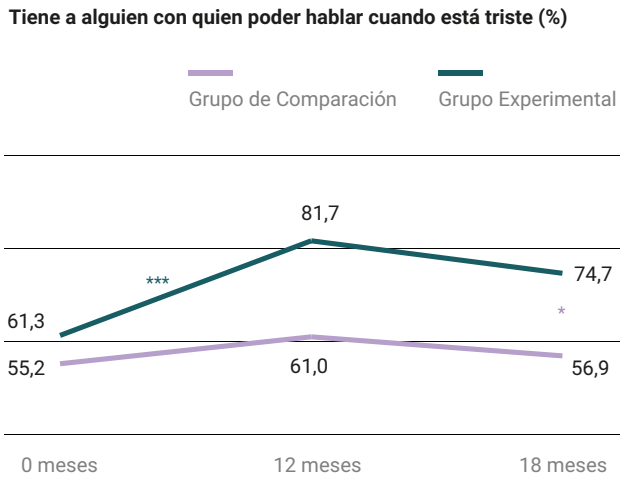
Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y χ2 para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Concretamente, como se observa en el Gráfico 16, a lo largo de los seguimientos a 12 y 18 meses se encontraron mejoras en la proporción de personas entrevistadas que consideraban que tenían **alguien con quien contar cuando estaban tristes, agobiados, etc.**, en el GH (Q de Cochran= 13,855; p= ,001), lo que no ocurría en el GC (Q de Cochran= ,764; p= ,683). Tanto a los 12 como a los 18 meses, el porcentaje de aquellos que percibían que tenían a alguien con quien contar era significativamente

mayor en el grupo Hábitat (79%) frente al grupo de comparación (67%).

Por otro lado, también se observaron **cambios significativos** durante el seguimiento en la percepción de tener a **alguien con el que poder hablar cuando lo necesitaban** en el GH (Q de Cochran = 8,227; p=,016), a diferencia de lo que ocurría con el GC (Q de Cochran = ,966; p= ,617). Aunque en el momento inicial, no había diferencias significativas entre ambos grupos, el porcentaje de participantes del GC que afirmaba que tenían a alguien con el que poder contar en caso de apuro o necesidad era de un 57% dieciocho meses después de comenzar la evaluación mientras este porcentaje se elevaba hasta el 75% en el caso del GH ($\chi 2$ = 7,49; p<0,05) (Gráfico 17).

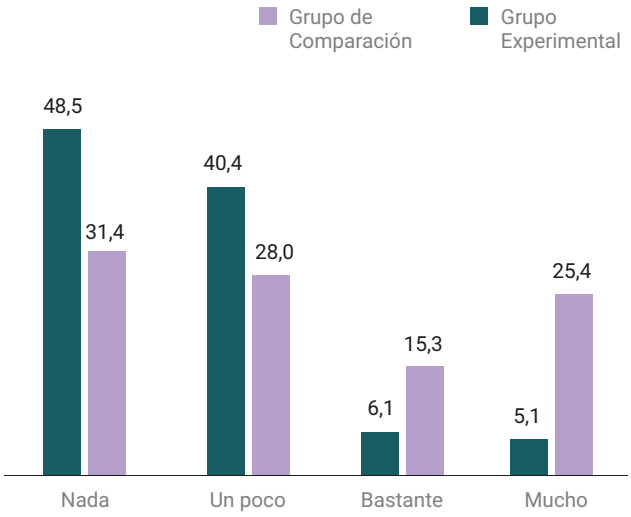
Gráfico 17.
Percepción de contar con alguien con quien hablar en GE y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y $\chi 2$ para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, respecto al **sentimiento de soledad y abandono** experimentado por las personas participantes, según la prueba de Friedman no se observaron cambios significativos a lo largo de los 18 primeros meses entre las personas participantes del GC (Chi cuadrado= ,955; p= ,620), mientras sí se observó una **mejora significativa entre las personas participantes del GH** (Chi cuadrado= 42,056; p= ,000), Gráfico 18.

Gráfico 18.
Sentimientos de soledad y abandono en el GE y GC en la entrevista de seguimiento a 18 meses (%).



En el gráfico siguiente se presenta la respuesta a la pregunta *¿En qué medida se siente solo o abandonado?* en la entrevista de seguimiento a 18 meses para ambos grupos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($\chi 2$ = 24,476; p= 0,000). Así, mientras casi la mitad de las personas usuarias del programa Hábitat no se sentían solos, este porcentaje era del 31% entre las del GC. Por otro lado, aproximadamente una de cada cuatro personas del GC se sentían muy solos frente al 5% entre las del GH.

También se recogió información sobre el apoyo social prestado por las personas participantes del GH y GC. En este aspecto aparecieron cambios estadísticamente significativos en ambos grupos a los 18 meses en alguno de los aspectos considerados.

Concretamente en **ambos grupos, se produjo una reducción significativa** de aquellos que habían prestado dinero a un familiar, amigo/a o vecino/a (de un 29% a un 13% en el GH y de un 32% a un 15% en el GC) y de aquellos que sentían haber proporcionado apoyo emocional a otras personas (61% a un 51% en el GH y de 68% a un 45% en el GC). Además, en el GH también se había producido una reducción en el porcentaje de personas que habían informado a alguien cercano sobre algún puesto de trabajo (34% al 17%), (Tabla 15).

Respecto a la **satisfacción con las relaciones sociales,** las personas participantes del **GH experimentaron un aumento significativo** de su satisfacción 18 meses después de su incorporación al programa

Tabla 15.
Apoyo social prestado por las personas participantes del GH y GC a los 0 y 18 meses.

En los últimos 6 meses, ha…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Cuidado a algún familiar, amigo/a o vecino/a por enfermedad	Hábitat	17	23,9%	16	16,7%	-	0,006
	Grupo de comparación	22	22,9%	20	16,3%	,593	
Prestado dinero a algún familiar, amigo/a o vecino/a	Hábitat	21	29,2%	13	13,5%	*	0,065
	Grupo de comparación	31	32,0%	18	14,8%	4,694	
Animado (apoyado emocionalmente) a algún familiar, amigo/a o vecino/a	Hábitat	44	61,1%	49	51,0%	27,225***	0,657
	Grupo de comparación	66	68%	56	45,4%	37,770***	
Informado a algún familiar, amigo/a o vecino/a sobre algún puesto de trabajo	Hábitat	24	33,8%	16	17,0%	8,036**	2,502
	Grupo de comparación	22	22,9%	12	9,8%	,833	
Cuidado a los/as hijos/as menores de algún familiar, amigo/a o vecino/a	Hábitat	6	8,3%	8	8,3%	-	1,759
	Grupo de comparación	6	6,2%	5	4,1%	-	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

en su opinión sobre las cosas que hace con otras personas y la gente con la que tratan socialmente.

Se encontraron efectos significativos de interacción entre la opinión que tienen de las cosas que hace con otras personas y el grupo de pertenencia (F= 10,868; p=.000). También resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia (F= 4,993; p=.026), mostrando puntuaciones más altas las personas participantes del GH. Sin embargo, no se encontró un efecto principal estadísticamente significativo de la satisfacción con este aspecto en los diferentes momentos de evaluación (F= ,066; p= ,937).

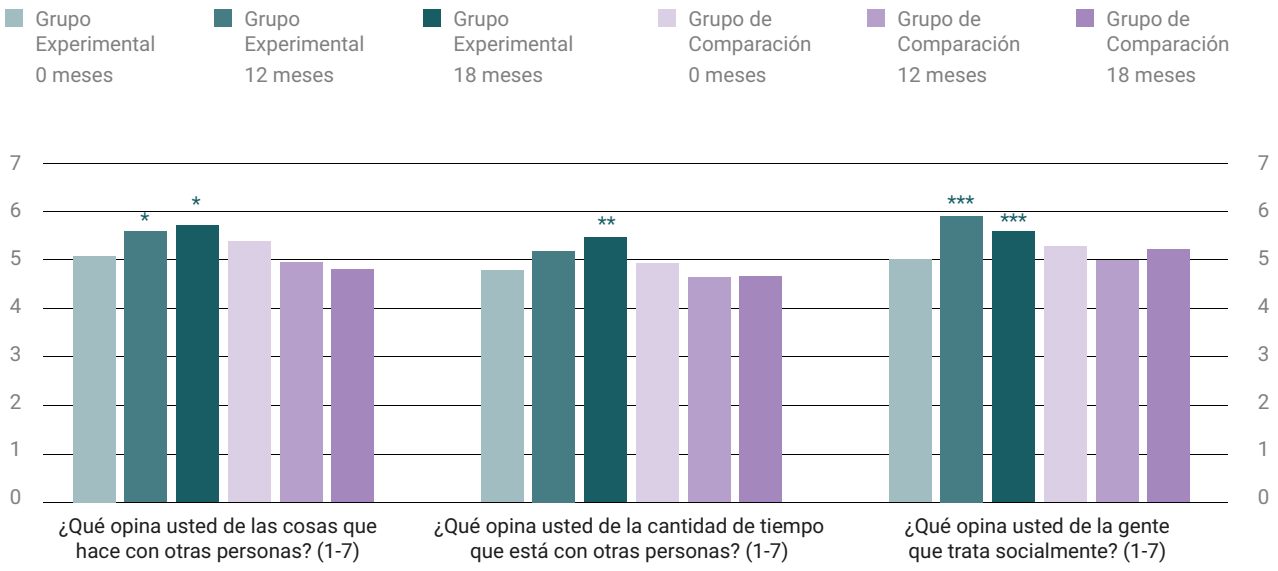
Concretamente, como se puede observar en el Gráfico 19, entre las personas del programa Hábitat, la satisfacción con las cosas que hacían con otras personas aumentó significativamente desde su incorporación al programa (4,9) hasta 5,34 a los 12 meses y 5,47 a los 18.

En el caso del **GC,** también se observaron diferencias estadísticamente significativas, pero e**n la dirección contraria:** 18 meses después del comienzo de la evaluación, la satisfacción con las actividades que realizaban con otras personas se había reducido significativamente (desde 5,1 hasta 4,6). Así, aunque no existían diferencias entre ambos grupos en la evaluación inicial, las puntuaciones a los 12 y 18 meses resultaron estadísticamente diferentes: las personas usuarias del programa Hábitat presentaron una mayor satisfacción con las cosas que hacían con otras personas que las del grupo de comparación.

Además, a los 12 meses la satisfacción de las personas participantes del GH fue significativamente mayor que la del GC, además de en estos dos aspectos considerados ((t=2,410; p<0,05) y (t=2,273; p<0,05) respectivamente), en la cantidad de tiempo que pasan con otras personas (t=2,624; p<0,01).

Sobre **la cantidad de tiempo que pasaban con otras personas,** también se encontraron efectos significativos de interacción entre la satisfacción con este aspecto y el grupo de pertenencia (F= 5,902; p= ,003) y resultó estadísticamente significativo el efecto del grupo de pertenencia (F= 4,667; p= ,032), mostrando puntuaciones más altas las personas participantes del **GH.** En este grupo, la satisfacción con la cantidad de tiempo que pasan con otras personas a los 18 meses fue **estadísticamente superior a la informada en el momento de incorporación** al programa y fue significativamente superior **a la de las personas del GC** tanto a los 12 como a los 18 meses. En el caso del GC no se produjeron cambios a lo largo del tiempo.

Gráfico 19.
Satisfacción con las relaciones con otras personas del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Respecto a la **opinión sobre la gente con la que tratan socialmente,** el tercer aspecto valorado, también se encontraron efectos significativos de interacción entre la satisfacción con este aspecto y el grupo de pertenencia (F= 9,087; p= ,000), aunque en este caso no se encontraron efectos significativos debidos al grupo de pertenencia (F= 3,831; p=0,52).

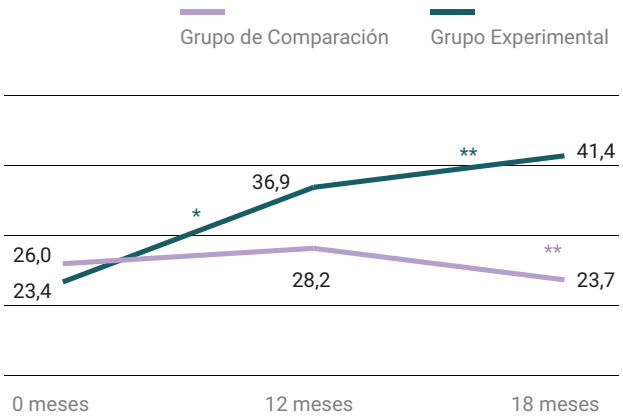
Como se recoge en el siguiente gráfico, la satisfacción con las personas con las que tratan socialmente **se incrementó, entre las personas del programa Hábitat,** a los 12 y 18 meses respecto al momento inicial. Sin embargo, sólo se encontraron diferencias respecto al GC a los 12 meses, desapareciendo éstas a los 18.

De forma más específica, respecto a la **relación familiar,** como se observa en la gráfica siguiente (Gráfico 20), a lo largo del tiempo **se incrementó el contacto telefónico con la familia entre las personas usuarias del programa Hábitat** (Q de Cochran: 15,116; p= ,001). Así, en el momento de incorporación el 23% de las personas tenían un contacto telefónico al menos semanal con algún miembro de su familia, aumentando hasta el 37% a los 12 meses y al 41% a los 18.

Sin embargo, este incremento **no se observa en el GC,** en el que la frecuencia de contacto se mantuvo muy estable a lo largo del tiempo (Q de Cochran: 1,256; p= ,534).

Gráfico 20.
Frecuencia de contacto telefónico con algún miembro de su familia en GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

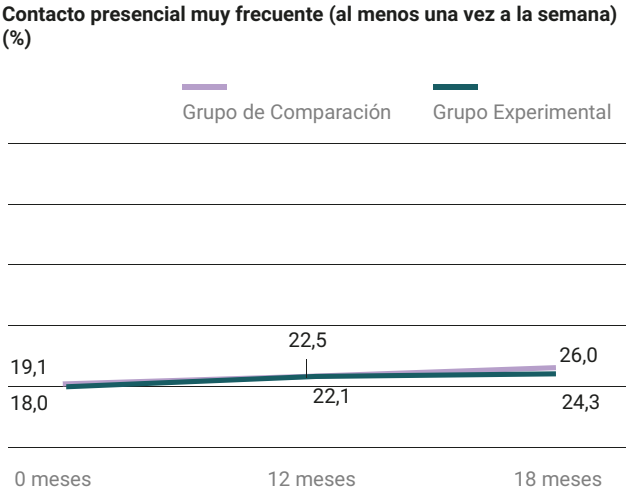
Contacto telefónico muy frecuente (al menos una vez a la semana) (%)



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y $\chi 2$ para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Cuando se analiza **el contacto no telefónico,** sino presencial, estos cambios significativos **no se produjeron en ninguno de los dos grupos,** ni entre las personas del programa Hábitat (Q de Cochran= 2,889; p=,236) ni entre las del GC (Q de Cochran= 3,211; p= ,201). Como se puede observar en el gráfico siguiente, en el momento de comienzo de la evaluación, casi un 20% de las personas participantes de ambos grupos veían a alguno de sus familiares al menos

Gráfico 21.
Frecuencia de contacto presencial con algún miembro de su familia en GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y $\chi 2$ para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

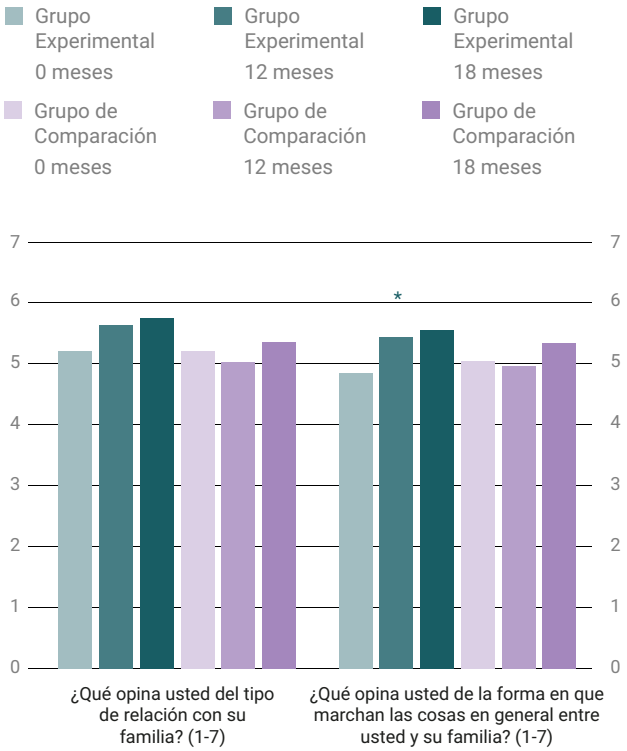
una vez a la semana; este porcentaje era de aproximadamente 25% 18 meses después (Gráfico 21).

En cuanto a la **opinión de las personas participantes sobre la relación con su familia,** se identificaron **pocos cambios a lo largo del tiempo.** Concretamente, no se encontraron efectos significativos en la interacción de las puntuaciones de satisfacción de los aspectos considerados (opinión sobre el tipo de relación con su familia (F= 1,440; p= ,239) y sobre la forma en que marchan las cosas en general con su familia (F= 1,704; p= ,185)) y el grupo de pertenencia.

Según se observa en el Gráfico 22, no existen cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en ninguno de los dos grupos, ni entre ellos en ninguno de los momentos considerados en la opinión con la relación familiar.

Sin embargo, en la forma en la que marchan las cosas en general con su familia, apareció **una mejora a lo largo del tiempo** entre las personas usuarias del programa Hábitat, aunque **no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas** en ninguna de las evaluaciones entre el GH y el GC.

Gráfico 22.
Satisfacción con la relación familiar del GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

3.1.6.

Ocio

Respecto al ocio de las personas participantes en la evaluación, como se puede observar en la tabla siguiente (Tabla 16), se observan algunos **cambios respecto a las actividades de ocio** a los 18 meses respecto al momento inicial.

En el caso del **GH se produjo un incremento significativo** en la realización de algunas actividades de ocio, concretamente, **pasear, ir de compras, dar un paseo en autobús o coche, realizar algún hobby o afición y ver la televisión.** En todas ellas, a excepción de pasear, la frecuencia fue mayor entre las personas del GH que en el GC.

En el caso del GC, se produjo también un incremento en acudir a algún restaurante o cafetería, realizado por el 58% de las personas de ese grupo en el seguimiento a 18 meses, aunque esto no resultó significativamente diferente de la frecuencia en el GH (54%).

Como se puede observar en la Tabla 17 aparecieron **muy pocos cambios significativos en otras actividades de ocio como ir al cine, exposiciones, participación en actividades de voluntariado, etc.**

Sólo aparecieron cambios significativos a los 18 meses en el porcentaje de personas del GH que había visitado lugares de interés cultural tales como monumentos históricos, museos, galerías de arte, yacimientos arqueológicos, etc.; en los 6 meses anteriores a la entrevista, registrándose un descenso desde el 18% inicial hasta el 7%. Sin embargo, en este caso las diferencias con el GC no resultaron significativas.

Respecto a la percepción de las personas participantes sobre su **forma de utilizar su tiempo libre** se encontraron efectos significativos en la interacción de su satisfacción a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 8,974; p= ,000), así como un efecto principal estadísticamente significativo de la satisfacción con su forma de utilizar su tiempo libre en los distintos momentos considerados (F= 3,585; p= ,032) y el efecto del grupo de pertenencia (F= 8,810; p= ,003), mostrando puntuaciones más altas las personas participantes del GH. **Las personas del programa Hábitat aumentaron su satisfacción con su forma de utilizar su tiempo libre** a los 12 y 18 meses respecto al momento inicial, mientras no se observaron cambios estadísticamente significativos entre las personas del GC. La satisfacción con este aspecto fue significativamente mayor entre las personas usuarias del programa Hábitat a los 12 y 18 meses que la de las personas del GC.

Algo muy similar ocurre con el siguiente aspecto relacionado con el ocio: la opinión de las personas participantes sobre sus **oportunidades de disfrutar de cosas agradables y bonitas.** También se identificaron efectos significativos en la interacción de la satisfacción y el grupo de pertenencia (F= 7,691; p= ,001), un efecto significativo de las distintas valoraciones de la satisfacción con este aspecto (F= 4,158; p= ,019) y también en el efecto del grupo de pertenencia (F= 7,070; p= ,009). De nuevo, la satisfacción con sus oportunidades de disfrutar de cosas agradables y bonitas **aumentó significativamente, entre las personas del programa Hábitat,** 12 meses después de la evaluación inicial, manteniéndose esta mejora constante en el seguimiento de 18 meses. En las dos evaluaciones de seguimiento la satisfacción del GH fue mayor que la del GC (grupo en el que no se produjo ningún cambio estadísticamente significativo).

En el caso del tercer aspecto considerado (la diversión que hay en su vida), se encontraron efectos significativos en la interacción entre satisfacción y el grupo de pertenencia (F= 6,977; p= ,001), aunque no un efecto principal estadísticamente significativo de la satisfacción con este aspecto (F= 1,012; p= ,365) ni el efecto de pertenencia al grupo (F= 2,575; p= ,111).

En la línea de lo encontrado en la **satisfacción** con los otros aspectos relacionados con el ocio, las personas del **GH mejoraron de forma estadísticamente significativa su satisfacción con la diversión que había en su vida a los 12 meses,** manteniéndose esa mejora a los 18. Esto no se produjo en el caso del GC, cuya satisfacción no registró cambios significativos a lo largo de este tiempo, resultando estadísticamente menor que la del GH.

Tabla 16.
Actividades de ocio en el mes previo en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

El mes pasado…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Fue de paseo	Hábitat	84	76,4	97	92,4	11,115***	2,727
	Grupo de comparación	92	70,8	112	85,5	8,308**	
Fue de compras	Hábitat	47	42,3	86	181,9	37,961***	25,264***
	Grupo de comparación	54	41,9	66	50,4	1,761	
Fue a un restaurante o cafetería	Hábitat	59	53,2	57	54,3	,000	0,330
	Grupo de comparación	62	48,1	76	58,0	3,841*	
Leyó un libro, revista o periódico	Hábitat	72	64,9	61	58,1	,781	1,415
	Grupo de comparación	91	70,0	86	65,6	,625	
Dio una vuelta en autobús o coche	Hábitat	53	48,2	64	61,0	5,689*	7,728**
	Grupo de comparación	44	33,8	56	42,7	2,420	
Realizó algún hobby/ afición	Hábitat	33	30,0	44	41,9	4,114*	3,940*
	Grupo de comparación	49	37,7	38	29,5	2,564	
Practicó algún deporte	Hábitat	17	15,5	23	21,9	1,161	2,706
	Grupo de comparación	19	14,6	18	13,7	-	
Vio la televisión	Hábitat	41	56,9	92	94,8	21,806***	23,897***
	Grupo de comparación	57	58,2	84	68,3	3,692	
Escuchó la radio	Hábitat	49	68,1	69	71,1	-	0,106
	Grupo de comparación	67	69,1	85	69,1	-	
Se conectó a internet	Hábitat	26	36,1	36	37,1	-	0,341
	Grupo de comparación	35	35,7	41	33,3	-	
Consultó su correo electrónico	Hábitat	11	42,3	26	66,7	-	1,887
	Grupo de comparación	21	58,3	25	52,1	-	
Visionó videos/ películas/escuchó música	Hábitat	11	42,3	23	59,0	-	0,579
	Grupo de comparación	21	58,3	26	53,1	-	

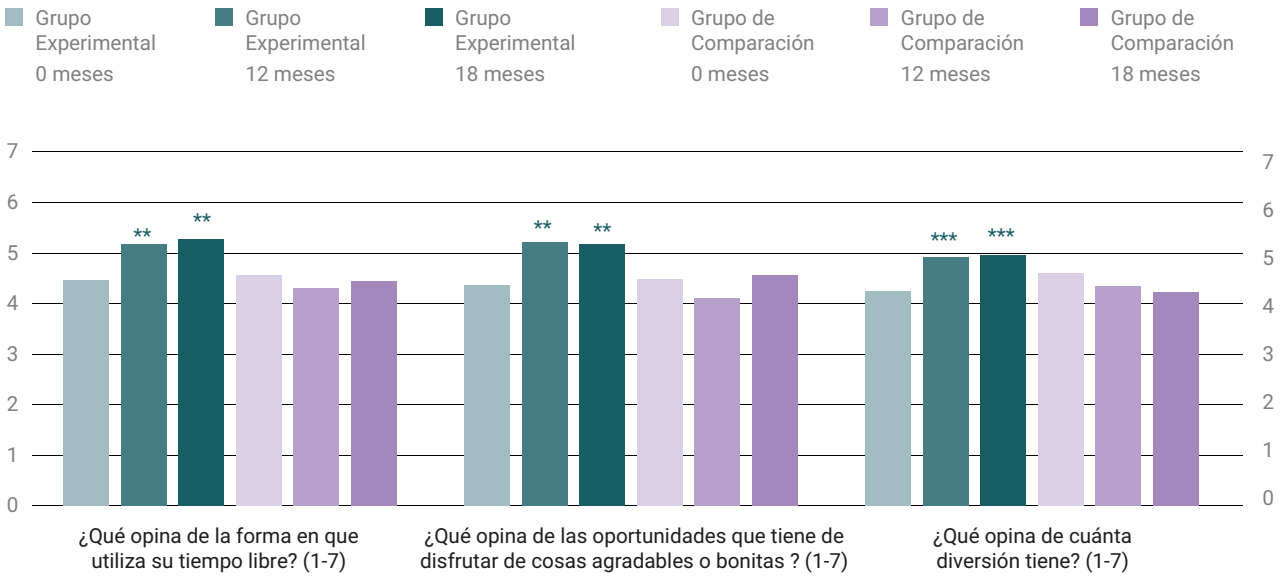
(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado $\chi 2$. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Tabla 17.
Actividades de ocio en los seis meses previos en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

En los últimos 6 meses…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Ha ido alguna vez al cine	Hábitat	4	5,6	11	11,3	-	,647
	Grupo de comparación	8	8,2	10	8,1	-	
Ha presenciado espectáculos en directo tales como obras de teatro, conciertos, ópera, espectáculos de ballet y danza	Hábitat	9	12,5	6	6,2	-	,009
	Grupo de comparación	9	9,3	8	6,5	-	
Ha acudido a bibliotecas, centros culturales, Casa de la cultura	Hábitat	31	43,1	30	30,9	-	,284
	Grupo de comparación	38	39,2	34	27,6	-	
Ha visitado lugares de interés cultural tales como monumentos históricos, museos, galerías de arte, yacimientos arqueológicos, etc.	Hábitat	13	18,1	7	7,2	*	1,090
	Grupo de comparación	16	16,7	14	11,4	-	
Ha participado en actividades de voluntariado a través de alguna organización, asociación o agrupación	Hábitat	10	13,9	5	5,2	-	,162
	Grupo de comparación	5	5,2	8	6,5	-	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Gráfico 23.
Satisfacción con aspectos relacionados con el ocio en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

3.1.7.

Victimización y discriminación

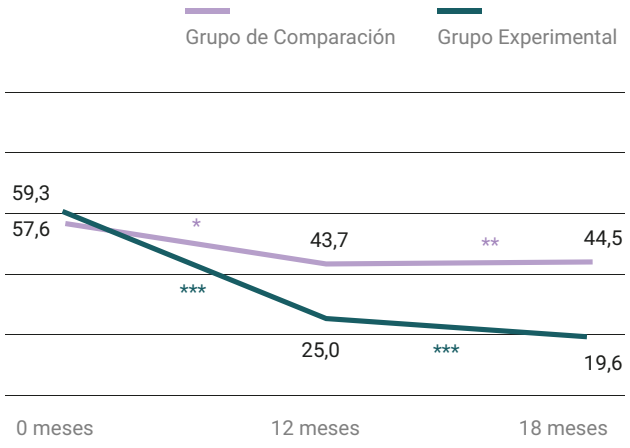
Un aspecto central por considerar es la seguridad de las personas que se encuentran en situaciones de exclusión residencial severa. Respecto a la **victimización reciente,** de forma general, ambos grupos (GH y GC) presentan mejoras a lo largo de las distintas evaluaciones de seguimiento. Es decir, en ambos grupos, la victimización se había reducido a los 18 meses respecto al momento de evaluación inicial, aunque esta reducción ha sido mucho más marcada en el GH.

Concretamente, como se puede observar en el siguiente gráfico, en el **GH** el porcentaje de personas que habían sido víctimas de algún tipo de delito (robo, agresión física o sexual, insulto, amenazas o engaño) en los 6 meses previos a la evaluación inicial fue del 59%, **reduciéndose significativamente** hasta un 25% a los 12 meses, continuando esta reducción hasta el 20% a los dieciocho meses (sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre los 12 y 18 meses). En el caso del GC este porcentaje disminuyó desde el 58% hasta el 44% doce meses después, siendo esa reducción estadísticamente significativa (Gráfico 24).

Como indican los análisis realizados, por tanto, la reducción que se produjo a lo largo de los seguimientos a 12 y 18 meses en experiencias de victimización recientes son estadísticamente significativas tanto en el GH (Q de Cochran= 10,842; p= ,004) como en el GC (Q de Cochran= 9,600; p= ,008). Sin embargo, **la reducción fue mucho mayor entre las personas participantes del programa Hábitat,** tanto a los 12 (Chi cuadrado= 9,006; p=,003) como a los 18 meses (Chi cuadrado= 12,986; p=,000).

Gráfico 24.
Victimización en los 6 meses previos en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Victimización en los seis meses previos (%)



Se ha aplicado la prueba de Q de Cochran para la comparación entre los tres momentos de medida (0, 12 y 18 meses), posteriormente se ha utilizado McNemar para las comparaciones 2 a 2 entre las distintas evaluaciones y χ2 para la comparación entre los dos grupos; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia.

Tabla 18.
Victimización reciente en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

En los últimos 6 meses…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Ha sido agredido/a	Hábitat	29	26,9	7	6,8	7,500**	4,760*
	Grupo de comparación	38	29,7	21	16,2	7,758**	
Le han robado dinero, pertenencias, documentación	Hábitat	41	37,3	7	6,7	16,447***	14,186***
	Grupo de comparación	49	38,3	33	25,4	3,841*	
Ha sufrido algún tipo de agresión sexual	Hábitat	3	2,7	0	0	-	3,256
	Grupo de comparación	5	3,8	4	3,1	-	
Le han timado	Hábitat	13	12,0	2	1,9	-	,340
	Grupo de comparación	21	16,7	4	3,1	-	
Le han insultado o amenazado	Hábitat	42	38,5	16	15,4	10,256***	11,574***
	Grupo de comparación	54	42,2	45	35,2	4,688*	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

A pesar del descenso producido en ambos grupos (y de la ausencia de diferencias iniciales entre ellos), como puede observarse en la siguiente tabla, en el seguimiento de los 18 meses se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en agresiones, robos e insultos y amenazas (Tabla 18). En todos los casos los porcentajes de victimización fueron menores entre el grupo de participantes del GH.

Esta reducción en victimización se acompañó de **mejoras significativas en cuanto a la percepción de seguridad** del entorno sólo en el caso del GH.

En el caso de la percepción de las personas participantes respecto a la seguridad en las calles de su vecindario, se encontraron efectos significativos en la interacción de su satisfacción a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 19,780; p= ,000), así como un efecto principal estadísticamente significativo de la satisfacción con la seguridad de su vecindario en los distintos momentos considerados (F= 22,583; p= ,000) y el efecto del grupo de pertenencia (F= 10,806; p= ,001), mostrando una **mayor satisfacción las personas del programa Hábitat.**

De forma específica, la satisfacción con la seguridad del vecindario en el momento inicial (sin diferencias significativas entre los dos grupos) se incrementó significativamente a los 12 meses entre las personas del grupo Hábitat, manteniéndose ese incremento 6 meses después. No se produjeron cambios significativos en el GC. En ambas evaluaciones de seguimiento la satisfacción de las personas participantes del GH con la seguridad de su barrio o vecindario fue **significativamente superior a la de los del GC.** Así, la satisfacción del GH se elevó desde el 4,3 (sobre 7) en la primera entrevista hasta un 6,2 a los 18 meses, mientras que la satisfacción entre el GC fue de 4,9 y 5,1 respectivamente.

Algo similar se observa respecto a la opinión de las personas participantes sobre la **seguridad del sitio en el que vivían.** De nuevo se identificaron efectos significativos en la interacción de su satisfacción con la seguridad de su alojamiento a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 14,610; p= ,000), así como un efecto principal estadísticamente significativo de dicha satisfacción en los distintos momentos considerados (F= 35,668; p= ,000) y el efecto del grupo de pertenencia (F= 21,914; p= ,010), mostrando también una mayor satisfacción las personas del programa Hábitat.

En este caso también se observó un **incremento significativo de la satisfacción con la seguridad del lugar de residencia de las personas del programa Hábitat** a los 12 meses (por encima de 6 sobre 7), que se mantuvo estable hasta los 18. Sin embargo, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el GC en dicha satisfacción, siendo ésta estadísticamente menor en ambos seguimientos.

Por último, en cuanto a la p**ercepción de protección frente a robos o asaltos,** en este caso también se identificaron efectos significativos en la interacción de su satisfacción con la seguridad de su alojamiento a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 11,853; p= ,000), así como un efecto principal estadísticamente significativo de dicha satisfacción en los distintos momentos considerados (F= 50,140; p= ,000), aunque no en el efecto del grupo de pertenencia (F= 10,381; p= ,067).

En el caso de la percepción de vulnerabilidad de las personas participantes frente a ciertos delitos, se produjo una **mejora estadísticamente significativa a los 12 meses en el GH** (en el que la satisfacción se eleva desde 4,11 a 6,27) y que se mantiene a los 18 meses (6,35). En el caso del **GC,** también **se observa una mejora** estadísticamente significativa, aunque en este caso no se produce hasta el seguimiento a **18 meses** (de 4,7 a 5,7). Sin embargo, en ambos seguimientos la satisfacción del GH con la protección contra robos o asaltos es significativamente mayor que en el GC.

Gráfico 25.
Percepción de seguridad en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

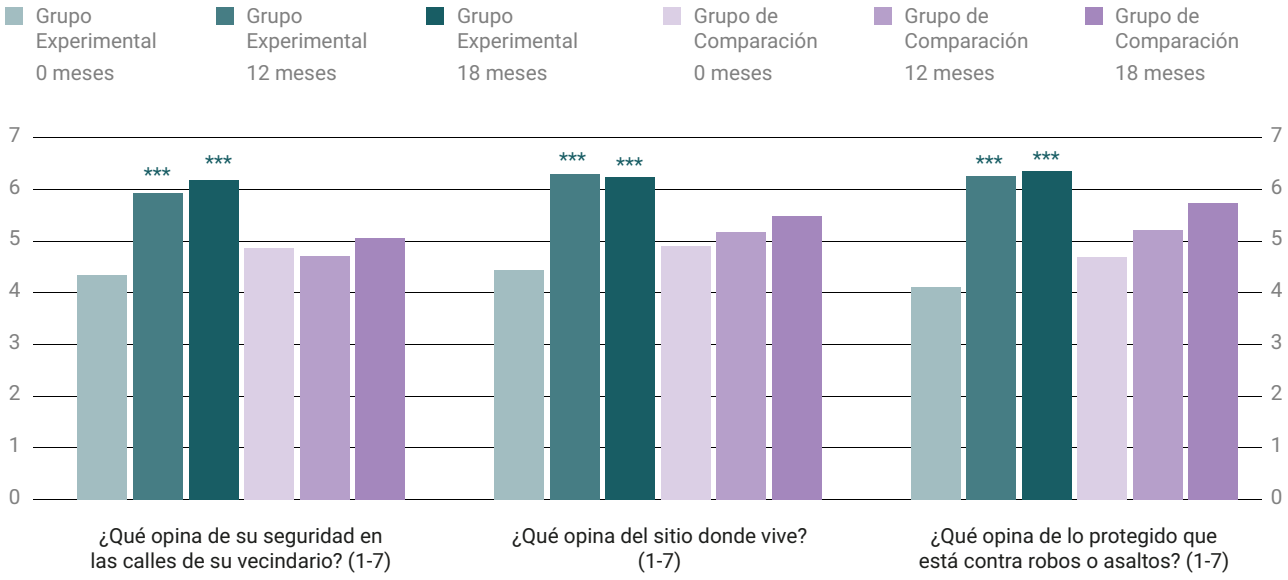
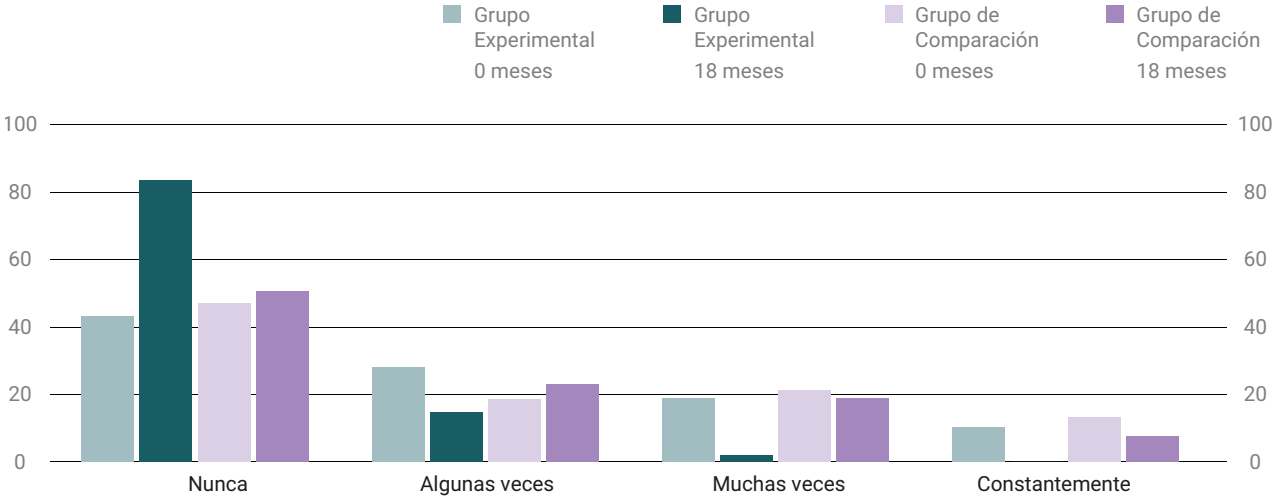


Gráfico 26.
Porcentaje de discriminación experimentada en los seis meses previos en el GE y GC en la entrevista de seguimiento a 18 meses.

