

FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



FICHA PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Proyectos de inversión en el marco del componente 22 "Economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión social" del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Línea C22.12.- *Proyectos piloto de innovación en servicios sociales.*

Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la ejecución de proyectos a cargo de los Fondos Europeos del MRR: **PROYECTO 9.- PROYECTOS INNOVADORES CON ENTIDADES LOCALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE POBLACIÓN VULNERABLE.**

LÍNEA DE SUBVENCIÓN DEL PROYECTO(1)

4. Desarrollo de servicios integrales de asistencia a personas sin hogar desde las Entidades Públicas

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO (2)	COD. PROJ.
VIVIENDAS: Viviendas para la recuperación de la salud.	10.4

CONTENIDO DEL PROYECTO

I. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD LOCAL Y DE LOS RESPONSABLES DEL PROYECTO.

- 1.1.- DATOS DE LA ENTIDAD LOCAL.
- 1.2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

- 2.1.- FINALIDAD DEL PROYECTO.
- 2.2.- NECESIDADES DETECTADAS.
- 2.3.- OBJETIVOS OPERATIVOS.
- 2.4.- INDICAR ORGANISMOS Y ENTIDADES COLABORADORAS EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO.
- 2.5.- ASPECTOS INNOVADORES DEL PROYECTO Y SU JUSTIFICACIÓN.
- 2.6.- ACTIVIDADES / ACTUACIONES PREVISTAS.

III. HITOS A ALCANZAR.

IV. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

V.- ACTUACIONES DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN

VI.- RECURSOS

- 6.1.- RECURSOS HUMANOS.
- 6.2.- RECURSOS MATERIALES.

VII.- FINANCIACIÓN Y GASTO PREVISTO.

- 7.1.- FINANCIACIÓN.
- 7.2.- PRESUPUESTO (GASTO PREVISTO).

VIII. ACTIVIDADES/ACTUACIONES SUBCONTRATADAS.

IX.- OTROS ASPECTOS RELEVANTES DEL PROYECTO / OBSERVACIONES.



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



I. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD LOCAL Y DE LOS RESPONSABLES DEL PROYECTO.

1.1.- DATOS DE LA ENTIDAD LOCAL

ENTIDAD GESTORA (AYUNTAMIENTO / MANCOMUNIDAD)							
Ayuntamiento de Murcia							
DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA							
PLAZA:	Beato Andrés Hibernón						
NÚMERO :	6, 2º	MUNICIPIO:	Murcia	CÓDIGO POSTAL:	30001	TELÉFONO :	968358600
CORREO ELÉCTRÓNICO							
serviciosociales@ayto-murcia.es							

1.2.- RESPONSABLES DEL PROYECTO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL <u>RESPONSABLE POLÍTICO</u> ¹			
FRANCISCA PÉREZ LÓPEZ			
CARGO:	CONCEJALA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES	TELÉFONO:	968358600
CORREO ELECTRÓNICO: concejaliaserviciosociales@ayto-murcia.es			

NOMBRE Y APELLIDOS DEL <u>RESPONSABLE TÉCNICO</u> ²			
ANDRÉS DUARTE LÓPEZ			
CARGO:	DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES	TELÉFONO:	968 3586 00 EXT: 56802
CORREO ELECTRÓNICO: andres.duarte@ayto-murcia.es			

1 Responsable político del que depende el Centro de Servicios Sociales (Alcalde; Presidente de la Mancomunidad; Concejal del Área de Servicios Sociales.

2Director/Coordinador del Centro de Servicios Sociales o en su defecto persona de referencia para el proyecto.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

2.1.- FINALIDAD DEL PROYECTO (3).

Velar por el acceso y mantenimiento del cuidado de la salud de las personas afectadas por el sinhogarismo, tratando de conseguir que ninguna persona se vea obligada a afrontar un proceso de enfermedad en la calle, promoviendo el acceso a derechos y mejorando su calidad de vida y dignidad en la enfermedad y/o muerte.

2.2.- NECESIDADES DETECTADAS (4).

Las viviendas para la recuperación de la salud son un programa que se pone en marcha para dar respuesta a una necesidad clara relacionada con los siguientes aspectos:

- La relación existente entre sinhogarismo y salud, tanto en el estado de la salud como en los condicionantes de la misma.
- La dificultad de acceso de las personas sin hogar al cuidado de la salud.
- La falta de recursos específicos para abordar esta situación.
- Las directivas europeas, nacionales y autonómicas en materia de sinhogarismo.

Para ofrecer esta respuesta se propone la incorporación de este modelo de trabajo innovador que incide directamente sobre:

- El papel determinante que los factores sociales tienen sobre la salud, lo cual es un hecho indiscutible y basado en innumerable evidencia científica. La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidas las políticas públicas relacionadas con el sistema de salud y la protección social, entre otras. El sinhogarismo es un condicionante del estado de salud de las personas. Las tres dimensiones -física, mental y social- del bienestar que identifica la Organización Mundial de la Salud para considerar un buen estado de salud, se ven comprometidas por la experiencia de sinhogarismo. La falta de vivienda y una salud precaria mantienen estrechos y patentes vínculos entre sí; operan y se presentan tanto como causa y consecuencia de la exclusión. En este sentido, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, ya ha señalado en distintos informes que los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí, de forma que la violación del derecho a una vivienda adecuada afecta el disfrute de una amplia gama de otros derechos humanos, tal como el derecho a la salud.
- El estado de salud de las personas en situación de sinhogarismo. La Encuesta de las Personas Sin Hogar de 2012, del Instituto Nacional de Estadística (INE, en adelante), y de la Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar de 2015, señalan el peor estado de salud de las personas y las peores condiciones de vida que pueden favorecerlo. Principales datos:
 - 1 Peor percepción del estado de salud
Un 27,2% de las personas entrevistadas señalaron que su estado de salud es regular, un 11% lo consideran malo y un 3,2% muy malo. De esta forma, el 41,4% de las personas en situación de sinhogarismo considera que su estado de salud no es óptimo.
 - 2 Elevada presencia de enfermedades físicas.
El 30,7% de las personas en situación de sin hogar entrevistadas afirmaron tener una enfermedad grave o crónica. A la vez, la experiencia nos demuestra que son muchas las personas que desconocen, dado el nulo seguimiento de su salud, que padecen enfermedades crónicas, lo que aumentaría el porcentaje de la encuesta significativamente.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



- 3 Elevado porcentaje de discapacidad.
Según la encuesta del INE, el 15,2% de las personas en situación de sin hogar entrevistadas tiene una discapacidad reconocida. Sin embargo, estudios como el de S. Panadero y M. Loza de 2003, indican que entre el 25-33% de las personas sin hogar podrían presentar alguna discapacidad.
- 4 Elevados índices de consumo de alcohol y otras sustancias.
- 5 Elevada tasa de personas sin hogar que han intentado suicidarse alguna vez a lo largo de su vida e idea-ción suicida.
- 6 Elevado uso de servicios sanitarios de urgencias, en relación con el resto de la población de España. Según la encuesta del INE, un 52,3% de las personas en situación de sin hogar habría ido al médico durante el último mes. Respecto a las hospitalizaciones, un 22,8% de las personas en situación de sinhogarismo habría estado hospitalizada, al menos, una noche durante el último año.

Como ejemplo, podemos citar el estudio de 2015 *Caracterización de los Ingresos Hospitalarios de las Personas sin Hogar en Sevilla* de Sebastián Tornero, en el que se puede observar el uso de los servicios del sistema de salud, comparando población sin hogar y población con vivienda.

	Edad media ingreso	Más de un ingreso	Altas voluntarias	Ingresos urgencias	Estancia media	Edad de defunción intrahospitalaria
	47,97 años	31,6 %	10 %	92 %	11,82 días	41,60 años
	55,56 años	25,8 %	0,3 %	50 %	7,54 días	68,84 años

En el estudio “Exclusión residencial en Murcia: Miradas y trayectorias” se arrojan importantes datos en cuanto al estado de la salud de las personas en situación de sinhogarismo, volviendo a hacer patente que el sinhogarismo es un condicionante fundamental de la salud y que la calle mata.

Cuadro 1*: Incidencia de la enfermedad entre las personas en exclusión residencial en Murcia según sexo, nacionalidad y categoría ETHOS

Enfermedad física y/o mental	Total		Sexo (%)		Nacionalidad (%)		Categoría conceptual ETHOS (%)			
	N	%	H	M	Esp.	Extr.	PST	PSV	V. Inseg.	V. Inad.
Con enfermedad física	112	21,8	22,7	18,6	27,6	19,1	25,6	21,6	19,0	22,4
Con enfermedad mental	51	9,9	9,7	10,6	17,8	6,3	7,7	11,3	13,8	5,2
Con enfermedad física y mental	38	7,4	5,2	15,0	15,3	3,7	10,3	9,3	10,3	0,0
Sin enfermedad	313	60,9	62,3	55,8	39,3	70,9	56,4	57,8	56,9	72,4
Total	514	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En las mujeres y en la nacionalidad española las enfermedades psíquicas en solitario, o combinadas con problemas físicos, tienen una mayor incidencia.

Respecto al porcentaje de personas que dispone de tarjeta sanitaria, algo más de un tercio (34,2%) de las personas



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



en exclusión residencial no dispone de ella, correspondiendo este déficit de atención en materia de salud principalmente a las personas de origen extranjero. Prácticamente, el 90% de los españoles encuestados tiene cobertura sanitaria frente a tan solo el 53% de los extranjeros. De este modo, cerca del 10% de los españoles no dispone de tarjeta sanitaria lo que, sin duda, contribuye a explicar también la mayor incidencia de este problema entre los hombres y las personas sintecho.

Cuadro 2*: Cobertura sanitaria de las personas en exclusión residencial según sexo, nacionalidad y categoría ETHOS

Tiene tarjeta sanitaria	Total		Sexo (%)		Nacionalidad (%)		Categoría conceptual ETHOS (%)			
	N	%	H	M	Esp.	Extr.	PST	PSV	V. Inseg.	V. Inad.
Si	332	64,6	62,6	71,7	89,6	53,0	48,7	66,8	74,1	59,5
No	176	34,2	36,9	24,8	9,8	45,6	51,3	31,2	25,9	40,5
No contesta	6	1,2	0,5	3,5	0,6	1,4	0,0	2,0	0,0	0,0
Total	514	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Las necesidades de apoyo por parte de familia y amigos se incrementan cuanto mayor es el grado de pobreza y exclusión; sin embargo, esta circunstancia, que se da ampliamente entre los entrevistados, lleva a su vez al agotamiento de las relaciones, propiciando un mayor riesgo de aislamiento social (Fundación FOESSA, 2014: 526). En caso de necesidad solo un 29,2% de los entrevistados puede recurrir a la ayuda de un amigo y algo menos, un 27%, a la de un familiar; declarando una amplia mayoría (en torno al 60%) no disponer de ningún tipo de apoyo, de familia o de amigos, mostrando claros síntomas de aislamiento social.

Cuadro 3*. Personas en exclusión residencial según recursos sociofamiliares

Ámbitos más problemáticos	Total		Sexo (%)		Nacionalidad (%)		Categoría conceptual ETHOS (%)			
	N	%	H	M	Esp.	Extr.	PST	PSV	V. Inseg.	V. Inad.
Trab./ocupación	366	71,2	71,3	70,8	64,4	74,4	69,2	67,4	74,1	80,2
Ingresos/dinero	366	71,2	69,8	76,1	59,5	76,6	66,7	61,8	84,5	90,5
Salud/asistencia	163	31,7	30,4	36,3	44,2	25,9	25,6	36,2	36,2	19,8
Justicia/regulariz.	130	25,3	28,2	15,0	5,5	34,5	10,3	36,2	12,1	8,6
Familia/amigos	129	25,1	26,4	20,4	38,7	18,8	25,6	29,2	32,8	10,3
Estudios/form.	32	6,2	7,0	3,5	4,3	7,1	5,1	6,3	5,2	6,9
Total respuestas	1.186	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Fuente: Recuento-encuesta a personas en exclusión residencial en Murcia, noviembre 2014. Estudio Exclusión residencial en Murcia. Miradas y trayectorias

El estudio de la Universidad Murcia del año 2021 sobre la eficiencia de las Viviendas para la recuperación de la salud, arroja importantes conclusiones respecto al cambio del uso de los recursos sanitarios de las personas que acceden al programa:

- Importante reducción del número de consultas tanto en atención primaria (-35,4%) como de especialidades (-25%) y en el número de contactos con los servicios de urgencias (-28%). Reducción en el número de pruebas de laboratorio (-45,9%) imagen (-48,1%) y 'otras pruebas' (-20%).
- La hospitalización es el factor más determinante, produciéndose un descenso sustancial del número de ingresos, del número de días de hospitalización y del coste del servicio comparando ambos periodos.
- Aumento del uso y gasto de medicación, lo que implica una inversión del Programa para el control de las patologías de los clientes
- Condicionantes de la salud

Un 19,8% de las personas en situación de sin hogar entrevistadas en la encuesta del INE señalaron no disponer de tarjeta sanitaria, lo que sin duda implica una barrera de acceso al sistema sanitario y, por tanto, al adecuado cuidado y seguimiento de la salud.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



En resumen, las personas sin hogar experimentan mayores niveles de mala salud física y mental que aquellas que disfrutaban de vivienda y tienen un mayor riesgo de padecer una amplia gama de problemas de salud. A la vez, presentan múltiple morbilidad, incluyendo el abuso de alcohol, la dependencia de drogas y problemas de salud mental y de salud física.

