

20

Barcelona Societat

Revista de investigació y análisis social



Ajuntament
de Barcelona

Diciembre 2016

Palabras clave: sinhogarismo,
Housing First, derecho a la vivienda,
incorporación social

El Housing First. El derecho a la vivienda de los más vulnerables

Marta Llobet Estany, Manuel Aguilar Hendricksón Universidad de Barcelona

El modelo Housing First como proyecto de investigación o como proyecto de intervención en el campo del sinhogarismo, orientado inicialmente a personas que hace más de un año que están en la calle con problemas graves de salud mental y/o adicciones, se presenta como una innovación social. Fue experimentado por primera vez en Nueva York en los años 90, como consecuencia de cuestionar la poca efectividad del modelo tradicional «Escala de atención». Ha sido implantado también en Canadá, en Europa y en Australia, acompañado de un amplio trabajo de evaluación.

Se presenta como un cambio de paradigma porque, a diferencia del modelo Escala de atención, éste comienza por el final, facilitando una vivienda de forma permanente e independiente. Se reconoce el derecho a la vivienda y la autodeterminación. La organización de la atención se hace de acuerdo con las necesidades, los ritmos y las opciones de la persona. El modelo de intervención se tiene que coproducir desde las categorías de acción de proximidad, relación, acompañamiento y reconocimiento.

El Housing First suscita muchas expectativas, pero también interrogantes, dilemas y tensiones que emergen tanto del proceso de implantación de este modelo como de los análisis de los resultados de las evaluaciones y de la literatura producida. En este artículo abordaremos algunas de estas cuestiones y plantearemos algunos dilemas a tener en cuenta en su implantación.

El campo de la atención a las personas sin techo está viviendo desde hace más de diez años una pequeña revolución. El término con el que se conoce esta revolución es Housing First. A principios de los años 90 el psicólogo clínico Sam Tsemberis impulsó un cambio de orientación en la atención a los sin techo en Nueva York que ponía el acceso a una vivienda permanente e independiente al inicio (y no al final) del «tratamiento» de los problemas de salud mental. Este modelo se convirtió en política federal en los Estados Unidos a principios de los años 2000, y su desarrollo, acompañado de evaluaciones que mostraban sus resultados positivos y su capacidad de ahorrar costes, le dio una gran visibilidad política, académica y mediática. En Europa se extendió con fuerza especialmente a raíz de la Conferencia Europea de Consenso sobre el Sinhogarismo, organizada por FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con las personas sin hogar) en 2010. Desde entonces son numerosas las ciudades europeas que han puesto en marcha proyectos experimentales con esta orientación.

La difusión de los proyectos de Housing First ha llevado a una cierta confusión terminológica. El término se utiliza al mismo tiempo para hacer referencia a un tipo muy preciso de intervención con personas sin techo crónicas con problemas graves de salud mental y para designar otras intervenciones con otros grupos de población sin hogar, que comparten el principio de acceso

desde el inicio a una vivienda independiente permanente y «garantizada». Así, han aparecido otros términos como Housing-led, Rapid Re-housing, Pathways Housing First, Housing First Light y otros.

En este artículo intentaremos, en primer lugar, aclarar qué hay detrás de cada uno de estos términos. En segundo lugar, analizaremos los elementos fundamentales del modelo de referencia de Housing First (también llamado Pathways Housing First). En tercer lugar, sintetizaremos algunos de los resultados. Finalmente, intentaremos plantear algunos de los dilemas con los que se puede encontrar la implantación de este modelo.

1. Poner «Primero, el Hogar», sin condiciones

Todos los modelos de respuesta al sinhogarismo de los que estamos hablando tienen en común dos elementos clave. En primer lugar, que el acceso a una vivienda permanente y «garantizada» (con «seguridad de tenencia») es un primer paso en la respuesta a la situación de las personas sin hogar y no el final de un largo camino de intervenciones previas (Escala de atención). En segundo lugar, que la tenencia y la permanencia de la persona en la casa, que es su casa, no está condicionada a aceptar y seguir tratamientos o el abandono de comportamientos como el consumo de drogas o de alcohol. La casa ya no es el incentivo o instrumento de presión para hacer que la persona acepte o siga otros servicios que pueda necesitar.

El término más adecuado para hacer referencia al conjunto diverso de programas que comparten estas dos características es Housing-led, que podemos traducir por «Orientado a la vivienda» o «Guiado por la vivienda». Este es el término que se adopta en la Conferencia de Consenso de 2010 (ECCH 2011) que hemos mencionado antes. Housing-led incluye, por lo tanto, programas que pueden tener asociados varios modelos de intervención social o de salud (o no tener ninguno) y pueden estar dirigidos a diversos segmentos de la población sin hogar. Es importante recordar que FEANTSA define hasta 13 formas y grados diferentes de sinhogarismo y exclusión residencial, agrupadas en cuatro grandes categorías. El sinhogarismo puede ser también crónico, de corta duración o incluso riesgo inminente de sinhogarismo. Puede haber (o no) adicionalmente problemas sociales, de salud o de otros tipo.