% de discriminación en los últimos seis meses



Por otro lado, se analizaron también las **experiencias de discriminación sufridas** por las personas participantes. En ese sentido, tal y como indica la prueba de Friedman, se encontraron **reducciones estadísticamente significativas** a lo largo de las distintas evaluaciones en este tipo de experiencias en el **GH** (χ^2= 7,143; p= ,028), pero **no entre las personas del GC** (χ^2=2,000; p= ,368). Aunque no existían diferencias estadísticamente significativas en el momento inicial entre ambos grupos (χ^2 = 1,613; p= ,656), a los dieciocho meses las personas participantes del GC habían experimentado en mayor medida experiencias de discriminación en los seis meses previos a la entrevista de seguimiento ($\chi 2$ = 10,981; p=,012).

Concretamente, como se puede ver en el siguiente gráfico (Gráfico 26), aunque en el momento inicial, más de la mitad de las personas participantes de ambos grupos se habían sentido discriminados en alguna medida en los 6 meses previos a la realización de la entrevista. Sin embargo, entre las personas del programa Hábitat el porcentaje se redujo hasta el 16% dieciocho meses después.

Gráfico 27.
Número de días en los que ha tenido problemas de salud física en el último mes en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

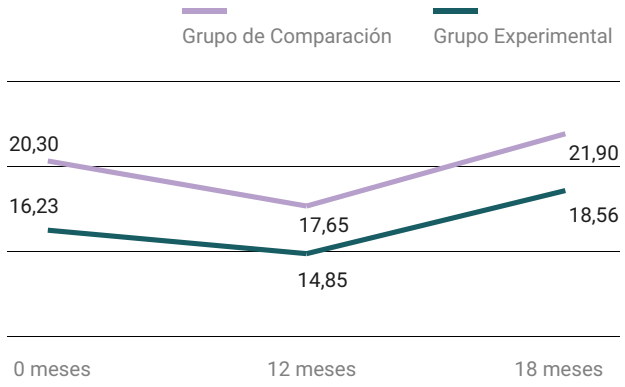
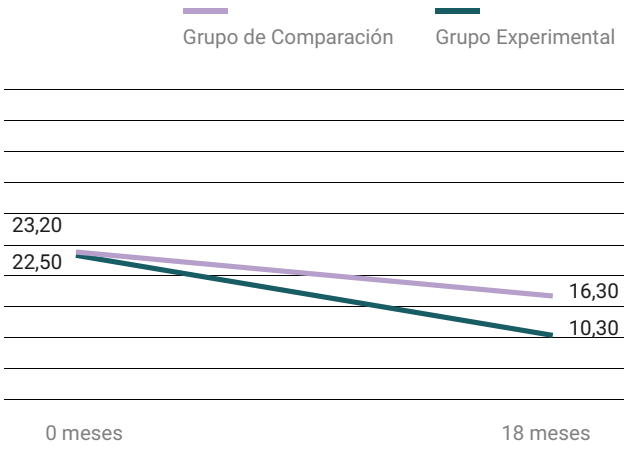


Gráfico 28.
Accidentes en los últimos 12 meses en el GE y GC a los 0 y 18 meses (%).

% de personas que han sufrido accidentes



3.1.8.

Salud

Se analizaron también los cambios producidos en distintas variables relacionadas con la salud de las personas participantes: salud física, salud mental, consumo de sustancias, etc.

En cuanto a la **salud física,** como se observa en el siguiente gráfico (Gráfico 27), se recogió en primer lugar información sobre los días que las personas participantes habían presentado problemas de salud física en el mes previo a la entrevista.

No se identificaron efectos significativos en la interacción de los **días en los que habían sufrido problemas de salud física** y el grupo de pertenencia (F= ,071; p= ,000), un efecto principal estadísticamente significativo de dicha variable en los distintos momentos considerados (F= 2,790; p= ,065), ni un efecto significativo del grupo de pertenencia (F= 2,758; p= ,101).

Como se observa en el Gráfico 27, **no se identificaron cambios estadísticamente significativos** a lo largo del tiempo, ni diferencia alguna entre las personas participantes del programa Hábitat y del GC.

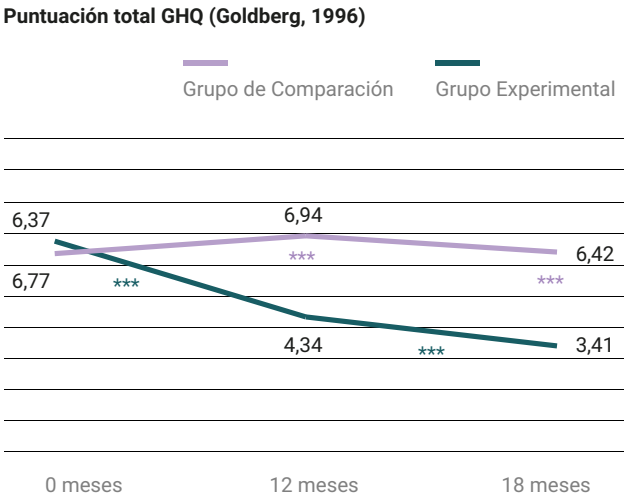
Se recogió también información sobre el padecimiento de **accidentes** en las personas participantes. Concretamente, 23% del GC y el 22% del GH habían sufrido algún tipo de accidente (incluido intoxicación o quemadura) en el año previo a la primera entrevista, mientras 18 meses después el porcentaje fue de 16% y 10% respectivamente, **sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas** entre ambos grupos (χ^2 = 1,631; p= ,202), ni cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en ninguno de ellos (Gráfico 28).

De forma específica, para la evaluación de la **salud mental** se utilizó el GHQ-28 (Goldberg, 1996). Considerando la puntuación total de este cuestionario, se encontraron **efectos significativos** en la interacción de la salud mental evaluada mediante esta prueba y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 10,750; p= ,000), así como un efecto principal estadísticamente significativo de esta puntuación a lo largo del tiempo (F= 8,574; p= ,000) y el efecto del grupo de pertenencia (F= 8,792; p= ,003), mostrando una menor puntuación, es decir, menos dificultades las personas del programa Hábitat.

Como se observa en el gráfico siguiente (Gráfico 29) la puntuación total en el GHQ **se redujo significativamente 12 meses** después de la realización de la primera entrevista entre las personas del programa Hábitat, lo que **se mantuvo** en el segundo seguimiento (**18 meses**), es decir, su salud mental mejoró respecto al momento inicial. Esto sólo ocurrió en el caso del **GH.** En el caso de las personas participantes del GC no se produjeron cambios estadísticamente significativos a lo largo de los 18 meses de la evaluación. Aunque la puntuación total de partida en el GHQ de las personas de ambos grupos era similar, ésta resultó significativamente mayor en el GC en los dos seguimientos realizados (12 y 18 meses), lo que indica menos problemas de salud mental entre las personas del programa Hábitat.

Además de la puntuación total, el GHQ permite obtener una puntuación en cuatro escalas: escala de síntomas somáticos, escala de ansiedad e insomnio, escala de disfunción social y escala de depresión grave. Como se recoge en la tabla siguiente (Tabla 19), **en el seguimiento de 18 meses aparecieron mejoras significativas** (reducciones en las

Gráfico 29.
Accidentes en los últimos 12 meses en el GE y GC a los 0 y 18 meses (%).



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.
Fuente: elaboración propia.

puntuaciones) en todas las escalas del GHQ en el GH. Además, en todas las escalas las puntuaciones de las personas participantes del GH fueron menores (y por lo tanto mejores) que las del GC.

Como ya se comentó en el apartado de metodología también se incluyó un instrumento de evaluación de calidad de vida vinculado a la salud: el **Euroqol-5D.**

Este instrumento incluye cinco breves y sencillas preguntas mediante las que la persona valora su propio estado de salud.

La primera parte de este instrumento consiste en un sistema descriptivo, en el que se recoge información sobre cinco aspectos relevantes relacionados con la salud general y el funcionamiento de las personas: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Para cada uno de estos aspectos la persona debe indicar cuál de las cinco posibles respuestas reflejan mejor su estado (cinco niveles de gravedad).

La primera de las cuestiones hace referencia las dificultades de la **movilidad** que sufren las personas. La mayoría de las personas participantes no tenían ningún problema de movilidad en la evaluación de 18 meses (71% en el GH y 57% en el GC), un 23% del GC y un 11% del GH presentaban problemas, al menos, moderados. Tal y como indica la prueba de Friedman, ni en el GH (χ^2= 6,635; p= ,156) **ni en el GC** (χ^2= ,633; p= ,729) **se registraron cambios estadísticamente significativos,** ni se encontraron diferencias entre ambos grupos al finalizar la evaluación (χ^2= 6,635; p= ,156), (Gráfico 30).

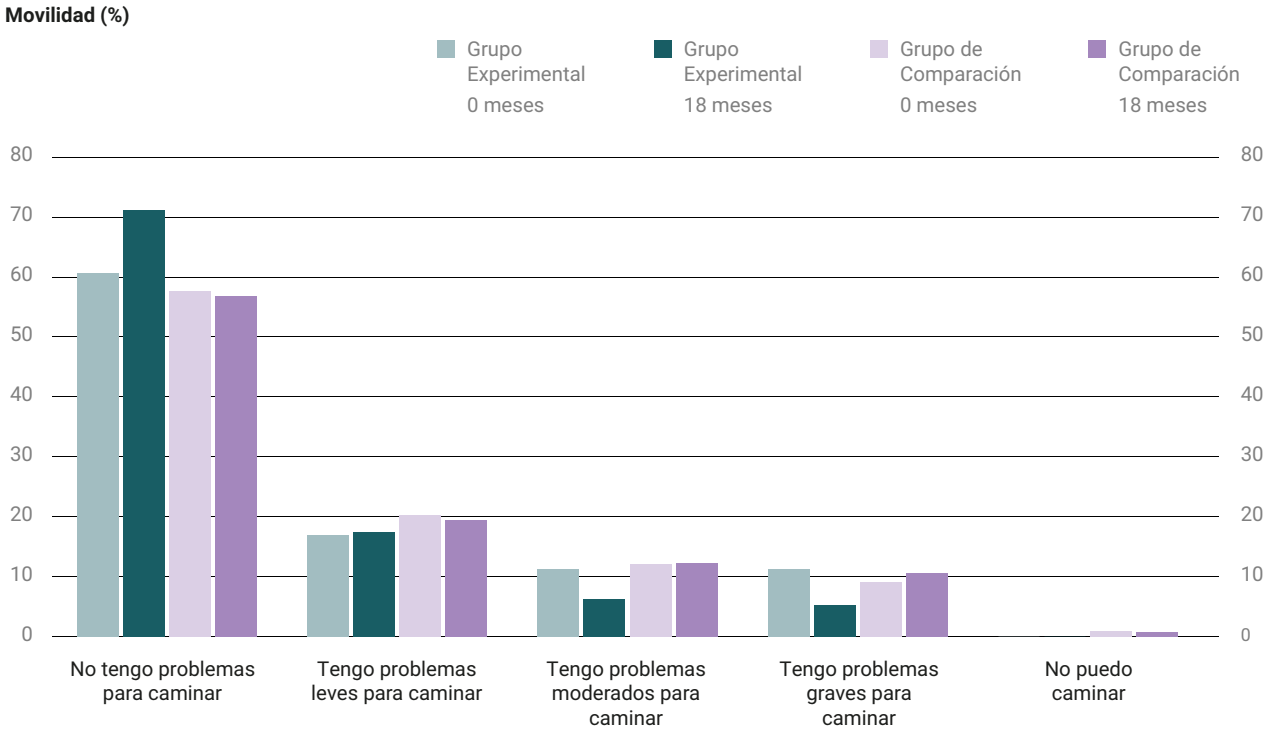
Las dificultades de **autocuidado,** en concreto lo que se refiere a las posibilidades de lavarse o vestirse de forma autónoma afectan en menor medida a las personas participantes que las de movilidad. El 75%

Tabla 19.
Puntuación del GHQ en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

En los últimos 6 meses…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Escala síntomas somáticos	Hábitat	90	6,62 (3,89)	90	4,42 (3,72)	4,246***	-2,483*
	Grupo de comparación	106	6 (3,78)	106	5,32 (3,38)	1,500	
Escala ansiedad e insomnio	Hábitat	94	7,32 (4,14)	94	3,97 (3,31)	8,332***	212,266***
	Grupo de comparación	108	6,81 (4,86)	108	6,53 (5,24)	,549	
Escala disfunción social	Hábitat	77	7,03 (2,81)	77	5,90 (2,71)	2,976**	206***
	Grupo de comparación	81	7,76 (2,92)	81	7,30 (2,79)	1,551	
Escala depresión grave	Hábitat	91	3,83 (4,88)	91	1,66 (2,94)	4,066***	201,373**
	Grupo de comparación	100	4,01 (4,04)	100	3,00 (4,97)	2,039	

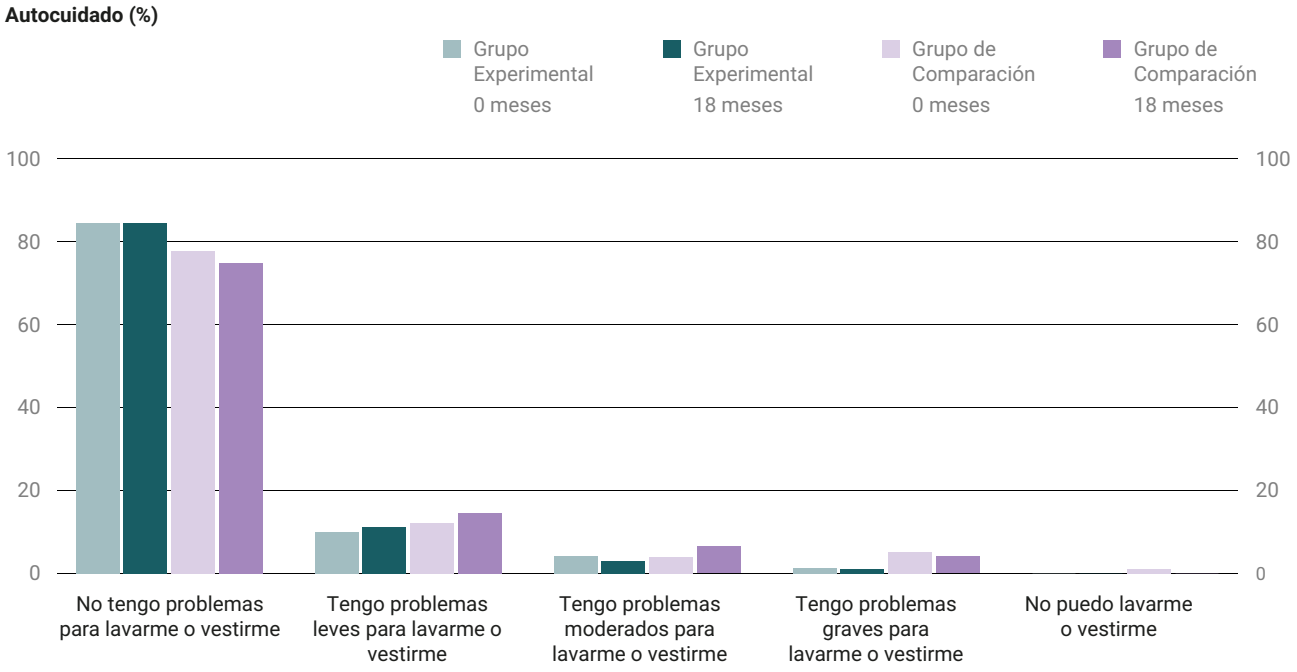
(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

Gráfico 30.
Resultados para Movilidad del Euroqol-5D en GE y GC a los 0 y 18 meses.



*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Gráfico 31.
Resultados para Autocuidado del Euroqol-5D en GE y GC a los 0 y 18 meses.



*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

de las personas del GC y el 85% del GH no tenían ninguna dificultad en ese sentido. En este caso, de nuevo, **no se encontraron diferencias** entre ambos grupos a los 18 meses (χ^2= 4,190; p= ,242), ni se produjeron cambios a lo largo del tiempo ni en el GH (χ^2= 1,321; p= ,516) ni en el GC (χ^2= ,563; p= ,755), (Gráfico 31).

Sobre la posible afectación de aspectos relacionados con la salud a las **actividades cotidianas** de las

personas participantes, a los 18 meses, aproximadamente una de cada cuatro personas presentaba, al menos, problemas leves para realizar sus actividades cotidianas, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de participantes (χ^2=4,114; p=,391). En este caso tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el momento inicial y los seguimientos a 12 y 18 meses ni en el caso del GH (χ^2=,881; p=,644), ni en el del GC (χ^2= 3,985; p= ,136) (Gráfico 32).

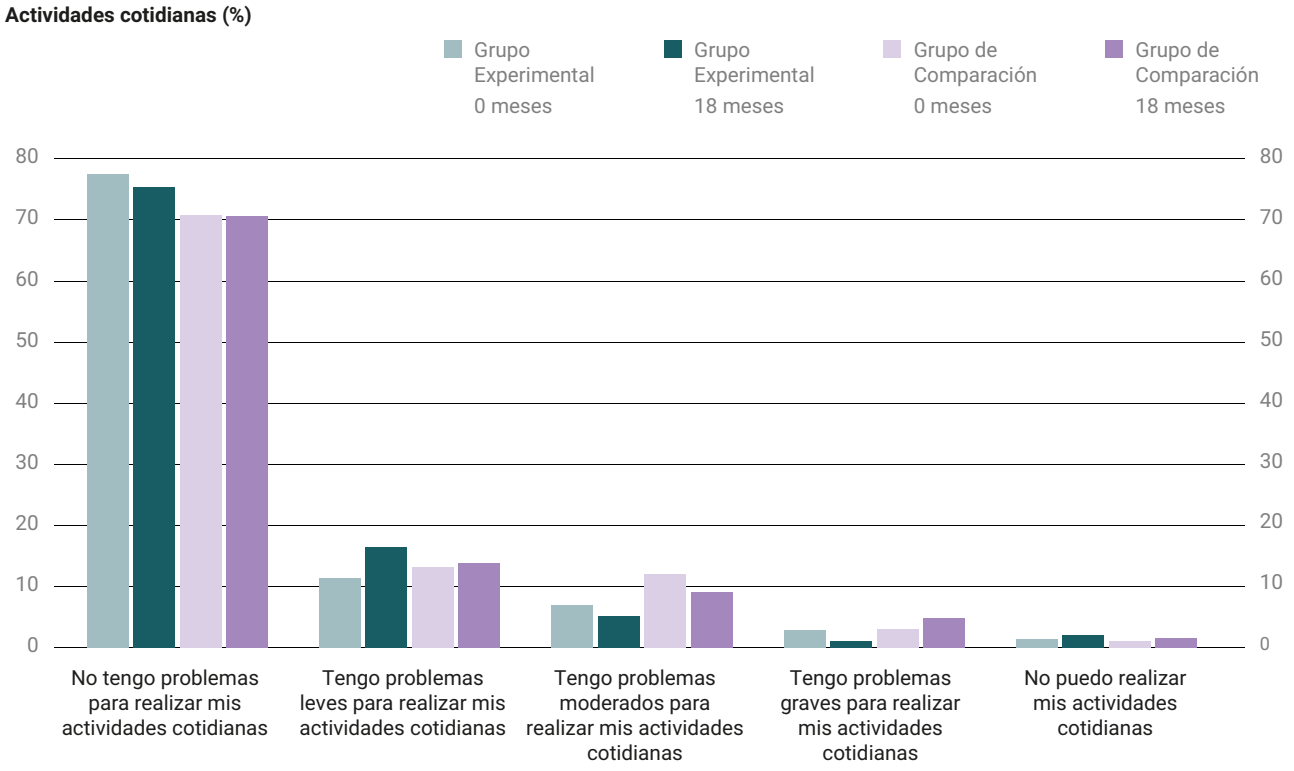
Sin embargo, sí aparecieron algunos cambios en los dos últimos aspectos considerados: dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Por un lado, respecto al **padecimiento de dolor** o malestar por parte de las personas participantes, sí parece mucho más frecuente que los aspectos previamente comentados. En este caso el 50% de las personas del programa Hábitat y el 60% de las personas del GC referían haber experimentado dolor o malestar el día de realización de la entrevista, siendo las puntuaciones en el seguimiento de 18 meses significativamente distintas entre los dos grupos (χ^2= 13,365; p= ,010). Mientras las puntuaciones del GC no cambiaron significativamente a lo largo de las tres evaluaciones, esto sí ocurrió en el **GH** en el que los resultados **apuntaron una reducción del dolor o malestar experimentado** (χ^2= 6,764; p= ,034), (Gráfico 33).

Algo similar encontramos en el ítem que valora los sentimientos de **ansiedad y/o depresión** padecidos por las personas de ambos grupos de participantes. El porcentaje de las personas que experimentan este tipo de dificultades en el GC son mayores que en el GH (χ^2= 18,527; p= ,001) en la evaluación de 18 meses: mientras el 63% de las personas del programa Hábitat afirmaron no sentirse ansiosos ni deprimidos, este porcentaje se redujo por debajo del 40% entre las del GC. En el momento de comienzo de la evaluación no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (χ^2= 3,274; p= ,513), pero la puntuación de las personas **participantes del GH mejoraron significativamente** a lo largo de los seguimientos a 12 y 18 meses, según la prueba de Friedman (χ^2= 14,248; p= ,001) (Gráfico 34).

El último elemento del Euroqol, es una escala analógica visual que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), en la cual la persona tiene que marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en ese mismo día. En

Gráfico 32.
Resultados para Actividades cotidianas del Euroqol-5D en GE y GC a los 0 y 18 meses.



*p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Gráfico 33.
Resultados para Dolor/malestar del Euroqol-5D en GE y GC a los 0 y 18 meses.

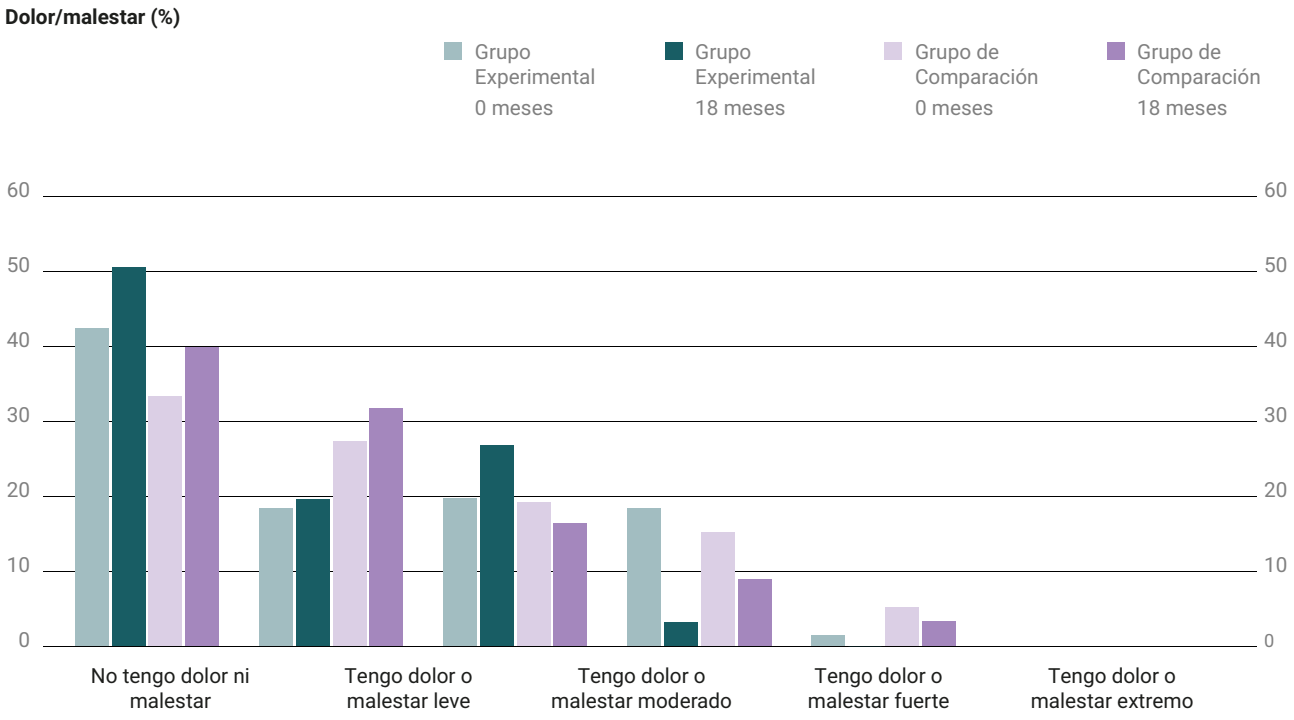
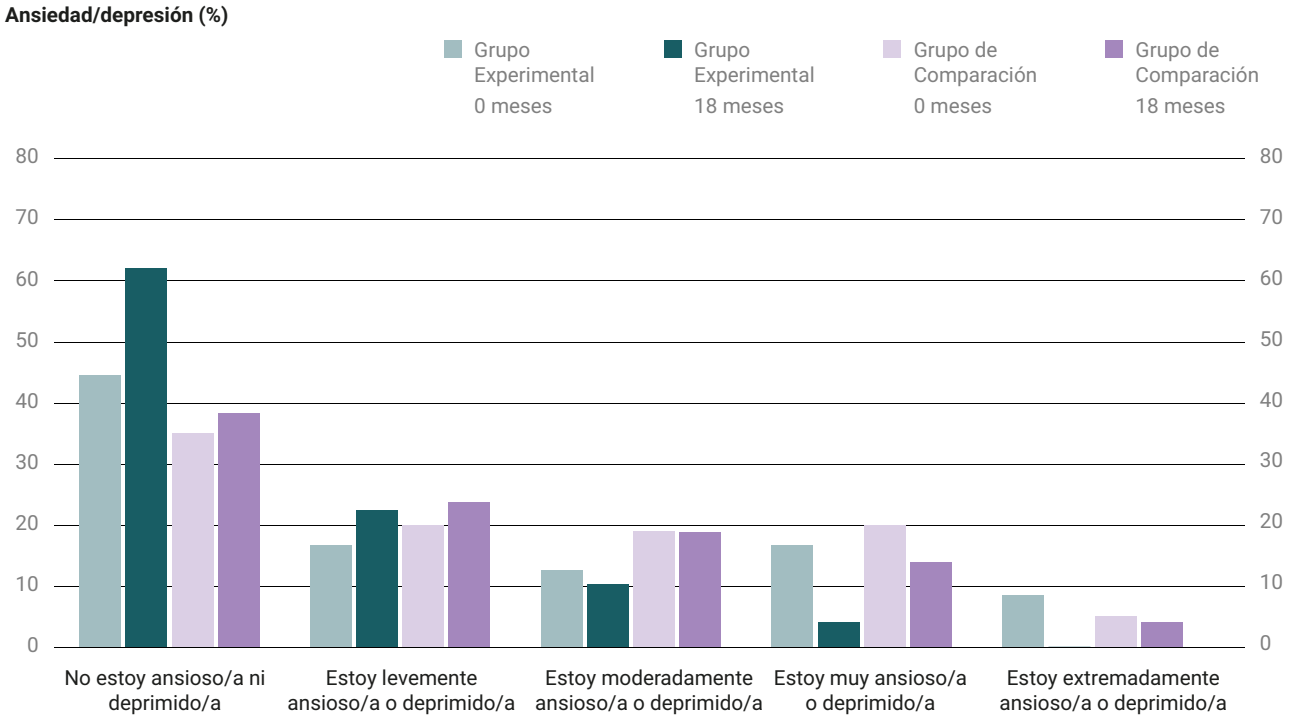


Gráfico 34.
Resultados para Ansiedad/depresión del Euroqol-5D en GE y GC a los 0 y 18 meses.



este caso, se encontraron efectos significativos en la interacción de la valoración del estado de salud a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 5,607; p= ,005), así como un efecto principal estadísticamente significativo de esta puntuación a lo largo del tiempo (F= 3,902; p= ,024), aunque no un efecto significativo del grupo de pertenencia (F= ,811; p= ,369).

Como se observa en el Gráfico 35, no se encontraron cambios estadísticamente significativos entre las personas participantes del GC ni a los 12, ni a

Tabla 20.
Consumo de alcohol en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

En los últimos 6 meses…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
En el último mes, ¿cuánto ha bebido habitualmente en un sólo día? (Vasos)	Hábitat	50	8,84 (9,99)	50	7,66 (10,36)	,646	-,804
	Grupo de comparación	63	11,68 (14,56)	63	9,90 (10,93)	1,249	
En el último mes, ¿cuántos días ha tomado más de cinco bebidas alcohólicas en la misma ocasión?	Hábitat	24	18,37 (13,40)	24	15,12 (13,47)	,719	-1,659
	Grupo de comparación	33	19,90 (13,40)	33	20,12 (12,98)	,219	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado χ2. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

los 18 meses. Sin embargo, en el **GH, sí se produjeron mejoras estadísticamente significativas en la valoración del estado de salud a los 12 y 18 meses respecto al momento inicial.** Además, las puntuaciones de ambos grupos resultaron estadísticamente distintas en la evaluación de 18 meses, siendo mejor la valoración del estado de salud de las personas participantes del programa Hábitat.

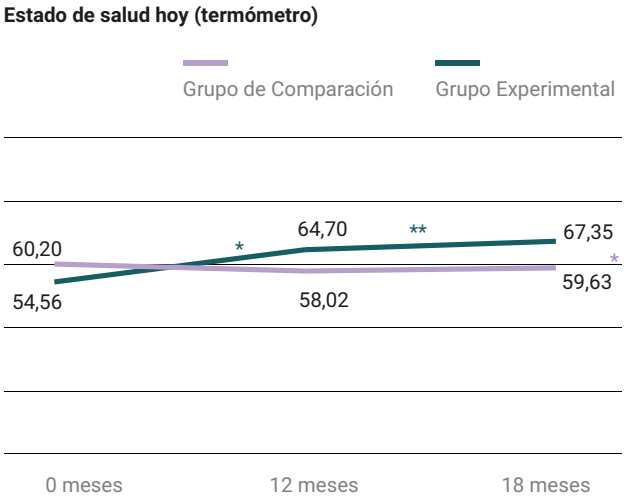
Respecto al **consumo de alcohol,** recogido en la siguiente tabla (Tabla 20), **no se encontraron cambios estadísticamente significativos** en el seguimiento de 18 meses en ninguno de los dos grupos de participantes (GH y GC), ni tampoco entre diferencias entre grupos.

Lo señalado anteriormente resulta coherente con la **percepción de las personas participantes respecto a su salud general** y estado de forma, ya que no se apreciaron cambios estadísticamente significativos en ninguno de los dos grupos en estas variables entre la evaluación inicial y los seguimientos a doce y 18 meses.

En el caso de la **satisfacción de las personas participantes con su salud general,** no se identificaron **efectos significativos** en la interacción de dicha satisfacción a lo largo del tiempo y el grupo de pertenencia (GH y GC) (F= 2,035; p= ,136), ni un efecto principal estadísticamente significativo en la satisfacción con la salud física en los distintos momentos considerados (F= 50,140; p= ,000). Tampoco se encontró un efecto significativo del grupo de pertenencia (F= 10,810; p= ,086).

Como se puede observar en el Gráfico 36, en la satisfacción de las personas participantes, no se

Gráfico 35.
Puntuación en la escala analógica visual del Euroqol-5D en el GE y GC a los 0, 12 y 18 meses.

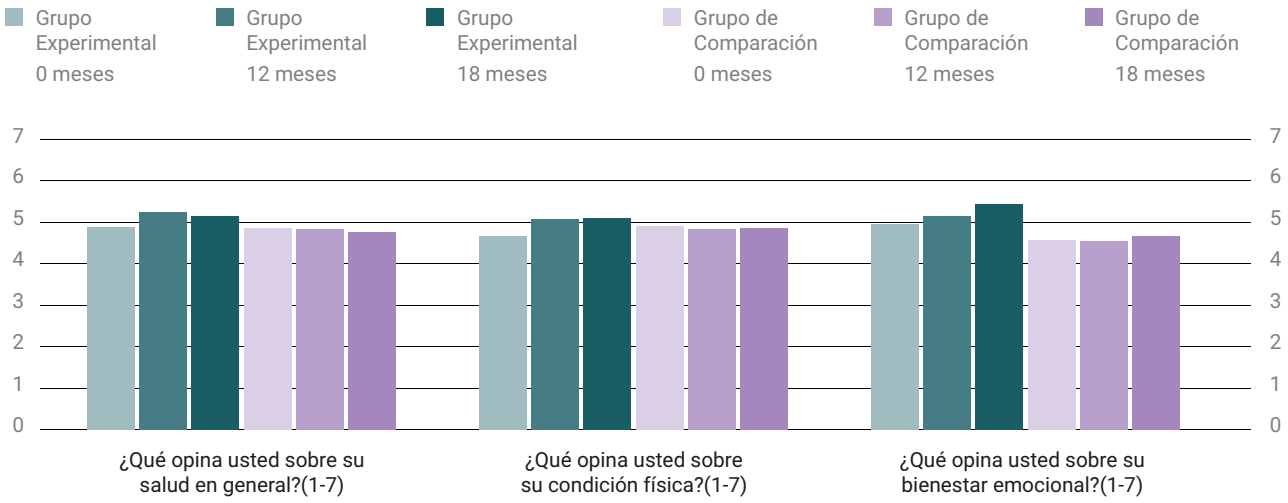


Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al momento inicial en ninguno de los seguimientos ni en el GH ni en el GC. Sólo apareció una diferencia estadísticamente significativa en este aspecto a los 12 meses (satisfacción mayor en el GH) que no se mantuvo a los 18 meses.

Respecto a la **opinión de las personas participantes sobre su condición física,** en este caso sí se encontraron efectos significativos en la interacción entre la satisfacción con la condición física y el grupo de pertenencia (F= 3,330; p= ,038), aunque no un efecto principal estadísticamente significativo en la satisfacción con dicho aspecto en los distintos momentos considerados (F= 1,912; p= ,151), ni en el grupo de pertenencia (F= ,255; p= ,614).

Gráfico 36.
Percepción respecto a su salud del GE y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

Como también se recoge en el gráfico siguiente (Gráfico 36), apareció un **aumento (estadísticamente significativo) en la opinión de las personas del GH sobre su condición física** a los 12 meses, que se mantuvo a los 18, mientras no se observó ningún cambio significativo en el caso del GC. Sin embargo, a pesar de la mejora en el GH, las puntuaciones de este grupo no resultaron significativamente diferentes a las del GC.

El tercer aspecto considerado, es la **satisfacción de las personas participantes con su bienestar emocional.** En este caso, en la línea de lo encontrado en los otros aspectos, tampoco se encontraron efectos estadísticamente significativos en cuanto a la interacción entre la satisfacción y el grupo de pertenencia (F= 1,312; p= ,270) ni sobre la satisfacción con su bienestar emocional en los distintos momentos de evaluación (F= 2,924; p= ,059). Sin embargo, sí se encontró un efecto significativo en el grupo de pertenencia (F=11,259; p= ,001).

Concretamente, la satisfacción de las personas del programa Hábitat con su bienestar emocional mejoró de forma significativa en el seguimiento de 18 meses (desde 5 hasta 5,4), mientras no se encontraron cambios estadísticamente significativos en el GC. En ambas entrevistas de seguimiento (12 y 18 meses) las personas participantes del GH mostraron puntuaciones significativamente más elevadas que las del GC.

3.1.9.

Situación administrativa y otros aspectos relacionados

También se han valorado diferentes aspectos relacionados con la situación administrativa y documental de las personas participantes. En ese sentido, aparecieron algunos cambios significativos a lo largo del primer año de evaluación del programa, aunque en este caso los cambios se produjeron exclusivamente en el GC. Concretamente, entre las personas participantes de este grupo se **incrementó el número de personas que tenía tarjeta sanitaria** y se encontraban **empadronados** 18 meses después de la realización de la entrevista inicial. No se observaron cambios significativos en el resto de los aspectos considerados: documentación en vigor, permiso de trabajo, permiso de residencia, etc. (Tabla 21). Sin embargo, sí se encontraron diferencias entre el GH y el GC en permiso de trabajo (46% vs 72% respectivamente) y en el permiso de residencia (51% vs 76%).

3.1.10.

Posibilidad de elección

Por último, se presentan los resultados relacionados con el grado de elección de las personas participantes respecto a distintos aspectos de su vida fundamentalmente vinculados con el alojamiento (personas con las que lo comparte, horarios, etc.). La escala de respuesta es una escala likert de 1 (nada) a 5 (completamente mi elección).

Tabla 21.
Situación administrativa y otros aspectos asociados en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

El mes pasado…	Grupo de evaluación	M0		M18 meses		M0-M18(1)	GH18-GC18(2)
		n	%	n	%		
Su documentación en vigor	Hábitat	86	79,6	88	85,4	-	0,181
	Grupo de comparación	97	82,2	104	87,4	-	
Tarjeta sanitaria	Hábitat	77	72,6	85	83,3	-	0,449
	Grupo de comparación	91	77,1	103	86,6	*	
Empadronamiento	Hábitat	89	84	95	93,1	-	0,70
	Grupo de comparación	102	87,9	110	94,0	*	
Permiso de trabajo	Hábitat	17	44,7	16	45,7	-	4,703*
	Grupo de comparación	24	57,1	23	71,9	-	
Permiso de residencia	Hábitat	20	52,6	18	51,4	-	4,681*
	Grupo de comparación	21	55,3	26	76,5	-	
Cuenta bancaria	Hábitat	46	67,6	63	66,3	-	0,799
	Grupo de comparación	58	67,4	80	72,1	-	
Tarjeta de débito o crédito	Hábitat	19	39,6	33	47,1	-	0,003
	Grupo de comparación	29	49,2	40	47,6	-	

(1) Se ha aplicado Mc Nemar (2) Se ha aplicado $\chi 2$. *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001. Fuente: elaboración propia

En este caso, entre las personas usuarias del programa Hábitat se produce una mejora estadísticamente significativa en todos los aspectos valorados en el seguimiento a 12 meses, que se mantiene a los 18, lo que no ocurre en el caso del GC. En todos los casos, las puntuaciones en las evaluaciones de seguimiento (12 y 18 meses) resultaron estadísticamente mayores entre las personas del programa Hábitat. Es decir, la percepción de autonomía y poder de decisión sobre aspectos básicos de su vida es mayor entre las personas del programa Hábitat, excepto en el caso de la percepción del grado de elección sobre su participación en servicios o tratamientos, en la que ambos grupos no se diferencian estadísticamente hasta los 18 meses, momento en el que se produjo una mejora significativa en el GH respecto al momento inicial (Gráfico 37).