Cubrir adecuadamente las necesidades de salud viviendo en la calle resulta imposible. En primer lugar, el estado de salud percibido de las personas señala el importante impacto que el sinhogarismo tiene sobre el bienestar físico de las personas. En segundo lugar, resulta complicado tener unos hábitos saludables en torno a la alimentación, la higiene y el descanso cuando una persona se encuentra en una situación de sinhogarismo. En tercer lugar, estas mismas condiciones obviamente influyen sobre la posibilidad de recuperarse de una forma adecuada de las enfermedades y dolencias y/o afrontar en condiciones de dignidad y calidad el proceso de fin de la vida.

- Dificultades de acceso de las personas sin hogar al cuidado de la salud.

Las personas sin hogar experimentan mayores niveles de mala salud física y mental que aquellas que disfrutaban de vivienda. A pesar de este exceso de carga de enfermedad, a menudo experimentan dificultades en el acceso y el uso de los servicios de salud. La hiperfrecuentación de los servicios de urgencia, que mencionamos anteriormente no es incompatible con esta dificultad, ya que el acceso a urgencias en momentos de crisis sanitaria no garantiza la continuidad de tratamiento y el seguimiento de la salud necesario para tratar la enfermedad. Una de las conclusiones que la investigación llevada a cabo en Madrid “Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias” ha objetivado que las personas en situación de sinhogarismo en calle o institucionalizada que hiperfrecuentan las urgencias hospitalarias, no hiperfrecuentan atención primaria o no lo hacen en la misma medida que otros pacientes.

Son muchas las barreras que entorpecen el acceso y seguimiento de la salud de las personas sin hogar: la complejidad de acceso a derechos sanitarios, la inexistencia de alojamientos que garanticen un espacio de descanso y recuperación médica, la falta de red familiar y/o de apoyo que brinde asistencia y apoyo emocional, la dificultad para hacer frente económicamente a los medicamentos, la rigidez de las redes de atención, que suelen dificultar el acceso a perfiles combinados (convalecientes / drogodependientes / salud mental, etc.).

A la vez existen barreras de las propias personas, la salud no es una prioridad, ya que tienen que estar pendientes de su supervivencia, el desconocimiento del funcionamiento de los servicios, la falta de documentación, el miedo a la discriminación, el idioma, la cultura, la falta de medios económicos para desplazamientos, etc.

- Falta de recursos específicos para abordar esta situación

Las viviendas para la recuperación de la salud se ponen en marcha como solución específica ante los problemas de salud en las personas afectadas por el sinhogarismo, dada la falta de recursos tanto en el ámbito sanitario como social, para dar respuesta a esta situación.

Desde el sistema sanitario se cuenta generalmente con que las personas enfermas, tras el alta hospitalaria, sean cuidados en su domicilio con el apoyo de familiares o amigos. Este proceso es positivo para el paciente ya que permite su recuperación en un contexto de seguridad, conocido y confortable. Esto no es posible en el caso de las personas en situación de sinhogarismo, precisamente por la falta de vivienda y de apoyo necesario. Esta tendencia de favorecer el tratamiento domiciliario, desde el alta hospitalaria, hasta el alta médica es una dificultad para las personas sin hogar que no cuentan con lo que necesitan hasta su total recuperación.

Hay escasas unidades de convalecencia que garanticen la adhesión al tratamiento, la rehabilitación y los cuidados médicos y de enfermería necesarios hasta la total recuperación de la persona. A la vez, algunas personas sin hogar se ven desproporcionadamente afectadas por una múltiple morbilidad y los espacios de unidades medias no cuentan con la flexibilidad necesaria para acoger estos casos. Esto pone de manifiesto la necesidad de recursos flexibles para promover las respuestas oportunas a las complejas necesidades de salud de este colectivo.

El control de síntomas, clave en la intervención en cuidados paliativos y en convalecencias, es muy difícil de abordar si el enfermo carece de domicilio y de apoyos. Las personas sin hogar, una vez dadas de alta en el hospital, suelen regresar a un alojamiento tipo albergue, pensión o habitación en un piso semi- supervisado y en



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



ninguno de ellos se puede ofrecer el apoyo específico y necesario para su recuperación o bienestar. En algunas ocasiones, incluso, vuelven a la calle. Estas situaciones suponen, en la mayoría de las ocasiones, dificultades para la adhesión al tratamiento ya que se produce el abandono de los cuidados continuados, recaídas y visitas continuadas a urgencias.

Por otro lado, en algunas redes de atención a personas sin hogar, existen algunos dispositivos que tratan de adaptar sus plazas en contingencias especiales, pero, según nuestra experiencia, la percepción tanto de los profesionales, como de las personas atendidas es que no se consigue llegar a ofrecer la atención integral que la persona necesita, ni cuentan con los perfiles profesionales adecuados y necesarios para hacerlo.

Es de resaltar que existe una ausencia total de atención a personas sin hogar con enfermedades avanzadas, invalidantes o en fase terminal.

Otro aspecto importante es el camino paralelo de las redes de atención sociales y sanitarias, que dificultan la integralidad de la intervención y en muchas ocasiones la continuidad de ésta.

En Europa, en el ámbito de las personas mayores dependientes en cuidados de larga duración, ya se está poniendo el foco en la necesidad de atención integrada, es decir en la necesidad de coordinar la prestación asistencial e integrar lo social y lo sanitario.

Para abordar la situación de especial vulnerabilidad que sufren las personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud física, es necesaria una intervención sociosanitaria, es decir, la actuación simultánea del sistema de salud y del sistema social, prestando unos servicios a las personas que tengan efectos sinérgicos. El programa que presentamos promueve esta intervención provocando la coordinación y sinergias entre ambas redes de atención.

2.3.- OBJETIVOS OPERATIVOS (5)

- OE1. Generar un estado de seguridad y confort en la persona que favorezca su recuperación o estabilidad integral (física, mental, social y emocional).
- OE 2. Garantizar el cuidado y mantenimiento de la salud, asegurando el tratamiento médico.
- OE 3. Elaborar junto con la persona su plan de acción, partiendo de sus expectativas, necesidades, deseos, solicitando apoyos y activando servicios ajustados a su momento.
- OE 4. Conseguir el mayor grado de autonomía de las personas y el funcionamiento independiente
- OE 5. Acompañar en el acceso a derechos de plena ciudadanía, (salud, vivienda, prestaciones, empleo, seguridad, etc.)
- OE 6. Mejorar la situación del alojamiento a la salida del programa (alojamiento que mejor se adapte al interés y situación personal).
- OE 7. Lograr que la persona acceda a redes normalizadas de atención y participación que favorezcan la integración comunitaria. (red sanitaria, red de servicios sociales, red formativo laboral, red de ocio).
- OE 8: Incidir para la incorporación en la agenda de las Administraciones Públicas acciones para garantizar el derecho a la salud de las personas sin hogar.
- OE 9: Difundir los resultados de la evaluación del programa como medio de sensibilización y escalado del mismo.

2.4.- INDICAR ORGANISMOS Y ENTIDADES COLABORADORAS EN EL DESARROLLO DEL PROYECTO.

SERVICIOS O DEPARTAMENTOS DE LA ENTIDAD LOCAL (6)
SERVICIOS SOCIALES AYUNTAMIENTO DE MURCIA
SERVICIOS DE OTROS SISTEMAS DE PROTECCION SOCIAL (7)
HOSPITALES DE LA REGIÓN DE MURCIA



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL (8)
EAPN MURCIA
FEANTSA
EMPRESAS (9)

2.5.- ASPECTOS INNOVADORES DEL PROYECTO Y SU JUSTIFICACIÓN

ASPECTOS INNOVADORES DEL PROYECTOS (10)	SI / NO
1.- EL PROYECTO DESARROLLA O IMPLEMENTA NUEVOS SERVICIOS NO DESARROLLADOS ANTERIORMENTE POR LA ENTIDAD LOCAL.	SI

Justificación:

El programa entiende la vivienda como infraestructura de salud, por lo que ofrece un hogar temporal, como base segura, y los servicios de un equipo multidisciplinar de profesionales de atención 24 horas, que acompañan para que la persona acceda a derechos e inicie y/o consolide procesos de recuperación e integración social efectivos y eficientes.

Este equipo multidisciplinar se compone bajo la supervisión de la Dirección y coordinación del programa de: DUE, técnico de intervención social, psicólogo y auxiliares sanitarios.

Esta concepción de programa específicamente diseñado para dar respuesta a personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud desde una perspectiva social y sanitaria y en el marco del concepto de vivienda y no de centro, es una novedad respecto a los servicios que actualmente existen en la región. Cabe destacar del mismo modo, que la atención no solo se dirige a personas convalécientes, sino también a enfermos crónicos con enfermedades desestabilizadas o de nuevo diagnóstico y perfiles paliativos, que recibirán el acompañamiento y cuidados necesarios hasta el final de vida.

2.- EL PROYECTO DESARROLLA O IMPLEMENTA NUEVAS METODOLOGÍAS DE ATENCIÓN SOCIAL NO DESARROLLADAS ANTERIORMENTE POR LA ENTIDAD LOCAL.	SI
---	----

Justificación:

HOGAR SÍ ha desarrollado una metodología específica para el trabajo en el ámbito de las necesidades socio-sanitarias asociadas al sinhogarismo que se concreta en la adopción e implementación de los siguientes principios metodológicos en la intervención:

Enfoque integral centrado en la personan protagonista activa de su proceso.

Entendemos a la persona como un ser complejo, un ente bio-psico-social y lo atendemos en su integralidad. Buscamos la máxima autonomía y participación en la planificación y la dirección de la intervención desde la decisión informada. Entendemos la autodeterminación como el punto de partida para la recuperación, teniendo la persona la capacidad de decidir cómo vivir su vida y el tipo de apoyo que va a recibir.

Planificación centrada en la persona.

Todas las personas son capaces de definir sus propias metas. La planificación centrada en la persona es una estrategia y un modo de relación, que ayuda a las personas a obtener poder y control sobre lo que sucede en sus vidas. Es desde este control y poder desde donde las personas articulan, con los apoyos y las oportunidades necesarias, lo que quieren y necesitan para tener la vida que desean.

Case mánager. Gestión de casos.

Cada persona que ingresa tiene varios sistemas de atención simultáneos tanto en el ámbito sanitario como en el social. Ponemos a disposición de la persona un case mánager que busca superar la fragmentación de



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



las intervenciones, entendiéndolo a la persona como una, con necesidades complejas, y como sujeto capaz de dirigir su vida con los apoyos adecuados. Se busca una atención integrada, una atención que cruza las barreras entre atención primaria, comunitaria, hospitalaria y servicios sociales.

Apoyo flexible y proporcional.

El apoyo que damos a nuestros/as clientes es flexible, adaptable y creativo, y responde al conjunto de necesidades y demandas individuales de cada persona, en función de lo que permitan los recursos disponibles. El apoyo es individualizado y se configura según las necesidades de cada persona. El apoyo está diseñado para fomentar la independencia y autonomía de las personas.

Perspectiva de género.

La incorporación del principio metodológico de la perspectiva de género implica una toma de postura a favor de la igualdad de género en los distintos programas, proyectos y actividades que se desarrollan.

Reducción de daño.

Se aplica como una metodología transversal en relación con diversas conductas problemáticas o de riesgo, que las personas no tienen deseo de modificar, o no se encuentran en el momento de hacerlo (prostitución, adicciones comportamentales, juego patológico, etc.).

En relación específica con las adicciones, tal como hemos desarrollado en el apartado de justificación de la necesidad, las personas sin hogar con consumos tienen grandes dificultades para acceder y mantener tratamientos médicos, ya que la exigencia de la abstinencia o desintoxicación es una barrera para muchas de ellas. Las estrategias de reducción de daño se hacen necesarias en un programa que, si bien ofrece un espacio libre de drogas, tiene un enfoque de derechos y acepta los consumos como parte del proceso de decisión individual de cada persona.

El programa apoya en procesos de consecución de abstinencia, si es un objetivo de la persona y así lo demanda, de hecho, la abstinencia es siempre una meta potencial, pero no un requisito, por lo que también nos comprometemos con personas con consumos activos para promover la reducción de daños.

Complementariedad de intervención: individual, grupal y comunitaria.