A grandes rasgos, y recordando que las definiciones son utilizadas de forma diferente por varios actores, podemos distinguir dos grandes tipos de programas Housing-led:

- Programas dirigidos a personas sin hogar crónicas (lo que significa más de un año sin hogar) con problemas graves de salud mental o de consumo de drogas y/o alcohol. El modelo más conocido de este tipo de programa es Pathways Housing First, que responde a los principios y orientaciones del proyecto desarrollado en Nueva York por Sam Tsemberis. El término Housing First se debería de reservar para este tipo de programas, pero su uso real no es tan coherente. Una variante de este tipo de programas es el llamado Comunal Housing First (Pleace 2012) [Housing First Agrupado o en vivienda tutelada colectiva], que ofrece vivienda independiente y garantizada en edificios dedicados a la vivienda con apoyo y no en apartamentos dispersos como hace Pathways Housing First. Estos programas incluyen la oferta de servicios de apoyo de intensidad elevada que, como veremos más adelante, pueden tener formas diversas. Este alojamiento con apoyo intenso se conoce también con el nombre de Supportive Housing, aunque los programas así denominados pueden estar dirigidos a situaciones diferentes del sinhogarismo.
- Programas dirigidos a personas sin hogar con necesidades más reducidas o sin problemas sociales o de salud especiales, y que pueden ir desde el sinhogarismo de larga duración hasta situaciones de riesgo de quedar sin hogar (por ejemplo, amenazados de desahucio inminente). Estos programas pueden incluir una oferta de servicios de apoyo de menor intensidad o incluso no incluirla y remitir las posibles situaciones de necesidad de apoyo a servicios generales del territorio. Los programas de esta segunda modalidad de Housing-led reciben nombres diversos como Housing First Light (Pleace 2012) o Rapid Re-housing [reajoinamiento rápido].

El resto del artículo lo dedicamos a analizar el primer tipo de programas, y utilizaremos indistintamente los términos Pathways Housing First y Housing First para hablar de ello.

2. Cómo funciona (Pathways) Housing First?

El Housing First es un modelo de intervención para personas sin hogar con dificultades personales, de salud mental y sociales graves, que pone en el centro el derecho a un hogar propio. Parte de la idea de que disponer de una vivienda propia digna y adecuada es un punto de partida y una condición necesaria para la mejora y recuperación de la persona y no el resultado final del proceso. En este modelo, se facilita el acceso a una vivienda independiente y estable sin imponer condiciones de preparación previa, como por ejemplo, seguir un tratamiento psiquiátrico o abandonar consumos problemáticos, y se ofrece un apoyo profesional y el acceso a los servicios en función de las necesidades y según el criterio de elección de la persona. Parte del principio de que es más fácil para una persona hacerse cargo de la propia vida cuando está alojada en su casa, que si está en la calle o alojada temporalmente en diferentes recursos (Gaetz et al 2013). Junto con este acceso rápido y autónomo a la vivienda, el Housing First se caracteriza por una intervención psicosocial de alta intensidad.

Este modelo constituye una innovación, un cambio de paradigma de atención social y sanitaria con las personas sin hogar en situación más crónica. ¿En qué consiste este modelo? ¿Qué tiene de diferente respecto a otros modelos? ¿Es realmente más efectivo este modelo que otros? ¿Cuál es el coste de la implantación de este modelo? ¿En qué consiste la intervención basada en una lógica de derechos y de recuperación de la persona? ¿Qué cambios se producen al facilitar el acceso a una vivienda a personas en situación de fuerte vulnerabilidad?

Housing First comienza por el «final», es decir, facilita el acceso a la vivienda estable como elemento que puede favorecer la incorporación social (Moulaert et al. 2013). Esta «inversión» del orden tradicional de la intervención nace del cuestionamiento de la eficacia de los modelos tradicionales que responden al esquema de la Escala de atención. Su lógica es que las personas tienen que superar varias etapas antes de estar en condiciones de acceder a una vivienda autónoma, y pasando por la aceptación de un plan de intervención. El modelo de Escala de atención considera que las personas con problemas de drogas y/o de salud mental, no están preparadas para vivir en una vivienda, y deben seguir un proceso gradual, paso a paso hasta llegar a la inserción residencial.