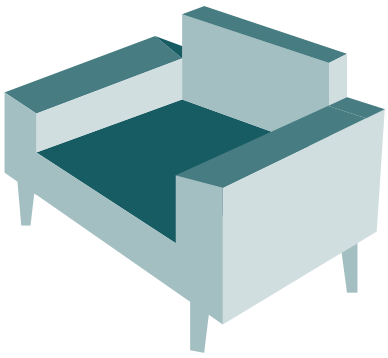
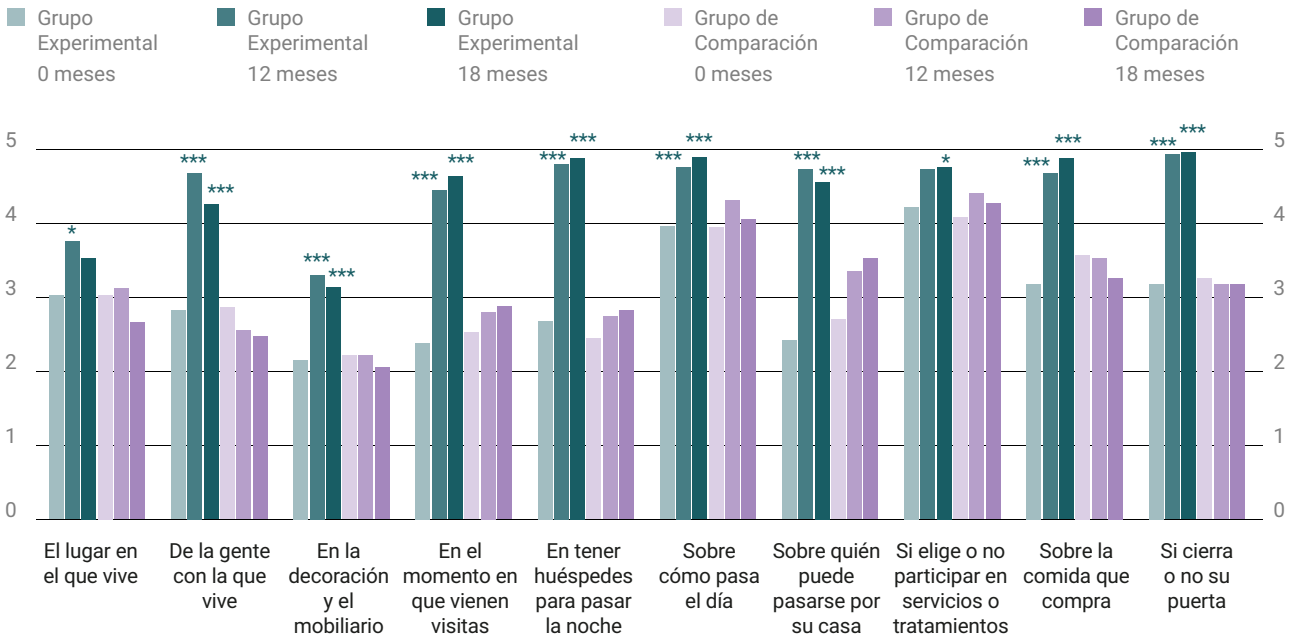


Gráfico 37.
Percepción respecto al grado de elección sobre diferentes aspectos básico del GE y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.



Se ha utilizado ANOVA mixto; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001.

3.2.

Resultados de la evaluación económica (Objetivos 3 y 4)

Una vez acopiada toda la información descrita en la metodología, el análisis se ha ejecutado a partir de dos variables básicas:

Costes unitarios
Costes unitarios, por día para los servicios y por intervención para los recursos sanitarios y legales.

Frecuencia
Número de días de consumo de servicios y número de intervenciones, en términos mensuales, realizadas por las personas entrevistadas y expresadas por ellas en la encuesta. Para todas las situaciones, hemos armonizado el número de días en días/mes.

La conjunción de ambas dimensiones ha permitido calcular el coste mensual medio de la asistencia a las personas en situación de sinhogarismo de la muestra, desagregada por servicios y expresada de manera separada para el Grupo Hábitat y el Grupo de Comparación.

Los resultados se muestran a continuación.

3.2.1.

Situación al comienzo de la evaluación (Etapa basal: 0 meses)

Los resultados de la oleada inicial han de tomarse, fundamentalmente, como un **punto de partida,** sobre todo para su comparación con los obtenidos en etapas posteriores. La imagen inicial obtenida está marcada por el hecho de que las personas del grupo Hábitat no están incorporadas al programa en el momento de realizarse las entrevistas, por lo que la información recogida se refiere solamente a su situación anterior, en igualdad de condiciones con el grupo de comparación. Las diferencias entre ambos grupos se deben a los comportamientos de sus miembros respectivos.

Estos resultados son de particular utilidad para explicar la estructura de análisis utilizada, con la correspondiente desagregación de todos los servicios y recursos comprendidos en la evaluación, para ambos grupos y el total general.

Como puede comprobarse en la Tabla 22, esta diferencia en el coste medio de ambos grupos se debe fundamentalmente a la partida de alojamiento y a los mayores consumos sanitarios y psiquiátricos de las personas que van a entrar en el programa Hábitat, sin que esas circunstancias se puedan achacar

Tabla 22.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa basal (0 meses).

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	134,17 €	218,71 €	84,54 €
Alimentación	72,17 €	83,11 €	10,94 €
Aseo	16,97 €	17,31 €	0,34 €
Servicios	207,76 €	202,57 €	-5,19 €
Adicciones	19,81 €	32,48 €	12,66 €
Costes indirectos (+9%)	40,58 €	49,88 €	9,30 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**491,47 €**	**604,05 €**	**112,58 €**
Atención sanitaria	237,41 €	376,25 €	138,84 €
Atención psiquiátrica	60,40 €	106,14 €	45,75 €
Sanciones administrativas	14,65 €	2,48 €	-12,17 €
Problemas legales	28,35 €	11,13 €	-17,23 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**832,28 €**	**1.100,04 €**	**267,76 €**

Fuente: Elaboración propia

a ningún factor específico, puesto que los criterios de selección del conjunto de la muestra evaluada fueron los mismos.

3.2.2.

Situación a los doce meses

Un año después, la situación sí está consolidada, en la medida en que los resultados obtenidos son ilustrativos de los usos y consumos realizados por las personas entrevistadas y, en particular, el programa Hábitat se ha desarrollado durante todo ese período. Lo primero que destaca es el **coste del alojamiento del Grupo Hábitat,** convertido ya en prácticamente un **coste fijo (931,25€)** por la estabilidad de las pernoctaciones y la alta tasa de retención. Por el contrario, el coste de alojamiento del **Grupo de Comparación,** aunque también se ha **incrementado,** lo ha hecho **ligeramente** y se mantiene muy reducido (161,48€ mensuales) (Tabla 23).

No obstante, este resultado directo resulta engañoso, pues –como ya hemos advertido con anterioridad- **se está comparando a un grupo muy homogéneo de personas en alojamientos estables (GH), frente a otro muy heterogéneo** con numerosas personas sin alojamiento o que sólo pernoctan algunos días al mes en algún lugar adecuado o en un recurso del sistema de atención a personas en situación de sinhogarismo (GC). Esta particularidad

El resultado final de este cálculo directo sería que las personas seleccionadas para participar en el programa Hábitat generan un coste de 1.100€ mensuales, un 32,17% más que las personas del grupo de comparación (832,28€).

A los doce meses, el coste medio mensual de la atención al Grupo Hábitat se ha elevado hasta los 1.763,24€, frente a los 1.093,72€ del Grupo de Comparación (un 61,21% más), impulsado por la estabilidad del alojamiento del programa Hábitat.

Los resultados observados no son plenamente comparables: el alojamiento en Hábitat es homogéneo y estable; en sus alternativas, heterogéneo e inestable.

Tabla 23.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 12 meses

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	161,48 €	931,25 €	769,76 €
Alimentación	67,57 €	13,94 €	-53,63 €
Aseo	15,21 €	0,47 €	-14,74 €
Servicios	206,06 €	56,86 €	-149,20 €
Adicciones	35,02 €	4,81 €	-30,20 €
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	43,68 €	106,98 €	63,30 €
"Tarifa plana de asistencia hábitat" *		283,90 €	283,90 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**529,01 €**	**1.398,20 €**	**869,19 €**
Atención sanitaria	345,46 €	219,43 €	-126,03 €
Atención psiquiátrica	168,30 €	76,56 €	-91,74 €
Sanciones administrativas	11,35 €	25,97 €	14,61 €
Problemas legales	39,60 €	43,08 €	3,48 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.093,72 €**	**1.763,24 €**	**669,52 €**

* Esta expresión hace referencia al conjunto de servicios de asistencia personal característicos del programa Hábitat. Véase apartado correspondiente en epígrafe 2.8.3.

resulta de gran importancia en la evaluación, y es objeto de depuración y ajuste más adelante. Sirva el cálculo directo de los costes a 12 meses para ilustrar, nuevamente, la estructura del análisis y, de paso, como muestra de las dificultades de la evaluación realizada.

3.2.3.
Situación a los dieciocho meses

Seis meses más tarde, en el último momento de medida, alcanzamos la fotografía más definida de la evaluación realizada. El coste promedio de las personas usuarias del programa Hábitat sigue fijado en torno a los 1.700€ mensuales, algo por debajo de la cifra registrada a los 12 meses. Por su parte, el grupo de comparación ha elevado su coste hasta los 1.157€ (Tabla 24).

Dos vectores fundamentales explican estos resultados finales en los que las diferencias entre ambos grupos persisten, pero se van acortando. En primer lugar, la ya mencionada estabilidad del "coste fijo" del alojamiento y la asistencia que caracterizan al programa Hábitat, frente a una población de comparación que sólo genera costes asimilables de manera irregular, reduciendo de manera muy notable su impacto sobre el promedio del grupo en esas categorías. En segundo lugar, **los menores costes del Grupo Hábitat en casi todos los demás componentes evaluados: alimentación, aseo, servicios, adicciones, atención sanitaria y psiquiátrica.** Sólo los ítems sanciones administrativas y problemas legales presentan una pequeña desventaja para el Grupo Hábitat, si bien ello puede ir de la mano de la mayor facilidad para su localización a efectos administrativos.

> Al final de la evaluación, el coste medio mensual de la atención al Grupo Hábitat queda fijado en 1.706,63€ y el del Grupo de Comparación en 1.157,84€ (un 47,40% más). Las diferencias entre ambos grupos se van acortando.

3.2.4.
Servicios de salud física y mental

Precisamente uno de los consumos clave que inciden en los resultados de la evaluación son los servicios de salud. Dada su especificidad e importancia, ofrecemos en la Tabla 25 la desagregación de los consumos medios mensuales de ambos grupos en los tres momentos de medida, tanto para la asistencia

Tabla 24.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 18 meses.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	248,56 €	920,09 €	671,52 €
Alimentación	59,75 €	5,00 €	-54,75 €
Aseo	14,93 €	- €	-14,93 €
Servicios	244,13 €	36,88 €	-207,25 €
Adicciones	19,31 €	2,46 €	-16,84 €
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	52,80 €	102,42 €	49,62 €
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**639,48 €**	**1.350,75 €**	**711,27 €**
Atención sanitaria	279,88 €	230,30 €	-49,58 €
Atención psiquiátrica	218,57 €	90,96 €	-127,61 €
Sanciones administrativas	9,72 €	20,63 €	10,91 €
Problemas legales	10,20 €	14,00 €	3,80 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.157,84 €**	**1.706,63 €**	**548,79 €**

sanitaria, como para la psiquiátrica. Observamos que, como ya hemos advertido, en el momento de partida de la evaluación las personas seleccionadas para el programa Hábitat presentaban un gasto superior, sobre todo por los casos de hospitalización y operación. En la oleada de 12 meses, llama la atención que la situación entre ambos grupos ha cambiado. Se ha invertido en cuanto **a la atención sanitaria, siendo el coste medio del grupo de comparación más alto que el del grupo Hábitat,** sobre todo por la repercusión de la **hospitalización.** Otro tanto ocurre con los **costes de la atención psiquiátrica,** que ahora son más del doble los del grupo de comparación que los de las personas participantes en Hábitat. Estos últimos prácticamente han dejado de hacer uso de los ingresos y estancias psiquiátricos, a diferencia de sus homólogos del grupo de comparación. A los 18 meses, la situación descrita se encuentra consolidada, con menores costes del Grupo Hábitat en prácticamente todos los componentes del gasto sanitario y psiquiátrico.

3.2.5.

Perspectiva dinámica: tendencias detectadas en los dieciocho meses

Al cambiar el conjunto del análisis de la perspectiva estática a la dinámica, lo primero que observamos es que el coste de la atención se ha incrementado en ambos grupos de estudio. Queda claro que el sinhogarismo genera costes, tanto en un sistema como en otro.

> Hábitat ahorra gasto de atención sanitaria y psiquiátrica.

> Los costes se han incrementado 18 meses después: un 40% en el caso del grupo de comparación y el 50% en el grupo Hábitat.

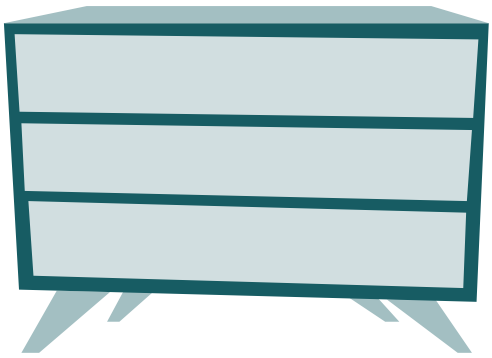


Tabla 25.
Desagregación de costes sanitarios y psiquiátricos, 0, 12 y 18 meses. Grupo de comparación (GC) y Grupo Hábitat (GH).

Tipo de atención sanitaria/ psiquiátrica	Etapa 0 meses		Etapa 12 meses		Etapa 18 meses	
	G C	G H	G C	G H	G C	G H
Atención Primaria. Consulta médica	17,84 €	21,72 €	20,07 €	16,37 €	17,02 €	14,07 €
Atención Primaria. Consulta enfermería	3,15 €	21,00 €	1,58 €	1,55 €	1,44 €	1,64 €
Atención Especializada. Consulta médica	20,17 €	5,82 €	5,00 €	6,73 €	8,33 €	5,63 €
Atención Especializada. Consulta enfermería	2,65 €	0,94 €	6,93 €	1,02 €	1,33 €	0,82 €
Cirugía menor ambulatoria	0,67 €	2,28 €	0,67 €	0,57 €	0,51 €	0,66 €
Fisioterapia-rehabilitación	1,93 €	3,70 €	2,09 €	- €	7,45 €	1,32 €
Análisis clínicos	4,47 €	3,11 €	4,29 €	3,28 €	3,10 €	2,22 €
Consulta de urgencia sin derivación hospital	9,65 €	15,68 €	7,65 €	6,33 €	7,88 €	4,43 €
Consulta de urgencia con derivación hospital	9,01 €	13,79 €	5,67 €	6,41 €	10,26 €	3,51 €
Hospitalización	117,48 €	144,91 €	236,24 €	90,24 €	145,55 €	136,54 €
Operación	36,95 €	119,16 €	41,98 €	74,34 €	61,24 €	50,55 €
Transporte sanitario	10,15 €	21,40 €	8,12 €	7,41 €	9,79 €	4,10 €
Consulta odontológica	1,57 €	1,10 €	2,51 €	2,29 €	2,45 €	2,38 €
Intervención dental	0,90 €	0,71 €	1,49 €	1,60 €	2,38 €	1,59 €
Vacunación contra la gripe	0,82 €	0,93 €	1,14 €	1,27 €	1,14 €	0,84 €
ATENCIÓN SANITARIA	**237,41 €**	**376,25 €**	**345,46€**	**219,43€**	**279,88 €**	**230,30 €**
Consulta externa psiquiátrica	19,75 €	6,62 €	8,41 €	19,60 €	21,75 €	3,50 €
Consulta urgencias psiquiátricas	1,60 €	4,31 €	4,33 €	54,30 €	2,01 €	- €
Consulta Hospital de Día	0,08 €	- €	0,13 €	1,11 €	0,16 €	0,21 €
Ingreso hospitalario psiquiátrico (estancia corta)	18,31 €	27,30 €	13,41 €	1,56 €	24,81 €	0,45 €
Estancia Unidad de tratamiento y rehabilitación	0,58 €	67,91 €	1,86 €	- €	35,64 €	- €
Estancia Unidad de cuidados psiquiátricos	20,07 €	- €	140,15 €	- €	134,19 €	86,79 €
ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	**60,40 €**	**106,14 €**	**168,30 €**	**76,56 €**	**218,57 €**	**90,96 €**

Como puede verse en la tabla siguiente, en el conjunto del período de evaluación los **costes promedio se han incrementado en los dos grupos.** Para las personas del grupo de comparación que completan la evaluación de 18 meses, el incremento general es de prácticamente un 40%, mientras que para las personas usuarias de Hábitat el aumento es quince puntos superior, hasta el 55%. En este segundo caso, el motivo del aumento con respecto a la situación de partida es evidente, la participación en el programa (Tabla 26). En el caso del grupo de comparación, el aumento detectado puede explicarse por el mayor peso en la muestra de la población en situación de sinhogarismo más estabilizada, por la propensión a la pérdida de casos en las sucesivas oleadas entre las personas del colectivo que se encuentran en situaciones más vulnerables (calle, lugares no adecuados, etc.), quedando así presentes en mayor medida quienes sí reciben atención y, por tanto, generan costes registrables.

Como venimos advirtiendo, es de nuevo **el coste del alojamiento lo que marca la diferencia en el incremento de coste del grupo Hábitat, con una tasa de variación del 320%** entre el momento 0 y 18 meses, frente al 85% del grupo de comparación. Ello, junto con los proporcionales costes indirectos superiores

Tabla 26.
Evolución etapa basal – etapa 18 meses. Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	85,26%	320,69%	235,43
Alimentación	-17,21%	-93,98%	-76,77
Aseo	-12,02%	-100,00%	-87,98
Servicios	17,50%	-81,80%	-99,30
Adicciones	-2,56%	-92,42%	-89,86
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	30,11%	105,35%	75,24
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**30,11%**	**123,62%**	**93,50**
Atención sanitaria	17,89%	-38,79%	-56,68
Atención psiquiátrica	261,89%	-14,31%	-276,19
Sanciones administrativas	-33,66%	732,58%	766,24
Problemas legales	-64,03%	25,86%	89,90
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**39,12%**	**55,14%**	**16,03**

(y la "tarifa plana Hábitat" que no aparece en la tabla al ser 0 el importe del año base), arrastra el sumatorio de costes mensuales asociados a la atención a las personas en situación de sinhogarismo a un incremento del 123,6% en Hábitat, frente a un 30% en el grupo de comparación. Sin embargo, otras tendencias muy interesantes se detectan por la vía del ahorro de costes generados por el programa Hábitat, especialmente acusado en los servicios de mayor cuantía o más caros, como los servicios de atención, sanitarios y psiquiátricos. Basta observar la columna GH-GC en la tabla anterior, indicativa de los puntos porcentuales de diferencia entre ambos grupos: Alimentación -77; Aseo -88; Servicios -99; Adicciones -90; Atención sanitaria -56,7; Atención psiquiátrica -276,2). La excepción –ya se ha advertido- es la dimensión administrativa y legal que presenta características muy específicas y cuyos importes son, en cualquier caso, muy reducidos.

Analizados por grupos, **los costes del Grupo de Comparación se han incrementado** en alojamiento (+85,26%), servicios (+17,5%), atención sanitaria (+17,9%) y atención psiquiátrica (+262%), mientras que se han reducido en alimentación y aseo (-17,2% y -12%, respectivamente) y sanciones administrativas y problemas legales (-33,7% y -64%, respectivamente).

En ese mismo período, si bien es cierto que, como era de esperar, la incidencia del mayor coste del alojamiento en el programa se deja notar (+320,7), el Grupo **Hábitat ha experimentado una gran y generalizada reducción de los costes no directamente asociados a él:** alimentación (-94%), aseo (-100%), servicios de atención (-82%), tratamiento de adicciones (-92,4%), atención sanitaria (-38,8%) y psiquiátrica (-14,3%).

> Hábitat genera ahorro de costes en servicios y recursos externos al programa: alimentación, aseo, tratamiento de adicciones y atención sanitaria y psiquiátrica.

Más allá de las diferencias descritas entre el comienzo y el final de la evaluación, es interesante observar cómo mientras que, a los doce meses, cuando la estructura de costes ya se encuentra consolidada y muestra la dinámica normalizada de funcionamiento en ambos grupos de estudio, los costes han crecido en los dos grupos, seis meses más tarde, a los 18, y se detectan tendencias divergentes (Tabla 27 y Tabla 28).

Podemos afirmar, por tanto, que una vez alcanzada la "meseta" de los doce meses, en el nuevo punto de

Tabla 27.
Evolución etapa basal – etapa 12 meses. Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	20,35%	325,79%	305,44
Alimentación	-6,38%	-83,23%	-76,85
Aseo	-10,36%	-97,30%	-86,94
Servicios	-0,82%	-71,93%	-71,11
Adicciones	76,73%	-85,18%	-161,91
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	7,64%	114,49%	106,85
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**7,64%**	**131,47%**	**123,83**
Atención sanitaria	45,51%	-41,68%	-87,19
Atención psiquiátrica	178,66%	-27,87%	-206,53
Sanciones administrativas	-22,50%	948,07%	970,56
Problemas legales	39,67%	287,25%	247,58
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**31,41%**	**60,29%**	**28,87**

Tabla 28.
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses. Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	53,93%	-1,20%	-55,13
Alimentación	-11,56%	-64,13%	-52,56
Aseo	-1,85%	-100,00%	-98,15
Servicios	18,48%	-35,15%	-53,62
Adicciones	-44,87%	-48,85%	-3,98
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	20,88%	-4,26%	-25,14
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		0,00%	0,00
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**20,88%**	**-3,39%**	**-24,28**
Atención sanitaria	-18,98%	4,96%	23,94
Atención psiquiátrica	29,87%	18,80%	-11,07
Sanciones administrativas	-14,41%	-20,56%	-6,15
Problemas legales	-74,25%	-67,50%	6,75
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**5,86%**	**-3,21%**	**-9,07**

medición y final del análisis a los dieciocho, vemos una tendencia inversa en ambos grupos, hacia la reducción de costes en Hábitat y hacia el mantenimiento del incremento en el grupo de comparación. Como se puede ver en la tabla de evolución 12-18 meses (Tabla 28), la relación GH-GC es negativa –favorable a Hábitat– en todos los ítems menos uno.

La conclusión parcial que se puede establecer es que, una vez establecida la estructura de atención, los costes existen en ambos modelos o sistemas, siendo Hábitat una fórmula más completa y más cara en la atención directa a las personas en situación de sinhogarismo que, no obstante, produce importantes ahorros en otros puntos del sistema y cuya evolución temporal dibuja resultados comparativamente favorables. Ello hace que el programa pueda ser considerado, más allá de las diferencias de costes, como una forma de inversión en capital social generadora de bienestar, salud, integración, etc.

3.2.6.

Una forma alternativa de análisis: el ajuste de resultados

Los resultados observados anteriores están descompensados, debido a que la tasa de retención y la intensidad de uso del alojamiento en Hábitat es muy alta (promedio de casi 30 días al mes), mientras que la del grupo de comparación es desigual y con mucha frecuencia se pernocta en lugares que no suponen un coste directo (en la calle, chabola, etc.) o no es asumido por una entidad equivalente a las del programa Hábitat (pensión o vivienda sufragada por particulares).

Para visibilizar este sesgo fundamental (el alojamiento supone más de la mitad del coste total del grupo Hábitat), procedemos a realizar una simulación alternativa basada en la depuración de los resultados sobre alojamiento, transformándolos en términos equivalentes al programa objeto de evaluación. Para ello:

a. No tomamos en consideración los casos que carecen de un coste directo imputable (marcados con * en la tabla que sigue), o cuyo coste no recae sobre los recursos evaluados (**). Si esa situación se ha producido sólo durante unos días, aplicamos el descuento proporcional.

b. Ajustamos los importes de los alojamientos del grupo de comparación al equivalente a 30 días de estancias al mes. Como ya se explicó en el apartado metodológico, este procedimiento permite **simular** la repercusión sobre los costes de cada programa de un nivel de efectividad en la retención de alojamiento comparable, mediante la hipótesis de la permanencia durante un mes completo. Es decir, situamos el uso de la asistencia residencial alternativa a Hábitat a su mismo nivel (tasas de retención muy superiores, de casi el 100%), para evitar interpretar negativamente (más caro) lo que de hecho supone un mayor éxito en el propósito fundamental de estos programas: proporcionar un hogar a personas que carecen de él.

c. Asumimos la hipótesis de que el resto de partidas no residenciales permanecen iguales (*ceteris paribus*), independientes del ajuste realizado. La simulación equipara la intensidad del uso del alojamiento, llevándolos todos a 30 días, manteniendo el resto de pautas de las personas participantes en el uso de los restantes recursos. Para intentar minimizar el riesgo que este supuesto puede significar sobre el conjunto del coste, más adelante se descomponen los usos de recursos en alojamiento, servicios específicos y externalidades, a fin de poder apreciar su impacto de manera diferenciada.

No obstante, hemos de volver a insistir -como se advertía también en el apartado metodológico- que estos cálculos son una hipótesis que antepone la conveniencia de visibilizar la desigualdad de las condiciones de evaluación en el apartado residencial, como valor añadido respecto de los resultados observados que se han empleado en el epígrafe anterior. Una elaboración más ajustada requería disponer de una submuestra suficiente en el grupo de comparación de personas efectivamente alojadas en recursos alternativos durante el mes completo (o

> Una vez en funcionamiento, Hábitat tiende a reducir costes, mientras que sus alternativas los incrementan.

> Los promedios mensuales de coste de alojamiento así obtenidos (equivalentes a estancias de 30 días al mes) para el Grupo de Comparación pasarían a ser de 760,35€, frente a los 953,70€ del Grupo Hábitat (Tabla 29).

Tabla 29.
Costes de alojamiento. Ajuste en términos de equivalencia al programa Hábitat.

Lugar	Costes medios diarios	Costes mensuales ajustados a estancia 30 días
Calle	*	-
Centro de acogida de emergencia	27,58 €	827,40 €
Albergue para personas en situación de sinhogarismo	23,78 €	713,40 €
Espacio no adecuado para vivir	*	-
Piso facilitado por una ONG. PROGRAMA HABITAT	**31,79 €**	**953,70 €**
Pensión pagada por una ONG	22,18 €	665,40 €
Alojamiento para colectivos específicos	27,84 €	835,20 €
Piso ocupado	*	-
Piso en propiedad	**	-
Piso alquilado	**	-
Habitación alquilada o pensión	**	-
Piso o habitación cedido gratuitamente	*	-
Chabola	*	-
Acompañante en piso Hábitat	***	-
Otro lugar	***	-
Programa Hábitat 30 días		**953,70 €**
Programas de comparación. Alojamiento equivalente 30 días		**760,35 €**

* Sin coste. ** El coste no recae sobre los servicios evaluados. *** No aplicable.

próximas a ello), de la que se carece en este momento. Plantear esa posibilidad sin contar con un volumen suficiente de casos implicaría además otro tipo de riesgos asociados a las particularidades de los individuos afectados.

Tras el ajuste realizado, los resultados cambiarían ostensiblemente.

Seis meses después, a los 18, los costes medios ajustados se habrían reducido ligeramente, hasta 1.743,82€ para el Grupo Hábitat y 1.715,69€ para el Grupo de Comparación. Este descenso no es, sin embargo, simétrico, sino que es más acusado en el Grupo Hábitat, por lo que la diferencia entre ambos grupos desciende a tan sólo 28,12€ al mes, apenas un 1,64% más (Tabla 31).

Podemos además adentrarnos en la comparación más exhaustiva de los resultados económicos para ambos grupos, siempre bajo el supuesto de la consideración en términos equivalentes. Así, como muestra la tabla anterior, al final del período Hábitat tendría un mayor coste monetario que sus alternativas en:

> El coste medio mensual ajustado total a los 12 meses del Grupo Hábitat seria de 1.788€ y de 1.746,5€ en el Grupo de comparación, quedando entonces la diferencia entre ambos grupos en tan sólo 41,59€ al mes (Tabla 30).

- **Alojamiento (+25,43%):** Como es obvio, este concepto es el que soporta la simulación del alojamiento de 30 días, llevando el coste del grupo de comparación de 248,56€ mensuales a 760,35€. Esta convergencia hacia una representación más realista del gasto necesario para proveer una cobertura residencial más completa, resulta determinante para una mejor comprensión del fenómeno que venimos estudiando. Con todo,

el dato sigue sin permitir apreciar la diferencia cualitativa existente entre una vivienda unipersonal como las que provee el programa, frente a centros de acogida, albergues y otros formatos de residencia de los sistemas alternativos.

- **Costes indirectos (+7,2%):** si bien hay que advertir que mientras que los costes indirectos de Hábitat nos han sido proporcionados con claridad, este ítem ha sido, a pesar de los esfuerzos llevados a cabo en el curso de la investigación, difícil de obtener para algunos centros de servicios sociales a lo largo del trabajo de campo, lo que podría explicar parte de la diferencia existente.

- **Asistencia Hábitat:** obviamente, se trata de un conjunto de servicios que sólo son recibidos por las personas usuarias del programa, por lo que suponen un plus de asistencia frente al resto de casos, con la respectiva repercusión de su coste.

- **Sanciones administrativas y problemas legales** (+112% y +37%): las particularidades de estas partidas ya han sido comentadas y, a pesar de la diferencia en términos porcentuales, se trata de importes de escasa cuantía.

Todo ello supone un **sobrecoste de 499,09€ mensuales** para el programa Hábitat.

Sin embargo, al mismo tiempo, **Hábitat reduce los costes por consumo de servicios y recursos, generando un ahorro de 470,97€ mensuales.** Esta situación ventajosa en la reducción de costes se aprecia nítidamente al considerarla en términos porcentuales:

- Alimentación (-96,63%).
- Aseo e higiene (-100%).
- Servicios (84,89%).
- Tratamiento de adicciones (-87,25%).
- Atención sanitaria (-17,72%).
- Atención psiquiátrica (-58,38%).

> Considerados en términos ajustados equivalentes, el ahorro que genera Hábitat compensaría el sobrecoste del programa.

3.2.7.

La evolución en términos equivalentes

Las impresiones anteriores se refuerzan al pasar de la perspectiva estática a comprobar la evolución de los resultados a lo largo de la evaluación. Como el proceso de depuración ha afectado fundamentalmente a la categoría de alojamiento, las apreciaciones ya hechas en cuanto al ahorro de costes por menor utilización de recursos externos al programa Hábitat se mantienen.

Sin embargo, al considerar la evolución (en términos equivalentes a Hábitat 30 días) entre el comienzo y la finalización de la evaluación, el impacto del incremento del coste de alojamiento se aprecia para ambos grupos, ahora comparables en términos homologables (residencia estable en espacios adecuados con costes objetivables): +336% para el grupo Hábitat y +466,7% para el de comparación.

> Bajo la hipótesis de la provisión equivalente de alojamiento, si bien el coste total en ambos grupos se incrementa, lo haría con menor intensidad en el grupo Hábitat (+58,52%) que en el grupo de control (+106,14%), con una diferencia a favor de Hábitat de 47,62 puntos porcentuales.

La consideración de la evolución de los costes en términos equivalentes entre los distintos momentos de medida de la evaluación (0-12 y 12-18 meses), confirma y explica los resultados anteriores. El impacto del mayor coste del alojamiento Hábitat quedaría mitigado y sus ventajas por el lado del ahorro de consumos se percibirían con nitidez, objetivo último de esta simulación.

Tabla 30.
Coste ajustado equivalente a los 12 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza[15].

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC	GH/GC
Alojamiento	760,35 €	953,70 €	193,35 €	25,43%
Alimentación	67,57 €	13,94 €	-53,63 €	-79,37%
Aseo	15,21 €	0,47 €	-14,74 €	-96,93%
Servicios	206,06 €	56,86 €	-149,20 €	-72,41%
Adicciones	35,02 €	4,81 €	-30,20 €	-86,26%
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	97,58 €	109,36 €	11,78 €	12,08%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €	
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1.181,78 €**	**1.423,04 €**	**241,26 €**	**20,42%**
Atención sanitaria	345,46 €	219,43 €	-126,03 €	-36,48%
Atención psiquiátrica	168,30 €	76,56 €	-91,74 €	-54,51%
Sanciones administrativas	11,35 €	25,97 €	14,61 €	128,73%
Problemas legales	39,60 €	43,08 €	3,48 €	8,78%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.746,49 €**	**1.788,08 €**	**41,59 €**	**2,38%**

Tabla 31.
Coste ajustado equivalente a los 18 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC	H/C
Alojamiento	760,35 €	953,70 €	193,35 €	25,43%
Alimentación	59,75 €	5,00 €	-54,75 €	-91,63%
Aseo	14,93 €	- €	-14,93 €	-100,00%
Servicios	244,13 €	36,88 €	-207,25 €	-84,89%
Adicciones	19,31 €	2,46 €	-16,84 €	-87,25%
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	98,86 €	105,99 €	7,13 €	7,21%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €	
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1.197,33 €**	**1.387,93 €**	**190,60 €**	**15,92%**
Atención sanitaria	279,88 €	230,30 €	-49,58 €	-17,72%
Atención psiquiátrica	218,57 €	90,96 €	-127,61 €	-58,38%
Sanciones administrativas	9,72 €	20,63 €	10,91 €	112,29%
Problemas legales	10,20 €	14,00 €	3,80 €	37,30%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.715,69 €**	**1.743,82 €**	**28,12 €**	**1,64%**

15 Como consecuencia de la alteración del importe del alojamiento ajustado, la cifra de costes indirectos también varía en la proporción correspondiente.

Tomados en términos ajustados equivalentes, Hábitat costaría sólo un 1,64% más que sus alternativas al final de la evaluación.

Tabla 32.
Evolución etapa basal – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	466,70%	336,06%	-130,64
Alimentación	-17,21%	-93,98%	-76,77
Aseo	-12,02%	-100,00%	-87,98
Servicios	17,50%	-81,80%	-99,30
Adicciones	-2,56%	-92,42%	-89,86
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	143,62%	112,51%	-31,11
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**143,62%**	**129,77%**	**-13,85**
Atención sanitaria	17,89%	-38,79%	-56,68
Atención psiquiátrica	261,89%	-14,31%	-276,19
Sanciones administrativas	-33,66%	732,58%	766,24
Problemas legales	-64,03%	25,86%	89,90
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**106,14%**	**58,52%**	**-47,62**

Tabla 33.
Evolución etapa basal – etapa 12 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	466,70%	336,06%	-130,64
Alimentación	-6,38%	-83,23%	-76,85
Aseo	-10,36%	-97,30%	-86,94
Servicios	-0,82%	-71,93%	-71,11
Adicciones	76,73%	-85,18%	-161,91
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	140,46%	119,27%	-21,19
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**140,46%**	**135,58%**	**-4,87**
Atención sanitaria	45,51%	-41,68%	-87,19
Atención psiquiátrica	178,66%	-27,87%	-206,53
Sanciones administrativas	-22,50%	948,07%	970,56
Problemas legales	39,67%	287,25%	247,58
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**109,84%**	**62,55%**	**-47,30**

Tabla 34.
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	0,00%	0,00%	0,00
Alimentación	-11,56%	-64,13%	-52,56
Aseo	-1,85%	-100,00%	-98,15
Servicios	18,48%	-35,15%	-53,62
Adicciones	-44,87%	-48,85%	-3,98
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	1,32%	-3,08%	-4,40
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		0,00%	0,00
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1,32%**	**-2,47%**	**-3,78**
Atención sanitaria	-18,98%	4,96%	23,94
Atención psiquiátrica	29,87%	18,80%	-11,07
Sanciones administrativas	-14,41%	-20,56%	-6,15
Problemas legales	-74,25%	-67,50%	6,75
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**-1,76%**	**-2,48%**	**-0,71**

3.2.8.

Desagregación de resultados: alojamiento, atención y externalidades

A fin de mejorar la presentación de los resultados obtenidos y reforzar alguna de las ideas clave que se desprenden del análisis hecho hasta ahora, hemos organizado la información en la siguiente clasificación:

- **Alojamiento.**
- **Atención:** comprende la suma de los servicios de atención a las personas en situación de sinhogarismo manejados en esta evaluación: alimentación, aseo, servicios, adicciones y costes indirectos, además de la tarifa plana Hábitat para ese grupo a partir de la entrada en funcionamiento del programa (12 y 18 meses).
- **Externalidades:** engloba el coste de la atención sanitaria y psiquiátrica, las sanciones administrativas y los problemas legales.

Así, los dos primeros elementos, alojamiento y atención, constituirían los servicios específicamente orientados a la población de personas en situación de sinhogarismo, mientras que el tercer ítem, identificaría el consumo de servicios ajenos a las redes de atención a ese colectivo.

Una vez más, presentamos los datos de cada grupo para los tres momentos de medida y tanto en términos observados, como bajo la hipótesis del ajuste a 30 días de alojamiento efectivo. Como puede comprobarse en los gráficos siguientes, se aprecian con nitidez las conclusiones fundamentales de esta evaluación económica.

Sin embargo, ya hemos advertido reiteradamente que esa comparación directa supone tratar de igual forma dos realidades muy diferentes.

Recurriendo a la hipótesis del ajuste en términos de equivalencia, con la aplicación en el grupo de comparación del coste de alojamiento resultante de una atención residencial de intensidad equiparable –con todas las cautelas y diferencias cualitativas que se vienen reiterando-, la situación cambiaría ostensiblemente.

Aun dejando a un lado de la comparativa los apartados de atención y las externalidades -ante los posibles riesgos inherentes al *ceteris paribus* del ajuste en términos equivalentes- para centrarnos sólo en su impacto sobre el alojamiento, el ejercicio realizado se demuestra útil para visibilizar la convergencia (de 248€ a 760€ mensuales) que se daría en el gasto de los programas alternativos en caso de cubrir las necesidades residenciales de las personas usuarias en condiciones cuantitativamente similares a Hábitat.

> Los costes reportados por las personas que completan la evaluación tienden a incrementarse con el paso del tiempo en ambos grupos de estudio.

> La entrada en funcionamiento de un programa de alojamiento estable constituye un coste fijo que se mantiene en el tiempo. Lo cual, para Hábitat, dado su elevado nivel de retención, marca una diferencia de coste muy significativa.

> Lo mismo sucede, aunque no de forma tan acusada, con el gasto en servicios de atención, consecuencia del carácter constante del programa Hábitat también en este capítulo.

> Sin embargo, la utilización de recursos no específicos de personas en situación de sinhogarismo presenta la pauta contraria y, de hecho, compensa en parte las tendencias anteriores. El gasto en externalidades de las personas usuarias de Hábitat es cada vez menor, mientras que el del grupo de comparación es cada vez mayor.

> En consecuencia, la tendencia global es hacia una cierta convergencia en el coste promedio de ambos grupos, aunque Hábitat es sensiblemente más costoso en la comparativa directa.

> Bajo el supuesto de contar con un alojamiento estable alternativo en el grupo de comparación, los costes entre ambos grupos se aproximarían enormemente.