El modelo de intervención está basado en dos términos fundamentales: la relación y el encuentro, realizado en tres niveles:

Reencuentro consigo misma. Intervención individual.

Reencuentro con la unidad convivencial. Intervención grupal.

Intervención comunitaria.

La interculturalidad en el encuentro.

Si bien partimos del principio de la aceptación del otro y de la riqueza de la diversidad, no podemos negar que son múltiples y complejos los factores que interfieren en cualquier encuentro intercultural y que en la intervención social no estamos exentos de ellos, como tampoco lo está la unidad convivencial del programa.

Humanización de la salud.

Las personas que acceden al programa se encuentran en situación de fragilidad, enfrentándose a la vivencia de situaciones límite como la propia enfermedad, el dolor, la frustración o la muerte, por eso la humanización del apoyo es trascendente. Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, con los valores que él siente como peculiares e inalienables.

La entrevista motivacional

Apostamos por la entrevista motivacional como herramienta básica en la intervención del equipo técnico. Esta herramienta es clave para saber cómo trabajar la motivación y el deseo en cada una de las etapas del cambio presentadas en el modelo transteórico.

Empoderamiento y participación como vehículo de movilidad social ascendiente

FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Para el programa es fundamental la importancia de fomentar la participación como herramienta de ejercicio ciudadano para personas en situación de exclusión social.

La participación es un proceso por el cual individuos y grupos mejoran su capacidad de:

- Estar informados
- Elegir qué hacer
- Transformar las opciones en acciones y resultados deseados

Evaluación y mejora.

En el programa entendemos la evaluación como un principio que guía y orienta la intervención. La evaluación de procesos/fidelidad se centra en la implementación del programa, para establecer si se han alcanzado metas de ejecución y si las estrategias se han desarrollado de acuerdo con lo planeado

El equipo profesional es formado en estos principios y metodologías, con el fin de alcanzar una intervención integral para las personas beneficiarias del programa desde una perspectiva coherente e integradora.

3.- EL PROYECTO INCORPORA NUEVOS ORGANISMOS/ASOCIACIONES, EN EL DESARROLLO O IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS O METODOLOGÍAS, NO SI COLABORADORES CON EL CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES HASTA EL MOMENTO.	SI
--	----

Justificación:

MEDICOS DEL MUNDO
 ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

4.- EL PROYECTO RESPONDE A NUEVAS NECESIDADES SOCIALES NO ACAECIDAS ANTERIORMENTE EN SU TERRITORIO.	SI
---	----

Justificación:

La pandemia de COVID ha puesto aún más de manifiesto la necesidad de optimización de las plazas sanitarias y que las mismas, sean cubiertas por personas en procesos agudos que requieren de los servicios hospitalarios. La saturación del sistema sanitario unido a la saturación del sistema social ha colocado a las personas en situación de sinhogarismo en una posición aún más vulnerable si ello es posible. El programa presentado, por ello, ha de entenderse en términos de coste-oportunidad, dado que su existencia, supone por un lado que las personas en situación de sinhogarismo no ocupen camas hospitalarias o servicios de urgencias por temas sociales y que por ello, las mismas puedan ser ocupadas por pacientes que requieran de estos servicios por temas médicos. Por otro lado, el programa procura que nadie retorne a la situación de calle de origen, sino que todas sus esferas (social, económica, residencial y sanitaria) hayan mejorado, pudiendo iniciar un nuevo proyecto vital a la salida del recurso. No existe en la Región de Murcia ningún programa específico para personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud, de atención sociosanitaria 24 horas, con equipo multidisciplinar y que incida tanto en el área social como en la sanitaria de las personas, fomentando su autonomía, autodeterminación y acceso a derechos.

NO	EL PROYECTO RESPONDE A NECESIDADES NO CUBIERTAS ANTERIORMENTE EN SU TERRITORIO.
----	---



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

**Justificación:**

Las viviendas para la recuperación de la salud son un programa que surge desde la evidencia científica del efecto que el sinhogarismo tiene sobre la salud de las personas que lo padecen, de las necesidades de apoyo (personales, materiales y de infraestructura) no cubiertas para afrontar un proceso de enfermedad y de la dificultad de acceso al sistema sanitario de las personas sin hogar.

El programa, de carácter temporal, se dirige a personas sin hogar en períodos de convalecencia, con enfermedades crónicas de nuevo diagnóstico o desestabilizadas o con enfermedad grave y terminal que requiere de cuidados paliativos.

El programa se caracteriza por ofrecer una respuesta especializada de calidad que combina la intervención psicosocial, siendo plataforma para el acceso a servicios y derechos sanitarios, económicos y sociales, y el apoyo sanitario, buscando la correcta recuperación física y la mejora de la salud en todas sus dimensiones.

Las viviendas para la recuperación de la salud promueven el acceso y mantenimiento en el cuidado de la salud de las personas afectadas por el sinhogarismo en las redes normalizadas de atención, actuando de puente entre las redes sociales y sanitarias, para lograr una atención integral y mejorando la calidad de vida de las personas atendidas.

El ayuntamiento no cuenta con un programa en Murcia que de esta respuesta sociosanitaria especializada con atención multidisciplinar 24 horas y en vivienda y que acepte cualquier comorbilidad (adicciones activas, salud mental, etc.) incluyendo en su perfil a aquellas personas que precisen apoyos temporales para las AVDS.

Para ello el programa facilita:

- Un espacio de seguridad, descanso y estabilidad para asegurar la convalecencia médica, con el fin de apoyar el restablecimiento de la salud de la persona y acompañar en el inicio o el avance de su proceso de integración social.
- Un ambiente basado en el respeto, el confort y el apoyo.
- La mejora de la salud y un mayor nivel de cuidado de las personas.
- La autonomía y autodeterminación de la persona en su proceso de recuperación y tratamiento.
- Apoyo las 24 horas del día, de lunes a domingo, a las personas que por problemas de salud no pueden ser autónomas en las actividades de la vida diaria en su recuperación.
- La coordinación con los centros de salud (ambulatorios u hospitalarios), que permitan que la persona ejerza sus derechos en el acceso a los tratamientos correspondientes.
- La coordinación con la red de recursos para personas sin hogar.
- La coordinación con los servicios sociales comunitarios, así como redes de atención especializada, para que la persona acceda a redes normalizadas de atención.
- La búsqueda de alternativas residenciales de cara a la salida del programa.
- Un espacio de confort, seguridad y estabilidad en momentos de cuidados paliativos a personas sin hogar con posibilidad de tratamiento ambulatorio.
- El acompañamiento en el proceso de finalización de la vida desde el principio de



Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



dignidad.

6.- EL PROYECTO PREVÉ UNA MEJORA EN UN SERVICIO YA IMPLANTADO EN CUANTO A SUS CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y/O FUNCIONALES.

Justificación:

El proyecto supone una mejora en la cantidad de plazas disponibles en la Región de Murcia para las personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud. La alta demanda de plazas de este programa desde los hospitales, centros de servicios sociales y otros agentes sociales, supone que perfiles que podrían acceder al recurso, ocupen camas hospitalarias no tanto por el problema sanitario que propició su ingreso, sino por la situación social. Estas 3 plazas que pasan a formar parte de la respuesta que la Región de Murcia da este colectivo tan vulnerable, supondrá que al menos 6 personas a lo largo del periodo de ejecución podrán iniciar sus procesos de recuperación sanitaria y social y/o su acompañamiento digno a la muerte, con las consiguientes consecuencias de ahorro al sistema sanitario y la mejora de la calidad de vida de las personas incorporadas al programa. Del mismo modo, se verá reducida la lista de espera que de manera permanente tiene el programa, con una media de 25 personas.

7.- EL PROYECTO INCORPORA LA UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN, NO UTILIZADAS HASTA EL MOMENTO, CON LAS QUE SE PREVÉ UNA MEJORA EN LA EFICIENCIA Y/O CALIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIAL

Justificación:

Con el fin de garantizar la máxima seguridad y cuidado de las personas que acceden al programa, todas las habitaciones y salas comunes, disponen de un sistema electrónico de llamadores que conectan de modo directo con el despacho de profesionales y la enfermería. De este modo, se puede dar una respuesta inmediata a una situación de emergencia y mantener el adecuado control y comunicación cliente-profesional aun cuando las condiciones de movilidad o salud de la persona estén mermadas.

Dentro del marco del proceso de digitalización de la entidad, el uso de herramientas y aplicaciones en el ámbito de la intervención social en el programa es clave. Se pretende promover una relación de mayor calidad, desde el punto de vista digital, con las personas beneficiarias. Para ello se utilizarán las herramientas digitales que promuevan un proceso de desintermediación y faciliten la mayor autonomía de las personas; y tratar de eliminar el papel como soporte en la gestión de la información.

Además, en el marco de la evaluación, la generación de conocimiento se procesará a través de aplicaciones que permitan la trazabilidad en la gestión del dato en cuanto a su registro, almacenamiento, procesamiento, análisis y visualización.

8.- EL PROYECTO INCORPORA NUEVAS ESTRATEGIAS CON LAS QUE SE PREVÉ UNA MEJORA EN EL RENDIMIENTO Y ÉXITO DE LAS ACTUACIONES.

Justificación:



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



El proyecto basa su estrategia en la combinación de la esfera social y sanitaria como mecanismo de atención holística de la persona.

El/la cliente se posiciona en el centro en todo momento, siendo esta una estrategia innovadora, diametralmente opuesta a la tradicional, en la que la persona pasa de ser un sujeto pasivo receptor de prestaciones, a un agente activo protagonista y dueño de su proceso, por tanto, un ciudadano de pleno derecho que accede a los recursos de su entorno desde la libertad y la autodeterminación.

Este posicionamiento del programa hace que el cliente elija los servicios a los que quiere acceder contando para ello con el apoyo del case mánager. Los servicios ofertados son:

- Servicio de alojamiento y manutención
- Servicio de apoyo individual.
- Servicio de orientación social, acceso a prestaciones y alternativa residencial
- Servicio de seguimiento y asesoramiento sanitario.
- Servicio de asistencia en el cuidado personal.
- Servicio psicológico.
- Servicio de apoyo a la autonomía en actividades de la vida diaria.
- Servicio de acompañamiento a final de vida.
- Servicio de promoción del ocio y el tiempo libre.
- Servicio activación / talleres grupales.
- Servicio de sensibilización e integración comunitaria.

Dada la naturaleza y los objetivos del programa hay dos servicios que se activan en todas las personas, ya que se encuentran vinculados con los compromisos para el ingreso. Estos son el Servicio de apoyo individual, que supone al menos una entrevista semanal con el case mánager y el Servicio de seguimiento y asesoramiento sanitario. En relación al resto de servicios, no se activan si la persona no los vive como necesarios y los solicita.

Si bien se respeta y se apoya la decisión de la persona, el equipo profesional fomenta y trabaja activamente para promover en ella un compromiso personal para la mejora de su bienestar físico, social y psicológico, es decir, informa sobre posibilidades de lograr cambios positivos en su vida y también informa sobre servicios que pueden favorecer ese cambio.

Toda la intervención individual se realiza desde la relación de ayuda, la confianza básica y la exigencia adaptada. Partiendo de las potencialidades de las personas atendidas, utilizando la entrevista motivacional como herramienta principal e incorporando la perspectiva de género de forma transversal, para trabajar el empoderamiento, la responsabilidad y el desarrollo competencial de las personas usuarias en cada área de intervención.

El cliente participa activamente en todas las fases del proyecto desde su diseño, a la ejecución y la evaluación.

Participación en el diseño.

La monitorización de las encuestas de satisfacción en su apartado más cualitativo, donde las personas beneficiarias exponen los aspectos más positivos y negativos de la intervención, es un modo de participación esencial que nos orienta en los ajustes de la evaluación.

Además, dentro del proceso de intervención, se organizan encuentros y asambleas grupales de los participantes con los equipos profesionales donde se exponen los resultados de las evaluaciones de satisfacción y las personas pueden dar su opinión acerca de los procesos. Es una herramienta esencial que nos ayuda a mejorar el diseño de la evaluación, así como para trabajar directamente con las personas en



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



propuestas que mejoren el servicio y la atención adaptada a sus necesidades.

Del mismo modo, las personas desarrollan su plan de intervención con los objetivos a alcanzar, sus metas y los tiempos para la consecución de estas, siendo revisadas de acuerdo a la voluntad y necesidad del cliente.

Las actividades que se realizan en las viviendas parten de sus intereses y necesidades, trabajándose en las reuniones de convivencia, con el fin de que, al ser de su elección, reporten el máximo beneficio a las personas residentes y alcancen un alto grado de implicación.

Participación en la ejecución.

Antes de la inclusión de herramientas de evaluación, se realiza un proyecto piloto para probarlas. Se pasan las herramientas a un grupo de personas participantes del programa y se recoge su opinión sobre la idoneidad de las herramientas (dificultades, dudas, etc.). A partir de aquí el equipo de evaluación realiza el ajuste necesario de las herramientas para implementarlas en la evaluación.