El modelo Housing First ha generado expectativas y posiciones muy favorables, especialmente en cuanto a la mejora de las personas participantes (o usuarias) y la reducción de costes de institucionalización. Ha generado dudas respecto a la mejora de las relaciones sociales, así como interrogantes sobre su puesta en práctica. También ha generado críticas cuando se presenta como la única respuesta para acabar con el sinhogarismo o cuando se orienta la financiación pública hacia este tipo de modelo en detrimento de otros. A continuación analizaremos la definición y la filosofía del modelo, los principios, algunas cuestiones críticas que han identificado diferentes contextos de aplicación (especialmente en América del Norte, Europa y Australia).

Los orígenes del modelo

Antes de la experiencia pionera en Nueva York se desarrollaron dos proyectos con características similares al Housing First. En Toronto en los años 70, en el contexto de cierre de los centros psiquiátricos y el proceso de desinstitucionalización, el organismo Houselinkva promovió un proyecto orientado a conseguir una vivienda para las personas que habían salido de los centros con problemas de salud mental y drogodependencias. Este proyecto ya considera que la vivienda es un derecho y que la persona tiene capacidad para decidir con el apoyo de un equipo. En Los Ángeles en el año 1988 el programa Beyond Shelter utiliza por primera vez el concepto Housing First para realojar familias sin hogar, reduciendo así el uso de los albergues y viviendas de transición (Waegemakers Schiff, & Rook 2012; Gaetz et al. 2013). El Housing First combina así la experiencia de las formas de alojamiento con apoyo (Supportive Housing o viviendas con apoyo)

desarrollada en la desinstitucionalización psiquiátrica con su aplicación «desde el principio» a personas sin techo.

El concepto Housing First como hemos comentado se hace popular a partir del proyecto Pathways to Housing (PHF), que se identifica como pionero y que ha servido para orientar muchos otros proyectos. En 1992 el psicólogo clínico Sam Tsemberis pone en marcha en Nueva York un programa destinado a personas con problemas graves de salud mental y de drogodependencia desde la organización Pathways to Housing (McCarroll 2002). Parte de la constatación de que la vida en la calle empeora la salud mental de las personas y que el modelo de Escala de atención hace de barrera para su incorporación social, básicamente debido a tres factores:

- El proceso de estabilización de la persona se supedita básicamente a la estabilización clínica, alejada a menudo del entorno de la persona.
- Los usuarios deben pasar por una serie de fases de tratamiento que tienen unos criterios y normas, que actúan como obstáculos a la hora de completar el tratamiento y acceder a una vivienda.
- Las recaídas en el consumo de alcohol y/o drogas, a pesar de que pueden ser una oportunidad terapéutica, en la práctica suponen una penalización e incluso pueden conllevar la expulsión del programa.

A partir de la constatación de estos elementos Tsemberis propone un modelo de atención que comienza por el final con el acceso a la vivienda que llama Housing First (HF) (Tsemberis et al 2004).

Principios del modelo (Pathways) Housing First

El proyecto Pathways to Housing (PHF) de Nueva York proponía ocho principios que se han utilizado para valorar la aplicación del modelo en otros países. Los principios en los proyectos PHF y HF Europa son los mismos, pero están formulados de forma diferente. En el caso del proyecto pancanadiense estos principios se sintetizan en cinco, y se da más importancia a la capacidad de integración tanto comunitaria como social de los participantes. Los cinco principios se caracterizan porque:

- En primer lugar, hacen hincapié en el derecho a la vivienda como un derecho humano que se debería garantizar para cualquier persona y, en concreto, para las más vulnerables, como es el caso de las personas sin hogar. Cuando la vivienda se reconoce como un derecho no se supedita a un tratamiento ni a otras contrapartidas. El hecho de que sean los participantes del proyecto los que firmen el contrato con el propietario de la vivienda se entiende como una forma de ejercer este derecho. La vivienda se considera como un medio para lograr la estabilidad y para favorecer así su inserción social (Tsemberis, & Eisenberg 2000; Jost et al. 2010; Henwood et al. 2011; McNaughtonNicholls, & Atherton 2011).
- En segundo lugar, el modelo Housing First es un tipo de intervención fundada en el derecho a decidir y centrado en la persona, que debe poder ejercer su autodeterminación. Debe poder escoger la vivienda, de acuerdo con sus necesidades (tipo de vivienda, barrio, etc.) para llegar a vivir de la manera más autónoma posible en una vivienda independiente y dentro de la comunidad. Debe poder elegir el tipo de servicios de ayuda y la frecuencia. Por ejemplo, cuando quiere detener o disminuir el consumo de alcohol y/o drogas o modificar la medicación por los efectos que tiene sobre ella.
- En tercer lugar, este enfoque se orienta a la recuperación de la persona. Recuperación es un concepto de uso creciente en el ámbito de la salud mental, distinto al de curación. Hay varias definiciones. La agencia para la salud mental y el abuso de sustancias del gobierno de Estados Unidos define la recuperación como «un proceso de cambio mediante el cual los individuos