> La tendencia en el tiempo indica una convergencia en costes aún mayor, dado el carácter ahora fijo del componente alojamiento y el mayor ahorro que va generando Hábitat, tanto en servicios específicos de personas en situación de sinhogarismo, como sobre todo en no específicos (externalidades).

Gráfico 38.
Costes observados, mensuales por persona, según tipo de servicio.

Costes observados mensuales por persona

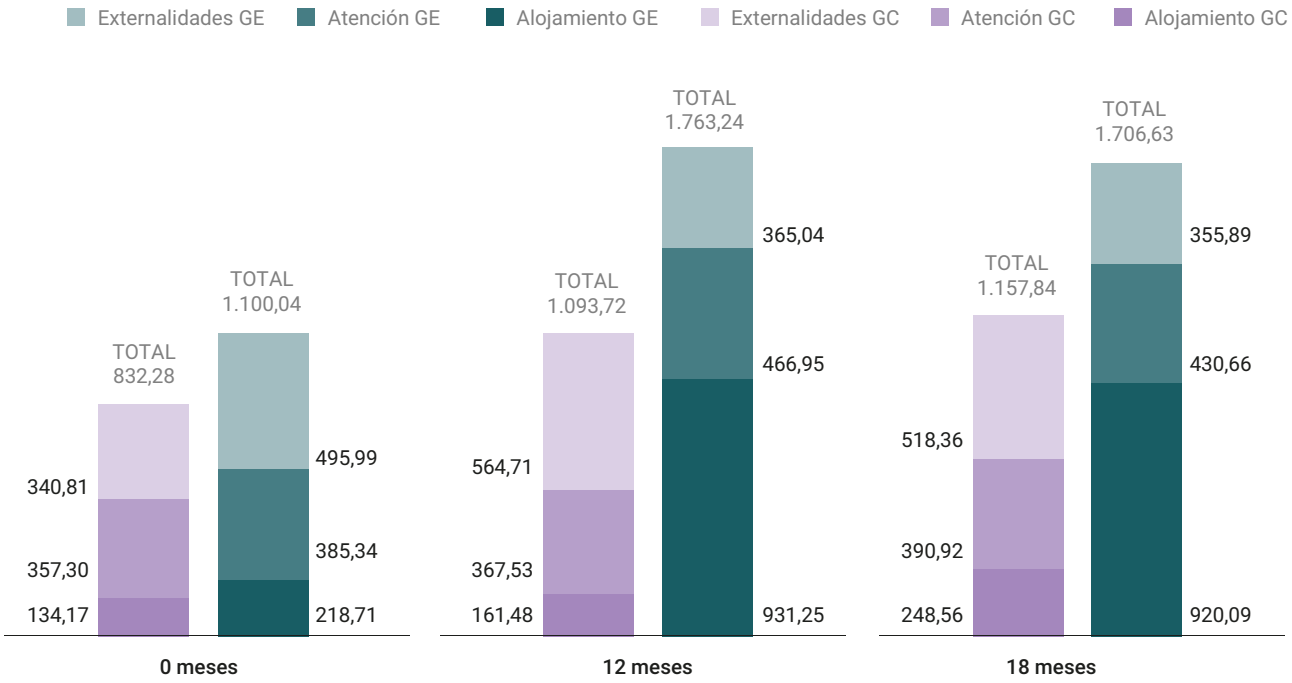
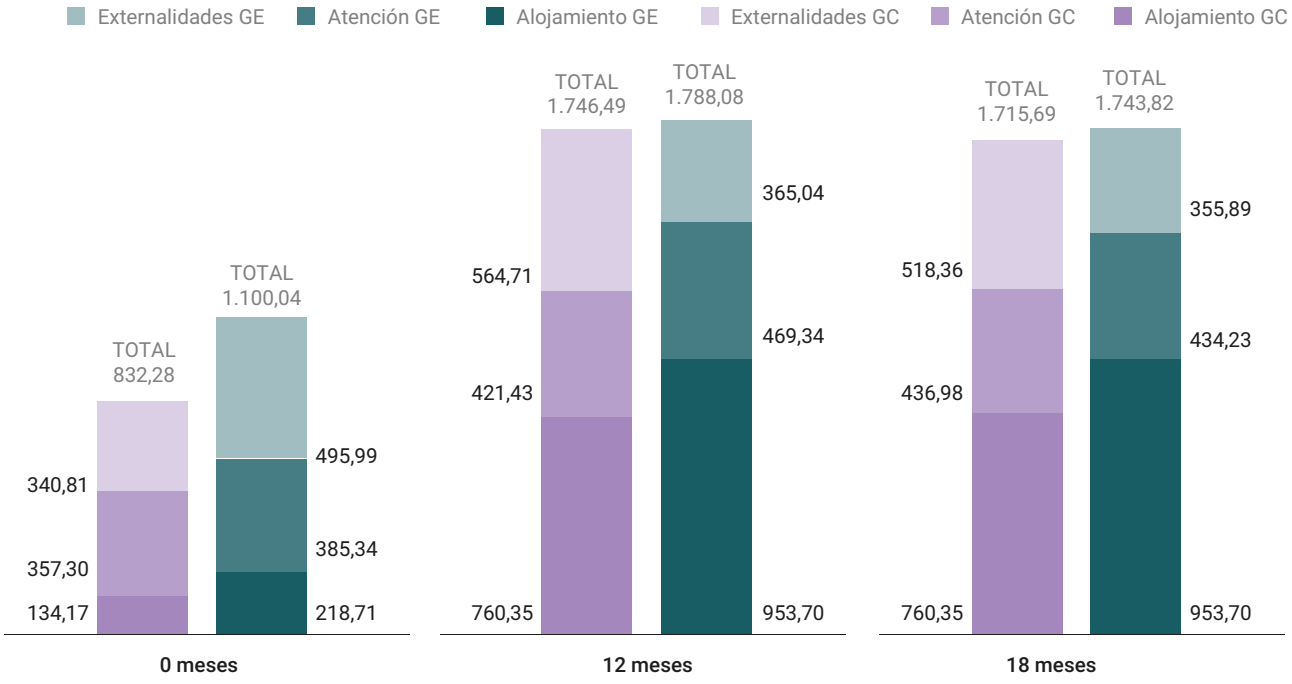


Gráfico 39.
Costes observados, mensuales por persona, según tipo de servicio.

Costes ajustados en términos equivalentes a 30 días de alojamiento



3.3.

Resultados del análisis coste-efectividad (Objetivos 5 y 6)

Aplicando el diseño de investigación planteado en esta evaluación, llega el momento, una vez conocidos los resultados sobre las personas (objetivos 1 y 2) y los costes que implica la atención a las personas en situación de sinhogarismo (objetivos 3 y 4), de hacer converger el análisis poniendo en relación ambas dimensiones mediante un **análisis específico de coste-efectividad,** ACE (objetivo 5).

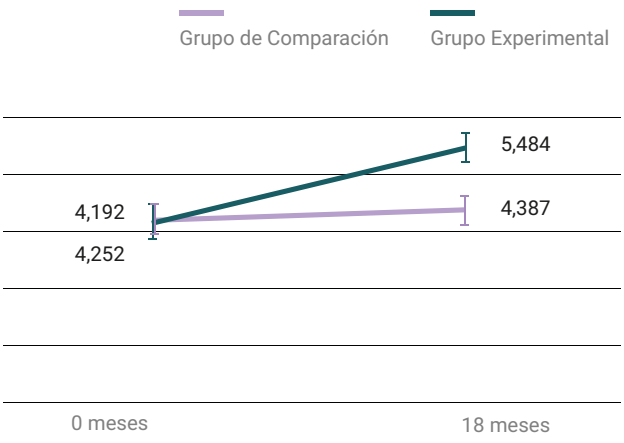
Además, se emplea el marco del ACE para abordar el último de los objetivos planteados en la evaluación: conocer las variables que pueden influir en el funcionamiento del programa y en su grado de éxito (objetivo 6). Se ha tomado esta decisión buscando contar con una herramienta que permite contrastar la aportación de esos elementos de una manera eficaz y con una consistencia suficiente, dado que el reducido volumen de la muestra desagregada por alguna de las variables mencionadas distorsionaría los resultados de un abordaje descriptivo.

3.3.1.

Nivel de satisfacción con la vida

Comenzamos presentando los resultados del modelo más simple, relativo a la **satisfacción con la vida en general** como variable objetivo (1er paso). En dicho modelo, como se explicó en el apartado metodológico, solo se incluye la pertenencia al grupo

Gráfico 40.
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%.

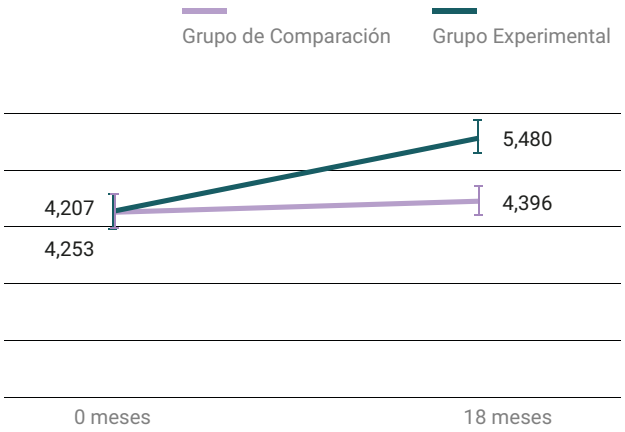
> Las diferencias en la satisfacción entre grupos no las explica el coste total, sino sobre todo el tipo de programa de atención. Hábitat consigue, en términos netos, un punto más de mejora en la escala de satisfacción.

Hábitat o al de comparación como factor explicativo. Con estas condiciones, se obtienen unos indicadores óptimos sobre la estructura y características básicas del modelo que nos permiten confiar en sus estimaciones.

En el Gráfico 40 se muestran dichas estimaciones en ambas oleadas (oleada 1 = 0 meses; oleada 2 = 18 meses) y para cada grupo. Podemos observar que, al inicio del estudio, no había diferencia significativa en el nivel de satisfacción entre el grupo experimental y el de comparación. No obstante, a los 18 meses sí se abre una distancia sustancial entre ellos, siendo el grupo Hábitat quien alcanza mayor puntuación media (5,5) y el grupo de comparación se queda por debajo (4,4).

Este resultado es congruente con las descripciones que ya se han presentado en apartados anteriores de este informe. Lo importante ahora, para este análisis coste-efectividad, es atender a qué sucede con las estimaciones al incorporar a dichos resultados

Gráfico 41.
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes totales.



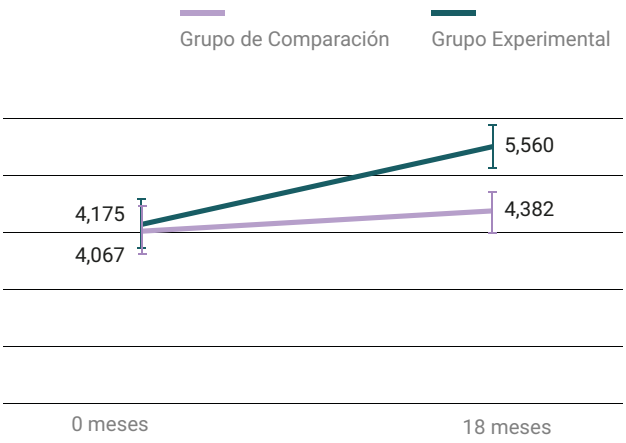
Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

los costes de la atención a las personas de ambos grupos de estudio. Para ello introducimos en el modelo las respectivas variables de costes mensuales totales (2º paso), comprobando en primer lugar que este mantiene las características adecuadas para considerarse fiable. El resultado es que las nuevas variables aportan relativamente poco al ajuste del modelo y solo los costes del periodo inicial parecen tener un efecto ligeramente positivo sobre el nivel de satisfacción (un mayor gasto se relaciona con mayor satisfacción, sólo en el momento inicial de la evaluación).

Así pues, lo más destacable es que, como se puede ver en el Gráfico 41, la introducción de estos costes no varía en gran medida las estimaciones de la interacción entre las oleadas y la pertenencia al grupo Hábitat o al de comparación: se obtienen de nuevo los mismos niveles satisfacción a los 18 meses para el grupo de Hábitat (5,5) frente al grupo de comparación (4,4) y, por tanto, también las mismas diferencias. Esto hace pensar que **los costes pueden tener un papel importante, pero que no son la razón que explica el gran efecto positivo —en torno a 1 punto de la escala— que tiene la participación en el programa Hábitat sobre el grado de satisfacción con la vida de las personas usuarias.**

Para poner a prueba la robustez de esta relación entre la participación en el programa y la mejora en el nivel de satisfacción, hemos elaborado un tercer

Gráfico 42.
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

> La clara ventaja en satisfacción de Hábitat se mantiene con independencia de otras circunstancias personales o territoriales, además de los costes totales.

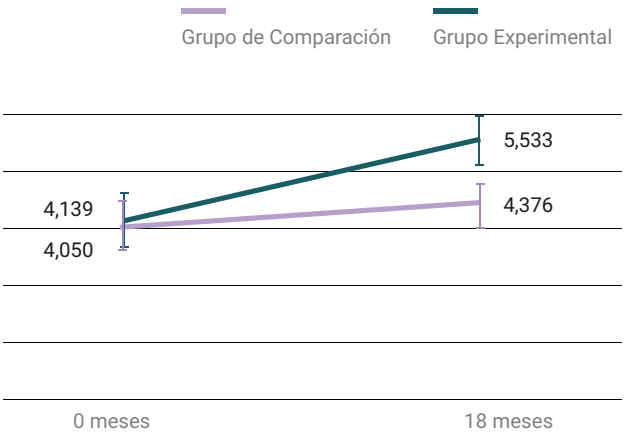
modelo (3er paso) donde se han añadido otras variables de control (objetivo 6). Como se explicaba en la metodología, estas variables reportan información sobre los perfiles personales: el sexo y la edad; el perfil de gravedad: perfiles de derivación a servicios de salud mental, adicciones y discapacidad; y localidad: variable ciudad.

En las pruebas de efectos que arroja el modelo resultante, se observa que estas variables de control no conllevan aportaciones significativas a su capacidad explicativa. Por otro lado, tampoco afectan de manera relevante a las estimaciones sobre los niveles de satisfacción para cada grupo (Hábitat y de comparación) a lo largo del tiempo. De hecho, el Gráfico 42 es casi idéntico a los anteriores, tanto en cifras como en tendencias, lo que indica que el **efecto del programa sobre el nivel de satisfacción se mantiene estable y claro,** incluso habiendo controlado por todos los demás factores.

La última comprobación que realizamos para los modelos del grado de satisfacción con la vida consiste en desagregar los costes en aquellos derivados de los servicios de atención más específica a personas en situación de sinhogarismo (alojamiento y atención) y los no específicos (externalidades a la red de atención personas en situación de sinhogarismo), a la manera en que se hizo en el último apartado de los resultados económicos. El objetivo de este 4º paso es, de nuevo, profundizar en el análisis del impacto de los distintos componentes del coste, separando los nucleares del programa Hábitat y sus alternativas, de los de tipo generalista.

El resultado obtenido muestra una buena identificación y continúan teniendo alguna significatividad los costes del periodo inicial, concretamente los de tipo específico. No obstante, su efecto sobre los resultados de la interacción entre grupo y oleada es poco relevante, como se puede comprobar viendo que el Gráfico 43 es muy parecido a los precedentes. Pasados los 18 meses, se mantiene la diferencia de aproximadamente un punto de diferencia en la escala de satisfacción que ya se observaba en las elaboraciones precedentes entre el grupo experimental (5,5 puntos) y el de control (4,4).

Gráfico 43.
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Por tanto, podemos concluir que **los costes no explican la diferencia que se observa entre el grupo Hábitat y el grupo de comparación en la evolución de sus niveles (promedios) de satisfacción con la vida, ni siquiera cuando se desagregan estos costes en específicos y externalidades.**

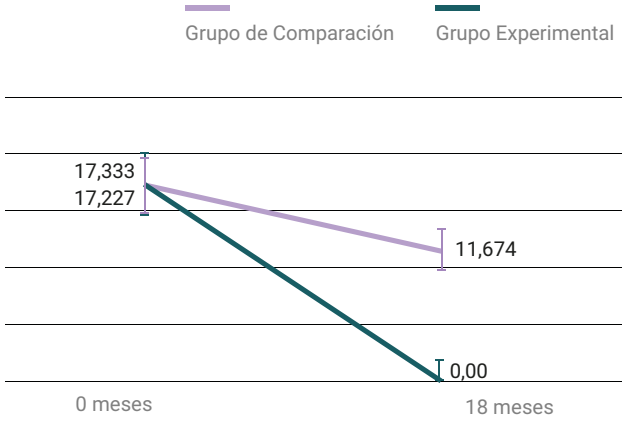
3.3.2.

Número de noches sin techo

Realizamos el mismo ejercicio de generar modelos introduciendo variables de control en sucesivos pasos, en este caso teniendo como variable objetivo el número de noches sin techo. Entendemos por tal las pernoctaciones en la calle, lugares no adecuados para la vida humana y recursos de acogida de emergencia[16], durante el último mes previo a cada entrevista.

En el primer paso, introducimos solo la variable de pertenencia al grupo Hábitat o al de comparación, obteniendo de nuevo una capacidad explicativa significativa por parte de ese factor. El Gráfico 44 muestra las estimaciones que ofrece el modelo para cada grupo en cada oleada. Los resultados son similares a los presentados en apartados anteriores,

Gráfico 44.
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%.

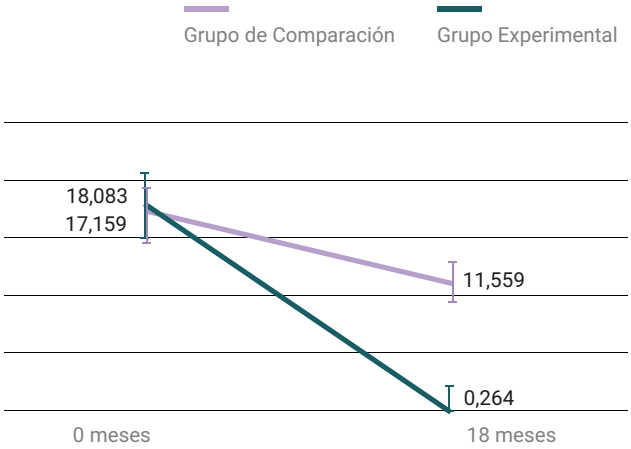
comprobando que ambos grupos comenzaban en niveles similares antes de la intervención (sobre las 17 noches de media en la calle), pero que después se genera una brecha entre ellos: quienes participan en el programa reducen hasta cero las noches pasadas en la calle mientras el resto solo las reducen hasta poco menos de 12.

Añadiendo, en un segundo paso, los costes totales mensuales imputables a cada persona, se obtiene un modelo con una capacidad explicativa similar a la del anterior. Las variables relativas a los costes, particularmente la referida al momento inicial, contribuyen en alguna medida a mejorar el ajuste, pero no consiguen absorber ni desdibujar la fuerte interacción entre grupo y oleada. Como se puede observar en el

> No es el coste lo que marca las diferencias en satisfacción, ni siquiera considerando solo los servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo más específicos. Las características de Hábitat son más determinantes, consiguiendo el programa por sí mismo una mejora en la escala de satisfacción que supera en más de un punto al resultado del grupo de comparación.

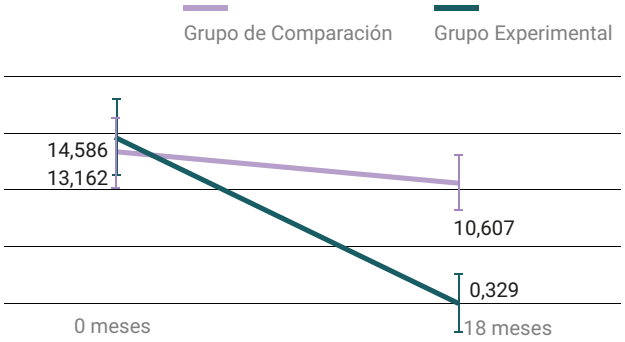
16 ETHOS 1 y 2. Véase apartado inicial de metodología.

Gráfico 45.
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Gráfico 46.
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Gráfico 45, el efecto de la participación en el programa sobre la variable objetivo a lo largo del tiempo se mantiene prácticamente igual que en el modelo previo. La diferencia entre ambos grupos se sitúa sobre las 11 noches pasadas en situación de sin techo durante el último mes. Se deduce de ello que la reducción total de noches sin techo que consigue el programa Hábitat es sustancial, incluso teniendo en cuenta los costes que supone su implementación. Como hicimos anteriormente, en un tercer paso se añaden al modelo las variables territoriales, sociodemográficas y de perfiles de derivación a modo de controles. En este caso hay factores que sí aportan efectos globales significativos. Por ejemplo, el modelo indica que —considerando que todo lo demás se mantiene igual— las mujeres, las personas que no tienen perfil de derivación para tratamiento de adicciones y quienes residen en determinadas ciudades pernoctan menos en la calle que los hombres, que quienes tienen perfil de derivación a tratamiento de adicciones o que quienes viven en el resto de las ciudades, respectivamente.

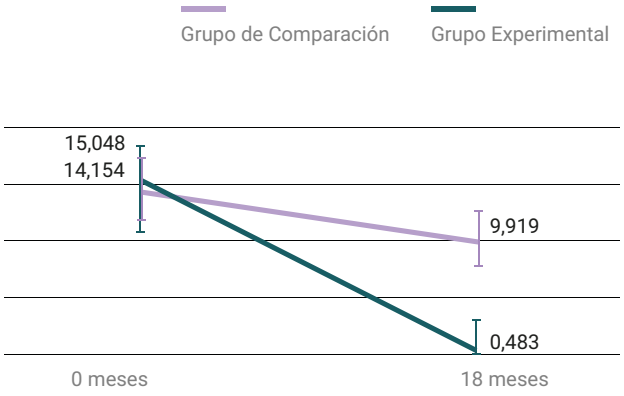
Estos factores añadidos matizan en parte las estimaciones que centran nuestra atención, que son las relativas a los grupos Hábitat y de comparación a lo largo del tiempo. El Gráfico 46 muestra, en efecto, un esquema parecido al de los dos anteriores con ligeros cambios en las cifras: ambos grupos coinciden al inicio del estudio en torno a las 13-14 noches (de media) sin techo y, por tanto, siguen igualados pero a un nivel un poco más bajo; al pasar 18 meses,

> Aunque no hay diferencias al comienzo (en 0 meses), al final de la evaluación (en 18 meses) Hábitat aventaja ampliamente a sus alternativas en la eliminación de las situaciones sin techo.

el grupo Hábitat continúa en torno a cero noches (como es previsible) mientras que el grupo de comparación baja a poco menos de 11 noches. Es decir, tener en cuenta el resto de los factores hace que se reduzcan en cierta medida las diferencias, pero no en una magnitud tan sustancial que impida pensar que el efecto del programa es bastante intenso en este aspecto.

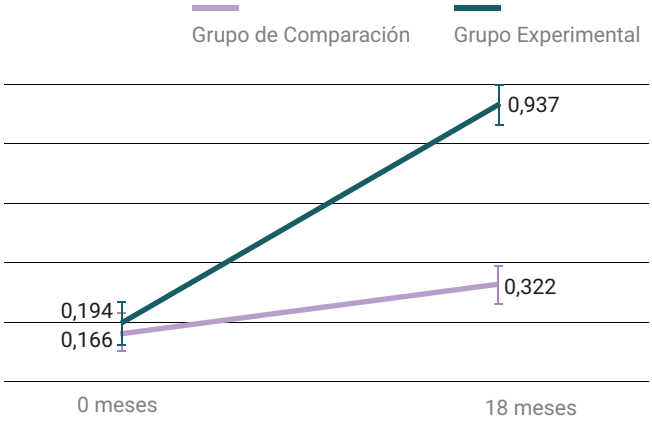
Por último, en el cuarto paso, aplicamos la desagregación de los costes en específicos y externalidades para comprobar cómo afecta al modelo. Lo que se obtiene es similar al anterior paso, ajustándose tanto los valores iniciales (a 15 noches para el grupo Hábitat y a 14 noches para el de comparación) como la diferencia entre ambos grupos al pasar 18 meses: las personas participantes en Hábitat siguen sobre cero noches, pero la estimación para las demás personas baja —un poco más que antes— a 10 noches. En definitiva, **los costes desagregados aportan información significativa al modelo y matizan la interacción entre grupos y oleadas, pero no explican ni eliminan la gran diferencia neta de 10 noches que genera el programa Hábitat en cuanto a las noches pernoctadas en la calle.**

Gráfico 47.
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Gráfico 48.
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%.

3.3.3.

Cobertura residencial institucional

La tercera variable objetivo a estudiar en este análisis coste-efectividad es la que hemos definido como atención institucional a personas en situación de sinhogarismo. En cierta medida constituye el reverso de la anterior "sin techo", pues se construye computando las noches pernoctadas en el mes anterior a la realización de las entrevistas en pisos Hábitat o en recursos alternativos efectivos (centro de acogida de emergencia, albergue, pensión pagada por una entidad o alojamiento para colectivos específicos), obviando por ahora las diferencias cualitativas existentes entre esa diversidad de situaciones. Esta opción excluye, por tanto, las situaciones de no respuesta institucional al sinhogarismo: calle, chabola, piso ocupado, piso alquilado, etc. El número de pernoctaciones se ha dividido entre 30 días para obtener una tasa de cobertura mensual, cuyo resultado mínimo es 0, indicando que no se ha pasado ninguna noche en instalaciones, y el máximo es 1, en el caso de haber utilizado estos recursos durante el mes completo.

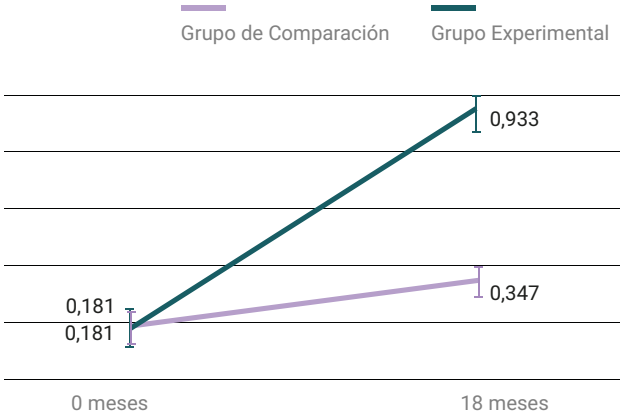
En un primer paso construimos un modelo simple de medidas repetidas con la pertenencia al grupo Hábitat o de comparación como única variable explicativa. Dicho modelo supera los test relativos a su fiabilidad y coherencia. El factor de participación en el programa tiene efectos significativos a lo largo del tiempo, siguiendo un patrón similar al comentado en los demás apartados: ambos grupos comienzan en niveles que no son estadísticamente diferenciables y después divergen claramente. Cabe decir en este caso que, como muestra el Gráfico 48, tanto las personas participantes en Hábitat como las del grupo de comparación comienzan con tasas de cobertura en atención institucional bajas: entre 0,19 y 0,17, respectivamente. Pasados 18 meses el grupo que pertenece al programa eleva su tasa de cobertura casi al máximo (0,94), mientras que el de comparación experimenta un incremento mucho menor (solo hasta 0,32).

Una vez conocemos las estimaciones del modelo simple, añadimos las variables de costes (2º paso). En esta ocasión, tanto los costes iniciales como los finales tienen una contribución significativa, mostrando una relación positiva con la tasa de cobertura institucional. No obstante, la introducción de los costes totales en el modelo no supone un cambio importante en los resultados principales (Gráfico 49). A pesar de que los reajustes del modelo hacen subir un poco las cifras del grupo de comparación en ambas oleadas, se sigue observando una divergencia entre dicho grupo y el de participantes en Hábitat pasados los 18 meses de implementación del programa.

> La reducción total de noches sin techo que consigue el programa Hábitat es sustancial, incluso teniendo en cuenta los costes que supone su implementación.

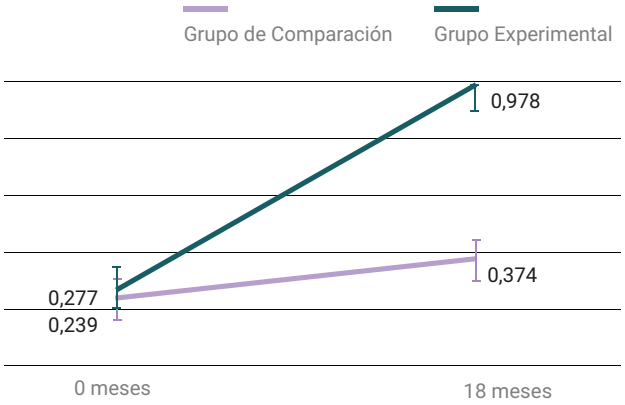
El impacto de las variables de control es reducido: son las características propias del programa las que siguen explicando en mayor medida las diferencias en los resultados. Hábitat mantiene un efecto neto sobre la reducción del número de noches en la calle.

Gráfico 49.
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes totales.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Gráfico 50.
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

En un tercer paso introducimos las variables de control geográficas, sociodemográficas y de perfiles de gravedad, comprobando en primer lugar que el modelo obtiene buenos resultados en los test de coherencia y fiabilidad[17]. Además, todas las variables incorporadas aportan algo significativo estadísticamente, con la excepción de los perfiles de derivación con problemas de salud mental o tratamiento de adicciones. En este sentido, las mujeres, las personas con perfil de derivación por discapacidad o las personas más mayores obtienen generalmente tasas de cobertura más altas, aunque no se trata de efectos muy grandes.

Pero, por encima de todo ello, destaca que los efectos de estos factores no son tan significativos como para desdibujar el patrón observado en la interacción entre grupos y oleadas. Como se puede ver en el Gráfico 50, el nuevo modelo eleva las tasas de cobertura estimadas tanto para participantes como para no participantes en el programa, aunque el incremento es mucho mayor en el caso de Hábitat: al inicio se sitúan en un nivel de entre 0,28 y 0,24, respectivamente; mientras que 18 meses después ascienden a 0,98 y 0,37, lo que supone una diferencia a favor de Hábitat de 0,60 puntos (Gráfico 50).

Como en apartados anteriores, el último paso en el desarrollo de los modelos supone desagregar los costes en específicos y externalidades. Al hacerlo comprobamos que el modelo cumple con los criterios mínimos de coherencia y que estas variables de costes, especialmente las referidas a los específicos, aportan efectos significativos.

> Una vez más, los costes no explican ni hacen desaparecer toda la mejora que el programa Hábitat genera por sí mismo sobre la cobertura residencial. El programa tiene un efecto neto más positivo.

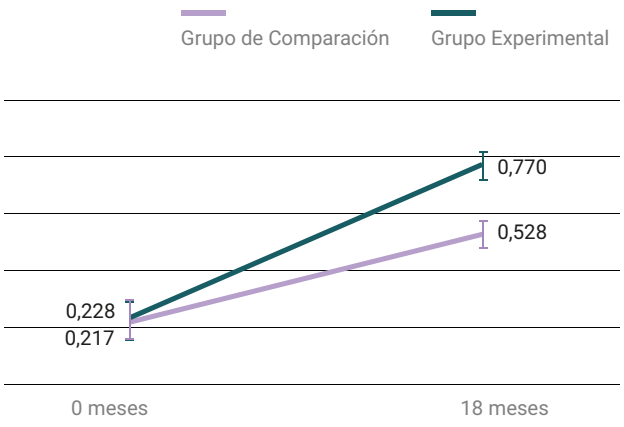
> Hábitat proporciona una cobertura residencial completa, muy superior a la respuesta institucional de sus alternativas. El programa tiene un efecto bruto sobre la mejora en la atención residencial institucional.

17 Ver Anexo de material complementario.

De particular interés en el cierre de este análisis de coste-efectividad, es observar qué sucede ahora con las estimaciones de la tasa de cobertura para los grupos Hábitat y de comparación a lo largo del tiempo. El Gráfico 51 nos muestra que, en este caso, sí se han generado cambios destacables en dichas estimaciones: en el momento inicial, las personas participantes en Hábitat obtendrían una tasa de cobertura de 0,23 y los no participantes una de 0,22; sin embargo, lo más importante es que después de pasados 18 meses, la tasa de cobertura del grupo Hábitat se sitúa en 0,77 y las del grupo de comparación alcanza 0,53. Esta importante reducción de las diferencias entre grupos, indicaría que **los costes, particularmente los específicos** de personas en situación de sinhogarismo, **tienen un papel muy importante en la determinación de la cobertura institucional.** Dicho lo cual, no es menos cierto que este impacto no es tan fuerte como para eliminar toda la diferencia que el programa genera por sí mismo (hasta 24 puntos más) y de la que venimos advirtiendo a lo largo del análisis.

En cuanto a otros factores que pueden influir en ese positivo resultado general y que pueden afectar a la replicabilidad y escalamiento del programa (objetivo 6), los resultados de los modelos han indicado que poseen una incidencia limitada, muy por debajo de las características del programa. No obstante, se requería de un análisis específico más exhaustivo y con un tamaño muestral adecuado, para poder acometer el estudio en profundidad de esos elementos.

Gráfico 51.
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo experimental o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.



Nota: Las barras con remate que salen de cada punto representan los intervalos de confianza al 95%. Para calcular estas medias marginales, se utilizan los valores promedios de las covariables que aparecen en el modelo: sumatorio de costes totales mensuales (0 meses) = 897,7247; sumatorio de costes totales mensuales (18 meses) = 1482,5577.

Finalizado, por tanto, este análisis coste-efectividad, entendemos que ha quedado demostrado que el programa Hábitat presenta unos resultados objetivos y subjetivos netamente superiores a sus alternativas a pesar de tener un coste específico algo mayor. Es, por tanto, una respuesta institucional de calidad a la que podría ser eficiente dedicar financiación (good value for money), con una importante ventaja comparativa respecto de otros usos alternativos de tales recursos. No obstante, en la práctica, la determinación última sobre si el programa resulta o no coste-efectivo dependerá de los umbrales de gasto que manejen los agentes que decidan sobre su implementación, como veremos en el siguiente apartado.

> A pesar del posible matiz que aportan las variables de control, la mejora que consigue el programa Hábitat en la tasa de cobertura residencial sigue siendo clara y sustancial. El impacto neto del programa sigue suponiendo un aumento significativo de la cobertura institucional.

> Aún a pesar de sus costes específicos más altos, la cobertura del sinhogarismo del programa Hábitat es superior en términos netos. En otras palabras, el modelo nos dice que el programa podría seguir consiguiendo un impacto positivo mayor, aunque se dedicara a las personas del grupo de comparación un nivel de gasto similar al que se aplica en Hábitat.

Hábitat es
una respuesta
institucional de
calidad y eficaz
*(good value for
money)* que presenta
importantes ventajas
en comparación con
otras alternativas.

Tabla 35.
Estimaciones de ratios coste-efectividad incrementales (RCEI).

Indicador de comparación entre GH y GC	Valor observado	Error estándar (bootstrap)	Intervalo de confianza 95% para diferencia	
			Lim. inferior	Lim. superior
Costes totales	525,53 €	214,073	105,95	945,11
Satisfacción con la vida	1,246	0,181	0,891	1,601
Nº de días al mes sin techo	11,248	1,262	8,774	13,722
Cobertura residencial Institucional (puntos porcentuales)	63,831	4,530	54,952	72,709
RCEI: Costes Totales/ Satisfacción la vida	421,78 €	190,662	48,09	795,47
RCEI: Costes Totales/ Nº de días al mes sin techo	46,72 €	20,005	7,51	85,93
RCEI: Costes Totales/ Cobertura residencial Institucional	8,23 €	3,227	1,91	14,56

Notas: El tamaño de la muestra para los valores observados es n=228. Los errores estándar provienen de un remuestreo por *bootstrapping* con 1.000 simulaciones. Los intervalos de confianza (al 95% de confianza) se han calculado utilizando los errores estadísticos del remuestreo por *bootstrapping*.

3.3.4.

Ratios coste-efectividad incrementales

Para completar el análisis coste-efectividad, presentamos también los resultados de las ratios coste-efectividad incrementales (RCEI) y otros test de sensibilidad asociados. La Tabla 35 muestra, en primer lugar, los valores de incremento observados en la muestra entre el grupo Hábitat (GH) y el de comparación (GC), tanto para los costes totales como para los tres indicadores de efectividad. La tabla también muestra los RCEI derivados de esos valores, pues son el cociente entre la diferencia en los costes y la diferencia en efectividad de cada indicador.

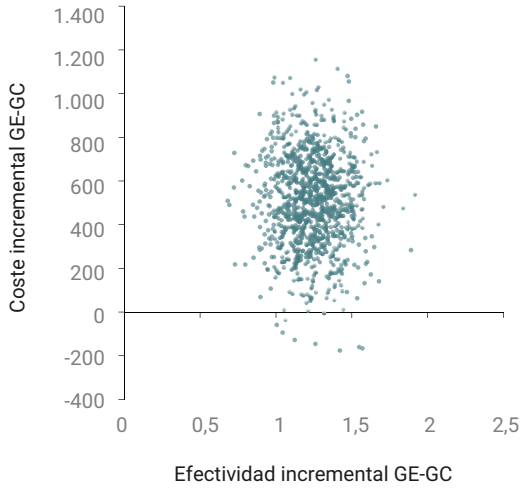
En resumen, los datos señalan que, en términos promedios, el programa Hábitat supone un coste mayor de unos 525 €, pero que al mismo tiempo aporta una mejora en la satisfacción con la vida de 1,25 puntos (en una escala de 1 a 7), una reducción de 11,25 noches sin techo al mes y un aumento de 64,8 puntos porcentuales (p.p.) en la tasa de cobertura residencial institucional. Como consecuencia de ello, los RCEI del programa Hábitat frente al grupo de comparación son: 421,78€ por punto de satisfacción adicional, 46,72€ por cada noche sin techo al mes que se reduce y 8,23€ por punto porcentual adicional de tasa de cobertura residencial institucional que aumenta. Además, los intervalos de confianza indican que es bastante probable que todos estos valores sean mayores que cero.

Para no quedarnos en la simple estimación puntual, y con el objetivo de profundizar en el grado de certidumbre y de relevancia cuantificada de las relaciones coste-efectividad incrementadas que supone el programa Hábitat, recurriremos a dos herramientas: los planos coste-efectividad y las curvas de aceptabilidad.