La participación de las personas beneficiarias en la ejecución de la evaluación será especialmente relevante en la actividad que nos permitirá conocer y ajustar el ‘Customer Journey’ (viaje del cliente o mapa de experiencias del cliente). Es una herramienta que se fundamenta en la experiencia del cliente (persona beneficiaria del programa) y su interacción racional, física, emocional y psicológica a lo largo del proceso de relación con la organización. No se trata por lo tanto únicamente de pensar en el cliente, sino en pensar como el cliente.

El objetivo es alinear la visión externa e interna relacionando la visión emocional y racional del cliente con la marca en sus distintas etapas de interacción y definir la experiencia de cliente para satisfacer sus necesidades y expectativas, y conseguir oportunidades de crecimiento.

Este programa incluirá técnicas que nos permitirán conocer su visión del ‘camino’ que implica su estancia en el programa y el proceso de intervención llevado a cabo para conseguir los objetivos y cambios esperados.

Participación en la evaluación.

Las personas beneficiarias del programa son el centro sobre el que gira todo el proceso de intervención y por tanto la información de la evaluación está en relación con este. A lo largo de su estancia en el programa, los equipos de intervención recogerán información de registros, opiniones y percepciones de las personas a través de las herramientas diseñadas para tal efecto (cuestionarios, escalas, registros, etc.).

Del mismo modo y tal y como se detalla en el apartado IV de Seguimiento y evaluación del presente formulario, el programa se somete a un riguroso sistema de evaluación que permite obtener datos cuantitativos y cualitativos del mismo, así como las áreas de mejora de la gestión y las áreas de impacto en la calidad de vida de las personas durante y tras su paso por las viviendas de la recuperación de la salud.

Esta perspectiva de decisiones libres y autónomas y de participación, supone que el porcentaje de éxito en cuanto a los objetivos que se marca la persona crezca exponencialmente, dado que nacen de ella y se adaptan según su momento y su voluntad.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Finalmente, señalamos también como estrategia la orientación y acompañamiento en el acceso a los sistemas social y sanitario de tal forma, que la persona alcanza autonomía y establece una nueva manera de relacionarse con los mismos desde la perspectiva de ciudadano de pleno derecho.

9.- EL PROYECTO DESARROLLA ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN Y PROCESOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS.	SI
---	----

Justificación:

Desde 2011, HOGAR SÍ está comprometida con el camino hacia la Excelencia a través del Modelo de Calidad EFQM. La certificación que actualmente tenemos vigente es de EFQM 400+, una puntuación que nos hace destacar como organización comprometida, competitiva, de prestigio y de confianza.

HOGAR SÍ se alinea con el Modelo EFQM como una forma de responder de manera excelente y holística a los desafíos actuales y futuros tanto internos como externos. Nos comprometemos con estos desafíos y desarrollamos y desplegamos un propósito inspirador, una visión ambiciosa y una estrategia que genera resultados. Nos preocupamos por conocer nuestro ecosistema y en concreto, a los Grupos de Interés que son claves para el éxito de nuestra visión. “Creemos en la responsabilidad colectiva de generar soluciones frente al fenómeno del sinhogarismo. Trabajamos para cambiar la mirada hacia este problema y afrontarlo desde el conjunto de la sociedad, en lugar de gestionar situaciones individuales”. Todo ello con la mirada puesta en el impulso de la calidad, la mejora y la transformación.

Tras la última actualización del Modelo EFQM en el año 2020, éste se ha estructurado en tres bloques: Dirección, Ejecución y Resultados, en torno a los cuales toda organización que trabaje bajo el modelo ha de alinearse.

BLOQUE 1 (EFQM)-DIRECCIÓN

La organización cuenta con un Plan Estratégico, Plan Operativo y OKR que se revisan de manera periódica para monitorear coordinada y globalmente el grado de consecución de los objetivos Estratégicos planteados. Además, en los últimos años hemos implantado un sistema de gestión y de gobierno basado en metodologías Ágiles. Gracias a esta forma de funcionar a través de SCRUM, hemos ganado en flexibilidad, en capacidad operativa y de respuesta, lo cual nos permite orientarnos más y mejor a las necesidades de nuestros clientes. Además, nos ha permitido desarrollar una cultura de liderazgo compartido, de estímulo de la creatividad y de innovación, ya que se fomentan las redes de aprendizaje y de colaboración transversales en todas las capas de la organización.

BLOQUE 2 (EFQM)- EJECUCIÓN

Además de contar con una Estrategia y Dirección bien fundamentadas, implementadas y monitoreadas, es necesario y clave contar con una Ejecución comprometida, sostenible, eficaz y eficiente. Esta ejecución se fundamenta en tres pilares:

Identificación e implicación de los Grupos de Interés: HOGAR SÍ tiene claramente identificados y clasificados sus clientes. Gracias al diseño de estos perfiles y basándonos en los análisis de necesidades realizados, se han definido, y se mejoran de manera continua nuestras soluciones, programas y proyectos. Algunos de los canales y herramientas de mejora son: la Medición y análisis sistemático del grado de satisfacción de las personas atendidas a través de la encuesta de satisfacción a clientes. La Medición y análisis sistemático de los indicadores de intervención de los programas, cumplimentados mensualmente y analizados. Los Informes de actividad: que se traducen en informes de mejora compartidos con las personas trabajadoras de los equipos de intervención para su análisis y propuestas de mejora en función de los resultados obtenidos. Sistema de quejas, reclamaciones y sugerencias que permite ahondar aún más en los intereses de las personas que atendemos, identificar fallos, problemas, carencias, deficiencias y, en



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



definitiva, aspectos a mejorar en sus diferentes dimensiones.

b. Creación de Valor sostenible. Recientemente la organización ha diseñado el Mapa de Procesos de la Entidad, que nos permite alinear nuestros procesos estratégicos y de soporte, con nuestra operación. Todo ello tomando como referencia las necesidades y expectativas de cada uno de nuestros Grupos de Interés de manera desagregada. Basándonos en este análisis diseñamos y creamos nuestras Soluciones, entregamos nuestra propuesta de valor a través de nuestra intervención directa (programas y proyectos), y diseñamos e implantamos la experiencia global de cliente. Esta experiencia global la medimos y evaluamos a través de los mecanismos de percepción mencionados anteriormente y nos permite asimismo aprovechar todas las oportunidades para personalizar cada una de nuestras soluciones.

c. Gestión del funcionamiento y la transformación impulsando la innovación, aprovechando la tecnología, los datos, la información y el conocimiento. La Estrategia 2020-22 y el Plan Operativo 2021 de la Entidad han apostado de manera decidida por diseñar y llevar a cabo una Estrategia de Digitalización que nos permita dar un salto significativo en el Fortalecimiento, la Sostenibilidad y la Transformación de nuestra actividad. Por ello se ha creado la Unidad de Digitalización y Fortalecimiento Institucional que tiene como propósito Garantizar el valor de los datos como activo clave de la entidad, uniendo personas, datos y tecnología para transformar los modelos de aportación de valor al cliente, aumentando la eficiencia de nuestras soluciones, asentando la cultura de mejora continua y democratizando la experiencia digital de nuestros grupos de interés.

BLOQUE 3 (EFQM)- RESULTADOS

Como no podía ser de otra forma, tanto la Dirección a través del foco en la Estrategia, como la Ejecución, fundamentada en una respuesta eficaz y eficiente a las Necesidades y expectativas de nuestros Grupos de Interés, apuntan hacia los Resultados, es decir, hacia lo que conseguimos como consecuencia de lo realizado anteriormente. En línea con este tercer bloque evaluamos tanto la percepción como el rendimiento.

a. **PERCEPCIÓN:** Estos resultados se centran en el feedback obtenido tras la experiencia personal con la organización, es decir, sus percepciones. La percepción de los clientes a través de cuestionarios de satisfacción en los que evaluamos las 5 dimensiones de calidad del servicio: elementos tangibles del servicio, capacidad de respuesta, Fiabilidad del servicio, Empatía y seguridad. Además de estas dimensiones, se miden otros tres indicadores de calidad del servicio: satisfacción general, índice de confianza en el servicio e índice de recomendación ante situaciones similares. La percepción de las personas que conforman la organización. Anualmente la organización realiza una encuesta de clima laboral en la que se evalúa a la Entidad, el Patronato, la satisfacción con el puesto de trabajo, las condiciones, el reconocimiento y la remuneración y el desarrollo profesional entre otros ítems.

b. **RENDIMIENTO:** Se mide tanto el rendimiento estratégico (capacidad de alcanzar el propósito, ejecutar la estrategia y crear valor sostenible), como el operativo, para dar seguimiento, comprender y mejorar el rendimiento global de la organización y para predecir el impacto que este rendimiento tendrá, tanto en las percepciones de los grupos de interés clave como en los objetivos estratégicos futuros

10.-EL PROYECTO INCORPORA NUEVOS MÉTODOS DE ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA	NO
---	----

Justificación:

Para abordar la especial vulnerabilidad que sufren las personas en situación de sinhogarismo con problemas de salud física, es necesaria una intervención sociosanitaria, es decir, la actuación simultánea del sistema de salud y del sistema social, prestando unos servicios a las personas que tengan efectos sinérgicos. El programa que presentamos promueve esta intervención provocando la coordinación y sinergias entre ambas redes de atención.

El proyecto no incorpora nuevos métodos de organización de los SSS de atención primaria, sino que garantiza el acceso de las personas del programa a los mismos y acompaña en el vínculo. Las personas atendidas son ciudadanos de pleno derecho, y como tales acceden a los recursos públicos, actuando el



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



programa de puente entre las redes paralelas de atención sanitaria y social para lograr la integralidad de la intervención.

Del mismo modo, refuerza y apoya el trabajo que se hace desde SSSS y dota al ámbito local de plazas especializadas a las que derivar a este colectivo tan extremadamente vulnerable

El programa cuenta con un equipo interdisciplinar, para responder a la atención integral de las personas en su proceso, que desde la especialización profesional ofrece sus servicios para lograr los objetivos de recuperación que la persona se plantea.

La especialización de los profesionales responde también a la necesidad de incorporar la perspectiva específica de cada área en el equipo, que permite una comprensión global de cada caso. A la vez, la coordinación específica de cada perfil profesional (salud, trabajo social, salud mental) favorece la generación de nuevos puentes con los servicios públicos y comunitarios.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



2.6.- ACTIVIDADES / ACTUACIONES PREVISTAS

DIMENSIÓN DE LA INTERVENCIÓN (11)	SI / NO
1.- INDIVIDUAL.	SI
2.- GRUPAL.	SI
3.- COMUNITARIA.	SI

SECTOR DE POBLACIÓN ESPECÍFICO AL QUE VA DIRIGIDO EL PROYECTO (12)	Marcar (x)
1.- CONJUNTO DE POBLACIÓN.	
2.- FAMILIA.	
3.- MENORES.	
4.- JOVENES.	
5.- PERSONAS MAYORES.	
6.- MUJER.	
7.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD.	
8.- PERSONAS SIN HOGAR.	X
9.- PERSONAS INMIGRANTES.	
10.- PERSONAS CON CONDUCTAS DISRUPTIVAS O ADICCIONES.	
11.- PERSONAS CON TRANSTORNO MENTAL GRAVE.	
12.- POBLACIÓN DE ETNIA GITANA.	
13.- OTROS, ESPECIFICAR:	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES / ACTUACIONES PREVISTAS. (13)

El programa se dirige a personas sin hogar, mayores de 18 años que manifiesten su deseo de incorporarse al programa y que necesitan cuidados sanitarios específicos no hospitalarios porque:

- Han sido objeto de un alta hospitalaria y se encuentran en un periodo de convalecencia médica o
- Tienen enfermedad crónica de nuevo diagnóstico o desestabilizada o
- Sufren una enfermedad grave, en fase terminal y necesitan cuidados paliativos.

Disponemos de **2 viviendas** para perfiles con necesidad de cuidados y atención sociosanitaria; Se pone a disposición del proyecto **3 plazas**, que desarrollarían su intervención con **6 clientes** durante el ejercicio junio 2022-diciembre 2023.

Proceso de intervención

Si bien cada proceso es único y tiene una duración y objetivos particulares, el proceso de intervención se realiza en cuatro fases de trabajo.

1. Fase de Precogida

La fase previa a la entrada tiene como finalidad recabar y ofrecer la información necesaria para que la persona que lo necesite y desee pueda incorporarse al programa.