trabajan para mejorar su propia salud y bienestar, y para vivir una vida con sentido dentro la comunidad que elijan y procuran desarrollar al máximo sus capacidades». Se trata, por lo tanto, de un proceso sin fin predeterminado ni duración prefijada. No se define por «dónde se llega» sino por en qué dirección se avanza. Cada persona se recupera desde un punto de partida propio y llega a situaciones mejores pero que serán diferentes para cada persona, con capacidades y limitaciones diversas. Facilitar la recuperación pasa por reducir los prejuicios que hay sobre las personas con problemas de drogas y/o de salud mental, y para construir relaciones con iguales y con la comunidad en su conjunto. La recuperación pasa por que la persona pueda construir la esperanza y la motivación interna para mejorar su bienestar.

- En cuarto lugar, el enfoque centrado en la persona reconoce a cada uno como único con sus necesidades. Unos necesitarán un apoyo más intensivo, mientras que los otros demandarán un apoyo variable o más limitado. El apoyo se debe ir adaptando en función de la autonomía de cada persona. El acceso a los servicios o el tratamiento debe ser voluntario, personalizado, adaptado a la cultura y al momento en que la persona lo solicita.
- Y finalmente este modelo quiere favorecer que las personas se incorporen a la comunidad y a la sociedad. Se facilita el acceso a servicios y actividades para animar a iniciar y mantener relaciones sociales, actividades recreativas, educativas y profesionales en el entorno donde vive o más allá de éste según sus intereses (Tsemberis et al. 2003; Tsemberis et al. 2004; Stefancic & Tsemberis 2007; Gaetz et al. 2013)

Pathways to housing Estados Unidos	Housing First Europa	Housing First Canadá
Vivienda como derecho humano	Housing First como derecho humano fundamental	Acceso inmediato a una vivienda permanente sin preparación previa
Respeto, calidez, compasión para todas las personas usuarias		
Elección y autodeterminación de las personas usuarias	Elección y control de los servicios por parte de las personas usuarias	Elección de la persona y autodeterminación
	Compromiso activo sin coerción	
Servicios centrados en la recuperación de la persona	Orientación centrada en la recuperación	Énfasis en la recuperación
	Planificación centrada en la persona	Apoyo personalizado y centrado en la persona usuaria
Compromiso para trabajar con las personas todo el tiempo que sea necesario	Apoyo flexible durante el tiempo necesario	
Separación entre la vivienda y el tratamiento	Separación de la vivienda y el tratamiento	
Reducción de daños	Reducción de daños	
Viviendas dispersas en el territorio y apartamentos independientes		
		Integración comunitaria y social

Fuente: Elaboración propia a partir de (Tsemberis 2012; Gaetz et al. 2013) y <http://housingfirstguide.eu>.

Para evaluar el modelo, desde el proyecto pionero PHF se elaboró una escala de fidelidad, que desde entonces se utiliza como instrumento para analizar la implantación y el desarrollo del modelo (Greenwood et al. 2013). En los proyectos que se presentan como una búsqueda, la evaluación es externa y está realizada por un equipo de expertos que tienen un conocimiento a fondo del modelo y que lo validan. El rol de este equipo es supervisar y evaluar cada seis meses el proceso. Esta validación consiste en realizar entrevistas a los diferentes operadores: gestores, coordinadores y los equipos de profesionales, así como los peerworkers y los participantes del proyecto. Al final de cada supervisión estos expertos preparan un informe escrito al tiempo que realizan una sesión de devolución en el equipo, lo que permite identificar los elementos específicos que se desvían respecto a los principios y reorientan la intervención para mantenerse fiel al modelo a partir de las propuestas que realizan (Greenwood et al. 2013).

Diseño, modelización y elementos clave de la intervención

El mandato del modelo Housing First es conseguir la estabilización de la persona en la vivienda, su mejora y recuperación, y su incorporación social y comunitaria. Este mandato está conectado con una lógica de acción centrada en la persona y en el reconocimiento de derechos, que reclama explorar una práctica fundamentalmente relacional.