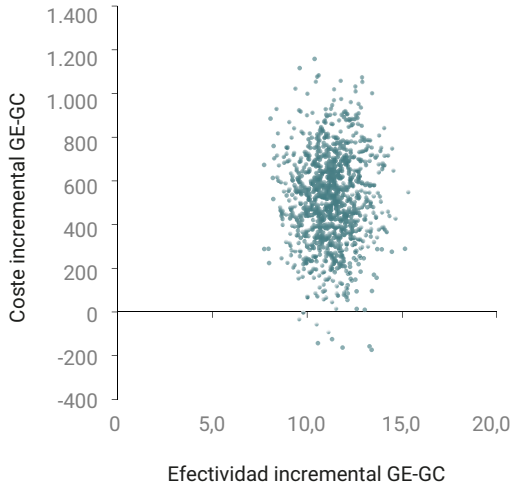
Los **planos coste-efectividad** que aparecen en el Gráfico 52 permiten analizar el impacto de la incertidumbre en el resultado del modelo, a través de distribución de los puntos (i.e. las simulaciones del bootstrapping) en las coordenadas de coste y efectividad incrementales. Se observa que la variabilidad en los indicadores de efectividad es mucho menor que la del coste total. Además, **las nubes de puntos se sitúan en su mayor parte en el *cuadrante nordeste,* el cual se caracteriza por presentar efectividades y costes incrementales positivos.** Por el contrario, solo hay unos pocos puntos en el *cuadrante sudeste,* donde la efectividad aumenta y disminuye el coste, suponiendo ventajas inequívocas para la intervención. Asimismo, es importante señalar que **los puntos están muy lejos de situarse en los *cuadrantes noroeste*** (menor efectividad, mayor coste) ***y suroeste*** (menor efectividad, menor coste).

Gráfico 52.
Planos de coste-efectividad incremental.

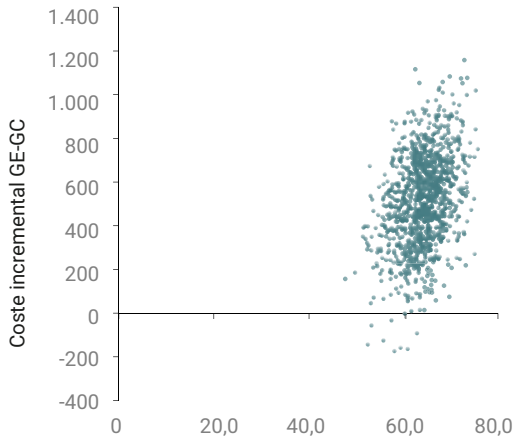
a) Satisfacción con la vida (en escala de 1 a 7)



b) Nº de días al mes sin techo



c) Cobertura residencial institucional (p.p.)



Notas: Los puntos representan los resultados de cada una de las 1.000 simulaciones realizadas por *bootstrapping* y su combinación específica de coste incremental (en euros) y de efectividad incremental (según cada indicador).

Para aportar más información a dicha decisión, el Gráfico 53 muestra las **curvas de aceptabilidad.** Dichas curvas son estimaciones de la probabilidad de que, para cada umbral de gasto (U) que pueda plantearse, el programa sea coste-efectivo, es decir, que tenga un beneficio neto incremental positivo. Los agentes que deban tomar la decisión de invertir en el programa evaluado pueden así contrastar su disposición a (o sus posibilidades de) pagar por cada unidad de mejora y tener una idea de la probabilidad de éxito que pueden esperar.

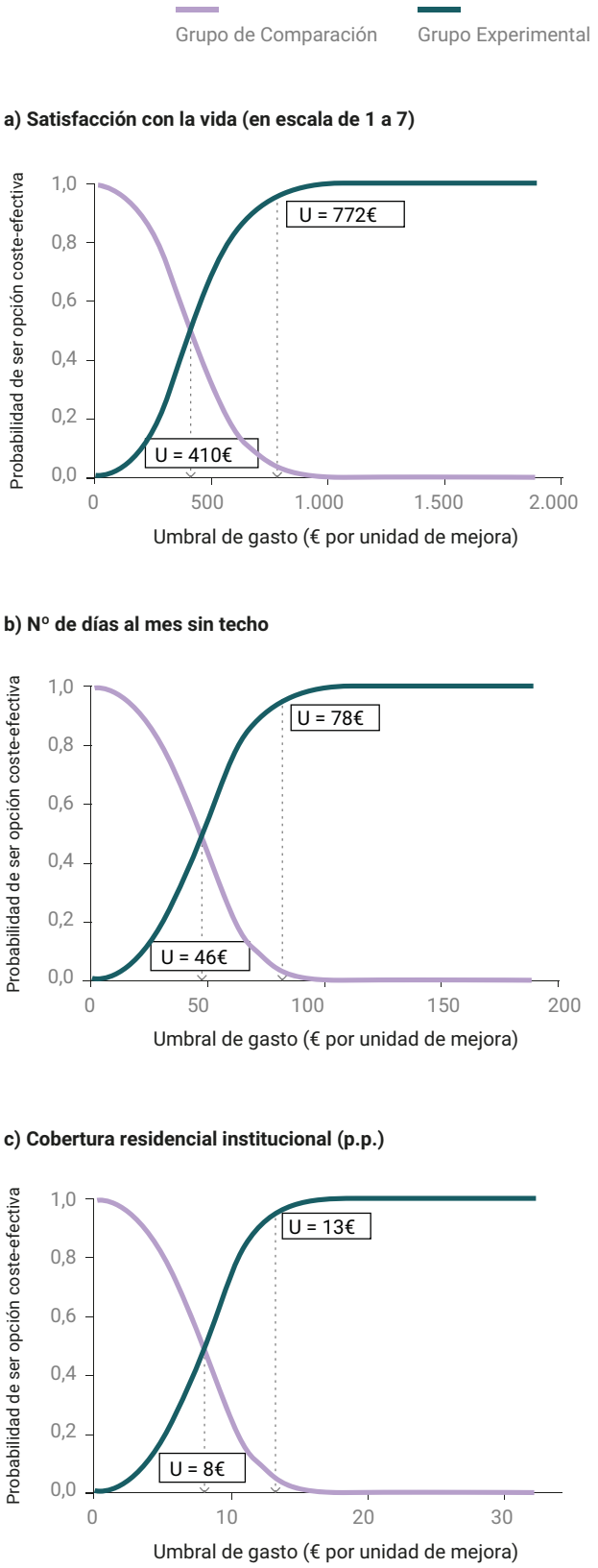
En concreto, los gráficos muestran lo siguiente:

- Respecto a la **satisfacción con la vida,** el programa Hábitat puede considerarse coste-efectivo a partir de un umbral de gasto de 410€ por punto adicional de mejora, pues es donde la probabilidad estimada de que aporte un beneficio neto positivo es del 50%. Por debajo de ese nivel de disposición a pagar, no obstante, la adopción del programa sería más cuestionable. En el otro sentido, a medida que aumente la disposición a pagar, mayor refuerzo recibe el programa, llegando a un rotundo **95% de aceptabilidad cuando se plantea un umbral de 772€ por punto de satisfacción adicional.**

- Respecto al **número de días al mes sin techo,** el programa Hábitat sería coste-efectivo a partir de un umbral de gasto de 46€ por día de reducción de la situación de sin techo al mes, pues ahí la probabilidad estimada de que aporte un beneficio neto positivo es del 50%. Por debajo de ese nivel de disposición a pagar, por el contrario, la adopción del programa sería más cuestionable. En el otro sentido, aumentando el umbral, el programa mejora su grado de aceptabilidad hasta un claro **95% al alcanzar los 78€ por día sin techo al mes que reduzca.**

> Todo esto consolida la idea de que el programa Hábitat sin duda aporta mayores niveles de efectividad, pero también supone un mayor coste. Por lo tanto, la decisión definitiva sobre la conveniencia de adoptar el programa dependerá del umbral de gasto o disposición a pagar que se plantee como factible o aceptable.

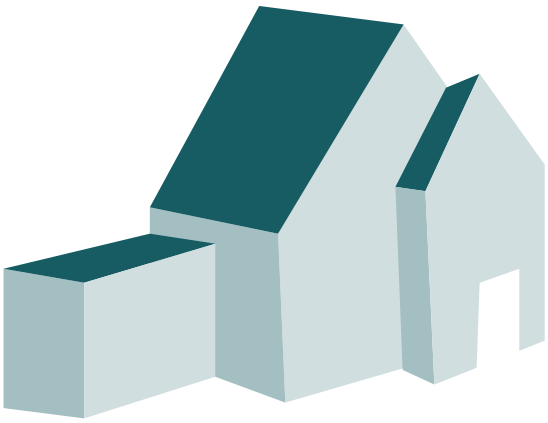
Gráfico 53.
Curvas de aceptabilidad según distintos umbrales de gasto.



Notas: Las dos flechas marcadas en cada gráfico indican los umbrales en los cuales el programa Hábitat alcanza una probabilidad 0,5 (o 50%) y 0,95 (o 95%) de ser una opción coste-efectiva o de aportar un beneficio neto incremental positivo.

- Respecto a la tasa de cobertura residencial institucional, el programa Hábitat tendría una aceptabilidad considerable a partir de un umbral de gasto de 8€ por cada p.p. adicional en la tasa de cobertura, ya que la probabilidad estimada de que aporte un beneficio neto positivo llega al 50% en ese punto. Aumentando el umbral por encima de ese nivel, el programa mejora su grado de coste-efectividad hasta un **95% cuando alcanza los 78€ por punto añadido en la tasa de cobertura residencial institucional.**

Por tanto, aunque no se puede afirmar con rotundidad que Hábitat es siempre coste-efectivo, pues ello dependerá en última instancia de la cantidad de dinero que se esté dispuesto a emplear en el programa, queda probado que constituye un empleo eficaz de recursos *(good value for money)*.



3.4.

Resultados con el precio de la vivienda de titularidad pública

El programa Hábitat también cuenta para su implementación con viviendas de titularidad pública. El análisis realizado hasta ahora se ha referido al mercado de viviendas de titularidad privada, entendiendo que esta es la opción más habitual, razón por la cual se tomó la decisión inicial de articular el análisis en base a los precios en el mercado privado. Sin embargo, es relevante profundizar en el impacto y la eficiencia partiendo del uso en el programa de la vivienda de titularidad pública, siendo esta una alternativa a la política pública. En la medida en que el alquiler en un mercado público es mucho más barato los costes necesariamente se reducen.

Para profundizar en este punto y cuantificar el efecto en los costes finales en este epígrafe se aborda el análisis de costes basados en el precio de las viviendas de titularidad pública (PVTP).

En este sentido si se toma como punto de partida el dato del coste las viviendas de la Empresa Municipal de la Vivienda del Ayuntamiento de Madrid asignadas a Hábitat en el convenio de Construyendo Hogar (poner nota al pie con el texto: "este importe se encuentra referido como todos los demás de la evaluación al año 2018") el precio de las viviendas de titularidad pública (PVTP) se situaría en 11,98€ por plaza/día.

El alcance inmediato de dicho cambio en la referencia del coste del alojamiento, de privado a público, se observa en el hecho de que, para treinta días de estancia, la vivienda facilitada por el programa Hábitat tendría un coste total de 359,4€ por persona, lo que prácticamente es una tercera parte del coste de la vivienda privada (957,7€ por persona al mes).

En esta nueva elaboración, la estructura del resto de costes del programa Hábitat permanece igual. Los servicios de asistencia a demanda, característicos del modelo, que agrupábamos bajo la denominación “Tarifa plana de asistencia Hábitat”, continúan estimándose en 9,33€ por persona y día (283,90€ al mes). La imputación de los costes indirectos del programa sigue calculándose a partir de la aplicación de un “recargo” del 10,62% a la suma de las partidas de alojamiento y del paquete de asistencia.

> A los doce meses, el coste medio mensual de la atención al Grupo Hábitat (PVTP) se ha elevado hasta los 1.121,30€, frente a los 1.083,28€ del Grupo de Comparación, tan solo 38€ superior.

Los costes y cálculos del Grupo de Comparación no sufren ninguna alteración[18] con respecto a la evaluación de referencia.

Situación a los 0 meses

La Tabla 36 muestra el punto de partida en cuanto a los costes mensuales que suponen el Grupo de Comparación y el Grupo Hábitat. Como puede comprobarse, la diferencia en el coste medio de ambos grupos se debe fundamentalmente a los mayores consumos sanitarios y psiquiátricos de las personas que van a entrar en el programa Hábitat, así como a la partida de alojamiento. Sin embargo, la diferencia de costes derivados de la atención no se puede achacar a ningún factor específico dado que los criterios de selección de la muestra fueran los mismos.

Situación a los doce meses

A los doce meses, se puede observar una situación ya consolidada, en la medida en que los resultados obtenidos son ilustrativos de cómo el programa Hábitat se ha desarrollado durante todo ese periodo, convirtiéndose el alojamiento de este programa en un coste prácticamente fijo (350,94€ por mes) por la estabilidad de las pernoctaciones y la alta tasa de retención. Por el contrario, el coste del alojamiento en el Grupo de Comparación sólo se ha incrementado ligeramente: 161,48€ mensuales (Tabla 37). Al emplear PVTP se ha reducido la diferencia de costes entre ambos grupos en cuanto al alojamiento, los costes indirectos y, en consecuencia, el sumatorio de costes mensuales, los cuales son apenas 38€ superiores en Hábitat (esta diferencia alcanza 669,52€ con precios de vivienda privada).

18 Salvo cuando alguna persona del grupo de comparación realiza alguna pernoctación en alojamientos equiparables a las viviendas del programa Hábitat. Se trata de casos limitados que hacen uso en algún momento de “pisos facilitados por una ONG”, a los que también se les asigna el PVTP de 11,98€ para mantener la uniformidad del análisis.

Tabla 36.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa basal (0 meses). PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	127,98 €	162,49 €	34,51 €
Alimentación	72,17 €	83,11 €	10,94 €
Aseo	16,97 €	17,31 €	0,34 €
Servicios	207,76 €	202,57 €	-5,19 €
Adicciones	19,81 €	32,48 €	12,66 €
Costes indirectos (+9%)	40,02 €	44,82 €	4,79 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**484,72 €**	**542,77 €**	**58,05 €**
Atención sanitaria	237,41 €	376,25 €	138,84 €
Atención psiquiátrica	60,40 €	106,14 €	45,75 €
Sanciones administrativas	14,65 €	2,48 €	-12,17 €
Problemas legales	28,35 €	11,13 €	-17,23 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**825,53 €**	**1.038,77 €**	**213,24 €**

Fuente para todas la tablas y gráficos: Elaboración propia

Tabla 37.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 12 meses. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	151,91€	350,94€	199,03€
Alimentación	67,57 €	13,94 €	-53,63 €
Aseo	15,21 €	0,47 €	-14,74 €
Servicios	206,06 €	56,86 €	-149,20 €
Adicciones	35,02 €	4,81 €	-30,20 €
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	42,82 €	45,35 €	2,53 €
"Tarifa plana de asistencia hábitat" *		283,90 €	283,90 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**518,57 €**	**756,26 €**	**237,69 €**
Atención sanitaria	345,46 €	219,43 €	-126,03 €
Atención psiquiátrica	168,30 €	76,56 €	-91,74 €
Sanciones administrativas	11,35 €	25,97 €	14,61 €
Problemas legales	39,60 €	43,08 €	3,48 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.083,28 €**	**1.121,30 €**	**38,02 €**

* Esta expresión hace referencia al conjunto de servicios de asistencia personal característicos del programa Hábitat.

Situación a los dieciocho meses

A los dieciocho meses, el coste mensual de las personas usuarias del Programa Hábitat tomando en consideración los precios de vivienda pública se mantiene en torno a los 1.100€, algo menor que el registrado a los doce meses de la implantación del programa. Por el contrario, el Grupo de Comparación ha elevado su coste ligeramente, hasta los 1.157,84€ mensuales totales a los dieciocho meses. Es decir, a los 18 meses de implantación del programa, los costes mensuales del Grupo Hábitat suponen 71,52€ menos que los del Grupo de Comparación (Tabla 38).

Perspectiva dinámica: tendencias detectadas en los dieciocho meses

Al cambiar el conjunto del análisis de la perspectiva estática a la dinámica, lo primero que observamos es que el coste de la atención se ha incrementado en ambos grupos de estudio. Queda claro que el sinhogarismo genera costes, tanto en un sistema como en otro. Dicho lo cual, es muy significativo cómo **los costes promedios se han incrementado sobre todo en el Grupo de Comparación (38,58%),** mientras que el aumento de costes en el Grupo Hábitat es mínimo, de tan solo un 3,25%, confirmando el enorme impacto de los PVTP (Tabla 39).

> Al final de la evaluación, el coste medio mensual de la atención al Grupo Hábitat (PVTP) queda fijado en 1.072,54€, lo que supone un 6,25% menos que el coste medio de atención al Grupo de Comparación (1.144,06€).

Como se ha mencionado, es el coste del alojamiento lo que marca la diferencia entre los incrementos de costes de ambos programas. Esto explica cómo, si tomamos en consideración los precios de vivienda privada, pasados los 18 meses de la implantación del Programa Hábitat, sus costes totales mensuales suponen 16 puntos procentuales más que el del Grupo de Comparación. Realizando el cálculo en base a los precios de vivienda pública, los costes totales mensuales asociados al Grupo Hábitat son un 35 puntos porcentuales menos a los del Grupo de Comparación. Además, es interesante destacar las tendencias hacia el ahorro que se observan en el Programa Hábitat de los servicios de mayor cuantía o más caros, como son los de atención (sanitaria y psiquiátrica).

Tabla 38.
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 18 meses. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	235,92€	346,87€	110,95€
Alimentación	59,75 €	5,00 €	-54,75 €
Aseo	14,93 €	- €	-14,93 €
Servicios	244,13 €	36,88 €	-207,25 €
Adicciones	19,31 €	2,46 €	-16,84 €
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	41,55 €	51,66 €	10,12 €
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**625,69 €**	**716,65 €**	**90,96 €**
Atención sanitaria	279,88 €	230,30 €	-49,58 €
Atención psiquiátrica	218,57 €	90,96 €	-127,61 €
Sanciones administrativas	9,72 €	20,63 €	10,91 €
Problemas legales	10,20 €	14,00 €	3,80 €
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.144,06 €**	**1.072,54 €**	**-71,52 €**

Tabla 39.
Evolución etapa basal – etapa 18 meses. Tasas de variación. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC(p.p.)
Alojamiento	84,34%	113,47%	29,13
Alimentación	-17,21%	-93,98%	-76,77
Aseo	-12,02%	-100,00%	-87,98
Servicios	17,50%	-81,80%	-99,30
Adicciones	-2,56%	-92,42%	-89,86
Costes indirectos (+9%)	3,81%	15,28%	11,47
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**29,08%**	**32,04%**	**2,95**
Atención sanitaria	17,89%	-38,79%	-56,68
Atención psiquiátrica	261,89%	-14,31%	-276,19
Sanciones administrativas	-33,66%	732,58%	766,24
Problemas legales	-64,03%	25,86%	89,90
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**38,58%**	**3,25%**	**-35,33**

Analizados por grupos, **los costes del Grupo de Comparación se han incrementado** en alojamiento un 84,34%. En ese mismo período, en el grupo Hábitat el coste del alojamiento, pese a que ha aumentado en un 113,47%, el aumento es menor, como es de esperar, que el producido en el análisis a precio de vivienda privada (320,69%). De esta forma, la diferencia porcentual en cuanto a los costes de alojamiento de los dos grupos disminuye a 29,13 puntos porcentuales.

Pasados 18 meses, los costes del Grupo Hábitat han aumentado tan solo un 3,25%, frente a un aumento del 38,6% de los costes en el Grupo de Comparación.

Además de las diferencias descritas entre el comienzo y el final de la evaluación, es interesante observar lo que ocurre desde el inicio a los 12 meses (Tabla 40), y desde ese momento hasta el final (Tabla 41). En el primer caso, el promedio mensual de costes totales aumenta en los dos grupos tenidos en cuenta. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurría en el análisis de la evaluación económica a precios de vivienda privada, es el Grupo de Comparación el que más aumenta sus gastos: un 31,22%, frente a tan solo un 7,95% del Grupo Hábitat. En la etapa de 12 a 18 meses, ya se observa cómo mientras los costes promedios del Grupo de Comparación aumentan ligeramente, se invierte la tendencia de los costes promedios del grupo Hábitat, que descienden.

Por lo tanto, podemos afirmar que, tomando como base los 12 meses y calculando a partir de ahí la

Tabla 40.
Evolución etapa basal – etapa 12 meses. Tasas de variación. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC (p.p.)
Alojamiento	18,69%	115,97%	97,28
Alimentación	-6,38%	-83,23%	-76,85
Aseo	-10,36%	-97,30%	-86,94
Servicios	-0,82%	-71,93%	-71,11
Adicciones	76,73%	-85,18%	-161,91
Costes indirectos (+9%)	6,98%	1,19%	-5,79
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**6,98%**	**39,33%**	**32,35**
Atención sanitaria	45,51%	-41,68%	-87,19
Atención psiquiátrica	178,66%	-27,87%	-206,53
Sanciones administrativas	-22,50%	948,07%	970,56
Problemas legales	39,67%	287,25%	247,58
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**31,22%**	**7,95%**	**-23,28**

Tabla 41.
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses. Tasas de variación. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	55,31%	-1,16%	-56,46%
Alimentación	-11,56%	-64,13%	-52,56%
Aseo	-1,85%	-100,00%	-98,15%
Servicios	18,48%	-35,15%	-53,62%
Adicciones	-44,87%	-48,85%	-3,98%
Costes indirectos (+9%)	-2,97%	13,92%	16,89%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		0,00%	0,00%
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**20,66%**	**-5,24%**	**-25,90%**
Atención sanitaria	-18,98%	4,96%	23,94%
Atención psiquiátrica	29,87%	18,80%	-11,07%
Sanciones administrativas	-14,41%	-20,56%	-6,15%
Problemas legales	-74,25%	-67,50%	6,75%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**5,61%**	**-4,35%**	**-9,96%**

Tabla 42.
Costes de alojamiento. Ajuste en términos de equivalencia al programa Hábitat. PVTP.

Lugar	Costes medios diarios	Costes mensuales ajustados a estancia 30 días
Calle	*	-
Centro de acogida de emergencia	27,58 €	827,40 €
Albergue para personas en situación de sinhogarismo	23,78 €	713,40 €
Espacio no adecuado para vivir	*	-
Piso facilitado por una ONG. PROGRAMA HABITAT	**11,98 €**	**359,4 €**
Pensión pagada por una ONG	22,18 €	665,40 €
Alojamiento para colectivos específicos	27,84 €	835,20 €
Piso ocupado	*	-
Piso en propiedad	**	-
Piso alquilado	**	-
Habitación alquilada o pensión	**	-
Piso o habitación cedido gratuitamente	*	-
Chabola	*	-
Acompañante en piso Hábitat	***	-
Otro lugar	***	-
Programa Hábitat 30 días		**359,4 €**
Programas de comparación. Alojamiento equivalente 30 días		**760,35 €**

* Sin coste. ** El coste no recae sobre los servicios evaluados. *** No aplicable.

tasa de variación (Tabla 42), vemos una tendencia inversa entre ambos grupos de forma que, como hemos dicho, mientras los gastos del Grupo de Comparación aumentan, en el Grupo Hábitat disminuyen, ya que este Programa produce importantes ahorros en el sistema a largo plazo.

3.4.1.

Resultados ajustados en términos equivalentes

Replicamos la simulación basada en la depuración de los resultados sobre alojamiento, mediante su transformación a términos equivalentes al programa Hábitat. Recordamos que el objetivo es visibilizar la descompensación derivada de que la tasa de retención y la intensidad de uso del alojamiento en Hábitat

> Una vez en funcionamiento, Hábitat tiende a reducir costes, mientras que sus alternativas los incrementan.

es muy alta (promedio de casi 30 días al mes), mientras que la del Grupo de Comparación es desigual y con mucha frecuencia se pernocta en lugares que no suponen un coste directo (en la calle, chabola, etc.) o no es asumido por una entidad equivalente a las del programa Hábitat (pensión o vivienda sufragada por particulares)[19].

Bajo la hipótesis del ajuste del alojamiento, los resultados con PVTP son aún más contundentes que los observados en los apartados precedentes. A los 12 meses (Tabla 43), el alojamiento del Grupo Hábitat

19 Para un mayor detalle de la metodología puede consultarse el apartado 3.2.6. de este informe. .

Tabla 43.
Coste ajustado equivalente a los 12 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza. PVTP.[20]

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC	GH/GC
Alojamiento	760,35 €	359,40 €	-400,95 €	-52,73%
Alimentación	67,57 €	13,94 €	-53,63 €	-79,37%
Aseo	15,21 €	0,47 €	-14,74 €	-96,93%
Servicios	206,06 €	56,86 €	-149,20 €	-72,41%
Adicciones	35,02 €	4,81 €	-30,20 €	-86,26%
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	97,58 €	46,25 €	-51,33 €	-52,60%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €	
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1.181,78 €**	**765,62 €**	**-416,15 €**	**-35,21%**
Atención sanitaria	345,46 €	219,43 €	-126,03 €	-36,48%
Atención psiquiátrica	168,30 €	76,56 €	-91,74 €	-54,51%
Sanciones administrativas	11,35 €	25,97 €	14,61 €	128,73%
Problemas legales	39,60 €	43,08 €	3,48 €	8,78%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.746,49 €**	**1.130,66 €**	**-615,83 €**	**-35,26%**

cuesta 400€ menos que el del Grupo de Comparación, lo que supone una diferencia en los costes mensuales totales entre ambos grupos del 35,26%, favorable al Grupo Hábitat.

Seis meses después, a los 18, los costes medios ajustados se habrían reducido ligeramente en ambos grupos: 1.086,40€ para el Grupo Hábitat y 1.715,69€ para el Grupo de Comparación. Este descenso no es, sin embargo, simétrico, sino que es más acusado en el Grupo Hábitat, quedando la diferencia entre el Grupo de Comparación y el Hábitat en el 36,88% (a favor de Hábitat) (Tabla 44).

Por partidas, Hábitat a PVTP presentaría un sobrecoste de 298,61€ mensuales *(suma de las celdas sombreadas en rojo)*, fundamentalmente por la presencia distintiva de la Tarifa de Asistencia Hábitat con la que el Grupo de Comparación no contaría. Al mismo tiempo, **Hábitat a PVTP supondría un ahorro mensual 927,89€ por los menores costes de alojamiento y consumo de servicios y recursos.**

Al considerar la evolución desde el inicio del periodo hasta el final (18 meses), observamos una muy notable diferencia: el Grupo Hábitat tan sólo aumentaría sus costes totales mensuales un 4,6%, frente al incremento del 107,83% del Grupo de Comparación. Esto supone una diferencia entre ambos grupos de 103,24 puntos porcentuales favorable a Hábitat, teniendo en consideración el precio de vivienda pública y el modelo de alojamiento equivalente (Tabla 45).

Los promedios mensuales de coste de alojamiento equivalentes a estancias de 30 días al mes para el Grupo Hábitat pasarían a ser de 359,4€, frente a los 760,35€ del Grupo de Comparación.

El coste medio mensual ajustado a los 12 meses del Grupo Hábitat sería de 1.130,66€ y de 1.746,5€ en el Grupo de Comparación, quedando entonces la diferencia entre ambos grupos en 615,83€ al mes, favorables al Grupo Hábitat.

20 Como consecuencia de la alteración del importe del alojamiento ajustado, la cifra de costes indirectos también varía en la proporción correspondiente.

Tabla 44.
Coste ajustado equivalente a los 18 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC	GH/GC
Alojamiento	760,35 €	359,40€	-400,95 €	-52,73%
Alimentación	59,75 €	5,00 €	-54,75 €	-91,63%
Aseo	14,93 €	- €	-14,93 €	-100,00%
Servicios	244,13 €	36,88 €	-207,25 €	-84,89%
Adicciones	19,31 €	2,46 €	-16,84 €	-87,25%
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	98,86 €	42,88 €	-55,98 €	-56,63%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		283,90 €	283,90 €	
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1.197,33 €**	**730,51 €**	**-466,81 €**	**-38,99%**
Atención sanitaria	279,88 €	230,30 €	-49,58 €	-17,72%
Atención psiquiátrica	218,57 €	90,96 €	-127,61 €	-58,38%
Sanciones administrativas	9,72 €	20,63 €	10,91 €	112,29%
Problemas legales	10,20 €	14,00 €	3,80 €	37,30%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**1.715,69 €**	**1.086,40 €**	**-629,29 €**	**-36,68%**

Tabla 45.
Evolución etapa basal – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	494,11%	121,18%	-372,93
Alimentación	-17,21%	-93,98%	-76,77
Aseo	-12,02%	-100,00%	-87,98
Servicios	17,50%	-81,80%	-99,30
Adicciones	-2,56%	-92,42%	-89,86
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	147,01%	-4,33%	-151,34
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**147,01%**	**34,59%**	**-112,42**
Atención sanitaria	17,89%	-38,79%	-56,68
Atención psiquiátrica	261,89%	-14,31%	-276,19
Sanciones administrativas	-33,66%	732,58%	766,24
Problemas legales	-64,03%	25,86%	89,90
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**107,83%**	**4,59%**	**-103,24**

Tabla 46.
Evolución etapa basal – etapa 12 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC (p.p.)
Alojamiento	494,11%	121,18%	-372,93
Alimentación	-6,38%	-83,23%	-76,85
Aseo	-10,36%	-97,30%	-86,94
Servicios	-0,82%	-71,93%	-71,11
Adicciones	76,73%	-85,18%	-161,91
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	143,80%	3,19%	-140,61
"Tarifa plana de asistencia hábitat"			
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**143,80%**	**41,06%**	**-102,75**
Atención sanitaria	45,51%	-41,68%	-87,19
Atención psiquiátrica	178,66%	-27,87%	-206,53
Sanciones administrativas	-22,50%	948,07%	970,56
Problemas legales	39,67%	287,25%	247,58
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**111,56%**	**8,85%**	**-102,71**

Si observamos la evolución de costes en términos equivalentes entre los 0-12 y 12-18 meses (Tablas 46 y 47) podemos comprobar cómo se confirman y explican los resultados anteriores. El coste de alojamiento de Hábitat en base al precio de vivienda pública abarata tanto los costes de este Programa, que su variación porcentual en el primer tramo de análisis (0 – 12 meses) es de sólo +8,85%, mientras que el grupo de comparación sufriría un incremento muy superior (+111,56%). En el segundo tramo (12 – 18 meses), una vez estabilizado el impacto del alojamiento en ambos grupos mediante la hipótesis construida, los costes totales de ambos grupos se reducen levemente, aunque con mayor intensidad en Hábitat (-3,91%).

> Tomados en términos ajustados equivalentes, Hábitat costaría un 36,68% menos que sus alternativas al final de la evaluación[21].

> Bajo la hipótesis de la provisión equivalente de alojamiento, si bien el coste total en ambos grupos se incrementa, el Grupo Hábitat lo haría mínimamente (+4,59%), frente a un aumento de 107,83% del grupo de Control.

3.4.2.

Desagregación de resultados: alojamiento, atención y externalidades

Finalmente, incluimos también la adaptación de la última de las elaboraciones incluidas en el análisis descriptivo de la evaluación económica del programa, al alojamiento en viviendas de precio público (PVTP). En esencia, se trata de presentar los resultados anteriores estructurados en tres categorías: Alojamiento, Atención y Externalidades. Las dos primeras se refieren a recursos específicos o más habituales[22] en la población de personas sin hogar, mientras que

21 Recordemos que cuando se tomaban como referencia los precios de vivienda privada, Hábitat resultaba con un mayor coste monetario.

22 Incluidos recursos del ámbito de los servicios sociales y del alojamiento no específicos de PSH, como los servicios sociales de atención primaria o el tratamiento de las adicciones.

Tabla 47.
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación. PVTP.

Ámbito	Grupo de comparación	Grupo Hábitat	GH - GC
Alojamiento	0,00%	0,00%	0,00%
Alimentación	-11,56%	-64,13%	-52,56
Aseo	-1,85%	-100,00%	-98,15
Servicios	18,48%	-35,15%	-53,62
Adicciones	-44,87%	-48,85%	-3,98%
Costes indirectos (+9% gc; +10,62 gh)	1,32%	-7,29%	-8,60%
"Tarifa plana de asistencia hábitat"		0,00%	0,00%
SUMATORIO COSTES MENSUALES	**1,32%**	**-4,59%**	**-5,90%**
Atención sanitaria	-18,98%	4,96%	23,94%
Atención psiquiátrica	29,87%	18,80%	-11,07%
Sanciones administrativas	-14,41%	-20,56%	-6,15%
Problemas legales	-74,25%	-67,50%	6,75%
SUMATORIO COSTES MENSUALES TOTALES	**-1,76%**	**-3,91%**	**-2,15%**

la tercera se refiere a los servicios ajenos a las redes de atención a ese colectivo.

Asimismo, presentamos los datos de cada grupo para los tres momentos de medida y tanto en términos observados, como bajo la hipótesis del ajuste a 30 días de alojamiento efectivo.

Como se puede comprobar en el Gráfico 54, en el momento inicial, los costes del Grupo Hábitat son mayores que los del Grupo de Comparación. En los momentos posteriores de medida, los costes de ambos grupos se van incrementando, aunque se mantienen relativamente igualados durante el conjunto del período. Lo más destacado es comprobar cómo **–con PVTP- a los 18 meses el programa Hábitat presenta un coste inferior a sus alternativas.**

En términos equivalentes a 30 días de alojamiento de ambos grupos y con PVTP, con el paso de los meses los costes totales del Grupo de Comparación habrían aumentado algo más del doble, mientras que el Grupo Hábitat presentaría un comportamiento más contenido (Gráfico 55). La diferencia entre ambos alcanzaría los 630€, a favor

Con PVTP el ahorro en consumo de externalidades compensa el mayor coste del alojamiento del programa Hábitat.

22 Incluidos recursos del ámbito de los servicios sociales y del alojamiento no específicos de PSH, como los servicios sociales de atención primaria o el tratamiento de las adicciones.

Gráfico 54.
Costes observados, mensuales por persona, según tipo de servicio. PVTP.

Costes observados mensuales por persona (en €)

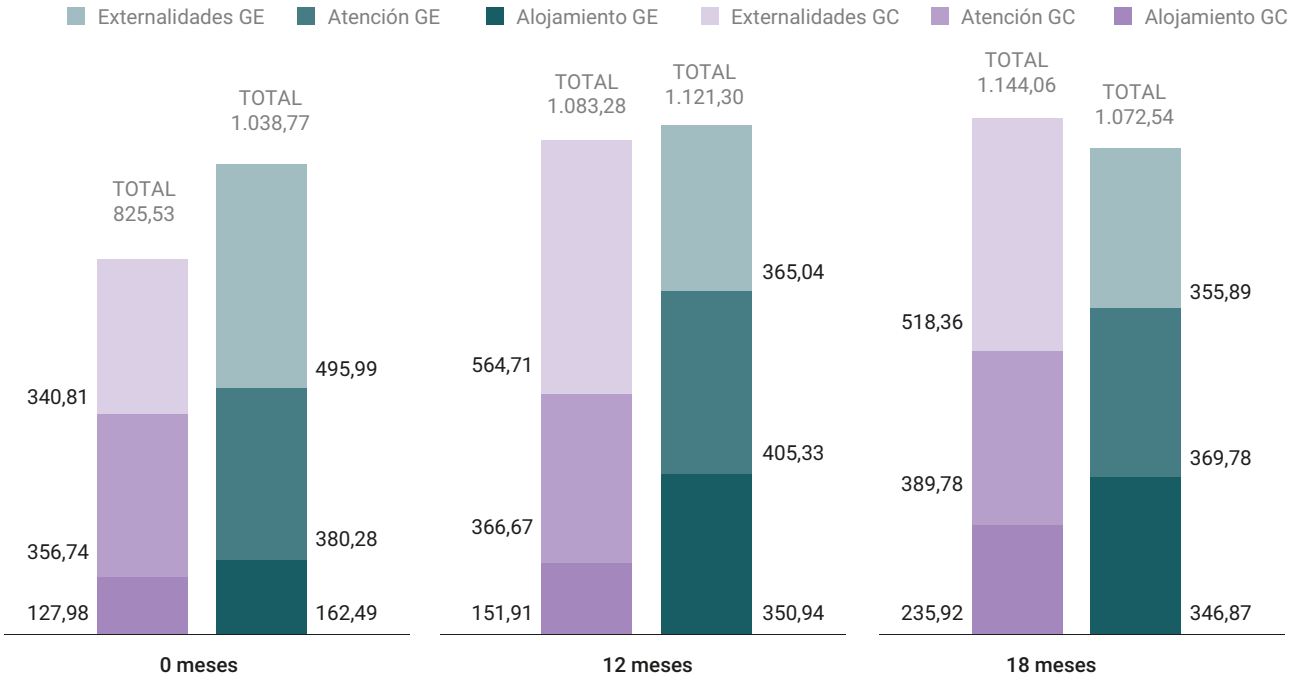
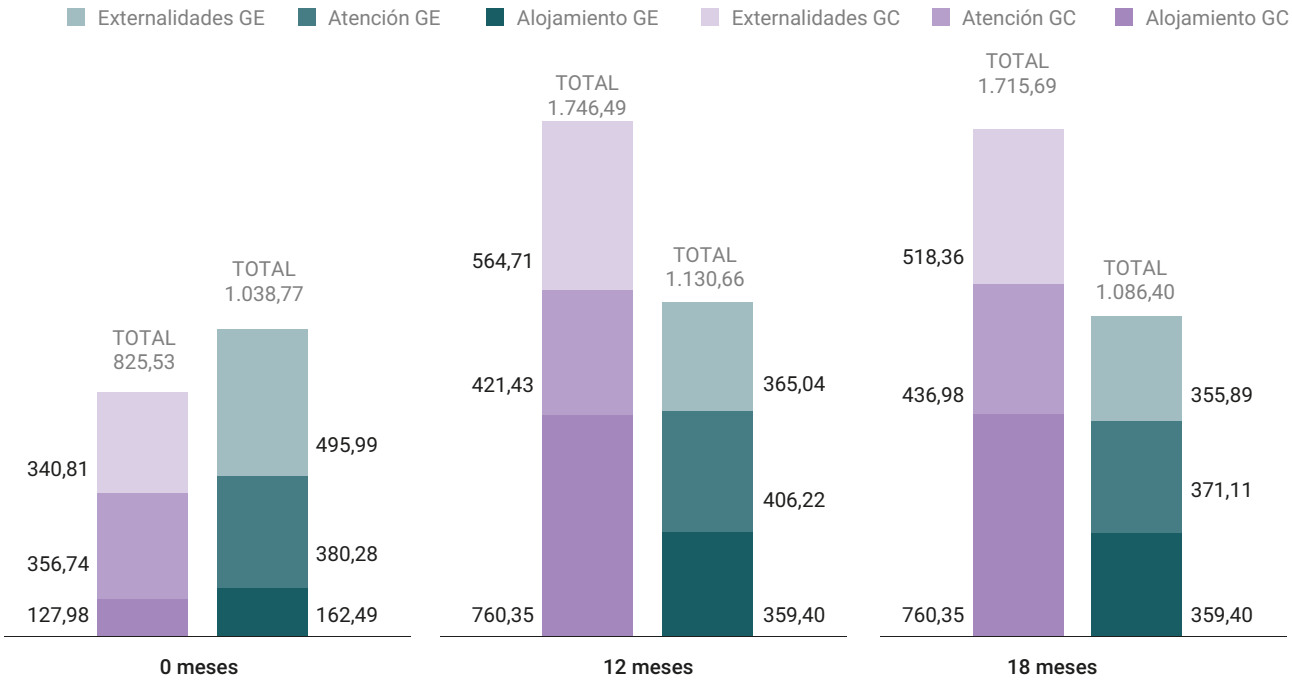


Gráfico 55.
Costes ajustados, mensuales por persona, según tipo de servicio. PVTP.