1.1. Derivación

La coordinación del servicio recibe las derivaciones de las personas candidatas; estas derivaciones podrán ser emitidas por cualquier entidad social, sea pública o privada: unidades de trabajo social hospitalaria, unidad de trabajo social de centros de especialidades, centros de servicios sociales, red de atención a personas



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

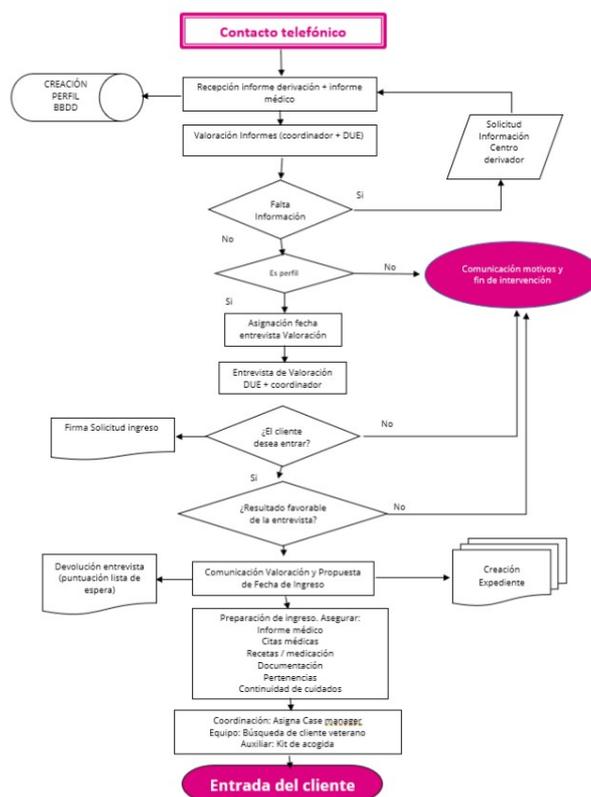


sin hogar. La amplitud de redes de derivación ofrece la posibilidad a cualquier profesional del ámbito social y sanitario de derivar al programa.

1.2. Valoración

En el caso de que el perfil sea adecuado, valorada la solicitud de ingreso desde la mirada social y sanitaria, se procederá a realizar una entrevista de valoración acordada con el organismo derivador. En esta entrevista, se informa a la persona sobre las características del programa, los servicios ofrecidos, la dinámica convivencial, así como los acuerdos y compromisos que asume con la incorporación.

En los casos de entrevistas favorables, la coordinación que se realiza con la entidad derivadora busca transmitir el resultado, establecer la fecha y la hora de la incorporación del cliente al programa y de las especificidades de la entrada. En el caso de que el programa tenga una ocupación plena, se transmite a la entidad derivadora la puntuación obtenida por la persona e incorporación a la lista de espera.



2. Fase de Acogida

Esta fase es primordial para la adaptación y el bienestar de la persona que llega al programa en un momento de gran vulnerabilidad. Es la oportunidad de “acoger, conocer y darnos a conocer”.

2.1. Primeras semanas.

La entrada es muy especial y puede marcar el devenir relacional del cliente, de ahí que se extrema el cuidado, la escucha activa y la disponibilidad del equipo profesional para hacer agradable y acogedor este primer momento.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Se ofrece un espacio para reducir la incertidumbre y la posible ansiedad por llegar a un sitio nuevo; en un ambiente cálido y tranquilo se escucha cómo se encuentra y cualquier duda que pueda manifestar el cliente. Inmediatamente después presentamos al resto de personas que viven en la casa. Posteriormente, se deja a la persona en su nuevo espacio, para que se sitúe, se acomode en su habitación y comience a conocer a las personas con las que compartirá la vivienda, con el objetivo de adaptarse de la manera más cuidada y progresiva, huyendo de las prisas.

Uno de los acuerdos para ingresar en el programa es el compromiso con el cuidado de la salud, manteniendo seguimiento con la DUE del centro, realizando el tratamiento médico y cumpliendo con la pauta farmacológica prescrita, por eso las citas periódicas aseguran que el cuidado de la salud se lleve sin fisuras. En el primer encuentro con el personal de enfermería se comparte la información del estado de salud actual, necesidades de cuidados, actualización de plan farmacológico e información de red sanitaria.

Esta primera cita es importante y prioritaria ya que, además del conocimiento mutuo y evaluar el conocimiento y manejo que tiene la persona de su enfermedad, es necesaria la organización de la pauta médica, la valoración de necesidad de asistencia de cara a elaborar el cuadro de cuidados y para conocer y organizar las citas médicas pendientes.

El case mánager anima al cliente construir conjuntamente cada una de las líneas generales que definan el desarrollo del itinerario de cara a que la persona sea agente, actor y autor de su proceso de recuperación.

En clientes con diagnóstico paliativo, es significativo señalar que el trato y el abordaje tiene un componente de cuidado. Cada etapa de la fase de acogida tiene un mismo contenido y una misma planificación temporal, pero con más flexibilidad y adaptabilidad.

Más adelante, el case mánager, realiza la entrevista de valoración, en la que se exploran todas las áreas de intervención, haciendo un histórico de la persona y la situación actual, tratando de detectar fortalezas y deseos de trabajo.

Esta cita tiene como finalidad:

- Conocer más al cliente.
- Dar a conocer la cartera de servicios prestados en el programa, proporcionando información de los servicios que se ofrecen.

Es importante que el cliente entienda que él mismo es el propietario de su proceso y que recaen sobre él las decisiones de su itinerario que inicia con el equipo, activando o no los servicios disponibles y solicitando o no apoyos para el logro de sus objetivos.

Servicios:

- Servicio de alojamiento y cobertura de necesidades básicas
- Servicio de apoyo individual
- Servicio de seguimiento y asesoramiento sanitario
- Servicio de asistencia en el cuidado personal
- Servicio de orientación social y acceso a prestaciones
- Servicio psicológico
- Servicio de apoyo a la autonomía en actividades de la vida diaria
- Servicio de acompañamiento al final de vida
- Servicio de promoción del ocio y el tiempo libre



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



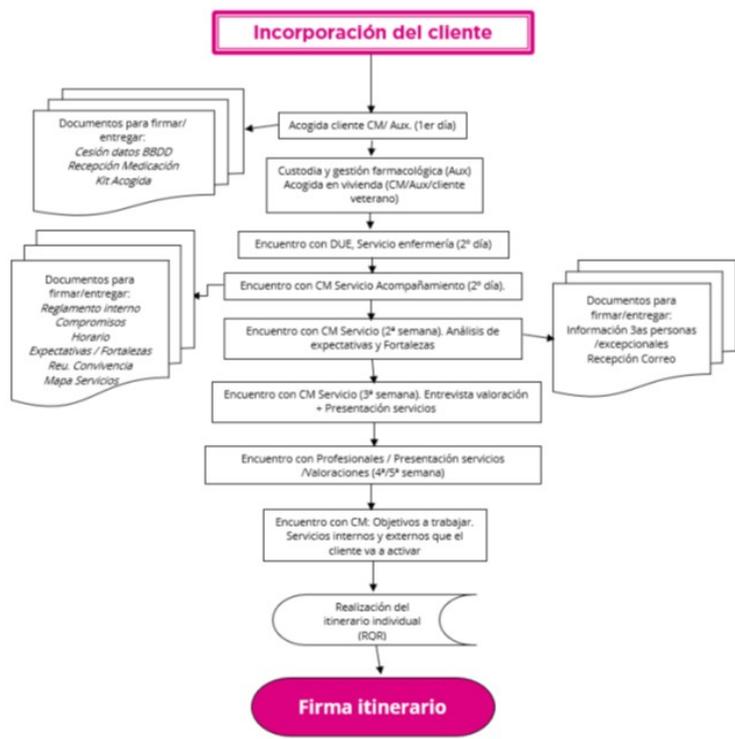
- Servicio de búsqueda alternativa residencial
- Servicio activación / talleres grupales
- Servicio de sensibilización e integración comunitaria.

No es necesario que manifieste en ese instante el deseo de activar los servicios, ya que se facilitan encuentros con la *case manager* para concretar aquellos servicios que sean de su interés. Por su parte en sus citas semanales, esta *case manager* va acordando con la persona el plan de trabajo que ésta quiere realizar durante su primer tiempo de estancia en el programa.

2.2. Puesta de objetivos. Plan de trabajo.

Una vez la persona ya se encuentra adaptada al programa y conoce los diversos servicios que se ofrecen en él, se realiza un nuevo encuentro con la *case manager* para establecer los objetivos de trabajo de la persona durante su primer tiempo de estancia en el programa y cuáles serán los servicios que activará el cliente (internos o externos) para el logro de esos objetivos.

Esta etapa tiene como matriz el momento en que la *case manager* y cliente formalizan un primer borrador del contrato terapéutico futuro con el compromiso de ambas partes para llevar a cabo las actuaciones, a través del Itinerario, firmando un documento de objetivos y actuaciones a través de la Herramienta de Gestión de Caso. Esta fase concluye cuando el cliente ha firmado los objetivos con los que quiere trabajar estando en el programa.



3. Fase de intervención



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



El tiempo de duración de esta fase es flexible ya que depende mucho del problema de salud con el que la persona entra al programa. No todos los diagnósticos tienen el mismo proceso ni desenlace y, aunque se trabajen de forma paralela diferentes áreas, la salud y las inquietudes personales determinan los tiempos.

La estancia en el proyecto no está sujeta a una temporalidad, porque la salida de las personas está condicionada al logro de los objetivos personales que se han pactado al ingreso. Estos logros no son únicamente sanitarios, ya que una persona puede tener éxito en la dimensión sanitaria y recuperarse de la convalecencia, pero permanecer en el programa mientras trabaja la dimensión social.

3.1 Activación de servicios

En esta fase de intervención, el *case manager* se encarga de activar los distintos servicios, que pueden ser propios del programa o externos. Estos servicios van dirigidos al apoyo de la consecución de los objetivos planteados y consensuados con la persona usuaria. Ante esto, hay que tener en cuenta que el apoyo que se presta desde los diferentes servicios va dirigido a que la persona pueda utilizar sus propios recursos o los de la comunidad para satisfacer sus necesidades. Por tanto, el apoyo no irá dirigido a la satisfacción directa de la demanda de la persona, sino a que sea ella misma quien emprenda acciones para satisfacerla con el equipo profesional o con los recursos externos. Esto implica que el equipo prestará un apoyo adecuado a la persona, en el momento en el que lo solicite, con el objetivo de propiciar la autonomía.

Todo cliente ingresa en el programa con tres servicios activados: “alojamiento y cobertura de necesidades básicas”, “seguimiento y asesoramiento sanitario” y “servicio de apoyo individual”. Desde este último se organiza toda la intervención. El objetivo principal es desarrollar procesos de autonomía, promoción y mejora de la calidad de vida. El trabajo del *case manager* será detectar cuales son las fortalezas y necesidades junto al cliente a través de entrevistas motivacionales periódicas para:

- Activar servicios.
- Hacer un seguimiento de los servicios activados con la persona.
- Realizar revaloraciones del cliente.

3.2. Establecimiento de objetivos

El equipo de profesionales de los diferentes servicios que ofrece el programa será quien acompañará en la consecución de los objetivos específicos planteados, cuando estos sean activados. Para ello se llevarán a cabo tareas que la persona ha diseñado con el apoyo de los profesionales. Todas las tareas irán dirigidas a buscar el logro de cada objetivo específico. Por otro lado, habrá servicios que serán externos al programa (por ejemplo, un servicio de empleo, un centro para clases de español, etc.), pero que igualmente serán necesarios al proceso integral de la persona y de los que el *case manager* hará también seguimiento de los objetivos planteados.

3.3 Tiempos y evaluación

Todo el proceso será evaluado de manera formal en periodos de cuatro meses junto al *case manager* en entrevistas formales de seguimiento en las que se elaborará una evaluación conjunta, cliente y profesional, con la finalidad de ver el grado de consecución de los objetivos establecidos en cada periodo.

Estas entrevistas tienen su génesis en la implicación que tiene la persona en su propia evaluación, teniendo un espacio de autoanálisis de los logros y fracasos que ha obtenido. En paralelo, el equipo técnico de los distintos servicios implicados en este proceso realiza una misma evaluación de logros y fracasos. También se identifican elementos facilitadores y obstáculos para la consecución de los objetivos, de cara a identificar posibles mejoras en el programa.

Durante todo el proceso de intervención se mantendrán reuniones semanales de seguimiento y con la frecuencia establecida en cada servicio según la necesidad que el cliente tenga.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Si bien cada servicio tendrá plazos de revisión de cuatro meses como mínimo, se tendrán en cuenta los cambios que puedan ir aconteciendo y se podrán establecer otras revisiones intermedias si fuera necesario. Durante este proceso se llevará a cabo un seguimiento del case mánager para evaluar el funcionamiento de los servicios y evaluar nuevas necesidades.