Reconocer el derecho (no condicionado al tratamiento) a la vivienda supone renunciar al uso de un poderoso motivo externo a la persona para incentivar su participación en el tratamiento y el cambio de sus comportamientos. Esto supone que la intervención debe recurrir fundamentalmente a las motivaciones intrínsecas de la persona, que están conectadas con sus necesidades, intereses y deseos. Esta es una de las diferencias importantes respecto al modelo de Escala de atención, que se centra más en las motivaciones extrínsecas, que vienen acompañadas de contrapartidas y/o condiciones.

Esta forma de acción requiere una proximidad que debe activarse a partir de un trabajo de presencia y de referencia, de un acompañamiento que pasa por aprender a estar al lado de la persona y entre ella y los servicios y mantenerse en esta posición (Baillergeau et al. 2009). La idea es poder valorar siempre que sea posible con la persona los riesgos asociados al consumo o la enfermedad mental. Es una práctica de reconocimiento, a partir del hecho de escuchar y dar credibilidad al relato y construir confianza en su palabra para poder recuperar su lugar social (Honneth 2006). Esto requiere una consideración positiva de la persona, sin juicios de valor respecto a su comportamiento.

Para orientar la acción hacia este propósito, los profesionales en este modelo de intervención deben actuar como conectores, facilitadores y puente entre los servicios y la persona, para conseguir que sea atendida respetando sus derechos. El Housing First reclama una práctica de relación y respeto que debe permitir reparar las relaciones de desigualdad y exclusión social, compensar y restituir los déficits de integración que se han producido con anterioridad. La intervención debe ser acogedora y respetuosa con los ritmos de la persona para que pueda encontrar el gusto a volver a vivir en una vivienda, encontrar su bienestar, mejorar su salud física, mental y emocional y hacer el camino hacia la incorporación social y comunitaria.

El enfoque Housing First requiere un programa de prestación de diversos servicios y actividades que puede estar gestionado por un organismo público o privado. La filosofía y los principios que hay detrás reclaman que el diseño del programa sea global, que tenga en cuenta todo el abanico de servicios de apoyo y equipos que llevarán a cabo la intervención. En algunos proyectos se han diferenciado dos equipos, uno que asume toda la intervención en relación con la vivienda y otro que se hace cargo del apoyo y acompañamiento psicosocial. En otros proyectos el mismo equipo ha asumido los dos tipos de intervención.

La organización en equipos separados y coordinados explica porque tanto la intervención habitacional como social son complejas y requieren de una cierta especialización.

En lo relativo a la intervención psicosocial, los equipos deben poder dar respuesta a las necesidades de las personas que se incorporan al programa, que derivan de las características como la edad, género, etnoculturales o de los problemas físicos, mentales o sociales que viven.

En algunos proyectos se ofrecen dos modalidades de tratamiento: una dirigida a personas con problemas de salud mental o adicciones moderadas, en la que se ofrece una atención basada en el modelo de Intensive Case Management (ICT, o gestión intensiva de casos -GC) y para las que tienen problemas graves la atención se basa en el modelo de Assertive Community Treatment (ACT o tratamiento asertivo comunitario -TAC). La principal diferencia entre los dos modelos consiste en que la gestión de los casos se fundamenta en un profesional de referencia (el gestor) que pilota la intervención y requiere otros profesionales o servicios cuando son necesarios,

mientras que el tratamiento asertivo comunitario se basa en un equipo pluridisciplinar capaz de ofrecer por él mismo y conjuntamente todas o la mayoría de las intervenciones necesarias.

El equipo de tratamiento asertivo comunitario (TAC) es un equipo multidisciplinar integrado que aborda trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastornos bipolares, depresión y trastornos de personalidad severos) y por esta razón las prácticas no pueden ser estándares y uniformizadas. Los profesionales están constantemente haciendo la evaluación de los riesgos y la atención de las necesidades, a menudo complejas. La ratio de usuarios por profesionales es menor que para los otros equipos (entre 8 y 10 personas por equipo). Uno de los objetivos de este equipo será la creación de un vínculo de confianza entre la persona y el equipo, más que con un profesional en particular. Todos los profesionales que integran el equipo acuerdan las intervenciones a realizar con las personas atendidas y se las distribuyen. Para clarificar los roles, los profesionales se posicionan como referente de un «mini-equipo» o como especialistas en las discusiones clínicas con todo el equipo (Gaetz et al. 2013; Aubry et al. 2015).