Costes ajustados en términos equivalentes a 30 días de alojamiento (en €)



de Hábitat, merced al menor coste del alojamiento en viviendas públicas y el menor consumo de recursos de sus usuarios.

3.4.3.

El impacto del PVTP

Tras aplicar a la evaluación el coste correspondiente a la utilización de viviendas titularidad de administraciones públicas ofertadas a precios públicos, en lugar de viviendas de propiedad privada, alquiladas a precio de mercado por las entidades que desarrollan programas como Hábitat, las conclusiones son claras.

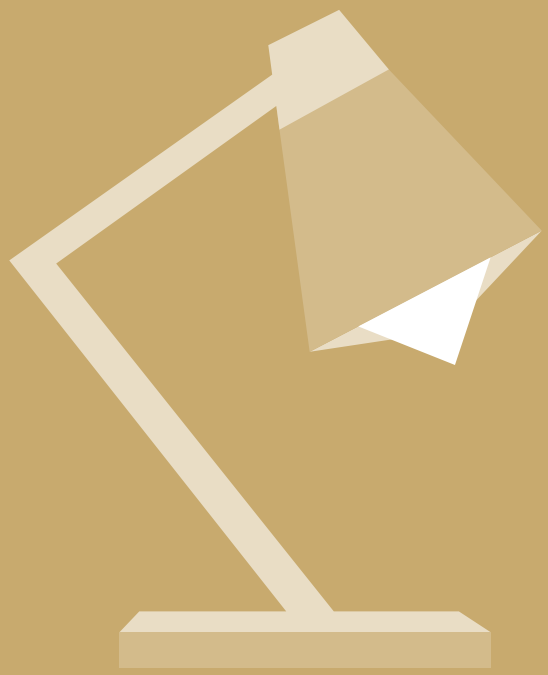
El alojamiento tiene, como ya vimos, una incidencia decisiva en el coste total del programa. Más aún cuando la elevada tasa de retención que presenta y que es un indicador claro de éxito como política social, se vuelve un hándicap por el encarecimiento relativo del programa frente a alternativas heterogéneas y a menudo de aplicación intermitente. Varias estrategias se han llevado a cabo a lo largo de la investigación que ha dado soporte a esta evaluación, para intentar visibilizar esa contradicción. La incorporación de PVTP es una más, que de hecho refuerza las afirmaciones que se han hecho en tal sentido.

Claramente, el empleo de viviendas públicas puede ser un elemento decisivo para la viabilidad y escalamiento de programas de *Housing First*.

Dicho lo cual, no podemos dejar de advertir que la reducción de costes que, se ha constatado, los PVTP suponen para el programa, no implica que no existan otros adicionales asociados a la provisión de viviendas públicas y que son, naturalmente, soportados por las Administraciones con cargo a sus presupuestos y recursos. En todo caso, la cuantificación de ese tipo de costes y la delimitación de su impacto, tanto sobre Hábitat, como sobre otros programas alternativos en los que también están presentes (en particular en alojamientos colectivos provistos por AA.PP.), requerirán de evaluaciones adicionales específicas que sería muy oportuno realizar en el futuro.

4.

Conclusiones



4. Conclusiones

4.1.

Conclusiones de la evaluación de resultados

Los resultados presentados previamente permiten establecer conclusiones interesantes sobre la efectividad y utilidad del programa Hábitat.

En cuanto a la metodología

En primer lugar, este trabajo muestra, aunque con muchas dificultades, la viabilidad de realizar este tipo de evaluaciones: más de 430 personas en situación de sinhogarismo con dificultades importantes han sido entrevistadas a lo largo del proceso de evaluación, consiguiéndose localizar a 255 de ellas 18 meses después de comenzada la misma.

La evaluación realizada resulta novedosa dada la escasez de estudios sobre la efectividad de los programas *Housing First* en España, asociada tanto al carácter aún incipiente de estas actuaciones en nuestro país, como a las múltiples dificultades inherentes al objeto de estudio. Al ser además una evaluación de ámbito estatal, contribuye a llevar el debate sobre el sinhogarismo, desde la habitual consideración como problema local, a un terreno de discusión también estatal.

Es importante destacar también, antes de comentar las principales conclusiones respecto a la evaluación de resultados del programa, que los análisis de comparación entre las principales características iniciales y situación de las personas participantes del grupo Hábitat y el grupo de comparación, apuntan una importante equivalencia inicial de los grupos, por lo que las diferencias posteriormente encontradas difícilmente podrían atribuirse a diferencias en los perfiles o situación inicial de las personas participantes.

Por otro lado, respecto a la existencia de diferencias entre aquellos que fueron localizados y entrevistados a los 12 y 18 meses, aunque los análisis no mostraron diferencias en la mayoría de las variables consideradas (edad, género, nacionalidad, tiempo en situación de sinhogarismo), sí se encontró una diferencia que podrá suponer un cierto sesgo en los resultados y que debe ser considerada: diferencias en el perfil de derivación por problemas de salud mental. Concretamente, los análisis apuntan una mayor dificultad para localizar y entrevistar a aquellas personas que habían sido derivadas por este motivo.

En cuanto a los resultados

Como ya se comentó inicialmente, la evaluación de resultados pretende responder a dos objetivos fundamentales: conocer los efectos del programa Hábitat en distintas áreas y comparar los resultados de las personas usuarias con los que son atendidas en otros recursos.

En relación con ambos objetivos, a continuación, se presentan las principales conclusiones en las principales áreas consideradas en la evaluación de 12 y 18 meses: alojamiento y cobertura de necesidades básicas, felicidad y satisfacción global con la vida, uso de servicios, situación económica, apoyo social, ocio, victimización y discriminación, salud y grado de autonomía percibida.

Alojamiento y cobertura de necesidades básicas

- Teniendo en cuenta las personas a las que se dirige el modelo *Housing First* (personas en situación en situación de sinhogarismo extrema con especiales dificultades), existe un acuerdo muy importante a la hora de considerar que el **indicador clave de resultados** debe considerar la estabilidad del alojamiento. La **tasa de retención de alojamiento** es por tanto el indicador clave tradicionalmente utilizado en la evaluación del modelo *Housing First*. En este caso el porcentaje de retención de alojamiento se sitúa **por encima del 95%** en el caso de las personas usuarias del programa Hábitat dieciocho meses después de su incorporación al programa. Es decir, el programa Hábitat consigue proporcionar un **alojamiento estable** a las personas usuarias.

- Esta importante mejora en el tipo y estabilidad del alojamiento no parece producirse entre las personas del **grupo de comparación,** que han sido atendidas en otros recursos: **18 meses** después de comenzar la evaluación aproximadamente **la mitad** señalaban la **calle, un centro de acogida de emergencia o un albergue** para personas en situación en situación de sinhogarismo como su **lugar de residencia habitual.**

- Esta estabilidad en el alojamiento se acompaña de un **incremento significativo de la satisfacción las personas participantes** del programa Hábitat

con distintos aspectos del alojamiento (intimidad, accesibilidad, etc.). Este incremento no se produce entre las personas participantes del grupo de comparación, es decir, entre las personas usuarias de otros servicios.

- El programa Hábitat también tiene **consecuencias positivas** en la **cobertura de otras necesidades básicas como alimentación y aseo personal,** en mayor medida de las encontradas en el grupo de usuarios de otros recursos.

Aunque, como se ha comentado la mejora de la calidad y la estabilidad del alojamiento es el indicador clave para la valoración del éxito del programa, los resultados de la evaluación del programa Hábitat señalan también la existencia de cambios positivos en otras variables que nos hablan de aspectos centrales como son el bienestar, la salud o la seguridad de las personas.

Felicidad y satisfacción global con la vida

- **La satisfacción global con la vida** de las personas usuarias del **programa Hábitat mejora** significativamente un año después de su incorporación a dicho programa, y esta mejora se mantiene seis meses después, lo que no ocurre con las personas usuarias de otros programas o servicios.

- Por otro lado, aunque no aparecen cambios estadísticamente significativos en la **felicidad** referida por las personas participantes de ninguno de los dos grupos, las personas participantes del **programa Hábitat presentan niveles mayores de felicidad** que las personas participantes atendidos en otros programas tanto en el momento inicial, como a los 12 y 18 meses. Es importante señalar aquí que las entrevistas iniciales se realizaban cuando la persona ya conocía su próxima incorporación al programa, lo que quizá podría explicar estas diferencias iniciales.

Uso de servicios

- El programa Hábitat parece contribuir a la **disminución del uso de servicios sociales,** ya que las personas usuarias de dicho programa reducen de forma significativa el de este tipo de servicios dieciocho meses después de su incorporación al programa. Esta reducción no se observa en el caso de las personas participantes del grupo de comparación.

- Por otro lado, **no se observan cambios** en el uso de **servicios sanitarios de atención primaria** en el grupo de personas usuarias del programa Hábitat. Sin embargo, sí se produce un **aumento** en el número de **consultas de atención médica especializada** y una **reducción** significativa a lo largo del tiempo del uso de los **servicios de urgencias,** lo que podría indicar una normalización en el uso de servicios sanitarios por parte de las personas participantes del programa Hábitat.

- En el caso de las personas del **grupo de comparación** se observa una **reducción** del uso de consultas de **enfermería de atención primaria** y del número de veces tratados por problemas de salud.

Situación económica

- Se producen mejoras estadísticamente significativas en los **ingresos económicos** recibidos por las personas participantes del **grupo de comparación** a los 12 meses, que se mantiene a los 18, que no los convierte en significativamente diferentes a los del grupo Hábitat.

- Estas **mejoras** se acompañan de una mejora en la **satisfacción** de las personas del **grupo de comparación** con algunos aspectos de su situación económica. Sin embargo, la **satisfacción** entre las personas de **ambos grupos no resulta significativamente diferente** en ningún momento.

- En cuanto a las fuentes de ingresos estables tomados de forma general, no se producen cambios. Sin embargo, sí se producen cambios relevantes relacionados con algunas **fuentes de ingresos concretas,** específicamente, al ejercicio de la **mendicidad** como fuente de ingresos, que se reduce de forma significativa en el grupo de personas usuarias del programa Hábitat, y a la realización de **actividades marginales,** que resulta significativamente mayor entre las personas usuarias de otros programas y servicios.

- Es decir, el programa Hábitat **no parece tener efectos positivos en el acceso a recursos económicos estables ni en la satisfacción con la situación económica,** aunque sí en la **reducción de actividades económicas marginales;** tampoco se producen cambios relevantes entre las personas participantes del grupo de comparación.

Apoyo social

- En lo que respecta al apoyo social se encuentran mejoras significativas en el grupo Hábitat en algunos aspectos relacionados con la red de apoyo, concretamente en la **percepción de tener a alguien con quien poder hablar cuando lo necesitan** y

también de tener a alguien que les preste un apoyo efectivo **(tener a alguien con el que poder contar).**

- En el caso de las personas del grupo de comparación la situación se mantiene estable a lo largo de la evaluación. Por ello, la percepción de ambos tipos de apoyo es significativamente mejor entre el grupo de personas usuarias del programa Hábitat.

- El programa Hábitat también parece relacionarse con una mejora respecto a la **percepción de soledad,** significativamente menor que la del grupo de usuarios de otros servicios, a los 18 meses.

- Estos cambios se reflejan también en mejoras en la **satisfacción con algunos aspectos relacionados con el apoyo social**, concretamente, las personas usuarias del programa Hábitat mejoran su opinión de las cosas que hacen con otras personas, sobre la cantidad de tiempo que está con ellas y sobre las personas con las que se relacionan a lo largo de los 18 primeros meses.

- Respecto al **apoyo social prestado** por las personas participantes, se observa una reducción de algunas conductas en ambos grupos (prestar dinero, prestar apoyo emocional en ambos grupos y proporcionar información sobre puestos de trabajo sólo en el GH) en el seguimiento de 18 meses.

- En el **ámbito familiar,** se observa un i**ncremento del contacto telefónico** entre las personas usuarias del **programa Hábitat** y sus familias, aunque no se observan cambios en el contacto presencial, ni una mejora consistente en la satisfacción de estas personas con sus relaciones familiares. Por su parte, el grupo de comparación permanece sin cambios en este sentido.

Ocio

- En lo que respecta al ocio de las personas participantes, la participación en el programa Hábitat también parece acompañarse de **mejoras** en este sentido: la **satisfacción** con este aspecto aumenta significativamente desde la incorporación de las personas participantes al programa Hábitat a los 12 meses manteniéndose estable dicha mejora a los 18 meses, además de aumentar la **frecuencia de realización de algunas actividades** concretamente ir de compras, de paseo, ver la televisión, dar una vuelta en coche o en autobús y realizar algún hobby o afición. En el caso del grupo de comparación también aumentó la frecuencia de salir a pasear.

Victimización y discriminación

- Durante el primer año se observa una **disminución en las experiencias de victimización** experimentadas tanto por las personas participantes en el programa Hábitat como por las del grupo comparación, aunque este descenso es más marcado en el caso de las personas usuarias de Hábitat, lo que apuntaría el valor del programa Hábitat en el incremento de seguridad de estas personas. Esto se acompaña con una **mejora de la percepción de seguridad,** mayor (y que se produce más rápidamente) en el caso de las personas usuarias del programa Hábitat.

- Este efecto positivo parece encontrarse también respecto a las **experiencias de discriminación,** que disminuyen significativamente 18 meses después de la incorporación al programa.

Salud

- Respecto a la **salud física, no se observan cambios importantes** a lo largo de la evaluación, lo que resulta esperable teniendo en cuenta las importantes dificultades experimentadas por todos las personas participantes en ese sentido.

- Sin embargo, sí se observan **mejoras en la calidad de vida vinculada a la salud** (como la reducción de la percepción de dolor), así como una **mejor percepción de su condición física y bienestar emocional** entre las personas usuarias del programa Hábitat respecto a las personas usuarias de otros programas.

- En esa línea, las personas usuarias del programa Hábitat experimentan una **mejora significativa de su bienestar psicológico,** en general, durante los 18 meses siguientes a su incorporación al programa, lo que no ocurre con las personas participantes del grupo de comparación.

- No se observaron cambios, en cuanto al **consumo de alcohol** de las personas usuarias del programa Hábitat doce meses después de su entrada en el programa.

Situación administrativa y otros aspectos relacionados

- La participación en el **programa Hábitat** se asocia a un **incremento** en la obtención de **tarjeta sanitaria,** mientras se observa una mejora significativa del porcentaje de participantes que tienen **tarjeta sanitaria y se encuentran empadronados** entre el **grupo de comparación.**

Por lo tanto, en términos generales, dieciocho meses después de la incorporación al programa Hábitat, los resultados encontrados apuntan efectos positivos en diversas áreas, más allá de la situación de alojamiento, como son satisfacción global con la vida, cobertura de necesidades básicas, seguridad personal, discriminación, ocio, apoyo social y salud mental y, sobre todo, una mejor situación de estas personas en estos aspectos en relación con el grupo de comparación, es decir, con aquellos que son atendidos en otros recursos. Estos resultados coinciden, en gran medida, con los encontrados en el mismo momento temporal de la evaluación piloto del programa en la que ya se señalaron mejoras en la mayoría de estos aspectos. Por otro lado, resulta destacable también que en esta evaluación aparecen más claramente diferencias entre los dos grupos de participantes: las personas usuarias del programa Hábitat y las participantes de otros programas y servicios, a favor de los primeros.

4.2.

Conclusiones de la evaluación económica

La evaluación realizada ha permitido poner de manifiesto las siguientes cuestiones en relación a distintos aspectos:

En cuanto a la metodología:

- El carácter novedoso ya señalado para el conjunto de la evaluación, es si cabe mayor en el caso de la estimación de su impacto económico, debido a que la carencia de estudios específicos es aún más acusada.

- En ese sentido, destaca la gran **dificultad de acometer la estimación de los costes.** La información secundaria es inexistente y la naturaleza de los servicios hace particularmente difícil la imputación en términos unitarios.

- Así pues, **la información primaria** que se ha generado durante la investigación posee en sí misma un importante **valor añadido.**

- **La dificultad para comparar resultados** entre un programa específico y bien delimitado, Hábitat, y sus múltiples alternativas, enormemente heterogéneas en cuanto a misión, titularidad, forma de financiación, alcance, contenido de sus actuaciones, etc.

- La oportunidad de mejorar la capacidad explicativa de los resultados y su comparabilidad, mediante procedimientos de **depuración, ajuste y simulación** como el efectuado para el alojamiento equivalente a 30 días.

- La simplicidad del **análisis descriptivo** es eficaz para explicar los resultados de la evaluación, siendo luego corroborados con la robustez estadística del modelo coste-efectividad.

En cuanto a los resultados:

- En cuanto a los resultados basados en los precios de la vivienda de titularidad privada, el programa **Hábitat tiene un mayor coste monetario** que sus alternativas consideradas en conjunto.

- En la etapa basal, antes de iniciarse el programa, la diferencia de coste entre ambos grupos es ya del

32%. Un año después la diferencia ha ascendido hasta el 61% impulsada por la estabilidad en el alojamiento del programa Hábitat. Al cierre de la evaluación, la diferencia se ha reducido hasta el **47%.**

- El gran **condicionante es el coste del alojamiento,** que se convierte en un coste fijo que supone más de la mitad de todo el presupuesto del programa. Encontrar alternativas residenciales más asequibles redundaría en una rebaja significativa de los costes totales. La articulación de una línea robusta de políticas públicas aplicadas a medidas residenciales (programas de subvenciones, uso de stock de viviendas vacías propiedad de entidades financieras, políticas públicas de vivienda, etc.) el coste del programa Hábitat podría verse sustancialmente reducido.

- A cambio, el modelo Hábitat **ofrece unas prestaciones** muy superiores para las personas usuarias en cuanto a estabilidad y calidad del alojamiento y una asistencia personalizada.

- Esa diferencia cualitativa se percibe, desde la perspectiva puramente monetaria, en el **ahorro que también genera el programa,** por el menor consumo de servicios y recursos por parte de las personas usuarias, sobre todo en aquellos **externos** a la red de atención a personas en situación de sinhogarismo. Todo lo cual nos hace pensar, en definitiva, en la consecución del objetivo final de "normalización" de las pautas de las personas, en la medida en que dejan de ser personas en situación de sinhogarismo y, por tanto, de recurrir a recursos específicos de ese colectivo.

- La perspectiva dinámica es importante, confirmando la tendencia a la reducción del impacto económico del programa con el paso del tiempo: una vez en funcionamiento, **Hábitat tiende a reducir costes, mientras que sus alternativas los incrementan.**

- Mediante simulación de la prestación de alojamiento **en términos de equivalencia a la intensidad que ofrece el programa Hábitat, las diferencias entre éste y sus alternativas se reducen de manera muy significativa.**

- Bajo ese supuesto, **la diferencia de coste entre Hábitat y sus alternativas se reduciría a sólo un 2,38% a los 12 meses (41,59€ al mes) y a un 1,64% a los 18 meses (28,12€ mensuales).** En el período estudiado, **el coste (ajustado) se incrementa en ambos grupos, pero con menor intensidad en el grupo Hábitat** (+58,52%) que en el grupo de control (+106,14%), de manera que **el ahorro que genera Hábitat compensaría el sobrecoste del programa.**

- Al tomar como referencia los precios de la vivienda de titularidad pública se produce una **reducción contundente de los costes ajustados equivalentes** en alojamiento al final de la evaluación **pasando de 957,7€ por persona al mes en vivienda privada a 359,4€ en vivienda pública,** lo que supone un **ahorro de casi 600€ mensuales.**

- Partiendo de un escenario en el que Hábitat se articulara mediante el alquiler de vivienda pública, los **costes totales finales en términos ajustados equivalentes** (1.086,40€ mensuales) **serían un 36,68% menores que sus alternativas** (1.715,69€).

- En definitiva, **Hábitat sería una opción más barata y más efectiva en la búsqueda de una solución frente al sinhogarismo** por los ahorros que genera el programa y que en este caso logran compensar el coste de alojamiento con vivienda pública.

Hábitat es un programa con ventajas significativas:

> Presenta resultados objetivos y subjetivos netamente superiores a sus alternativas.

> Es una respuesta institucional de calidad y eficaz a la que merece la pena dedicar financiación (good value for money).

> Los costes de Hábitat y los del Grupo de Comparación tienden a converger, puesto las personas usuarias de este último incrementan la utilización de recursos o externalidades con el paso del tiempo (atención sanitaria y psiquiátrica; sanciones administrativas y problemas legales), mientras que las personas usuarias de Hábitat presentan patrones de utilización de recursos cada vez menores. Una vez en funcionamiento, Hábitat presenta patrones de reducción de costes mientras que sus alternativas los incrementan.

> Hábitat genera importantes ahorros en servicios y recursos externos como: alimentación, aseo, higiene, servicios, tratamiento de adicciones, atención psiquiátrica y sanitaria; compensa el sobrecoste del programa.

> Si se tomara en términos de alojamiento ajustado equivalente, Hábitat costaría solo un 1,64% más que otras alternativas. El ahorro de Hábitat sería así de 470,97€ mensuales, mientras que su sobrecoste alcanzaría los 499,09€ euros mensuales.

> Pese a que presente costes específicos más elevados, Hábitat ofrece más cobertura y mejores resultados en términos netos: retención de alojamiento, satisfacción con la vida y eliminación de situaciones sin techo.

> Son las características específicas del programa lo que explica sus buenos resultados, no su mayor coste.

> Sin duda, Hábitat aporta mayores niveles de efectividad, pero también supone un mayor coste.

> La decisión definitiva sobre la aplicabilidad del programa dependerá del umbral de gasto o disposición a pagar que se plantee como factible o aceptable.

4.3.

Conclusiones del análisis coste-efectividad

La consideración conjunta de los resultados obtenidos por las personas participantes en el estudio y los costes de su atención mediante análisis coste-efectividad, ha arrojado conclusiones altamente significativas. En general, han venido a corroborar los resultados previos, aportando además la necesaria validez estadística[23].

- El programa **Hábitat presenta un gran diferencial positivo frente a sus alternativas en cuanto a los resultados evaluados,** tanto subjetivos (satisfacción de las personas usuarias), como objetivos (evitar situaciones sin techo o proveer alojamiento institucional).

- Aunque no hay diferencias al comienzo, al final de la evaluación **Hábitat aventaja ampliamente a sus alternativas en la eliminación de las situaciones sin techo.**

- Hábitat proporciona una **cobertura residencial completa,** muy superior a la respuesta institucional de sus alternativas.

- Aun a pesar de sus costes específicos más altos, la cobertura del sinhogarismo del programa Hábitat **es superior en términos netos.**

- La ventaja en resultados de Hábitat se mantiene **con independencia de otras circunstancias personales o territoriales.**

- Esas diferencias no se deben sólo al coste mayor de Hábitat, sino sobre todo a sus condiciones cualitativas: **lo determinante son las características del programa.**

- **Gastar más recursos de cualquier manera no arroja mejores resultados, pero gastarlos en Hábitat sí.**

- El programa **Hábitat es una respuesta institucional de calidad y eficaz** a la que merece la pena dedicar financiación ***(good value for money)***, con importantes ventajas respecto de otras alternativas.

- Con todo, en la decisión última de su implementación habrán de tenerse en cuenta el **amplio rango de umbrales de gasto** que puedan plantearse los agentes encargados de su prestación.

4.4.

Conclusiones finales de la evaluación del Programa Hábitat

- El programa Hábitat alcanza unos **resultados en las personas claramente superiores** a sus alternativas (yendo estas últimas desde la atención en otros recursos o la no atención) en muchos de los aspectos considerados (seguridad, apoyo social, ocio, salud), más allá de la mejora de alojamiento.

- Si lo considerásemos en términos ajustados equivalentes a 30 días de alojamiento, **Hábitat apenas sería más caro** que otras opciones alternativas en el caso del alquiler de vivienda de titularidad privada. Si hablamos de vivienda de titularidad pública, estos resultados se revierten: el coste del alojamiento en Hábitat es menor que en el resto de recursos alternativos.

- El gran condicionante presupuestario de Hábitat es el **alojamiento.** En contrapartida, la **permanencia en la vivienda es casi del 100%,** frente a la rotación y/o abandono de las personas en otros recursos. Y la satisfacción de las personas usuarias con la calidad del alojamiento es muy superior.

- Además, el programa Hábitat **genera ahorros muy importantes por la reducción del consumo de recursos sociales,** tanto específicos para personas en situación de sinhogarismo como no específicos (externalidades).

- Con el paso de los meses, **los usuarios de Hábitat tienden a reducir costes, mientras que sus alternativas los incrementan.** Al punto de que **a medio y largo plazo el ahorro que genera Hábitat compensa el sobrecoste del programa** (en términos ajustados).

- Incluso en servicios en los que parece no haber grandes cambios a primera vista, como los sanitarios y psiquiátricos (no se detecta variación significativa en el número agregado de veces que son atendidos), sí que se produce una importante reducción del coste para las personas del grupo

23 Una relación completa de los resultados del modelo se presentará en tablas en un anexo aparte (material complementario).

Hábitat, como consecuencia de la **recomposición cualitativa hacia el acceso a servicios más normalizados** y ajustados a los que hace la población general, en detrimento de las hospitalizaciones e ingresos de urgencia.

- Esa recomposición también se detecta en las fuentes de ingresos, **reduciendo la mendicidad y las actividades marginales.** También mejora su situación administrativa.

- **Además de las mejoras objetivas, la satisfacción de las personas usuarias de Hábitat es claramente superior** a la de las no usuarias. Los aspectos relativos a las relaciones interpersonales presentan niveles de satisfacción claramente superiores en el programa Hábitat, a la vez que aumenta la sensación de seguridad y se reduce la discriminación. Mejora la valoración de su salud y su bienestar. Todo ello apunta, en suma, hacia la **contribución diferencial del programa a la integración y normalización** de las personas participantes.

- Estas capacidades se han comprobado con el análisis coste-efectividad. **Hábitat aventaja claramente a sus alternativas en los resultados obtenidos,** tanto objetivos como subjetivos.

- El programa **Hábitat es coste-efectivo:** netamente superior en resultados no por su coste, sino por las características específicas de su modelo.

- En definitiva, se comprueba que Hábitat es una respuesta institucional de calidad ***(good value for money)*** a la que es eficiente dedicar financiación, con una importante ventaja comparativa respecto de otras alternativas.

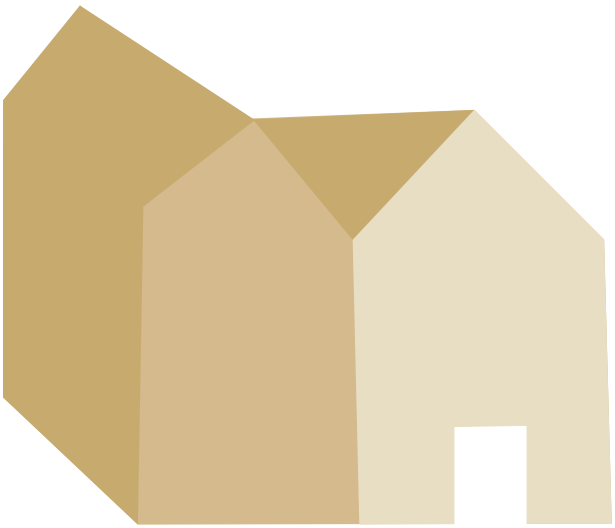
- Los resultados avalan la consideración de que la financiación del programa debe de ser entendida más como una **inversión en capital social,** que como consumo de recursos por parte de las personas en situación de sinhogarismo.

4.5.

Limitaciones de la evaluación, tareas futuras y agradecimientos

El análisis económico realizado presenta algunos elementos que no ha sido posible desarrollar plenamente o a los que ha habido que renunciar por el momento. Como en toda investigación, el diseño metodológico conlleva la toma de decisiones en las que hemos optado por unas estrategias, frente a otras alternativas que podrían haber resultado válidas también. La naturaleza del objeto de estudio y las condiciones del trabajo de campo que ha requerido, explican en buena medida esta situación. Como consecuencia, la evaluación económica desarrollada no está libre de limitaciones como las que exponemos a continuación y que, en buena medida, apuntan elaboraciones futuras de gran interés tanto desde el punto de vista metodológico, como de profundización en los resultados.

- El tamaño muestral de la evaluación limita la capacidad de generalizar el análisis con una representatividad y robustez óptimas. Esta circunstancia se agudiza en algunos ítems con una tasa de respuesta reducida o para algunas submuestras como ciudad[24]. El tratamiento de esas variables habría conllevado riesgos sobre la validez de los resultados que han aconsejado su no inclusión.



24 Esta variable sí se ha introducido en modelo coste-efectividad.

- El supuesto del ajuste de costes de alojamiento en términos equivalentes a 30 días por mes, conlleva –como ya se ha advertido repetidamente- asumir una situación de *ceteris paribus* para el resto de variables del análisis que supone una limitación de su validez empírica, más allá de su evidente valor explicativo. En ese sentido, entendemos que sería deseable la realización en el futuro de elaboraciones de este tipo con mayor robustez técnica de la que ha sido posible aplicar hasta el momento.

- El método de análisis coste-efectividad de referencia en la evaluación, del tipo diferencias en diferencias, tiene alternativas consistentes como los RCEI. Entendemos que las distintas aproximaciones son complementarias y que, más allá de los buenos resultados alcanzados en este trabajo con ambos sistemas, merecerá la pena seguir desarrollándolas en futuras investigaciones.

- Algunas cuestiones que serían de interés quedan pendientes de futuros desarrollos en un contexto adecuado. Apuntamos algunas de ellas:

  - Análisis de resultados según titularidad de los recursos (pública – privada).

  - Incorporación del coste de oportunidad por abandono de programas (vuelta al punto de partida), que supone el despilfarro crónico de recursos (coste de las personas usuarias perdidas a lo largo de los programas por abandono tras haber "consumido" x servicios).

  - Incorporación de costes ocultos por la amortización de capital fijo.

  - Comprobación de posibles pérdidas de costes entre la dotación presupuestaria inicial y la ejecución de los programas.

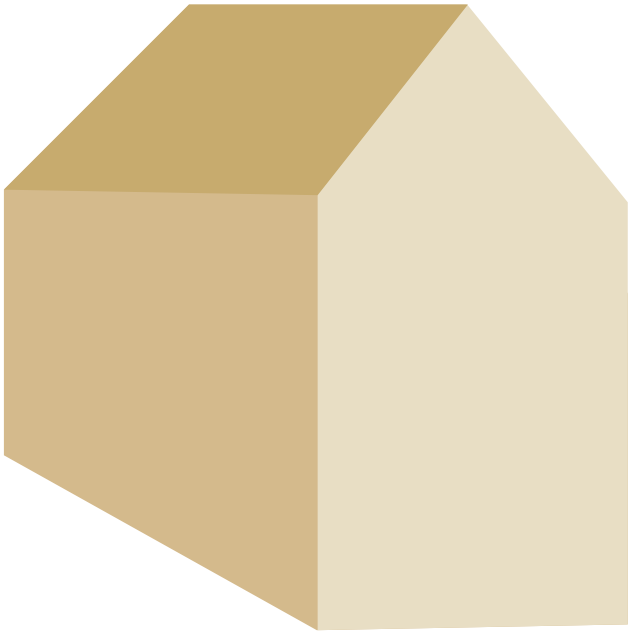
  - Profundización del análisis económico de los resultados de salud, tanto física como mental, o la incorporación de los costes de medicación.

  - Abordaje de comparativas más selectivas con muestras suficientemente robustas de usuarios de programas alternativos con equipamientos y servicios más completos.

  - Incorporar al análisis un tratamiento más específico de variables como el género o el carácter incondicional de los programas *Housing First* y la autonomía de sus participantes.

No podemos terminar sin agradecer la colaboración prestada por las entidades que han sido consultadas durante la recogida de información. Y sobre todo a las personas que, desde ellas, nos han proporcionado una información compleja y muchas veces difícil de obtener, sin la cual todo este trabajo habría sido imposible de realizar. Sólo la garantía del secreto estadístico y la anonimidad de los respondientes nos obligan a no citar a esas personas de manera expresa, si bien en el **Anexo II** se recoge el listado de centros consultados.

De igual modo, desde el equipo investigador queremos agradecer la participación del peer team formado por Luis Ayala, Ángel Rivero, Mercedes Valcárcel y en particular, los comentarios de Juan Oliva, Albert Sales y Joseba Zalakain. Sus aportaciones han sido de gran valor tanto en la fase de diseño y de selección metodológica, como para enriquecer la discusión de los resultados. Su animosa colaboración ha sido indicador también del interés existente entre los especialistas por estudios de la realidad de las personas en situación de sinhogarismo y los programas *Housing First* como el que hemos realizado.



5.

Discusión

5. Discusión

El trabajo realizado de evaluación del programa Hábitat a lo largo de sus primeros años de funcionamiento y los resultados encontrados invitan a realizar un ejercicio de reflexión sobre los mismos.

En primer lugar, como señalan Goering y Streiner (2015) durante mucho tiempo ha sido muy escasa la **evidencia empírica sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas a las personas en situación en situación de sinhogarismo.** El modelo *Housing First* ha supuesto un impulso importante para la puesta en marcha de este tipo de evaluaciones, en las que se ha apoyado para su difusión y consolidación a lo largo de las últimas tres décadas. En ese sentido, resultan especialmente importantes los trabajos metodológicamente sólidos, fundamentalmente diseños controlados aleatorizados que evalúen la **efectividad y eficiencia** de las intervenciones y permitan presentar una evidencia sólida que tenga posibilidades de impactar en las políticas públicas. Este tipo de evaluaciones son difíciles y costosas y, en el contexto europeo son todavía escasas comparadas con las llevadas a cabo en EE. UU. y Canadá, aunque, en los últimos años ha habido aportaciones muy interesantes (e.g. Tinland *et al.*, 2013).

De hecho, algunos autores ya han señalado las dificultades asociadas a la puesta en marcha de este tipo de evaluaciones, en especial, a la realización de algunas cuestiones metodológicas como la aleatorización de las personas participantes en contextos comunitarios y que pueden llegar a imposibilitar su puesta en marcha (Brown *et al.*, 2020).

El presente trabajo ha pretendido ser una aportación en ese sentido y proporcionar evidencia sobre la **utilidad y viabilidad del programa Hábitat** basado en el modelo Housing First y puesto en marcha en diferentes ciudades españolas, **en comparación con las alternativas tradicionales de intervención** en nuestro país con las personas en situación de sinhogarismo con especiales dificultades (problemas de salud mental, problemas de consumo de sustancias y/o discapacidad física). Y lo ha hecho con una **metodología cuidada y sólida,** superando dificultades importantes y analizando tanto resultados, como aspectos económicos.

Quizá una de las principales dificultades a las que se enfrenta este tipo de trabajos (entre otras como la resistencia de los técnicos y administraciones o la fragmentación de los datos existentes sobre costes, uso de servicios, etc.) es la **dificultad de localizar y entrevistar a las personas participantes a lo largo de periodos extensos de tiempo.** En este caso, como resulta esperable, las mayores dificultades se concentraron en las personas del **grupo de comparación.** Aunque en el momento **inicial se realizaron 284 entrevistas, 18 meses después se consiguió entrevistar a un total de 141 personas,** lo que supondría aproximadamente un 50% de las personas inicialmente entrevistadas. Esto supone un porcentaje mucho menor al registrado en otros trabajos que obtienen porcentajes de seguimiento superiores al 75% (Temberis *et al*, 2003; Aubry *et al.,* 2016), pero se encuentra en la línea de lo logrado en otros estudios longitudinales españoles en periodos de tiempo similares (Muñoz *et al.*, 2003; Panadero, 2004) y a lo previsto en el proyecto inicial.

Aunque esta importante pérdida de participantes del grupo de comparación (mayor que en el grupo Hábitat, en el que este porcentaje es el 75%) podría haber supuesto un sesgo importante a pesar de la aleatorización, los análisis de comparación en características previas realizados han apuntado la existencia de una **equivalencia inicial entre las personas participantes de ambos grupos,** por lo que los resultados difícilmente podrían atribuirse a este factor. Sin embargo, respecto al **sesgo de abandono,** los análisis de comparación entre los participantes que participaron en los seguimientos y los que no, mostraron un menor seguimiento de las personas derivadas por problemas de salud mental, lo que sí podría suponer un sesgo en los resultados.

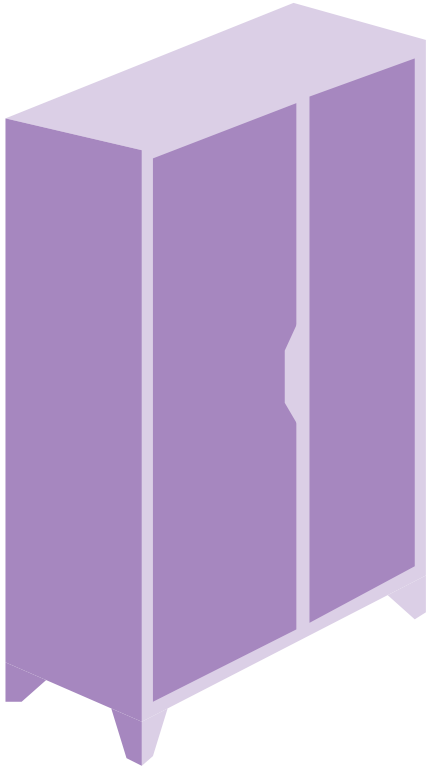
Como ya se ha comentado, el principal objetivo del modelo ***Housing First* es acabar con la situación en situación de sinhogarismo** principalmente entre aquellas personas con mayores dificultades (problemas de salud mental y/o consumo de sustancias). Por ello, los principales indicadores de resultados están relacionados con la situación de alojamiento, como son retención, estabilidad o calidad del mismo. Es precisamente en este tema en el que se encuentra un mayor acuerdo entre los trabajos de evaluación llevados a cabo en diferentes programas, países y contextos. En este caso, mientras el **27% de las personas del grupo de tratamiento habitual** (grupo de comparación) seguía en **situación de calle,** el porcentaje de retención de alojamiento entre las **personas participantes del programa Hábitat 18 meses después de su incorporación al programa fue del 96%,** lo que iría en la **línea de (e incluso superaría) lo señalado por distintos trabajos** previamente realizados. Así, 24 meses después de

su incorporación al programa *Pathways to housing* el 88,5% de las personas participantes se encontraban en un alojamiento estable (Stefancic y Tsemberis, 2007) y en el caso del programa *At home / Chez soi* éstos habían pasado el 73% del tiempo en un alojamiento estable, frente al 32% del grupo de tratamiento habitual (Aubry, Nelson y Tsemberis, 2015). Resultados similares encuentran también otros trabajos (Adair *et al.*, 2017; Pearson, Montgomery y Locke, 2009; Brown, Jason, Malone, Srebnik y Sylla, 2016).