En personas que se encuentran recibiendo cuidados paliativos, el proceso es más laxo, siendo su estancia de carácter indefinido y centrándose la intervención en:

- Ofrecer un espacio de seguridad brindando cuidados de confort.
- Asegurar seguimiento sanitario, adherencia al tratamiento y control del dolor.
- Garantizar el acceso a los recursos y servicios que el sistema sanitario pone a disposición de los ciudadanos para el tratamiento domiciliario de personas recibiendo cuidados paliativos.
- Acompañar psicológica y emocionalmente en la aceptación paulatina de su realidad.
- Apoyar a retomar y/o mejorar las relaciones familiares y de apoyo.
- Orientar en la ocupación del tiempo libre.
- Informar y apoyar en la elaboración de las instrucciones por adelantado para elegir qué tipo de atención médica quiere tener al final de su vida
- Orientar en las gestiones económicas y legales.
- Favorecer espacios de autonomía

3.4 Plan individual de trabajo

El programa pretende que las personas afectadas por el sinhogarismo cuenten con las mismas posibilidades y recursos que el resto de la ciudadanía al enfrentar procesos de enfermedad, recuperación y muerte digna, facilitando un entorno adecuado para que en este momento de vulnerabilidad den continuidad o inicien procesos de integración social. Para ello, cada una de las personas tienen un plan de intervención consensuado con el case mánager y cada profesional que oferta un servicio.

El Plan de Trabajo en relación con la intervención con las personas se elaborará en base a la formulación de proceso y objetivos recogidos por escrito en la herramienta de gestión de caso RQR, donde se generan parte de los documentos que se tienen que firmar entre *case mánager* y cliente.

Los logros, necesidades, expectativas que quiere trabajar el cliente serán formulados como objetivos que posteriormente se desagregarán en tareas medibles, contrastables y registradas en el RQR, articuladas en base a un periodo de tiempo para su consecución, lo que diseña, por tanto, el plan individual de trabajo.

Estos objetivos quedan plasmados en un “contrato terapéutico” pactado con cada cliente; negociados junto a ellos y haciéndoles partícipes de su propio proceso de intervención. Estos objetivos son redactados con un lenguaje sencillo, fácil y lejos de tecnicismos para favorecer que la persona los entienda y se los apropie.

Para la formulación de objetivos será recomendable la utilización de la metodología SMART. Tienen que ser definidos de manera correcta y responder a estas iniciales:

- **S** Específicos: lo más concreto posible
- **M** Medibles: debe tener una meta cuantificable
- **A** Alcanzable: un reto pero que sea posible
- **R** Realista: dentro de nuestras (nosotros y residentes) posibilidades



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



- **T** Temporales: en un periodo de tiempo

3.5. Dimensiones del plan individual

Las tres dimensiones de los objetivos del plan individualizado de intervención son:

- Individual. Toda la intervención individual se realizará desde la relación de ayuda, la confianza básica, la proximidad y la exigencia adaptada. Partiendo de las potencialidades de las clientes atendidas, utilizando la entrevista motivacional como herramienta principal para trabajar el empoderamiento, la responsabilidad y el desarrollo competencial del cliente en cada área de intervención.
- Grupal / Convivencial. La identidad propia construida de manera individual de cada persona se genera en la medida que nos relacionamos con un todo, con una comunidad, con el sentimiento de pertenencia a un grupo. La unidad convivencial es un instrumento de trabajo en sí mismo, desde la perspectiva de mejora en autonomía. Los grupos – talleres realizados y ofertados a los clientes tienen cinco bloques: Salud, Psicológicos – terapéuticos, convivenciales, ocupacionales y ocio.
- Comunitario. El planteamiento de la inclusión comunitaria pasa por hacer converger procesos de movilidad y reconciliación que incorporen al cliente dentro de una vecindad, y es desde esta idea desde la que planteamos su reincorporación social, desde la incorporación a espacios normalizados (sociales, sanitarios, de ocio y relación, que se define por las metodologías y actividades definidas en el proyecto). Lograr la suma de la vecindad a espacios donde participan las personas usuarias con la idea de facilitar espacios de relación desde lo que nos une y no desde la situación social diferente.

3.6. Áreas de intervención

La intervención se realiza desde dos perspectivas:

- La Intervención Psicosocial: Para comenzar o afianzar procesos de mejora psicosocial de la persona usuaria acompañando su protagonismo en la vinculación con las redes comunitarias y el fortalecimiento de sus relaciones, adquiriendo habilidades que les otorguen mayor autonomía tras su etapa de convalecencia.
- La Intervención Sanitaria: Busca la correcta recuperación física. Se trata de que la persona usuaria asuma progresivamente la responsabilidad que tiene sobre su salud, de acuerdo con sus capacidades, en un proceso de fortalecimiento de su salud, física y anímica. En el caso de personas con necesidad de cuidados paliativos, el mantenimiento de una calidad de vida digna, con atención sanitaria adecuada, en las últimas fases de su enfermedad.

Estos dos pilares se concretan en las siguientes áreas de intervención que facilitan un abordaje integral del proceso de cada persona usuaria.

- Salud. El área de Salud se configura como el inicio de la intervención biopsicosocial. Desde esta área se trabaja para que la persona conozca su enfermedad, tanto física como mental, aprenda a manejarla y a vivir con ella, logrando ser el sujeto activo en su propio cuidado (recuperación, convalecencia...). Dentro de ella se ofrece el apoyo para interiorizar nuevos hábitos de autocuidado para su vida futura.
- Desarrollo personal. Esta área engloba el trabajo sobre aquellos procesos psicológicos relevantes en la gestión individual y social de las situaciones vitales las cuales influyen en los procesos de recuperación a nivel psicosocial. La intervención se dirige a acompañar en ese proceso facilitando el apoyo necesario para establecer unos objetivos alcanzables, fomentando una mejora en la gestión de emociones, en la estabilización del estado anímico, ajuste en la autoestima, aprender nuevos recursos y herramientas que favorezcan el autocontrol y crecimiento.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



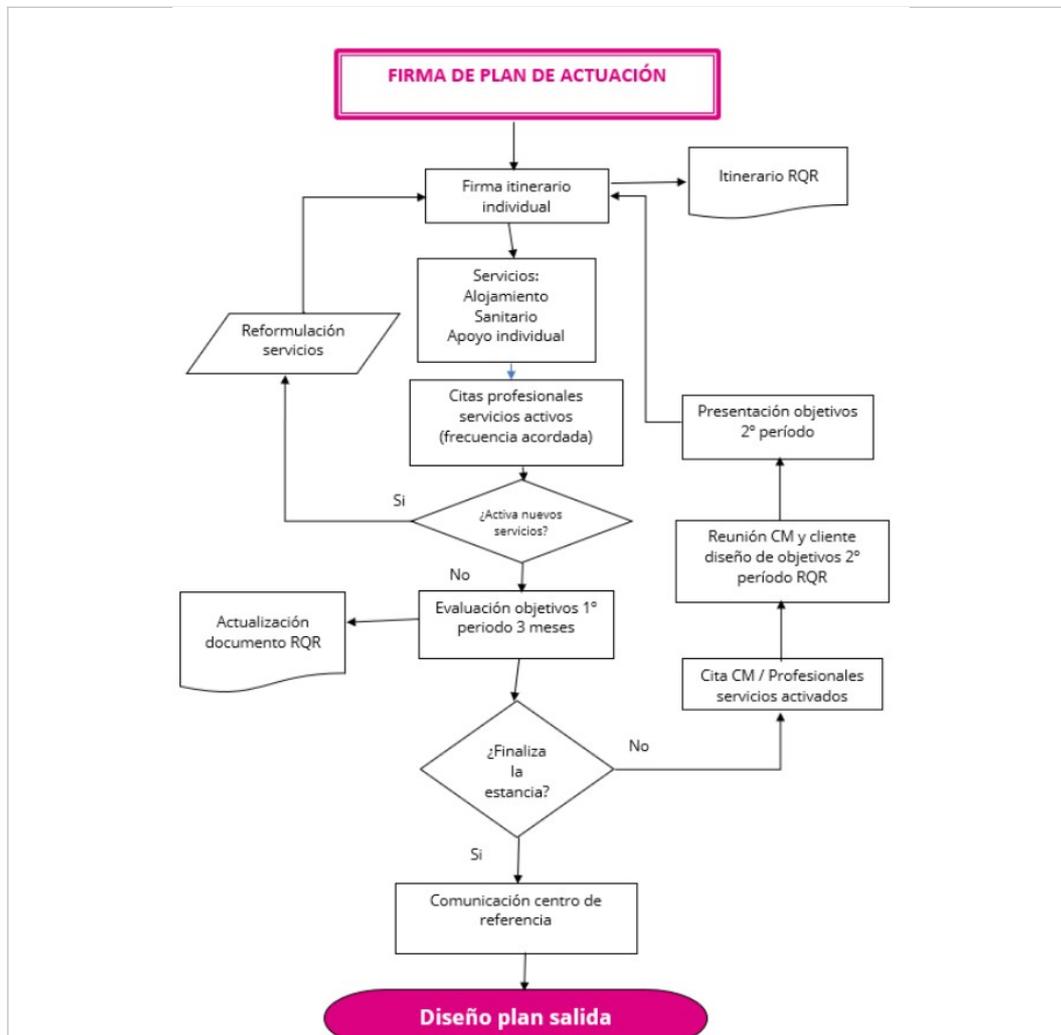
- **Funcionamiento y dependencia.** Esta área tiene como objetivo principal capacitar a la persona para participar en las actividades de la vida diaria. Poder adaptarse a cambios de salud y mantener o entrenar las capacidades para conservar autocuidados (aseo, ducha, alimentación, deambulación). Igualmente busca la mejora en autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria como son la cocina, uso de transporte público, gestión de citas, organización del tiempo.
- **Formativo-laboral-ocupacional.** Esta área permite determinar el grado de empleabilidad y ocupacional de cada persona desde la evaluación de subáreas tanto formativas como desde su experiencia laboral.
- **Ocio y tiempo libre.** Esta área pone el foco en el uso que la persona realiza de su tiempo, la diversidad de las actividades de ocio y tiempo libre, así como el grado de autonomía para llevarlas a cabo.
- **Ciudadanía y participación.** La autonomía se basa en el grado en que la persona ejerza su ciudadanía, participe y conozca sus derechos. Se propicia esta ciudadanía a través del conocimiento de los derechos y deberes como ciudadano y del uso de los diferentes servicios que ofrece su comunidad y localidad en este sentido.
- **Socio-relacional.** Esta área focaliza en la red social y familiar de la persona, siendo este un eje fundamental como soporte para su proceso de inclusión. Así mismo permite valorar la autonomía en la asunción de responsabilidades grupales y el desarrollo de habilidades para una adecuada convivencia tanto en la vida cotidiana de la vivienda como en actividades fuera la misma.
- **Acceso a bienes básicos.** Esta área promueve la inclusión de la persona en educación, sanidad, vivienda y prestaciones sociales, permitiéndola conocer y desplegar sus posibilidades de participación en sus derechos económicos, sanitarios y sociales. Dentro de los objetivos de esta área está el conseguir que la persona acceda a unos ingresos económicos que le permitan aumentar su autonomía y mejorar el acceso a bienes básicos a través de circuitos normalizados desvinculándolo dentro de lo posible de los recursos de atención a PSH.

Copia auténtica. Mediante el código impreso puede comprobar la validez de la firma electrónica en la URL: <http://sede.murcia.es/verifirma>



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Fase de salida

Cuando se considera que la persona ya no mantiene la necesidad de ingreso en el programa, se firmará un plan de salida que incluya:

- Actuaciones concretas para realizar en el último mes de estancia.
- Actuaciones para realizar tras la salida del programa.

Podríamos decir que la salida está presente desde el inicio de la intervención. En la medida que es un programa de estancia temporal, todo lo que se plantea la persona desde la acogida y durante la intervención está relacionado a propiciar la recuperación, la autonomía y el acceso a derechos de cara a una adecuada salida del programa. Ésta se trabaja a lo largo del proceso, al ir pensando junto a la persona, diferentes aspectos para que vaya interiorizando la salida desde el inicio, el tiempo estimado de estancia de acuerdo con sus objetivos, las alternativas de alojamiento futuro, la autonomía económica, etc.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Todo este proceso de desvinculación se debe llevar a cabo de una manera gradual poniendo especial énfasis en los últimos tres meses. Es muy importante tener en cuenta que se pueden quebrar procesos debido a la sensación de abandono que pueden experimentar las personas cuando tienen que dejar lo que han considerado su hogar. Por tanto, se deben adoptar medidas y procedimientos para que esto no sea un proceso traumático sino algo deseado, agradable y planificado.

La fase de salida como tal, comienza con la firma del plan de salida, una vez construido el borrador con el cliente.

En los últimos días de estancia se procederá al cierre de la intervención en la vivienda diferenciando:

- El cierre frente a la unidad de convivencia; de acuerdo con los deseos de la persona mediante una cena o comida especial, o con alguna acción elegida por el cliente, que sirva de despedida.
- El cierre del propio proceso terapéutico basado en la evaluación final del proceso.

En este sentido, se negociará entre cliente y el *case manager*, la evaluación final de los objetivos cotejando la percepción del cliente y la del propio programa.