El equipo de gestión de caso o gestión de caso intensivo (GC o GCI) está integrado por profesionales con un perfil diferente al equipo TAC, por ejemplo: trabajo social, enfermería, agente de relaciones humanas, criminólogo y agente para facilitar la adaptación al trabajo. Este equipo utiliza el enfoque de gestión de casos, que consiste en una atención individualizada, en el que cada profesional es referente de un número de participantes. La ratio de personas suele ser de unas 20 personas por profesional. La intensidad de la intervención irá variando en el tiempo a medida que la persona vaya encontrando su estabilidad en la vivienda y vaya mejorando diferentes facetas de su vida hasta llegar a tener una vida óptima. En el proyecto At Home/Chez Soi de Canadá se pudo constatar que para un buen número de participantes los tres primeros meses fueron los más difíciles y el apoyo más intenso en esta primera etapa fue fundamental para facilitar su progresiva mejora y recuperación (Calgary Homeless Foundation 2011; Gaetz et al. 2013).

Tratamiento Asertivo Comunitario (AssertiveCommunityTreatment)	Gestión (intensiva) de caso (IntensiveCase Management)
Equipo multidisciplinario que ofrece todos los servicios	Cada profesional gestiona un número de casos de forma individualizada desde un enfoque de recuperación
Disponibilidad 24 horas al día 7 días a la semana. Ofrecen un soporte en tiempo real	El gestor del caso está disponible en horas regulares y la carga de trabajo se combina con los otros profesionales para asegurar la cobertura
Reuniones clínicas regulares del equipo	El gestor del caso negocia el acceso a los servicios regulares según las necesidades y opciones que hace la persona
Equipos móviles que se desplazan a los domicilios de los participantes	El gestor del caso acompaña a la persona a reuniones o encuentros para facilitar que consiga sus objetivos o para satisfacer sus necesidades
Ratio habitual de 10 personas por equipo	La ratio habitualmente es de 20 personas por gestor del caso
Duración ilimitada de los servicios ofrecidos y transición hacia servicios de menos intensidad para las personas usuarias en situación estable	La duración del servicio está determinada por las necesidades de la persona, con la idea de terminar utilizando los servicios regulares

Fuente: elaboración propia a partir de Gaetz et al. 2013

La figura del agente-igual (peerworker)

Una de las novedades del enfoque Housing First es la incorporación de la figura de peerworker, que podemos traducir como «agente-igual». Son personas que tienen una similitud con los participantes del proyecto, porque han vivido la situación de estar sin hogar, porque tienen alguna enfermedad mental y/o han sido consumidores de drogas. La intervención basada en estos agentes parte del reconocimiento de una proximidad y conocimientos de experiencia que han adquirido en sus trayectorias de mejora y recuperación, que son complementarios a los conocimientos teóricos, técnicos y relacionales de los profesionales (Llobet Estany et al. 2012).

Los agentes-iguales tienen unas competencias prácticas, unas fuerzas y capacidades que han desarrollado para vivir y conseguir una autonomía con su enfermedad mental y/o adicciones. Estos nuevos operadores se incorporan a los equipos y forman un colectivo específico en la estructura

de gobernanza del proyecto. La incorporación de estos agentes requiere un encaje y una definición del mandato y del rol que tienen. A pesar de ello en una parte de los proyectos se reconoce que han necesitado un tiempo de encaje en los equipos y una cierta negociación de su rol. Por ello, es importante que sean un colectivo. Su rol es el de poner el punto de vista de las personas en el análisis y abordaje de las diferentes situaciones por parte de los profesionales. Acoger y hablar con los participantes para defender sus derechos y activar su participación individual y colectiva, en relación con los servicios y recursos de la comunidad.

3. Los resultados

El Housing First ha sido implantado en diferentes ciudades y países tales como los Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia con el mismo perfil de población crónica con enfermedades mentales y adicciones graves, pero también ha sido utilizado para dar respuesta a otros sectores de la población en situación o riesgo de sinhogarismo.

Los proyectos que han realizado un estudio en profundidad del impacto, comparando un grupo dado mediante Housing First y otro que utilizaba los servicios habituales, han mostrado la eficacia de este primer modelo. Los resultados han demostrado sistemáticamente que este modelo mejora la situación de la población atendida. La atención Housing First reduce su estancia en la calle, los ingresos hospitalarios, los problemas con la policía y la justicia, favorece el empleo estable en una vivienda y permite que la persona pueda escoger un lugar para vivir mejor que el que se consigue con los servicios habituales, por ejemplo, los programas que ofrecen una vivienda supervisada. Los estudios muestran que el modelo ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas y su salud, a reducir el consumo de drogas y mejorar la inserción social. Uno de los argumentos para poner en marcha el Housing First es que supone una reducción de costes a la comunidad de los participantes (Aubry et al 2014; Latimer et al. 2014).