Como resulta esperable esta mejora en la estabilidad del alojamiento se acompañó de **mejoras significativas en la satisfacción de las personas del programa Hábitat** con diferentes aspectos relacionados con el alojamiento (intimidad, ubicación, etc.), al igual que señalan otros trabajos (Aubry *et al.*, 2015b; Tsai, Mares y Rosenheck, 2010).

Es importante, para valorar estos logros en su justa medida, recordar aquí que precisamente el modelo *Housing First* fue formulado inicialmente para intentar dar respuesta a personas sin hogar en situaciones de especial vulnerabilidad (con problemas de salud mental grave), lo que impedía muy a menudo su incorporación a los servicios tradicionales. Sin embargo, posteriormente se ha utilizado también para personas en situación en situación de sinhogarismo con otras dificultades como problemas relacionados con el consumo de sustancias. En el caso del programa Hábitat, además de estas dificultades, las personas pueden ser derivadas también por tener alguna discapacidad. Las personas candidatas a incorporarse al programa Hábitat tienen por tanto dificultades graves, que a menudo se solapan entre sí. Así, **uno de cada tres participantes** había sido derivado al programa por **problemas de salud mental,** más de **tres de cada cuatro** por problemas relacionados con el **consumo de sustancias y uno de cada cuatro por discapacidad.** Son, por lo tanto, personas con necesidades múltiples y complejas, con **procesos de exclusión social muy largos** (las personas participantes llevaban, de media, más de 10 años en situación de sinhogarismo).

Nelson *et al.* (2015) en un estudio cualitativo sobre los cambios percibidos por las personas usuarias de programas de *Housing First* y de los recursos tradicionales, encontraron que precisamente el contar con un **alojamiento estable** suponía para la mayoría de las personas esperanza y confianza y proporcionaba la **oportunidad de recuperar roles sociales, de recuperar el sentido de pertenencia a la comunidad.** Es decir, como resultado de ese cambio en la situación de alojamiento serían esperables otros resultados "secundarios" o "distales". Por lo tanto, aunque uno de los objetivos fundamentales del modelo es abordar las necesidades de alojamiento de las personas en situación en situación de sinhogarismo, lo que parece resolverse muy exitosamente por parte del programa Hábitat, sería deseable que ese cambio en la situación de alojamiento estuviese acompañado de **mejoras en otros aspectos relevantes** en la vida de estas personas. Por ello, aunque la estabilidad del alojamiento sea considerado el indicador clave para la evaluación de los resultados del programa, en los estudios de evaluación del modelo *Housing First* se han considerado una gran diversidad de indicadores como son **calidad de vida** (Aubry *et al.*, 2016; Kozloff *et al.* 2016; Urbanoski *et al.*, 2018), **funcionamiento social** (Aubry *et al.*, 2016; Urbanoski *et al.*, 2018), **salud mental** (Stergiopoulos *et al.*, 2015; Greenwood *et al.*, 2020; Tsemberis *et al.*, 2004), **salud física** (Stergiopoulos *et al.*, 2015), **consumo de sustancias** (Kirst *et al.,* 2015; Padgett *et al.*, 2006), **uso de servicios** (Aubry *et al.*, 2016; Kerman *et al.*, 2018), **conducta suicida** (Aquin *et al.*, 2017; Collins *et al.*, 2016), **funcionamiento comunitario** (Aubry *et al.*, 2015b), **posibilidad de elección** (Greenwood *et al.*, 2020; Greenwood *et al.*, 2005; Martins, Ornelas y Silva, 2016), **satisfacción con los servicios** (Greenwood *et al.*, 2020), etc.



Son diversos los trabajos que han apostado por integrar la evaluación de la percepción de las propias personas a la hora de valorar los efectos del programa, como la calidad de vida subjetiva (e.g. Aubry et al., 2016; Patterson et al., 2013) o los cambios percibidos (Nelson *et al.*, 2015). En este caso se integró la valoración de la opinión de las personas participantes con distintos elementos (seguridad, situación económica, salud, etc.) a través del Quality of life Interview (Lehman, 1993). Entre estos aspectos se encontraba la **satisfacción global con la vida,** evaluada mediante el primer ítem de esta escala, en la que **se encontró una mejora estadísticamente significativa un año después de su incorporación a dicho programa,** que se mantenía **estable seis meses después** (lo que podría explicarse por el denominado *hedonic treadmill model;* Diener, Lucas y Scollon, 2009; Sheldon, Boehm y Lyubomirsky, 2013), lo que no **ocurría con las personas del grupo de comparación.** Esto parece coincidir con lo encontrado en otros programas basados en el modelo *Housing First.* Patterson *et al.* (2013) encontraron resultados muy similares que se producían además muy rápidamente (a los 6 meses ya se identificaban mejorías significativas respecto a las personas atendidas en otros programas). Sin embargo, Aubry *et al.* (2016) aunque también encontraron mejoras en la calidad de vida de las personas participantes en el programa *At home / Chez soi,* señalaron que las diferencias entre ambos grupos tendían a reducirse a lo largo del tiempo.

En el caso del programa Hábitat, esta mejora en la situación de alojamiento, se vio acompañada por una **mejora también en la satisfacción de otras necesidades básicas como son la alimentación y el aseo.** Aunque se produce una mejora significativa en ambos grupos de participantes (GH y GC), la mejora fue significativamente mayor entre las personas usuarias del programa Hábitat. Aunque son muy escasos los trabajos que han abordado este tema, algunos autores han encontrado que los programas de *Housing First* podrían acompañarse de mejoras en la alimentación, concretamente de la seguridad alimentaria (O'Campo *et al.*, 2017). Sin embargo, estas mejoras en la accesibilidad a la alimentación y la calidad alimentaria podrían no suponer mejoras en algunos aspectos relacionados con los hábitos de alimentación y, por lo tanto, con la salud de las personas atendidas en este tipo de programas. En un estudio realizado sobre el Índice de Masa Corporal y la circunferencia de la cintura, Woodhall-Melnik *et al.* (2015) no encontraron mejoras, concluyendo los autores que resultaría necesario un mayor estudio sobre los factores que pueden contribuir al sobrepeso en aquellas personas con historias de precariedad en el alojamiento y experiencias de pobreza con problemas de salud mental y adicciones.

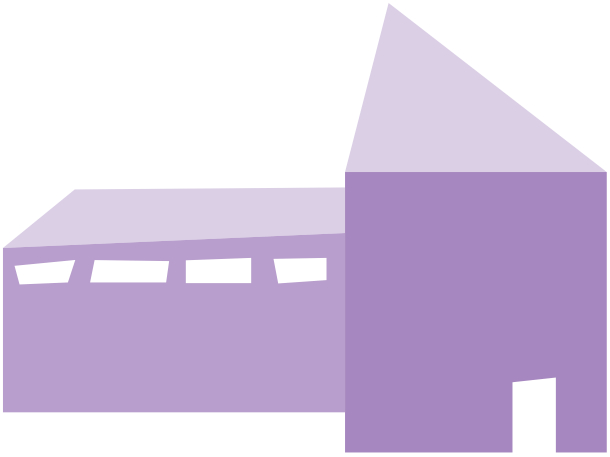
Otro de los aspectos más estudiados en relación con los programas de *Housing First* han sido sus efectos sobre **el uso de distintos tipos de servicios. Las personas en situación de sinhogarismo hacen un uso mayor** (y distinto) de algunos servicios respecto a la población general, especialmente servicios de carácter transversal y no específicos como la red de atención a personas en situación en situación de sinhogarismo, tal es el caso de los **servicios de salud** (en gran medida servicios de emergencia), **servicios sociales y de justicia** (Pierse *et al.*, 2019). Sobre la utilidad de los programas de *Housing First* sobre el uso de servicios, se ha apuntado un menor número de hospitalizaciones psiquiátricas (Brown *et al.*, 2106; Kerman, Sylvestre, Aubry y Distasio, 2018; Pakzad, Bourque, Bourque, Aubry, Gallant, LeBlanc, y Tivendell, 2017) y de los servicios de urgencias hospitalarias (Mackelprang, Collins y Clifasefi, 2014), un mayor uso de servicios sanitarios "planificados" (no urgencias) (Bean, Shafer y Glennon, 2013), reducción de uso de albergues y dispositivos de alojamiento de emergencia y aumento de los bancos de alimentos (Kerman *et al.*, 2018), aunque algunos estudios, como el llevado a cabo por O´Campo *et al.* (2016) encuentra muy pocas diferencias en el uso de servicios. Algunos autores señalan que estos resultados podrían estar muy relacionados con la fidelidad al modelo Housing First de los distintos programas (Gilmer, Stefancic, Henwood y Ettner, 2015).

Los resultados de la evaluación del programa **Hábitat** resultan coincidentes parcialmente con la línea señalada en la mayoría de esos trabajos y en el metaanálisis publicado por Baxter *et al.* (2019) que señalan un **menor uso de emergencias y menos hospitalizaciones** vinculado a estos programas. En relación con el uso de **servicios sociales,** el programa Hábitat parece conllevar una disminución del uso de este tipo de servicios respecto al grupo de comparación (o tratamiento habitual). En el caso de los servicios sanitarios, esta reducción se produce, fundamentalmente en relación a la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias por parte de las personas atendidas por el programa Hábitat, mientras se observa un **aumento en las consultas de atención especializada,** lo que podría estar indicando una "normalización" y un mejor uso de los servicios sanitarios. También se observa una reducción de las consultas de enfermería. Estas tendencias son significativas sobre todo de cara las posibles ganancias superiores en el largo plazo, más allá del seguimiento de 18 meses realizado en esta evaluación.

La situación de sinhogarismo se acompaña muy a menudo de situaciones de **aislamiento y soledad importantes** y los cambios en las relaciones sociales o el apoyo social percibido han sido incluidos en distintos trabajos de evaluación del modelo *Housing First* (Aubry *et al.*, 2015; Whittaker, Flatau, Swift, Dobbins y Burns, 2016) ya que resultan muy relevantes en los procesos de recuperación de las personas en situación de exclusión social extrema y, sobre todo, con problemas graves de salud mental (Henwood, Stefancic, Petering, Schreiber, Abrams y Padgett, 2015). Nelson *et al.* (2015) que llevaron a cabo un interesante estudio cualitativo para identificar los cambios percibidos por las personas participantes en un programa de *Housing First,* señalaron entre los cambios positivos descritos por las personas participantes los cambios en contactos sociales. En esa línea, en el presente trabajo, s**e encontraron mejoras significativas entre las personas del programa Hábitat en algunos aspectos relacionados con la red de apoyo.** A lo largo de los 18 meses del seguimiento su **percepción de apoyo social** (tener a alguien con quien poder hablar y con quien poder contar cuando lo necesitan) **aumentó significativamente y se redujeron sus sentimientos de soledad** (siendo su situación al finalizar la evaluación mejor que la de las personas participantes del grupo de comparación) lo que se acompañó de una mejora en la opinión sobre distintos aspectos de las relaciones sociales. Aubry *et al.* (2015) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en medidas de relaciones sociales y familiares, aunque sí en efectividad social, tamaño de la red social e implicación en actividades significativas. Sin embargo, al contrario de lo señalado por Aubry *et al.* (2015), en este caso **no se encontraron mejoras significativas con la relación familiar,** excepto un incremento del contacto telefónico entre las personas usuarias del programa Hábitat y sus familias, aunque no se observan cambios en el contacto presencial, ni una mejora consistente en la satisfacción de estas personas con sus relaciones familiares.

Por otro lado, Henwood *et al.* (2015) introducen un elemento interesante a considerar. Aunque estos autores señalan que el alojamiento puede proporcionar una base estable para reconectar o restaurar relaciones rotas o deterioradas, las **personas participantes** de programas de *Housing First* podrían **tener cierto cuidado con sus relaciones cercanas para evitar situaciones de abuso** derivadas de su nueva situación de vivienda. Esto quizá podría explicar la reducción observada en algunas conductas de apoyo social prestadas por las personas participantes (prestar dinero, prestar apoyo emocional en ambos grupos).

La situación de sinhogarismo supone claramente un riesgo para la vida de las personas que se encuentran en ella. La exposición, desprotección y aislamiento que supone sitúan a la persona en una situación de vulnerabilidad y aumentan su riesgo a ser **víctimas de delitos.** Aunque esto es cierto, es importante señalar que esta victimización no se inicia con la situación en situación de sinhogarismo, sino que estas personas sufren estas experiencias desde la infancia (especialmente experiencias de abandono y abuso) y que suponen un factor de riesgo para la llegada a la situación en situación de sinhogarismo (Bassuk, Buckner, Weinreb, Browne, Bassuk, Dawson y Perloff, 1997) así como para la victimización en la vida adulta (Jasinski *et al.*, 2005). Curiosamente, son escasos los trabajos de evaluación del modelo *Housing First* que se han centrado en estos aspectos (sobre todo comparados con aquellos que han considerado variables relacionadas con la comisión de delitos o faltas por parte de estas personas y su relación con el sistema judicial).



Especialmente relevantes resultan, por tanto, los resultados relacionados con las experiencias de victimización reciente de las personas participantes. En **los 6 meses previos al comienzo de la evaluación, aproximadamente el 60% de las personas habían sido víctimas de algún tipo de delito** (agresión, insulto, engaño, etc.) lo que se redujo significativa y progresivamente en ambos grupos a lo largo de los 18 meses de la evaluación (hasta el 45% en el caso del GC y el 20% en el caso del GH). Sin embargo, **esta reducción fue mucho mayor entre las personas participantes del programa Hábitat,** lo que apuntaría el valor del programa a la hora de proporcionar no sólo un **lugar estable para vivir sino también seguro** para las personas. De esta forma parece ser percibido por las personas del programa Hábitat, que muestran mejoras muy **marcadas en su percepción de seguridad,** en la línea de lo encontrado por otros autores (Patterson *et al.*, 2013).

Entre las personas en situación de sinhogarismo las experiencias de **discriminación** relacionadas con la propia situación en situación de sinhogarismo o de pobreza, pero también a otros aspectos como salud mental y consumo de alcohol u otras sustancias, resultan muy frecuentes (Skosireva, O'Campo, Zerger, Chambers, Gapka y Stergiopoulos, 2014). Según estos autores, las experiencias de discriminación relacionadas con la pobreza o situación en situación de sinhogarismo serían especialmente frecuentes entre aquellos que llevan más de tres años en la situación en situación de sinhogarismo, presentan síntomas clínicamente significativos de salud mental y tienen problemas relacionados con el consumo de sustancias. Esto indica que las experiencias de discriminación pueden ser especialmente frecuentes entre las personas candidatas a participar en programas de *Housing First* en general y en el programa Hábitat en especial. Efectivamente, en esa línea apuntan los datos encontrados en la evaluación de Hábitat. En la evaluación inicial, **más de la mitad de las personas participantes se habían sentido discriminadas en alguna medida en los 6 meses previos.** En el caso de las personas participantes del **programa Hábitat, 18 meses después, esto se había reducido hasta el 17%.** En este caso, de nuevo, el programa Hábitat, al proporcionar un lugar seguro, estable y normalizado probablemente está ejerciendo un papel protector respecto a este tipo de experiencias.

La estrecha relación entre salud y pobreza o exclusión social ha sido repetidamente señalada a lo largo de las últimas décadas. La propia OMS (1999, 2003) señala la naturaleza bidireccional de dicha relación señalando que, la existencia de enfermedades afecta a la economía de las personas, su capacidad de aprendizaje, su productividad y calidad de vida ayudando a crear o a perpetuar las situaciones de pobreza, pero, por otro lado, las personas en situación de pobreza y exclusión estarían expuestas a mayores riesgos personales y ambientales, peor nutrición y menores posibilidades de acceso a información y asistencia sanitaria, lo que dispararía su riesgo de morbilidad y discapacidad.

Teniendo esto en cuenta, resulta esperable un importante cuerpo de investigación sobre la relación entre **situación en situación de sinhogarismo y salud.** Efectivamente muchos han sido los trabajos que se han interesado por múltiples aspectos de esta relación (situación de salud física y mental de las personas en situación de sinhogarismo, percepción subjetiva de salud, mortalidad, etc.), que han permitido constatar que efectivamente las personas en situación de sinhogarismo presentan importantes dificultades en esta área (Frankish, Hwang y Quantz, 2005; Aldridge *et al.*, 2018).

Precisamente, es en las personas en situación con especiales dificultades de salud en las que se centran especialmente los programas de *Housing First*. En concreto, como ya se ha comentado, el programa Hábitat está especialmente dirigido a personas con problemas de salud mental grave, a personas con problemas de consumo de sustancias y/o discapacidad. En ese sentido resulta imprescindible la consideración de aspectos de salud para la valoración del mismo.

Respecto a **la salud física de las personas del programa Hábitat, no se observan cambios importantes a lo largo de los 18 meses,** lo que resulta **esperable** teniendo en cuenta las importantes dificultades experimentadas por todas las personas participantes, aunque, como ya se ha comentado previamente los cambios en el patrón de utilización de recursos puedan estar mostrando una mejor atención (de forma más constante y planificada) a sus problemas de salud. Sí aparecen, sin embargo, **mejoras en la percepción del estado de salud,** evaluado mediante el termómetro del *EQ-5D*. O´Campo *et al.* (2016), utilizando el mismo instrumento, encuentran también mejoras estadísticamente significativas en el grupo de *Housing First,* aunque también en el grupo de tratamiento habitual, sin que la interacción tratamiento por tiempo resulte significativa.

En cuanto a la **salud mental,** en esta evaluación, a diferencia de otras evaluaciones de programas específicamente dirigidos a personas con trastornos mentales graves, no se ha incluido una medida de sintomatología de salud mental, como la *Colorado Symptom Index* en el caso de la evaluación de *At*

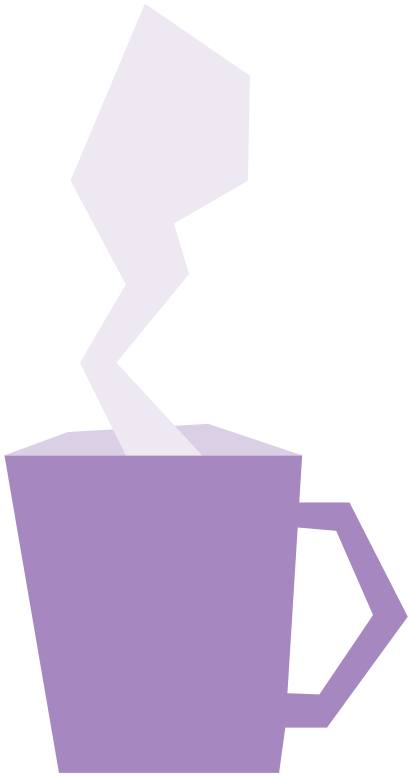
Home / Chez soi y del *Pathways to housing,* sino una medida de detección de posibles problemas o dificultades en ese sentido, el *GHQ-28* (Goldberg, 1996). Baxter *et al.* (2019) en su trabajo de revisión y metaanálisis sobre los resultados vinculados a la salud de las evaluaciones de programas de *Housing First* señalan que las mejoras en la severidad de los síntomas de salud mental entre las personas atendidas por el modelo *Housing First* son escasas o directamente no aparecen. Sin embargo, es importante recordar que la mayoría de los trabajos incluidos estaban realizados con personas con trastornos mentales. En el caso del programa **Hábitat,** los resultados han mostrado, en el *GHQ-28,* tanto de forma global, como por escalas, una **mejora significativa y estable** en las personas participantes del programa Hábitat, lo que no ocurre entre los del grupo de comparación.

Coherentemente con lo anterior, se han identificado **también mejoras en la percepción de las personas del programa Hábitat de su condición física y bienestar emocional,** respecto a las personas del grupo de comparación.

Son muchos los trabajos que han abordado el tema del **consumo de alcohol de las personas** usuarias de los programas de *Housing First,* pero los resultados no son congruentes entre sí. Algunos trabajos han señalado que, aunque el modelo no exige la abstinencia ni el seguimiento de tratamiento, sí se producen reducciones en el consumo de alcohol u otras sustancias (Collins *et al.*, 2012; Kirst *et al.*, 2015; Padgett *et al.*, 2011; Tsai *et al.*, 2010), mientras otros han señalado que, aunque el uso de recursos para el tratamiento de adicciones es menor entre las personas de los programas de *Housing First* no se han encontrado diferencias significativas con las personas atendidas en modelos más tradicionales que a menudo exigen la asistencia a este tipo de programas (O'Campo, *et al.*, 2016; Tsemberis *et al.*, 2004). Algunos trabajos han analizado de forma específica las habilidades de las personas usuarias de programas de HF para enfrentar situaciones relacionadas con problemas de consumo de sustancias como abstinencia, recaídas, etc. (Bernad, Talens, Geraci, Julián, Yuncal y Ramos, 2018).

Un principio clave de *Housing First* es que se debe escuchar a las personas que utilizan el servicio y respetar sus opiniones. Una persona usuaria de *Housing First* tiene la capacidad de tomar decisiones reales sobre cómo quiere vivir su vida y sobre el tipo de apoyos que va a recibir (Pleace, 2016; pp. 26). Por esto, la percepción sobre el grado o la posibilidad de elección de las personas participantes se ha integrado como un indicador de resultados en distintos trabajos (Greenwood *et al.*, 2020; Martins, Ornelas y Silva, 2016; Tsemberis *et al.*, 2004), encontrándose una mayor percepción de posibilidad de elección entre las personas de los programas de *Housing First*. En esa misma línea apuntan los resultados de la evaluación del programa Hábitat: **la percepción sobre las posibilidades de elección sobre distintos aspectos básicos como su comida, con quién y cuándo comparte su alojamiento, a qué dedica su tiempo, etc., resulta mayor en el grupo de personas del programa Hábitat** que entre las del grupo de comparación. Una excepción interesante la encontramos en la participación en tratamientos, en la que las personas participantes, independientemente del grupo, sienten que tienen una alta posibilidad de elección y en el que las diferencias tardan más en producirse.

Además de los aspectos comentados hasta este momento, considerados como indicadores de resultados "distales" o "secundarios" con relación a los objetivos principales (fundamentalmente relacionados con la situación de alojamiento) encontramos otros más escasamente abordados como **la situación económica o laboral** de las personas en situación en situación de sinhogarismo o su ocio.



En cuanto al primero de ellos, Poremski *et al.* (2016), ya señalaron que *Housing first* no parecía incrementar significativamente los ingresos económicos ni el acceso al empleo frente a otras alternativas de intervención. De hecho, encontraron que las personas del programa *Housing First* tenían menos posibilidades de obtener un empleo competitivo comparado con un grupo control con similares necesidades. En el caso del programa **Hábitat no se encontraron diferencias significativas respecto al grupo de comparación en cuanto a ingresos económicos** (ni en la satisfacción con la misma), aunque sí respecto a algunas fuentes de ingresos. Concretamente, las personas del programa Hábitat **redujeron el ejercicio de la mendicidad y de actividades marginales** para conseguir ingresos económicos. Parece por tanto que el programa Hábitat no tendría efectos positivos en el acceso a recursos económicos estables.

Respecto al **ocio,** ha sido un área escasamente abordada en este tipo de evaluaciones, aunque se considera un área fundamental para el desarrollo personal. En este caso los resultados apuntan que la participación en el programa **Hábitat** parece acompañarse de mejoras en el ocio: **la satisfacción con este aspecto aumenta significativamente,** además de aumentar la frecuencia de realización de algunas actividades (como ir de paseo, ver la televisión o realizar algún hobby o afición), lo que iría en la línea de lo señalado por Patterson *et al.* (2013) que también encontraron puntuaciones significativamente mayores en ocio y tiempo libre entre las personas del programa *Housing First* a los 12 meses.

Por lo tanto, en términos generales, a lo largo del periodo de evaluación (18 meses), los resultados apuntan la **efectividad del programa Hábitat** frente a la alternativa tradicional de intervención mostrando resultados muy positivos en áreas centrales de la vida de las personas participantes, que irían más allá de la estabilidad del alojamiento: uso de servicios, seguridad, discriminación, relaciones sociales, salud mental y bienestar. Estos cambios parecen **producirse y consolidarse a lo largo del primer año y se mantienen hasta la finalización de la evaluación.**

Estos resultados coinciden, en gran medida, con lo encontrado en estudios llevados a cabo con metodología similar en diferentes contextos lo que parece apoyar la utilidad de este modelo de intervención para personas en situación en situación de sinhogarismo con problemáticas complejas y diversas.

Otro tanto puede decirse sobre los **aspectos económicos del programa.** La evaluación realizada llega a resultados coincidentes con múltiples estudios que han abordado esta dimensión en distintos países. Efectivamente, cada vez son más los trabajos empíricos que señalan efectos positivos y relevantes en aspectos económicos vinculados al modelo *Housing First*, tanto en términos absolutos, como en relación con otros servicios alternativos (Gulcur, *et al.*, 2003, Tsemberis *et al.*, 2004, Gilmer, *et al.*, 2010; Johnson, Parkinson y Parsell, 2012 o Ly and Latimer 2015).

Y es que es claro que los resultados en las personas obtenidos por los programas *Housing First,* como el Hábitat que hemos evaluado, son superiores a los de sus alternativas más tradicionales. La evidencia de la **efectividad del modelo para hacer frente al sinhogarismo es consistente** (Pleace, 2018; Pleace y Bretherton, 2013 y 2019), en particular para personas con **necesidades más acusadas o complejas** (Pleace, 2016; Pleace, Baptista y Knutagård, 2019; Williams, 2020).

Como hemos comprobado con **Hábitat, la principal barrera para la consolidación del programa como política pública, es su elevado coste en el corto plazo** (un 47% superior a los 18 meses en la comparativa más simple). Esta dificultad ha sido señalada también en algunos análisis económicos que advierten que, aunque los resultados en la evolución de las personas parecen claros, el coste del modelo es en ocasiones superior al de otras alternativas (Rosenheck et al 2003; Goering *et al.* 2014). Y es que como hemos visto en esta investigación, **el gran condicionante es el coste del alojamiento, que supone más de la mitad del presupuesto total del programa.** La importancia de este elemento nuclear se recoge con claridad en otras investigaciones, como la efectuada por Wright and Peasgood (2018) en Reino Unido. Y es que el proceso de realojamiento que se inicia con la inscripción de las personas usuarias constituye un punto clave para el éxito de los programas *Housing First.* En la literatura especializada se señala a **la baja disponibilidad de vivienda** (Macnaughton *et al.*, 2015) como una de las **principales barreras limitadoras** de la extensión del programa y su cobertura. Encontrar viviendas de buena calidad y asequibles en áreas adecuadas para desarrollar una vida activa, es un reto continuo en todos los países que desarrollan estas políticas. En la mayoría de los casos la provisión de vivienda se realiza principalmente desde el mercado privado. De entrada, aparece el problema de los habituales prejuicios de los propietarios (Aubry *et al.,* 2015), como una barrera a superar mediante incentivos fiscales y sociales orientados a desestigmatizar a la población en situación de sinhogarismo (más aún si presenta enfermedades mentales). Aquellos países con **mayores tasas de vivienda social serán capaces de**

disminuir los gastos directos de alojamiento, por más que esta alternativa de recurrir a viviendas de titularidad pública sigue siendo minoritaria (Tinland *et al.*, 2016). Una conclusión fundamental es, por tanto, la **necesidad de encontrar soluciones de habitabilidad a precios más razonables y el carácter estratégico que para la consolidación y escalamiento del programa** tiene el desarrollo de políticas públicas en tal sentido. Esta cuestión tiene encaje pleno dentro de la Estrategia Nacional Integral para personas en situación de sinhogarismo 2015-2020, estando la implantación del modelo *Housing First* expresamente presente en sus lineamientos y que la reconoce como una propuesta estratégica a nivel estatal. Se encuadra además en la línea europea de progresiva implantación de iniciativas *Housing First,* ya presentes en 19 de los 27 países de la UE (Baptista y Marlier, 2019, 89). La European Social Policy Network destaca expresamente el incremento de su implementación en España, entre otros países (Baptista y Marlier, 2019, 90), si bien recientes evaluaciones han constatado que su desarrollo efectivo aún es desigual entre las entidades de los distintos niveles administrativos españoles (IEPP, 2020). Esta cuestión de la incidencia de las políticas públicas sobre el programa es, por tanto, una de las conclusiones fundamentales que se desprenden de la presente evaluación y supone un ámbito de interés prioritario de cara al futuro. Como señala la reciente evaluación del Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas, aún queda mucho camino por recorrer en nuestro país, pues "siendo la vivienda la principal medida para abordar la prevención y erradicación del sinhogarismo (…), no se evidencia un impulso claro en la implementación de las medidas referidas a vivienda" (IEPP, 2020, 125).

En esa misma línea de políticas públicas y la incidencia política, aunque en un contexto más amplio, los resultados obtenidos pueden ponerse en relación con la debilidad general de los mecanismos de protección social en España (OECD, 2020). En particular merece la pena considerar el papel que pueden jugar las prestaciones de garantía de ingresos y las políticas generales de acceso a la vivienda *(Housing Benefits)*, dado que en los programas *Housing First* el coste fundamental es el alojamiento. De contar con ese tipo de prestaciones, el coste neto del programa sería claramente menor, puesto que la persona usuaria obtendría esos recursos de la Administración en el marco de políticas convencionales no alineadas de forma específica con el sinhogarismo. De ese modo, todo o parte del gasto por alojamiento que se imputa al programa Habitat, aun siguiendo presente, quedaría fuera del programa por estar financiado por entidades ajenas al mismo.

Volviendo a los resultados del análisis, ha quedado demostrado que **los costes del modelo *Housing First* tienden a caer con el tiempo,** conforme las personas usuarias van estabilizando su situación y *normalizando* sus vidas. Por el contrario, los costes de las personas usuarias de **sistemas de atención alternativos tienden a subir.** Ello se debe a que ***Hábitat* provoca el descenso progresivo del uso de recursos, sobre todo los no específicos de personas en situación de sinhogarismo** -que hemos denominado externalidades en esta investigación-, lo cual compensa el mayor coste inicial y el peso del alojamiento fijo. Estos resultados también se hallan en consonancia con numerosos estudios internacionales (Culhane 2008; Larimer et al. 2009; Tsemberis, 2010; Basu *et al.* 2011; Srebnik, Connor and Sylla 2013; Mason y Grimbeek, 2013; Bretherton and Pleace 2015; Pleace y Bretherton, 2019).

Esos **ahorros de costes se han detectado con claridad en la mayoría de los ítems considerados** en esta investigación, a partir de la entrada de las personas usuarias en el programa y acentuándose en el momento final de la evaluación. Resultados similares han sido descritos por Mangano (2009) y Pleace *et al.* (2013), sobre todo en externalidades médicas y psiquiátricas (Goering *et al.,* 2014) de los individuos con mayores problemáticas y, por tanto, consumidores más intensivos de recursos de atención (Brown, Ridgway, Anthony and Rogers, 1991; Goldfinger *et al.* 1997; Culhane et *al.*, 2002; Gulcur *et al.*, 2003; Stefancic and Tsemberis 2007). Otra vía de ahorro considerable deriva del hecho de que los programas H*ousing First* no necesitan la dotación de infraestructuras específicas costosas (Culhane, 2008), cuyos costes de construcción y amortización, como hemos visto en esta investigación, a menudo no se explicitan en opciones alternativas.

Es preciso advertir que, pese a todo, **el escenario que se ha analizado partía de una situación considerablemente desigual** que condiciona de manera fundamental los resultados de los análisis económicos. A fin de cuentas, se está comparando dos grupos de personas cuyas condiciones son bien diferentes: unas que se encuentran alojadas y atendidas de forma prácticamente permanente, frente a otras que viven una gran heterogeneidad de situaciones en la que es frecuente la no atención institucional. Ello afecta de manera profunda a las relaciones de costes entre ambos grupos, como se ha visto en las comparativas más directas que hemos realizado. Para mejorar la visibilización de esta situación desigual, en esa investigación hemos elaborado un novedoso procedimiento de **ajuste de costes, simulando la equivalencia en la provisión**

de alojamiento durante un mes completo, tanto en Hábitat, como en sus alternativas. Hecho lo cual, la panorámica es bien diferente, pues **la distancia entre los dos grupos quedaría entonces en sólo un 2,38% a los 12 meses (41,59€ al mes) y apenas un 1,64% a los 18 meses (28,112€ mensuales).** A pesar de las preceptivas cautelas que deben tomarse con las simulaciones, no podemos dejar de señalar que, de considerarse en tales términos -ajustados equivalentes- el ahorro que genera Hábitat sí que compensaría el sobrecoste del programa. Los resultados alcanzados por este método advierten del recorrido existente para el ajuste de este tipo de situaciones que permiten visibilizar mejor la realidad de estos programas.

De la exposición que se viene haciendo se deriva que los estudios que atienden a ambas dimensiones –resultados exitosos, costes elevados-, incorporando análisis de eficiencia resultan particularmente interesantes. Valga como referencia la recomendación en tal sentido de la Guía Europa *Housing First* (Pleace 2016). Ya algunos estudios en EE. UU. han reportado una mayor eficacia en retención de alojamiento que sus alternativas (Culhane y Byrne, 2010; Rosenheck, 2010), en varias ciudades europeas se ha comprobado que supone **un empleo eficiente de recursos** (Busch-Geertsema, 2012 y 2013; Blood et al, 2017) e incluso a un **coste inferior que sus alternativas** (Pleace 2008; Wright and Peasgood, 2018).

También desde estos abordajes de **coste-efectividad,** el modelo ***Housing First*** se ha demostrado, de nuevo, particularmente **competitivo** para atender las situaciones de las personas que abandonan frecuentemente los sistemas tradicionales de escalera o de las que tienen mayores dificultades por mayor gravedad (Y Foundation, 2017; NASEM, 2018; Pleace, 2018; Latimer *et al.*, 2019). Hasta ahora, son mayoría las evaluaciones que, como ha sucedido en nuestro caso, encuentran a los programas *Housing First* coste-efectivos (Martínez y Burt, 2006; Perlman y Parvensky, 2006; Larimer *et al.*, 2009¸McLaughlin, 2011; Basu *et al.*, 2012; Mason y Grimbeek, 20013; Srebnik *et al.*, 2013; Goering *et al.*, 2014; Bretherton y Pleace, 2015; Blood *et al.*, 2017; Lemoine *et al.*, 2019). Si bien no faltan investigaciones que reportan resultados menos claros o en los que la relación coste-efectividad depende de las características de las personas usuarias (Latimer *et al.*, 2019) o de las condiciones de los escenarios de aplicación (Busch-Geertsema, 2013; Wright y Peasgood, 2018; Pleace y Bretherton, 2019; Sánchez, Martínez y Abellán, 2019) o en las que los resultados no son fácilmente generalizables (Culhane *et al.*, 2002). En el extremo contrario, aunque minoritarios, algunas evaluaciones han arrojado resultados negativos para los programas *Housing First*, destacando su sobrecoste en términos brutos (Gilmer *et al.*, 2010) o netos descontados sus posibles ahorros en el uso de otros recursos (Rosenheck *et al.*, 2003) y, en definitiva, haciendo hincapié en la necesidad de llevar a cabo estudios empíricos suficientemente amplios y metodológicamente robustos (NASEM, 2018).

En ese escenario científico de experiencias mayoritariamente positivas, los resultados alcanzados en esta evaluación se suman a las demostraciones internacionales del carácter costo-efectivo del modelo *Housing First.* En nuestro caso, **Hábitat presenta un gran diferencial positivo frente a sus alternativas en cuanto a los aspectos evaluados, tanto subjetivos (calidad de vida), como objetivos (evitar situaciones sin techo o proveer alojamiento institucional)**. Aun a pesar de sus costes específicos más altos, la cobertura del sinhogarismo del programa Hábitat es superior en términos netos, **ventaja que se mantiene con independencia de otras circunstancias personales o territoriales.** Esas diferencias no se deben sólo al mayor presupuesto de Hábitat, sino sobre todo a sus condiciones cualitativas, pues como hemos demostrado con el análisis coste-efectividad, lo determinante que son las características del programa.

Estos resultados **apoyan la apuesta por el escalamiento del programa** más allá de las numerosas fases piloto que se han implementado en múltiples territorios. **Destinar recursos a los sistemas *Housing First* es más eficiente** que seguir gastando en sistemas alternativos tradicionales para la reducción del sinhogarismo (Culhane, 2008; Ly y Latimer, 2015). Gastar más recursos de cualquier manera no arrojará mejores resultados, pero gastarlos en Hábitat sí. Por ello, aunque los programas *Housing First* puedan resultar más costosos a corto plazo, a largo plazo resulta una forma eficiente de emplear los recursos, como si se tratase de una inversión.

Con todo, como han señalado Busch-Geertsema (2012) o Pleace y Bretherton (2019), *Housing First* no es una panacea para capaz de solucionar cualquier problema. Más bien es una **herramienta eficiente** que ha de ser considerada dentro de un sistema amplio de atención a las personas en situación de sinhogarismo, especialmente útil en determinados contextos y para casos con perfiles más extremos.

Un aspecto problemático de cara a la extensión del modelo *Housing First* es que la evidencia científica desde el ángulo económico continúa siendo limitada (Johnson, Parkinson y Parsell, 2012; NASEM, 2018; Williams, 2020). Hay que seguir incidiendo

en la conveniencia de desarrollar más y más profundas investigaciones que permitan visibilizar el potencial de este tipo de programas para contribuir a resolver la problemática de las personas en situación de sinhogarismo de una forma efectiva y eficiente (Busch-Geertsema, 2012 y 2013; Pleace, 2016; Wright and Peasgood, 2018; Pleace, Baptista y Knutagård, 2019). En ese capítulo de retos pendientes para los equipos de investigación, quedan aspectos fundamentales que se han abordado de manera limitada en esta evaluación y que conviene seguir investigando en el futuro, como es el impacto en el coste del programa de la utilización de viviendas públicas con un precio inferior al del mercado del alquiler que es el que aquí hemos utilizado. Otro elemento que considerar en futuros desarrollos es la competencia por parte de sistemas alternativos tradicionales, que no están demostrando su mayor efectividad ni eficiencia y que pueden contar con costes ocultos que convendría aflorar.