Tras la salida, se mantiene durante unas semanas un seguimiento, ofreciendo a la persona mantener el contacto y apoyo en aquello que pueda necesitar.

Cuando la persona sale del programa se realiza una revisión de todos los objetivos alcanzados, del proceso que ha llevado en el programa y la situación en la que ha salido desde todas las áreas de intervención sobre las que se plantearon objetivos en la herramienta RQR y se elabora un Informe de salida.

En clientes que se encuentran recibiendo cuidados paliativos, la valoración de alta del programa, se lleva a cabo por el equipo de atención cuidados de paliativos, una vez considera que la persona requiere de un hospital para su tratamiento.

Si bien a cada persona se le apoya para que alcance la mayor parte de sus metas hay tres elementos que indican un alta por cumplimiento de objetivos del programa: la salud, la autonomía y la alternativa de vivienda.

Desde la perspectiva sanitaria, la persona ha mejorado su estado de salud, y no tiene necesidad de cuidados sanitarios por parte de terceros. La persona tiene una situación basal de salud y ha adquirido autonomía en la adherencia al tratamiento y en su autocuidado.

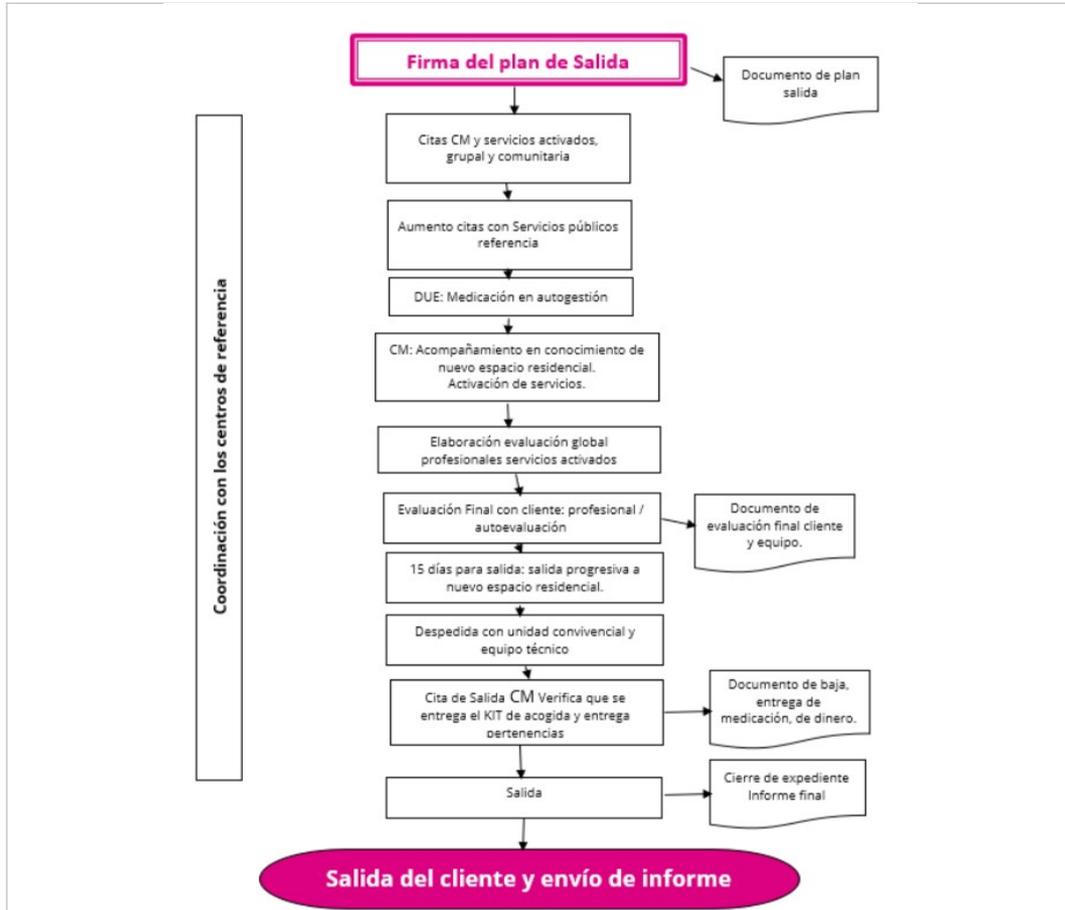
Desde la perspectiva social, la persona accede a una alternativa residencial que mejore su categoría ethos, ya sea un alojamiento autónomo, familiar o un recurso (residencia de mayores, pisos de autonomía, etc.), en el que pueda seguir avanzando en su crecimiento personal y en su proceso de inclusión.

En el caso de personas recibiendo cuidados paliativos, cuando salen del programa a la unidad de cuidados paliativos porque requieren de unos cuidados hospitalarios específicos hasta fallecer, se considera una salida por consecución de objetivos.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Coordinación

En un programa donde uno de los principales objetivos es tender puentes entre las redes sanitarias y sociales de atención y el acceso a recursos y derechos, un elemento de vital importancia es la coordinación. Hemos desarrollado un modelo de coordinación por niveles, que da cobertura a la coordinación de una forma inmediata y operativa.

- Nivel 1: Coordinación interna. Reuniones de equipo con el objetivo de tomar decisiones sobre líneas estratégicas de acompañamiento, fomentar la coherencia y el alineamiento de estrategias de intervención y de comunicación, desde las distintas áreas de intervención.
- Nivel 2: Con los centros de atención primaria de servicios sociales y los centros sanitarios. Realizando acciones de difusión del servicio, perfiles de atención, comunicación de plazas disponibles, etc. y continúa a lo largo de todo el proceso de intervención para garantizar la globalidad y la coherencia de esta.

Nivel 3: Coordinación con otros centros de atención especializados sanitarios y sociales

- El objetivo es poder abordar la multicausalidad de la exclusión social, así como favorecer el ac-



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



ceso al disfrute de derechos y recursos por parte de los clientes del servicio.

- Nivel 4: Coordinación con el financiador, relacionada con el funcionamiento del centro.

Actividades

ACTIVIDADES	N.º PLAZAS	N.º PERSONAS USUARIAS	Fecha inicio prevista	Fecha fin prevista
Servicio de alojamiento y cobertura de necesidades básicas	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de seguimiento y asesoramiento sanitario	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de apoyo individual	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de activación/talleres grupales	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de asistencia en el cuidado personal y apoyo en la autonomía en las actividades de la vida diaria	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de orientación social, acceso a prestaciones y búsqueda de alternativa residencial	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio psicológico	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de acompañamiento al final de la vida	3	1	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de sensibilización intercultural e integración comunitaria	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Servicio de evaluación, seguimiento y calidad	3	6	01/06/2022	31/12/2023
Coordinación	3	6	01/06/2022	31/12/2023

Formación y supervisión para profesionales del programa

Una de las principales claves de éxito del servicio, es la existencia de un equipo profesional adecuado. El equipo técnico tiene que estar preparado para enfrentarse y acompañar en procesos de duelo, y respetar la autodeterminación de las personas atendidas. A la vez debe conocer y dominar las metodologías del servicio e incluir la perspectiva de género en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades. Para



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



ello se realizarán formaciones, intercambio de buenas prácticas, supervisión de equipos y visitas a servicios similares.

Incorporación y desarrollo de la perspectiva de género

El programa está diseñado desde la perspectiva de género. Siendo conscientes que las relaciones de género y la desigualdad entre mujeres y hombres no son ajenas al problema del sinhogarismo, diseñamos metodologías con mirada de género, situando la igualdad de género y la justicia social entre los objetivos estratégicos del programa.

Desde el conocimiento de las estrategias de supervivencia de las mujeres sin hogar, que hace que permanezcan más ocultas e invisibles, el programa busca romper esa invisibilidad y favorecer su acceso y tratamiento, incorporando la perspectiva de género para la planificación, ejecución y evaluación del programa.

La perspectiva de género permite prestar atención y poner en valor la diferencia entre mujeres y hombres en nuestra actividad. Por eso desagregamos por sexo todos los datos para poder observar si existen diferencias significativas de género tanto en los diagnósticos, como durante la implementación y desarrollo. De manera especial, procuramos obtener datos desagregados por sexo en los procesos de evaluación, estableciendo indicadores que nos permitan medir el impacto de género del programa.

Un principio clave para la intervención es la interseccionalidad. Las estructuras de discriminación que desempoderan a las mujeres son múltiples y simultáneas, edad, raza, etnia, clase social, orientación e identidad sexual, religión, etc. El análisis interseccional tiene como objetivo revelar las variadas identidades y exponer los diferentes tipos de discriminación y desventaja que se dan como consecuencia de la combinación de identidades.

Con los hombres, explorar en qué medida las identidades de masculinidad tradicional pueden estar impactando en su vida y su proceso de recuperación es fundamental, en un programa en el que el autocuidado tiene un valor central.

Con relación al sexismo en el lenguaje y las imágenes, Hogar Sí, ha elaborado recomendaciones para facilitar la incorporación y el uso de un lenguaje inclusivo en todos los programas e integradas en el diseño de las acciones de difusión.

Para monitorizar este proceso contamos con un equipo de trabajo especializado en igualdad de género, que tiene, entre otras funciones, garantizar y facilitar la incorporación de la perspectiva de género en todos los proyectos que desarrolla la organización, ofreciendo apoyo técnico para ello.

Actividades	Indicadores de evaluación	Resultados esperados
Servicio de alojamiento y cobertura de necesidades básicas	N.º de plazas disponibles	3
	N.º de personas atendidas (valoraciones ejecutadas)	12
	N.º de ayudas económicas	20
Servicio de seguimiento y asesoramiento sanitario	N.º de intervenciones en curas	110
	N.º de servicios de seguimiento farmacológico	234
	N.º de actuaciones de seguimiento sanitario	108
Servicio de apoyo individual	N.º de personas en intervención	6



Copia auténtica. Mediante el código impreso puede comprobar la validez de la firma electrónica en la URL: <http://sede.murcia.es/verifirma>

FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



	N.º de personas que finalizan intervención	5
	N.º de personas que finalizan con cumplimiento de objetivos	6
	N.º de sesiones de seguimiento de itinerarios	108
Servicio de activación/talleres grupales	N.º de sesiones grupales de educación sanitaria	18
	N.º de sesiones grupales educativas	70
	N.º de sesiones grupales terapéuticas	8
	N.º de sesiones grupales de activación y ocio	60
Servicio de asistencia en el cuidado personal y apoyo en la autonomía en las actividades de la vida diaria	N.º de intervenciones en crisis	32
	N.º de sesiones educativas individuales	1100
	N.º de acompañamientos	85
Servicio de orientación social, acceso a prestaciones y búsqueda de alternativa residencial	N.º de personas que han mejorado su clasificación ETHOS tras la intervención	5
Servicio psicológico	N.º de sesiones psicológicas individuales	70
Servicio de acompañamiento al final de la vida	Porcentaje de paliativos que reciben acompañamiento en final de la vida	100%
Servicio de sensibilización intercultural e integración comunitaria	N.º de intervenciones comunitarias	5
Servicio de evaluación, seguimiento y calidad	Resultado de la encuesta de satisfacción de las personas atendidas	6,2 mínimo
	N.º encuestas satisfacción realizadas	3
	Certificación del sistema de calidad EFQM	Mantener EFQM400+
Coordinación	N.º de coordinaciones	678

III. HITOS A ALCANZAR. (14)

PRIMER SEMESTRE

- Preparación y aprobación del convenio de colaboración con con la entidad social colaboradora.
- Presentación y promoción en medios de comunicación, página web y redes sociales.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



SEGUNDO SEMESTRE

- Derivación, valoración y acceso de 3 clientes al programa.
- Acogida, diagnóstico por áreas de intervención y presentación de servicios
- Elaboración y firma de planes de intervención
- Puesta en marcha de herramientas de seguimiento del proceso de intervención.
- Puesta en marcha de herramientas de evaluación
- Encuesta satisfacción clientes propuesta, realizada y analizada de forma desintermediada por los clientes.
- Informe de Indicadores de Seguimiento de Actividad disponible
- Planificación de objetivos de continuidad y/o planes de salida
- Mejora de la autonomía (acceso a servicios comunitarios, sociales y sanitarios).
- Difusión del programa

TERCER SEMESTRE

- Acogida, diagnóstico por áreas de intervención y presentación de servicios a nuevos usuarios.
- Elaboración y firma de planes de intervención
- Informe de Indicadores de Seguimiento de Actividad disponible
- Encuesta satisfacción clientes propuesta, realizada y analizada de forma desintermediada por los clientes.
- Mejora de la autonomía (acceso a servicios comunitarios, sociales y sanitarios).
- Planes de mejora del programa
- Planificación de acuerdos de salida
- Evaluación de impacto del programa

IV. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. (15)

Indicar la propuesta de seguimiento y evaluación de resultados del Proyecto. Aportar indicadores genéricos.