Las evaluaciones muestran que, efectivamente, las personas atendidas por programas de Housing First han reducido el uso de servicios de coste elevado como los de hospitalización psiquiátrica, los albergues y los derivados del sistema policial y penal. El ahorro en estos servicios es muy importante. Sin embargo, hay que analizar el argumento con precaución. En primer lugar el ahorro es muy desigual en función de las características de cada persona. Los estudios muestran grandes diferencias entre los «costes» generados por las personas con necesidades elevadas y los que generan las personas con necesidades moderadas. En segundo lugar, los procesos de atención pueden reducir el uso (probablemente innecesario o inadecuado) de determinados servicios y aumentar el uso de otros que son necesarios. En especial es así en los servicios de Housing First para personas con necesidades moderadas, que reciben servicios de apoyo que realizan derivaciones para las atenciones que no prestan directamente. En tercer lugar, el período de tiempo analizado nos dice poco de los costes a largo plazo, que pueden ser diferentes de los que se observan a corto plazo.

En relación con los costes, hay que tener en cuenta además que una parte del ahorro no se recupera directamente (Latimer et al. 2014). La reducción del uso de los hospitales o albergues puede liberar recursos para atender a otras personas, pero difícilmente supondrá una reducción neta del gasto. Una parte de los costes ahorrados los pagan otros pagadores diferentes a los que se cargan los costes del programa de Housing First. Una parte de los gastos de atención anteriores eran cubiertos por fuentes como donaciones privadas o aportaciones de las entidades prestadoras de servicios. Otra parte de los costes en realidad no «existen» cuando la persona no es atendida, o no lo es para un servicio formal: una persona que pasa la noche en la calle o en casa de unos amigos no cuesta, o al menos no resulta ser un gasto para los servicios públicos. Finalmente, la configuración institucional en cada ciudad puede hacer que los gastos de una administración supongan «un ahorro» para otra y no para la que se carga el gasto.

Estos resultados muestran que la apuesta por el acceso a un vivienda como derecho da resultados positivos, especialmente para personas que hacía mucho tiempo que estaban en la

calle con problemas graves, pero los resultados de los diferentes estudios no permiten afirmar que el enfoque Housing First sea la solución al fenómeno del sinhogarismo de forma global. Las causas del sinhogarismo son de tipo estructural y requieren de una respuesta sistémica y en varios niveles. Este enfoque es una oportunidad para reducir el número de personas en situación crónica en la calle, pero los factores estructurales, como la precarización del mercado de trabajo, la falta de unas políticas públicas que faciliten algún tipo de renta a la población más vulnerable o la falta de vivienda de alquiler social abordable, entre otros, vierten nuevas personas en la calle.

La atención a la diversidad de situaciones que viven las personas sin hogar requiere de un abordaje que combine diferentes modelos, como el Rapid Re-housing en el caso de personas que hace poco que han llegado a la calle con el Housing First que se puede aplicar con diferentes intensidades de apoyo según las necesidades de las personas.

4. Algunos dilemas y cuestiones clave para desarrollar el Housing First

El Housing First es un modelo que genera muchas expectativas. A las personas que no se acaban de creer que sea posible el acceso a una vivienda sin prerrequisitos ni preparación previa. A los responsables políticos y técnicos porque los resultados de los proyectos que han sido evaluados animan a pensar que puede ser un modelo más eficaz y menos costoso que los modelos que se aplicaban hasta ahora, especialmente para un grupo de población que se había definido como crónica y, por lo tanto, con fuertes dificultades para recuperarse. Para las organizaciones y los profesionales porque supone una oportunidad de explorar otras formas de organización y de intervención desde una mirada de «creer en la persona» en situación de fuerte exclusión social. Es un modelo que suele estar claro desde el discurso, pero que representa un reto a la hora de ponerlo en práctica. Este reto no está exento de dificultades, riesgos, límites y tensiones que se deberían poder identificar. La literatura escrita sobre el modelo es extensa, pero hay muy poca información sobre la intervención y la práctica asociada al modelo.

A. Retos de la implantación y organización

Poner en marcha un proyecto inspirado en el modelo Housing First, no quiere decir necesariamente aplicar el mismo tipo de programa que se llevó a cabo por parte de los organismos pioneros en su implantación, primero Pathways to Housing en Nueva York y más tarde Street to Homes en Toronto. Los proyectos se inspiran en otros que ya se han implementado, pero a la vez se adaptan a las especificidades de cada contexto.

La complejidad del proyecto y la implicación de diferentes organizaciones públicas y privadas o vinculadas al tercer sector hacen necesaria la definición de una estructura de gobernanza del proyecto, que planifica, organiza y operativiza la implantación del modelo. Esta estructura requerirá de readaptaciones y reajustes como consecuencia de los elementos que van apareciendo y no se habían previsto, porque hay etapas que son especialmente complicadas y también por las tensiones y críticas que puede suscitar el proyecto.