Para concluir, podemos afirmar que, en definitiva, **nuestros resultados vienen a avalar las posiciones de quienes entienden llegado el momento de que los programas *Housing First* se constituyan en una respuesta estructural al sinhogarismo** (Pleace, 2016; Pleace, Baptista y Knutagård, 2019). Es el caso de Hábitat, un programa que constituye una respuesta institucional de calidad *(good value for money)*, con una importante ventaja comparativa respecto de otras alternativas y a la que, por tanto, es eficiente dedicar financiación. En pocas palabras, consideramos demostrado que Hábitat proporciona resultados mejores con unos costes razonables.

6.

Referencias bibliográficas

6. Referencias bibliográficas

- Adair, C. E., Streiner, D. L., Barnhart, R., Kopp, B., Veldhuizen, S., Patterson, M., . . . Goering, P. (2017). Outcome trajectories among homeless individuals with mental disorders in a multisite randomised controlled trial of housing first. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 62(1), 30-39.

- Aebi, M. F. and Tiago, M. M. (2018). Prision Populations. Space I – 2018. Council of Europe.

- Anthony, W.A. (2004). The principle of personhood: The field´s transcendent principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, pp. 205.

- Aquin, J. P., Roos, L. E., Distasio, J., Katz, L. Y., Bourque, J., Bolton, J. M., ... & Enns, M. W. (2017). Effect of *Housing First* on suicidal behaviour: a randomised controlled trial of homeless adults with mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 473-481.

- ARA (2019): *Homelessmess in Finland 2019.* The Housing Finance and Development Centre of Finland.

- Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the at home—chez soi demonstration project. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 467-474.

- Aubry, T., Tsemberis, S., Adair, C. E., Veldhuizen, S., Streiner, D., Latimer, E., ... & Hume, C. (2016). One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 66(5), 463-469.

- Baptista, I. and Marlier, E. (2019), "Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies", European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

- Basu, A., Kee, R., Buchanan, D., Sadowski, L. (2011). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health Services Research*, 47 (1 Pt 2), pp. 523-43.

- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., & Thomson, H. (2019). Effects of *Housing First* approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J *Epidemiol Community Health*, 73(5), 379-387.

- Bean, K. F., Shafer, M. S., & Glennon, M. (2013). "The impact of housing first and peer support on people who are medically vulnerable and homeless". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 48.

- Bernad, R., Cenjor, V. y Yuncal, R. (2016): "Housing First Model in Spain: Habitat Programme 12 months-results", *Revista Barcelona Societat,* 20.

- Bernad, R., Talens, F., Geraci, I., Julián, M., Yuncal, R., & Ramos, M. (2018). Housing First Elements Facilitating Resilience in Clients with Addictions in the Hábitat Programme: a Qualitative Study. *European Journal of Homelessness*, 12(1), 101-120.

- Blood, I. *et al.* (2017): *Housing First feasibility study for Liverpool City Region*. Crisis UK.

- Boletín Oficial de Aragón, 2017. ORDEN SAN/1221/2017, de 21 de julio, por la que se establecen los precios y tarifas máximas aplicables en la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al Sis¬tema de Salud de Aragón.

- Boletín Oficial de Canarias, 2017. Servicio Canario de la Salud. - Resolución de 29 de marzo de 2017, del Director, por la que se modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías.

- Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, 2017. ORDEN 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid.

- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 2005. Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por Centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 210, de 27 de octubre de 2005)

- Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 2018. Orden de 8 de mayo de 2018, por la que se modifica la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Boletín Oficial del Estado, 2018. Ley 20/2017, de 28 de diciembre, de tasas. Comunitat Valenciana (12 de febrero de 2018).

- Boletín Oficial del Estado, 2018. Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Texto consolidado. Última modificación: 29 de diciembre de 2018

- Boletín Oficial del Principado de Asturias, 2013. Resolución de 25 de febrero de 2013, de la Consejería de Hacienda y Sector Público, por la que hace pública la relación de las cuantías exigibles por tasas y precios públicos en el ejercicio 2013. Núm. 77 de 4-iv-2013.

- Bretherton, J. and Pleace, N. (2015). *Housing First* in England. An evaluation of nine services. Centre for Housing Policy. University of York.

- Brown, M. A., Ridgway, P., Anthony, W. A. and Rogers, S. (1991). Comparison of outcomes for clients seeking and assigned to supported housing services. *Hospital & community psychiatry,* 42 (11), pp. 1150-1153.

- Brown, M. M., Jason, L. A., Malone, D. K., Srebnik, D., & Sylla, L. (2016). Housing first as an effective model for community stabilization among vulnerable individuals with chronic and nonchronic homelessness histories. *Journal of Community Psychology*, 44(3), 384-390.

- Brown, M., Tran, A. D., Cummings, C., Fay, L., Malone, D., Fyall, R., & Tsemberis, S. (2020). Attempting Randomized *Housing First* Research in a Community Context: Reflections on Failure. *American Journal of Community Psychology*,

- Brown, Molly M., *et al*. "Housing first as an effective model for community stabilization among vulnerable individuals with chronic and nonchronic homelessness histories." *Journal of Community Psychology* 44.3 (2016): 384-390.

- Busch-Geertsema, V. (2012). The Potential of *Housing First* from a European Perspective. *European Journal of Homelessness*. *Volumen* (6.2), pp. 209-216.

- Busch-Geertsema, V. (2013). *Housing First Europe final report*. European Commission. Bremen/Brussels.

- Chung, T. E., Gozdzik, A., Palma Lazgare, L. I., To, M. J., Aubry, T., Frankish, J., ... & Stergiopoulos, V. (2018). Housing first for older homeless adults with mental illness: a subgroup analysis of the at home/Chez Soi randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 85-95.

- Collins, C. C., Bai, R., Crampton, D., Fischer, R., D'Andrea, R., Dean, K., ... & Cherney, E. (2019). Implementing housing first with families and young adults: challenges and progress toward self-sufficiency. *Children and Youth Services Review*, 96, 34-46.

- Collins, S. E., Malone, D. K., Clifasefi, S. L., Ginzler, J. A., Garner, M. D., Burlingham, B., Lonczak, H. S., Dana, E. A., Kirouac, M., Tanzer, K., Hobson, W. G., Marlatt, A., & Larimer, M. E. (2012). Project-based *Housing First* for chronically homeless individuals with alcohol problems: Within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American Journal of Public Health,* 102, 511-519.

- Collins, S. E., Malone, D. K., Clifasefi, S. L., Ginzler, J. A., Garner, M. D., Burlingham, B., ... & Hobson, W. G. (2012). Project-based *Housing First* for chronically homeless individuals with alcohol problems: Within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *American journal of public health*, 102(3), 511-519.

- Collins, S. E., Taylor, E. M., King, V. L., Hatsukami, A. S., Jones, M. B., Lee, C. Y., ... & Hardy, R. V. (2016). Suicidality among chronically homeless people with alcohol problems attenuates following exposure to Housing First. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(6), 655-663.

- Culhane, D.P. (2008). The Cost of Homelessness: A Perspective from the United States. *European Journal of Homelessness*. *Volumen* (2), pp.97-114.

- Culhane, D. P., Metraux, S. y Hadley, T. (2002): "Public service reductions associated with placement of homeless persons with severe mental illness in supportive housing", *Housing Policy Debate*, 13:1, 107-163,

- Culhane, D. y Byrne, T. (2010): Ending Chronic Homelessness: Cost-Effective Opportunities for Interagency Collaboration. United States Interagency

Council on Homelessness – FSP. Supplemental Document nº19.

- Davidson, L. (2011). Promoting recovery: What's love got to do with it? *Psychosis*, 3, pp. 105–114.

- Diari Oicial de la Generalitat de Catalunya, 2013. ORDEN SLT/30/2013, de 20 de febrero, por la que se aprueban los precios públicos del Servicio Catalán de la Salud. Núm. 6323 – 26.2.2013.

- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2009). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. In The science of well-being (pp. 103-118). Springer, Dordrecht.

- EAPN (2013) El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid. Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Grupo de Alojamiento.

- Erickson, J. R., Stevens, S., Mc Knight, P. and Figueredo, A. J. (1995). Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes. *Journal of Addictive Diseases*, 14(4), pp.135-50.

- Gaboardi, M., Lenzi, M., Disperati, F., Santinello, M., Vieno, A., Tinland, A., ... & Bokszczanin, A. (2019). Goals and principles of providers working with people experiencing homelessness: A comparison between housing first and traditional staircase services in eight european countries. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1590.

- Gertler, P. J. *et al.* (2017): *La evaluación de impacto en la práctica*. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Henwood, B. F., & Ettner, S. L. (2015). Fidelity to the *Housing First* model and variation in health service use within permanent supportive housing. *Psychiatric Services*, 66(12), 1283-1289.

- Gilmer, T., Stefancic, A., Ettner, W., Manning, G. and Tsemberis. S. (2010). Effect of Full-Service Partnerships on Homelessness, Use and Costs of Mental Health Services, and Quality of Life among Adults with Serious Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 67 (6), pp. 645–52.

- Gilmer, T., Stefancic, A., Sklar, M. and Tsemberis, S. (2013). Development and Validation of a *Housing First* Fidelity Survey. *Psychiatric Services*, 64 (9), 911-914.

- Goering, P. *et al.* (2014). *National At Home/Chez Soi Final Report*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.

- Goering, P. N., & Streiner, D. L. (2015). Putting housing first: the evidence and impact. The *Canadian Journal of Psychiatry*, 60, 11, 465–466.

- Goldfinger, S.M., Schutt, R.K, Tolomiczenko, G.S., Turner, W., Ware, N., Penk, W.E. (1997). Housing persons who are homeless and mentally ill: Independent or evolving consumer households? in W.R. Breakey & J.W. Thompson (Eds.), Mentally Ill and Homeless: Special Programs for Special Needs (pp. 29-49). Amsterdam. Harwood Academic Publishers.

- Groton, D. (2013). Are *Housing First* Programs Effective? A Research Note. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 40 (1), 51-63.

- Gulcur, L., Stefanic, A., Shinn, M., Tsemberis, S., Fischer, S.N. (2003) Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes, *Journal of Community & Applied Social Psychology. Volumen* (13), pp. 171-186.

- Henwood, B. F., Byrne, T., & Scriber, B. (2015). Examining mortality among formerly homeless adults enrolled in Housing First: An observational study. *BMC public health*, 15(1), 1209.

- Henwood, B. F., Dichter, H., Tynan, R., Simiriglia, C., Boermer, K., & Fussaro, A. (2015). Service use before and after the provision of scatter-site housing first for chronically homeless individuals with severe alcohol use disorders. *International Journal of Drug Policy*, 26(9), 883-886.

- Henwood, B. F., Stefancic, A., Petering, R., Schreiber, S., Abrams, C., & Padgett, D. K. (2015). Social relationships of dually diagnosed homeless adults following enrollment in housing first or traditional treatment services. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(3), 385-406.

- Henwood, B. F., Stefancic, A., Petering, R., Schreiber, S., Abrams, C., & Padgett, D. K. (2015). Social relationships of dually diagnosed homeless adults following enrollment in housing first or traditional treatment services. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6(3), 385-406.

- Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas (IEPP) (2020) Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar (2015-2020). IEPP.

- INE, 2019. Índice de Precios al Consumo. Base 2016. Medias anuales. www.ine.es

- Johnson, G., Parkinson, S. y Parsell, C. (2012): Policy shift or program drift? Implementing *Housing First* in Australia. Australian Housing and Urban Research Institute.

- Kerman, N., Sylvestre, J., Aubry, T., & Distasio, J. (2018). The effects of housing stability on service use among homeless adults with mental illness in a randomized controlled trial of housing first. *BMC health services research*, 18(1), 190.

- Kirst, M., Zerger, S., Misir, V., Hwang, S., & Stergiopoulos, V. (2015). The impact of a *Housing First* randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug and alcohol dependence*, 146, 24-29.

- Kozloff, N., Adair, C. E., Lazgare, L. I. P., Poremski, D., Cheung, A. H., Sandu, R., & Stergiopoulos, V. (2016). " Housing first" for homeless youth with mental illness. *Pediatrics*, 138(4).

- Larimer, M.E. *et al.* (2009). Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronical homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 103(2), pp. 1349-1357.

- Latimer, E. *et al.* (2019): Cost-effectiveness of *Housing First* Intervention With Intensive Case Management Compared With Treatment as Usual for Homeless Adults With Mental Illness Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2019;2(8).

- Leclair, M. C., Deveaux, F., Roy, L., Goulet, M. H., Latimer, E. A., & Crocker, A. G. (2019). The impact of housing first on criminal justice outcomes among homeless people with mental illness: A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry,* 64(8), 525-530.

- Lemoine, C., Loubiere, S., Tinland, A., Boucekine, M. y Auquier, P. (2019): "Cost-effectiveness analysis of the Un Chez Soi d'Abord randomized controlled trial: a Markov model". *European Journal of Public Health*, 29 (4), 148-187.

- Ly, A. and Latimer, E. (2015). *Housing First* Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60 (11), pp. 475-87.

- Mackelprang, J. L., Collins, S. E., & Clifasefi, S. L. (2014). *Housing First* is associated with reduced use of emergency medical services. *Prehospital Emergency Care*, 18(4), 476-482.

- McLaughlin, T. (2011): "Using Common Themes: Cost-Effectiveness of Permanent Supported Housing for People With Mental Illness". *Research on Social Work Practice*, 21(4), 404–411.

- Macnaughton, E., Stefancic, A., Nelson, G., Caplan, R., Townley, G., Aubry, T., McCullough, S., Patterson, M., Stergiopoulos, V., Vallee, C., Tsemberis, S., Fleury, M.J., Piat, M. and Goering, P. (2015): "Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness", *American Journal of Community Psychology* 55(3-4) pp.279-291.

- Mangano, P. (2009) *Housing when? Evidence based practice for solving homelessness*. Presentation to the Mercy Foundation, Sydney Australia, 2 April 2009.

- Martínez, T. y Burt, M. (2006). "Impact of Permanent Supportive Housing on the Use of Acute Care Health Services by Homeless Adults". Psychiatric Services 57(7) 1-8.

- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44-52.

- Mason, C. y Grimbeek, P. (2013). A *Housing First* approach to homelessness in Brisbane: Sustaining tenancies and the cost effectiveness of support services. The Ian Potter Foundation.

- NASEM, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018). *Permanent Supportive Housing: Evaluating the Evidence for Improving Health Outcomes Among People Experiencing Chronic Homelessness.* Washington, DC: The National Academies Press.

- Nelson, G., Patterson, M., Kirst, M., Macnaughton, E., Isaak, C. A., Nolin, D., ... & Piat, M. (2015). Life

changes among homeless persons with mental illness: a longitudinal study of *Housing First* and usual treatment. *Psychiatric Services*, 66(6), 592-597.

- O'Campo, P., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Schuler, A., Kaufman-Shriqui, V., Poremski, D. & Addorisio, S. (2017). Food security among individuals experiencing homelessness and mental illness in the At Home/Chez Soi Trial. *Public health nutrition*, 20(11), 2023-2033.

- O'Campo, P., Stergiopoulos, V., Nir, P., Levy, M., Misir, V., Chum, A., ... & Hwang, S. W. (2016). How did a *Housing First* intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ open*, 6(9).

- OECD (2020). *Revenue Statistics 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/8625f8e5-en.

- Osakidetza (2019). Acuerdo de 5 de febrero de 2019, del Consejo de Administración del ente público Osakidetza, por el que se aprueban las tarifas por prestación de servicios sanitarios y docentes a terceros obligados al pago durante el ejercicio 2019.

- Oudshoorn, A., Forchuk, C., Hall, J., Smith-Carrier, T., & Van Berkum, A. (2018). An evaluation of a *Housing First* program for chronically homeless women. *Journal of Social Inclusion*, 9(2).

- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing housing first with treatment first programs. *Community mental health journal*, 47(2), 227-232.

- Padgett, D.K. (2007). There´s no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Social Science & Medicine. Volumen* (64), pp.1925-1936.

- Pakzad, S., Bourque, P. É., Bourque, J., Aubry, T., Gallant, L., LeBlanc, S. R., & Tivendell, J. (2017). A comparison of the use of physical and mental health services by homeless people with severe mental health problems in the Moncton area through the At Home/Chez Soi program. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 36(Special Issue), 77-105.

- Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). *Housing First* improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(8), 1245-1259.

- Pauly, B., Reist, D., Belle-Isle, L., Schactman, C. (2013). Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness? *International Journal of Drug Policy,* 24 (4), pp. 284-90.

- Pearson, C., Montgomery, A. E. and Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community Psychology*, 37, 3, pp. 404-417.

- Pearson, C., Montgomery, A. E., & Locke, G. (2009). Housing stability among homeless individuals with serious mental illness participating in housing first programs. *Journal of Community psychology*, 37(3), 404-417.

- Perlman, J. y Parvensky, J. (2006): *Denver Housing First Collaborative: Cost-befefit analysis and program outcomes Report*. Colorado Coalition for the Homeless.

- Pleace, N. (2008) Effective Services for Substance Misuse and Homelessness in Scotland: Evidence from an international review. Edinburgh. Scottish Government.

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

- Pleace, N. (2016). *Housing First Guide Europe*. FEANTSA.

- Pleace, N. (2018) *Using Housing First in Integrated Homelessness Strategies: A Review of the Evidence.* York: Centre for Housing Policy.

- Pleace, N., Baptista, I., Benjaminsen, L., and Busch-Geertsema, V. (2013) The cost of homelessness in Europe. An assessment of the current evidence base. *European Observatory of Homelessness.*

- Pleace, N., Baptista, I., Knutagård, M. (2019) *Housing First In Europe. An Overview of Implementation, Strategy and Fidelity. Housing First* Europe Hub.

- Pleace, N., Bretherton, J. (2013) The case for *Housing First* in the European Union: a critical evaluation of concerns about effectiveness. *European Journal of Homelessness*, 7 (2), 21-41.

- Pleace, N., Bretherton, J. (2019): *The cost effectiveness of Housing First in England*. Research Report. Homeless Link. London.

- Polvere, L., Macnaughton, E. and Piat, M. (2013). *Participant perspectives on Housing First and recovery: early findings from the At Home/Chez Soi project*. Douglas Mental Health Institute. Montreal.

- Poremski, D., Stergiopoulos, V., Braithwaite, E., Distasio, J., Nisenbaum, R., & Latimer, E. (2016). Effects of *Housing First* on employment and income of homeless individuals: results of a randomized trial. *Psychiatric Services*, 67(6), 603-609.

- RAIS Fundación (2015). *Documento de apoyo sobre la implantación del modelo Housing First*. Documento interno.

- Raitakari, S. and Juhila, K. (2015) *Housing First* Literature: Different Orientations and Political-Practical Arguments. *European Journal of Homelessness*, 9, 1, pp. 145-189.

- Rezansoff, S. N., Moniruzzaman, A., Fazel, S., McCandless, L., Procyshyn, R., & Somers, J. M. (2017). Housing first improves adherence to antipsychotic medication among formerly homeless adults with schizophrenia: results of a randomized controlled trial. *Schizophrenia bulletin*, 43(4), 852-861.

- Rodríguez Cabrero, G., Marbán, V., Arriba, A. y Montserrat, J. (2019). Informe temático de ESPN sobre estrategias nacionales para combatir la falta de vivienda y la exclusión de la vivienda – España, Red Europea de Política Social (ESPN). Bruselas: Comisión Europea.

- Rosenheck, R. (2010) Service models and mental health problems: cost effectiveness and policy relevance, en Ellen, I.G. and OíFlaherty, B. (eds), How to House the Homeless. Russell Sage Foundation: New York, pp. 17-36.

- Rosenheck, R., Kasprow, W., Frisman, L. and Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), pp. 940-51.

- Sánchez, F., Martínez, J y Abellán, J. M. (2019): *Estudio Eficacia y Eficiencia Económica del Programa Hogares Asun Almajano de atención sociosanitaria para la convalecencia de personas sin hogar*. Universidad de Murcia – RAIS Fundación.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). *Informe General 2017*. Ministerio del Interior.

- Sheldon, K. M., Boehm, J., & Lyubomirsky, S. (2013). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention model. The Oxford handbook of happiness, 901-914.

- Skosireva, A., O'Campo, P., Zerger, S., Chambers, C., Gapka, S., & Stergiopoulos, V. (2014). Different faces of discrimination: perceived discrimination among homeless adults with mental illness in healthcare settings. *BMC Health Services Research,* 14(1), 376.

- Srebnik, D., Connor, T., Sylla, L. (2013). A pilot study of the impact of *Housing First* -supported housing for intensive users of medical hospitalization and sobering services. *American Journal Public Health. Volumen* (103.2), pp.316-321.

- Stefancic, A. and Tsemberis, S. (2007). *Housing First* for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention. *Journal of Primary Prevention*, 28 (3-4), pp. 265-79.

- Stefancic, A., & Tsemberis, S. (2007). *Housing First* for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. The *journal of primary prevention*, 28(3-4), 265-279.

- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Misir, V., Skosireva, A., Sarang, A., Connelly, J., & McKenzie, K. (2016). The effectiveness of a *Housing First* adaptation for ethnic minority groups: findings of a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 16(1), 1110.

- Tinland, A., Fortanier, C., Girard, V., Laval, C., Videau, B., Rhenter, P., Greacen, T., Falissard, B., Apostolidis, T., Lançon, C. and Boyer, L. (2013): "Evaluation of the Housing First Programme in Patients with Severe Mental Disorders in France: Study Protocol For A Randomized Controlled Trial", *Trials* 14(1) p.309.

- Tsai, J., Mares, A. S., & Rosenheck, R. A. (2010). A multisite comparison of supported housing for chronically homeless adults:"housing first" versus "residential treatment first". *Psychological services*, 7(4), 219.

- Tsai, J., Mares, A. S., and Rosenheck, R. A. (2010). A multi-site comparison of supported housing for chronically homeless adults: “Housing first” versus “residential treatment first”. *Psychological Services*, 7 (4), pp. 219-232.

- Tsemberis, S. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4), pp. 651-6.

- Tsemberis, S. (2010). *Housing First. The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction.* Minnesota: Hazelden.

- Tsemberis, S. and Asmussen, S. (1999). From Streets to Homes: The Pathways to Housing Consumer Preference Supported Housing Model. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17, 1-2, 113-131.

- Tsemberis, S. and Elfenbein, C. (1999). A Perspective on Voluntary and Involuntary Outreach Services for the Homeless Mentally Ill. *New Directions for Mental Health Services*, 82, 9-19.

- Tsemberis, S., Gulcur, L. and Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health. Volumen* (94.4), pp.651-656.

- Waegemakers Schiff, J. and Rook, J. (2012). *Housing First: Where Is The Evidence?* Toronto: Homeless Hub.

- Watson, D. P., Shuman, V., Kowalsky, J., Golembiewski, E. and Brown, M. (2017). *Housing First and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature*. Harm Reduction Journal, 14:30.

- Williams, I. L. (2020) A reappraisal of contemporary homelessness policy: the new role for transitional housing programmes. *International Journal of Housing Policy*.

- Woodhall-Melnik, J., Misir, V., Kaufman-Shriqui, V., O’Campo, P., Stergiopoulos, V., & Hwang, S. (2015). The impact of a 24 month *Housing First* intervention on participants’ body mass index and waist circumference: results from the At Home/Chez Soi Toronto site randomized controlled trial. *PLoS One*, 10(9), e0137069.

- Wright, L. y Peasgood, T. (2018): Cost-effectiveness analysis of Housing First. What Works for Wellbeing, *Communities Evidence Programme*.

- Y Foundation (2017): A Home of Your Own: *Housing First* and ending homelessness in Finland. Helsinki. Y Foundation.

7.

Anexo I.
Ficha de solicitud de información para centros de servicios sociales

7.
Anexo I.

Ficha de solicitud de información para centros de servicios sociales.

LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

NOMBRE DEL CENTRO	
TITULARIDAD (pública o privada)	
ES RECURSO ESPECÍFICO PARA PERSONAS SIN HOGAR (SI O NO)	
NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS (anual)	
PRESUPUESTO DEL CENTRO (anual)	

SERVICIOS A PERSONAS SIN HOGAR (datos anuales)	**OFERTADO (SI o NO)**	**PLAZAS (número, si procede)**	**PERSONAS ATENDIDAS (número anual o estimación)**	**PRESUPUESTO POR SERVICIOS (importe anual o estimación en porcentaje sobre total servicios)**	**OBSERVACIONES**
Alojamiento					
Centro de día					
Comedor					
Aseo (ducha, lavandería, etc.)					
Asistencia sanitaria					
Equipos de calle					
Información, orientación, asesoramiento					
Talleres formativos y de ocio					
Tratamiento de drogodependencias					

En el caso de que su centro disponga de otros servicios diferentes a los mencionados, puede especificarlos a continuación:

Especificar 1:					
Especificar 2:					
Especificar 3:					

Estimación de costes indirectos (por actuaciones no singularizables por servicios: dirección, administración, etc.) no incluidos en el presupuesto de los servicios anteriores:

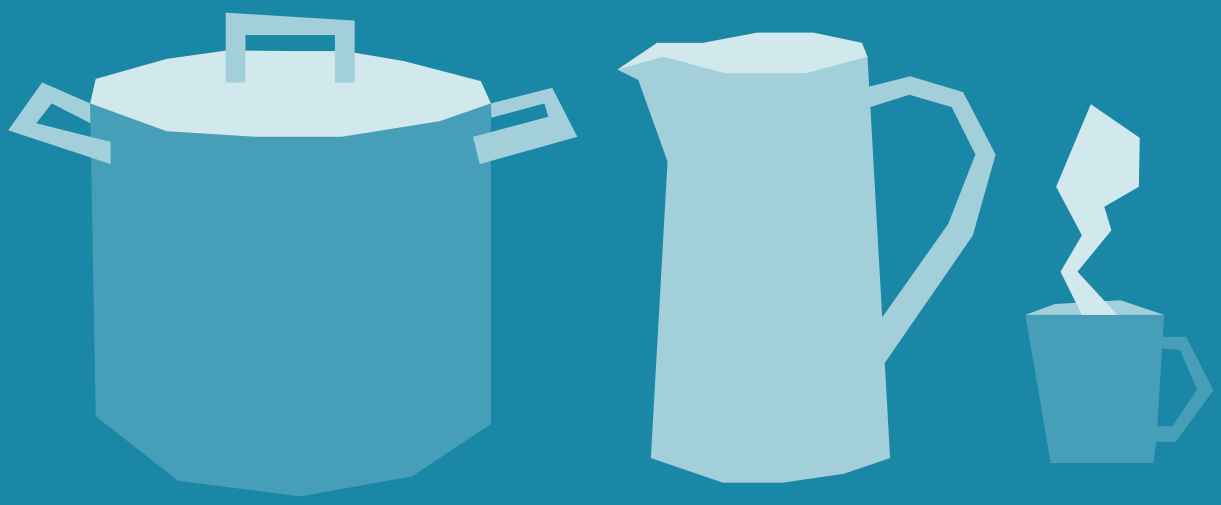
	Importe anual	Observaciones
Costes Indirectos		

Ayuda a la cumplimentación, información y contacto: Patricia Tovar Velasco, Tel. 913942628, mtovar01@ucm.es

Esta ficha también se puede cumplimentar en: https://pshucm.limequery.com/593224?lang=eng

8.

Anexo II.
Listado de centros consultados



8.
Anexo II.

Listado de centros consultados.

1. Albergue San Juan de Dios, Madrid.
2. Albergue San Vicente de Paul, Madrid.
3. Asamblea local de Cruz Roja, Córdoba.
4. Asociación calor y café, Granada.
5. ASSIS Centre d'acollida, Barcelona.
6. Casa de acogida Madre del Redentor, Córdoba.
7. Centro abierto de baja exigencia La Rosa, Madrid.
8. Centro abierto de baja exigencia Peñuelas/ Geranios, Madrid.
9. Centro abierto de baja exigencia Pozas, Madrid.
10. Centro amigo, Sevilla.
11. Centro de acogida e inserción para personas en situación de sinhogarismo, Alicante.
12. Centro de acogida Juan Luis Vives, Madrid.
13. Centro de acogida municipal, Sevilla.
14. Centro de acogida Puerta Abierta, Madrid.
15. Centro de acogida San isidro, Madrid.
16. Centro de noche de alta tolerancia, Sevilla.
17. Centro de puertas abiertas, Sevilla.
18. Centro de servicios sociales, Coslada.
19. Centro municipal de acogida social, Donostia-San Sebastián.
20. Cruz Roja, Arona.
21. Fundación albergue Covadonga, Gijón.
22. Fundación Hogar Renacer, Córdoba.
23. Habitat3, Barcelona.
24. Hestia, Donostia-San Sebastián.
25. Instituto de adicciones, Madrid.
26. Parroquia Nuestra Señora del Carmen, Zaragoza.
27. Sala de noche, Donostia-San Sebastián.
28. Solidarios para el desarrollo, Sevilla.
29. Unidad de adicciones, Córdoba.

9.

Anexo III. Índice de tablas y gráficos

9. Anexo III.

Índice.

Tablas.

Tabla 1. 17
Áreas e instrumentos para la evaluación de resultados del programa Hábitat.

Tabla 2. 18
Descripción de las características iniciales de todas las personas participantes (GE y GC).

Tabla 3. 20
Descripción de las características iniciales de las personas participantes de los GE y GC de los que se tiene datos a 0, 12 y 18 meses.

Tabla 4. 25
Centros de recursos sociales empleados en cada ciudad.

Tabla 5. 29
Alojamiento. Coste por día según lugar de pernoctación y recurso.

Tabla 6. 30
Alimentación, higiene y aseo. Costes por día según tipo de recurso.

Tabla 7. 30
Servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo. Costes por día según tipo de recurso.

Tabla 8. 31
Servicios de atención a personas en situación de sinhogarismo drogodependientes. Costes por día según tipo de recurso.

Tabla 9. 31
Programas Provivienda y Hábitat. Costes diarios.

Tabla 10. 32
Media muestral de precios públicos sanitarios (€).

Tabla 11. 42
Residencia habitual de las personas participantes del GC durante el seguimiento de 12 y 18 meses.

Tabla 12. 48
Uso de servicios sanitarios en los 6 meses previos del GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 13. 49
Frecuencia de uso de servicios de atención primaria, especializada y emergencias en el GH y GC a los 0 y 12 meses.

Tabla 14. 50
Situación económica en el mes previo en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 15. 53
Apoyo social prestado por las personas participantes del GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 16. 57
Actividades de ocio en el mes previo en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 17. 58
Actividades de ocio en los seis meses previos en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 18. 59
Victimización reciente en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 19. 63
Puntuación del GHQ en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 20. 67
Consumo de alcohol en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 21. 69
Situación administrativa y otros aspectos asociados en el GH y GC a los 0 y 18 meses.

Tabla 22. 71
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa basal (0 meses).

Tabla 23. 72
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 12 meses.

Tabla 24. 73
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 18 meses.

Tabla 25. 74
Desagregación de costes sanitarios y psiquiátricos, 0, 12 y 18 meses. Grupo de comparación (GC) y Grupo Hábitat (GH).

Tabla 26. 75
Evolución etapa basal – etapa 18 meses. Tasas de variación.

Tabla 27. 76
Evolución etapa basal – etapa 12 meses. Tasas de variación.

Tabla 28. 76
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses. Tasas de variación.

Tabla 29. 78
Costes de alojamiento. Ajuste en términos de equivalencia al programa Hábitat.

Tabla 30. 80
Coste ajustado equivalente a los 12 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza.

Tabla 31. 80
Coste ajustado equivalente a los 18 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza.

Tabla 32. 82
Evolución etapa basal – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Tabla 33. 82
Evolución etapa basal – etapa 12 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Tabla 34. 83
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Tabla 35. 95
Estimaciones de ratios coste-efectividad incrementales (RCEI).

Tabla 36. 99
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa basal (0 meses). PVTP.

Tabla 37. 99
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 12 meses. PVTP.

Tabla 38. 100
Costes mensuales de la atención a personas en situación de sinhogarismo. Etapa 18 meses. PVTP.

Tabla 39. 101
Evolución etapa basal – etapa 18 meses. Tasas de variación. PVTP.

Tabla 40. 102
Evolución etapa basal – etapa 12 meses. Tasas de variación. PVTP.

Tabla 41. 102
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses. Tasas de variación. PVTP.

Tabla 42. 103
Costes de alojamiento. Ajuste en términos de equivalencia al programa Hábitat. PVTP.

Tabla 43. 104
Coste ajustado equivalente a los 12 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza. PVTP.

Tabla 44. 105
Coste ajustado equivalente a los 18 meses (alojamiento financiado, 30 días). Promedios mensuales por plaza. PVTP.

Tabla 45. 105
Evolución etapa basal – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación. PVTP.

Tabla 46. 106
Evolución etapa basal – etapa 12 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación.

Tabla 47. 107
Evolución etapa 12 meses – etapa 18 meses (equivalente a Hábitat 30). Tasas de variación. PVTP.

Gráficos.

Gráfico 1. 25
Titularidad de los centros de recursos sociales.

Gráfico 2a. 27
Respuestas obtenidas en la primera oleada de la consulta online a centros de recursos sociales.

Gráfico 2b. 27
Respuestas obtenidas en la segunda oleada de la consulta online a centros de recursos sociales.

Gráfico 3. 34
Diagrama sobre la elaboración de modelos de medidas repetidas para el análisis coste-efectividad en sucesivos pasos.

Gráfico 4. 43
Residencia habitual en GC en el mes previo (0, 12 y 18 meses).

Gráfico 5. 44
Satisfacción con la situación de alojamiento del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 6. 45
Problemas en la alimentación en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 7. 45
Problemas en el aseo personal en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 8. 45
Satisfacción global con la vida del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 9. 46
Felicidad percibida del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 10. 46
Uso medio de servicios sociales en los 30 días previos en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 11. 47
Porcentaje de personas que han usado servicios sanitarios de atención primaria y especializada del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 12. 48
Hospitalización y uso de urgencias del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses (%).

Gráfico 13. 49
Ingresos totales en el mes previo en GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 14. 50
Ejercicio de la mendicidad en GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 15. 51
Satisfacción con la situación económica del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 16. 51
Percepción de tener a alguien con quien contar en GH y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.

Gráfico 17. 52
Percepción de contar con alguien con quien hablar en GH y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.

Gráfico 18. 52
Sentimientos de soledad y abandono en el GH y GC en la entrevista de seguimiento a 18 meses (%).

Gráfico 19. 54
Satisfacción con las relaciones con otras personas del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 20. 54
Frecuencia de contacto telefónico con algún miembro de su familia en GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 21. 55
Frecuencia de contacto presencial con algún miembro de su familia en GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 22. 55
Satisfacción con la relación familiar del GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 23. 58
Satisfacción con aspectos relacionados con el ocio en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 24. 59
Victimización en los 6 meses previos en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 25. 61
Percepción de seguridad en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 26. 61
Porcentaje de discriminación experimentada en los seis meses previos en el GH y GC en la entrevista de seguimiento a 18 meses.

Gráfico 27. 62
Número de días en los que ha tenido problemas de salud física en el último mes en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 28. 62
Accidentes en los últimos 12 meses en el GH y GC a los 0 y 18 meses (%).

Gráfico 29. 63
Puntuación total GHQ en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 30. 64
Resultados para Movilidad del Euroqol-5D en GH y GC a los 0 y 18 meses.

Gráfico 31. 64
Resultados para Autocuidado del Euroqol-5D en GH y GC a los 0 y 18 meses.

Gráfico 32. 65
Resultados para Actividades cotidianas del Euroqol-5D en GH y GC a los 0 y 18 meses.

Gráfico 33. 66
Resultados para Dolor/malestar del Euroqol-5D en GH y GC a los 0 y 18 meses.

Gráfico 34. 66
Resultados para Ansiedad/depresión del Euroqol-5D en GH y GC a los 0 y 18 meses.

Gráfico 35. 67
Puntuación en la escala analógica visual del Euroqol-5D en el GH y GC a los 0, 12 y 18 meses.

Gráfico 36. 68
Percepción respecto a su salud del GH y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.

Gráfico 37. 70
Percepción respecto al grado de elección sobre diferentes aspectos básico del GH y GC a los 0, 6, 12 y 18 meses.

Gráfico 38. 85
Costes observados, mensuales por persona, según tipo de servicio.

Gráfico 39. 85
Costes ajustados, mensuales por persona, según tipo de servicio.

Gráfico 40. 86
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación.

Gráfico 41. 86
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales.

Gráfico 42. 87
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 43. 88
Medias marginales estimadas del nivel de satisfacción con la vida (escala 1-7), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 44. 88
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación.

Gráfico 45. 89
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales.

Gráfico 46. 89
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 47. 90
Medias marginales estimadas del número de noches en la calle durante el último mes, según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 48. 90
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación.

Gráfico 49. 92
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales.

Gráfico 50. 92
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes totales, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 51. 93
Medias marginales estimadas de atención institucional (tasa de cobertura entre 0 y 1), según oleada y pertenencia a grupo Hábitat o de comparación, controlando por costes desagregados, variables sociodemográficas y perfiles de derivación.

Gráfico 52. 96
Planos de coste-efectividad incremental.

Gráfico 53. 97
Curvas de aceptabilidad según distintos umbrales de gasto.

Gráfico 54. 108
Costes observados, mensuales por persona, según tipo de servicio. PVTP.

Gráfico 55. 108
Costes ajustados, mensuales por persona, según tipo de servicio. PVTP.

Evaluación financiada por:

- Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación, Junta de Andalucía
- Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales, Gobierno de Aragón
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Principado de Asturias
- Consejería de Derechos Sociales, Igualdad, Diversidad y Juventud, Gobierno de Canarias
- Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Generalitat de Catalunya
- Ayuntamiento de Coslada
- Vicepresidencia i Conselleria de´Igualtat i Politiques Inclusive Generalitat Valenciana
- Gizarte Politiketako Departamentua. Departamento de Políticas Sociales Gipuzkoako Foru Aldundia – Diputación Foral, Gipuzkoa
- Patronato Municipal de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Arona
- Área de Bienestar Social, Ayuntamiento Avilés
- Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI, Ajuntament de Barcelona
- Delegación de Asuntos Sociales, Ayuntamiento Córdoba
- Instituto Municipal de Atención Social, Ayuntamiento Santa Cruz de Tenerife
- Área de Bienestar Social, Empleo y Planes Integrales de Transformación Social, Ayuntamiento Sevilla
- Área de Acción Social y Familia, Ayuntamiento Zaragoza
- Concejalía de Hacienda, Deporte, Informática, Derechos Sociales, Familia, Infancia, Igualdad y Accesibilidad, Ayuntamiento de Granada
- Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, Comunidad de Madrid

Soluciones al sinhogarismo

Evaluación de la metodología *Housing First* en España

Visita nuestra web
www.habitathousingfirst.org

Prôvivienda
Con las personas,
por la vivienda

HOGAR SÍ
FUNDACIÓN RAIS

Publicación financiada por:

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
APOYO AL TERCER SECTOR DE ACCIÓN SOCIAL
CON CARGO AL 0,7 DEL IMPUESTO DE SOCIEDADES