Como organización apostamos por la influencia en la agenda social y política, la generación de conocimiento, la innovación y la evaluación de resultados como ejes vertebradores de la contribución de nuestra organización a la causa del sinhogarismo.

Consideramos la evaluación de procesos, resultados e impacto como una herramienta imprescindible para la mejora constante y coherente. Nuestro sistema de evaluación debe orientarse a favorecer la toma de decisiones y el establecimiento de nuevas metas que nos conduzcan a alcanzar nuestra misión. Así mismo, consideramos la evaluación como un ejercicio de responsabilidad social y política, que nos ayuda a rendir cuentas respecto al grado de cumplimiento de nuestra misión.

o **Indicadores de seguimiento**



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Los indicadores de seguimiento se desarrollan a través de las herramientas de calidad vinculadas al modelo EFQM. Por un lado, se lleva a cabo la recogida mensual de datos de actividad del Programa. Se dividen en cuatro bloques: entradas en los servicios, intervenciones con clientes, salidas del servicio y resultados obtenidos. El objetivo de este instrumento es conocer el número de personas con las que trabajamos y qué servicios ofrecemos, así como los resultados que se obtienen tras la intervención.

Por otro se monitoriza la satisfacción de las personas beneficiarias a través de un cuestionario que se pasa con carácter anual. El cuestionario evalúa la satisfacción de las personas en diferentes dimensiones. Esta información se devuelve a los equipos para que lo puedan trasladar a los clientes ya sea a través de asambleas, grupos de intervención o individualmente, y así analicen las posibles mejoras a incorporar en el programa en el siguiente año.

Estas dos herramientas (encuesta de satisfacción y sistema de indicadores) facilitan la evaluación continua y la realización de Informes de mejora desde el equipo de Evaluación y Calidad a través de la aplicación de visualización de información Power BI. Éstos son compartidos con las personas trabajadoras de los equipos de intervención para su análisis y propuestas de mejora en función de los resultados obtenidos.

o **Indicadores de impacto**

Los indicadores de impacto siguen el mismo modelo de evaluación descrito anteriormente. Para calcularlo se compara la situación de entrada de las personas al programa en diferentes áreas y la de salida para comprobar el cambio producido entre ambas. En concreto se valoran los siguientes indicadores:

Situación residencial

- Cambio en el porcentaje de personas según situación ethos a la salida
- Cambio de la puntuación media por dimensión de la seguridad ontológica que proporciona el programa a la salida comparado con la entrada.

Situación económica

- Cambio de la media de ingresos a la salida.
- Cambio en el porcentaje de personas sin ingresos a la entrada y a la salida.
- Cambio en el porcentaje de personas según su fuente principal de ingresos a la salida
- Porcentaje de personas que acceden a prestaciones económicas.

Situación administrativa

- Porcentaje de personas que regularizan su situación administrativa.
- Porcentaje de personas que acceden al padrón
- Porcentaje de personas que obtienen un documento de acceso a la sanidad pública
- Porcentaje de personas las que se les reconoce su discapacidad

Autoconocimiento y hábitos de salud

- Cambio de la puntuación media de la escala de hábitos de vida saludable cumplimentada por los profesionales a la salida
- Cambio de la puntuación media de la escala autoconocimiento de la propia salud cumplimentada por los profesionales a la salida

Salud mental

- Porcentaje de personas que acceden a recursos especializados de salud mental
- Cambio en la puntuación media de la escala de bienestar emocional a la salida
- Cambio del porcentaje de personas con bienestar emocional y posible depresión a la salida

Adicciones

- Porcentaje de personas que acceden a recursos especializados de atención a adicciones



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



-Cambio del porcentaje de personas con consumo de riesgo de alcohol, medido a través de la escala AUDIT, a la salida.

Indicadores biomédicos

- Cambio en el porcentaje de personas con normo peso, según índice de masa corporal, a la salida.
- Cambio en el porcentaje de personas con bajo riesgo cardiovascular según índice cintura – cadera a la salida.
- Cambio en la tensión arterial sistólica y diastólica a la salida.
- Cambio del porcentaje de personas con riesgo cardiovascular bajo según índice score a la salida.
- Cambio del porcentaje de personas con el indicador de colesterol normal a la salida.

Autonomía y funcionalidad

- Cambio de la puntuación media de la escala de independencia funcional total, por dominios y dimensiones a la salida.
- Porcentaje de personas que consiguen autogestionar su propia medicación
- Adherencia al tratamiento**
- Cambio en el porcentaje de personas con adherencia al tratamiento a la salida
- Porcentaje de citas médicas previstas a las que han asistido de forma efectiva las personas

Victimización

- Cambio en el porcentaje de personas víctimas de algún delito de odio a la salida.

Ocio y tiempo libre

- Cambio en la puntuación media de la escala de diversidad de ocio cumplimentada por los profesionales para valorar el cambio a la salida.

Situación laboral

- Cambio del porcentaje de personas según su situación laboral a la salida.

Estos indicadores de Impacto se miden para la totalidad del Programa Espacio Salud y se realiza un único informe de resultados de manera anual con los resultados de todas las personas que han participado en el programa en el periodo.

V. ACTUACIONES DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN. (16)

Indicar las actuaciones relacionadas con la difusión de procesos, resultados y buenas prácticas

Se llevarán a cabo acciones de difusión sobre los servicios ofrecidos por el programa entre las redes de atención sanitarias y sociales de la Región de Murcia. Asimismo, estas acciones tendrán por objetivo ampliar el alcance del programa, compartir los resultados de la evaluación y la sensibilización y el fomento del conocimiento sobre las personas usuarias de los servicios y del problema del sinhogarismo.

Para conseguir lo planteado anteriormente, a lo largo del periodo de ejecución se llevarán a cabo las siguientes actividades:

1. Plan de medios. Envío de notas de prensa, reportajes en medios de comunicación especializados y de corte generalista.
2. Evaluación y diseño de página web de la evaluación del programa. Plan de explotación, diseño de la página y generación de contenido online.
3. Incidencia para la incorporación y ampliación del programa como herramienta efectiva para garantizar el derecho a la salud de las personas sin hogar.



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



4. Visitas de responsables técnicos y políticos a las Viviendas para la recuperación de la salud en Murcia
5. Visita de al menos un medio de comunicación al programa.
7. Campaña por el Día Mundial de la Salud
8. Generación de recursos y material audiovisual para la difusión de Viviendas de la Recuperación de la salud.
9. Elaboración de contenidos y reuniones con el ámbito político e institucional para posicionar el vínculo entre salud y sinhogarismo en la agenda política.

VI.- RECURSOS

6.1.- RECURSOS HUMANOS. (17)

DENOMINACIÓN PUESTO DE TRABAJO	TIPO DE VINCULACIÓN DEL PROFESIONAL AL PROYECTO	JORNADA (HORAS SEMANALES)	PERIODO (EN MESES)
	1 Contratado por la Entidad Local para el desarrollo del proyecto. 1 Empresa subcontratada.		
DIRECCIÓN PROGRAMA	2 ENTIDAD SOCIAL	1,5	19
COORDINACIÓN	2 ENTIDAD SOCIAL	4,5	19
DUE	2 ENTIDAD SOCIAL	6,75	19
TÉCNICO DE INTERVENCIÓN	2 ENTIDAD SOCIAL	6,75	19
PSICOLOGO	2 ENTIDAD SOCIAL	1,75	19
AUXILIAR (2)	2 ENTIDAD SOCIAL	7	19
AUXILIAR NOCHE Y F/S (3)	2 ENTIDAD SOCIAL	7	19
SUPLENCIAS AUXILIAR (3)	2 ENTIDAD SOCIAL	7	5
TÉCNICO DE EVALUACIÓN	2 ENTIDAD SOCIAL	1,5	19
TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2 ENTIDAD SOCIAL	5	19

6.2.- RECURSOS MATERIALES. (18)

EQUIPAMIENTO INFORMÁTICO
<p>De forma general y para apoyar el trabajo de los profesionales en el desempeño de sus labores cotidianas se utilizarán los siguientes medios técnicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medios informáticos: ordenador portátil, Tablet, pc de sobremesa, impresora color B/N. - Medios técnicos para las comunicaciones: router, conexiones a internet, telefonía fija y móvil, facetime/Skype, webcams. - Medios audiovisuales: cañón proyector, pantalla de proyección, cámara fotográfica y cámara de vídeo.
OTRO TIPO DE EQUIPAMIENTO
<p>Enfermería:</p>



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022

2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



Para todo lo concerniente al almacenamiento de medicación, expedientes sanitarios, espacio de atención para las curas y otras técnicas sanitarias realizadas desde el programa se cuenta con un espacio en la planta baja del edificio habilitado como enfermería. Dicho espacio estará equipado con el siguiente material:

- **Equipos de Protección Individuales.** Tanto para el equipo profesional como para las personas usuarias. Debido a la situación de emergencia sanitaria por la aparición de la **Covid-19**. Tales como mascarillas quirúrgicas, mascarillas N95/FFP2, guantes, gel hidroalcohólico, batas desechables, calzas, etc.
- **Material fungible** para curas: vendas, apósitos, alcohol, yodo, bastoncillos, algodón, gasas, compresas, etc.
- **Instrumental de hemostasia:** separadores manuales y estáticos y pinzas de campo. Instrumental y material de sutura: portaagujas, grapadoras, agujas, suturas, agrafes, quita grapas, etc.

Otros instrumentos y complementos de clínica termómetros, camilla, tijeras, pinzas, armario de curas, silla de ruedas, estetoscopio, tensiómetro, etc.

INMUEBLES

Para el alojamiento de las personas que accedan al programa:

Edificio multidisciplinar La Casa Habitada - C/ San Martín de Porres, 4, 4ªA y 4ªB 30001 Murcia

- Ubicación: En el centro de la ciudad de Murcia
- Titularidad: Edificio cedido por la Congregación de las Hermanas Oblatas (cesión por 20 años)

Viviendas 4ªA y 4ªB:

Distribución: El espacio del edificio destinado a hogares Asun Almajano son las viviendas A y B de 12 y 8 plazas situadas en la 4ª planta y constan de vestíbulos, amplios salones, 3 baños completos en el A y 2 en el B, almacén y cocinas.

Accesos y baños adaptados a capacidades especiales.

La oficina de trabajo vinculada a los pisos se encuentra en la tercera planta del mismo edificio.

OTROS RECURSOS

Se dispone de un vehículo para traslados de los/as residentes.

VII.- FINANCIACIÓN Y GASTO PREVISTO.

7.1.- FINANCIACIÓN. (19)

FUENTE DE FINANCIACIÓN	Fondos MRR
TOTAL	104.754,00 €

7.2. PRESUPUESTO (GASTO PREVISTO). (20)

CONCEPTO DE GASTO	TOTAL
1.- Personal	0 €
2.- Gastos corrientes	104.754€



FIRMADO

1.- DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES, ANDRES DUARTE LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022
 2.- CONCEJALA DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDA Y SERVICIOS SOCIALES, FRANCISCA PEREZ LOPEZ, a 14 de Noviembre de 2022



CONCEPTO DE GASTO	TOTAL
2.1.- Prestaciones / Actividades	99.072,24€
2.2.- Mantenimiento	4681,77€
2.3.- Dietas - locomoción	1000€
3.- Inversión	0,00
TOTAL	104.754€

VIII. ACTIVIDADES/ACTUACIONES SUBCONTRATADAS. (21)

EN EL CASO EN QUE SE TENGA PREVISTA LA SUBCONTRATACIÓN DE ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES O ACTUACIONES DEL PROYECTO, INDICAR AQUELLAS QUE VAN A SER SUBCONTRATADAS

Se realizará un convenio de concesión directa a la entidad "Hogar Si".

JUSTIFICACIÓN DE LA CONVENIENCIA O NECESIDAD DE SUBCONTRATAR

Esta entidad ya tiene este servicio funcionando. Con nuestro apoyo seguiría prestando el servicio a las personas sin hogar en situación de convalecencia.

IX.- OTROS ASPECTOS RELEVANTES DEL PROYECTO / OBSERVACIONES. (22)

OBSERVACIONES:

Responsable directo del Proyecto:

Nombre NOGUERA EGEEA, MARÍA JOSE
 Puesto JEFATURA DE SECCIÓN PREVENCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL
 Destino PREVENCIÓN E INSERCIÓN SOCIAL
 Oficina Principal TIENDA ASILO
 Dirección C/ Eulogio Soriano, Nº 6 - 30001 MURCIA - (CATEDRAL, LA)
 Teléfono(s) 968358600
 Extensión 50737
 Fax 968214494
 Correo mariajose.noguera@ayto-murcia.es

(DOCUMENTO FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE)

EL DIRECTOR DE ÁREA DE SERVICIOS SOCIALES
 D. Andrés Duarte López

LA CONCEJAL DELEGADA DE MAYORES, VIVIENDAS Y
 SERVICIOS SOCIALES
 D.ª Francisca Pérez López