La estructura puede estar configurada por diferentes comités, consejos o grupos de trabajo.

Así es importante clarificar los mandatos que tienen cada uno de los comités y/o consejos, su organización y funciones, los actores que los integran y la periodicidad de las sesiones de trabajo. El comité que se encarga de la dirección estratégica y operativa del proyecto; el comité de integración operativa se encarga de funcionamiento del proyecto y de la relación con los equipos y llega a soluciones consensuadas ante situaciones o problemas que se van produciendo, como el impago de las viviendas, la entrada de los participantes en la vivienda, el impacto del ritmo de entrada de los participantes en los equipos, el rol de los equipos, etc. La implantación del proyecto provoca reacciones en los organismos de los ámbitos de atención al sinhogarismo, la salud mental y las toxicomanías, así como de la vivienda. El comité integrado por los organismos de estos ámbitos puede actuar como una vía de comunicación y transmisión entre los organismos y el proyecto. Permite situar el proyecto en un contexto más amplio, contribuyendo a instaurar una

visión de conjunto de los servicios orientados a la población sin hogar en relación con los diferentes ámbitos y valorar también el interés de la comunidad respecto al proyecto. Se puede favorecer una actitud de colaboración y valoración de los organismos del ámbito que no están directamente implicados en el proyecto que por un lado pueden ver el proyecto como una oportunidad, pero a la vez se plantean interrogantes respecto al impacto que puede tener el proyecto en la orientación de la financiación pública una vez finalizado el proyecto. El consejo de ex agentes-iguales (peerworkers) está integrado por personas que han vivido la situación de estar sin hogar y han utilizado los servicios. Su rol es el de representar el punto de vista de las personas, acoger a las personas participantes en el proyecto, implicarse activamente y movilizar los participantes en el proyecto, activar una participación colectiva y ciudadana así como defender los derechos o sostener la participación individual.

Los miembros de este comité participan también en los otros comités o consejos.

La opción por el Housing First desde la política pública debe ir acompañada de la presentación de resultados en términos económicos, pero sobre todo en términos humanos y de política social, que puede contribuir a mejorar la vida de un sector de población para la que parecía que ya no había un recurso posible. La implantación exige los recursos disponibles, una readaptación y un reposicionamiento de los ámbitos de atención a este grupo de población, de la administración pública, de los servicios, de la comunidad, de los profesionales y de las mismas personas que participan en el proyecto.

El fenómeno del sinhogarismo requiere un abordaje sistémico y el Housing First es un enfoque más con unos principios y una filosofía que han sido aplicados de formas diferentes, en contextos muy variados, que han dado lugar a modelos diversos. Los resultados son esperanzadores, aportan un cambio de enfoque centrado en el reconocimiento de derechos de la persona en situación de fuertes exclusiones entre ellas la residencial, aportan muchas pistas de acción que pueden mejorar sustancialmente los servicios y la intervención, pero ahora mismo y de acuerdo con los resultados y la literatura es arriesgado presentar este modelo como la solución al sinhogarismo.

B. Retos del diseño de la intervención

El Housing First reclama una intervención con componentes nuevos que pueden convertirse en dificultades a la hora de poner en práctica el modelo en nuestro contexto. En este apartado identificaremos algunos de estos elementos con propuestas para desarrollar.

En primer lugar, no tenemos referentes de esta práctica aplicados con anterioridad en nuestro contexto. Este hecho supone que los proyectos que se pongan en marcha bajo el modelo Housing First tendrán un carácter experimental y por ello deberían ir acompañados de un programa de investigación, tal y como se ha hecho en otras ciudades, para disponer de datos que hagan posible evaluar la aplicación concreta del modelo en nuestro contexto. Es especialmente recomendable si se quiere extender el modelo y/o replantear el sistema de intervención al sinhogarismo de forma global.

En segundo lugar, también la intervención centrada en el sujeto a quien se reconocen derechos, requiere un sistema que se adapte a la persona y no al revés, como suele ocurrir con otros modelos de intervención. Este modelo supone repensar todo el sistema desde los diferentes ámbitos, dispositivos y profesionales que intervienen. A la hora de repensar el modelo se hace del todo necesario tener en cuenta la mirada de las personas que conocen los servicios y circuitos de atención. Conlleva un cambio de cultura en las organizaciones y en los profesionales que no es fácil de imaginar. Por otra parte, la naturaleza de la ciudadanía social y de los derechos sociales en cada contexto condiciona el sentido particular de las prácticas. En el caso de España, los derechos sociales de los ciudadanos ante la falta de ingresos o la necesidad de apoyo social son limitados y fragmentados (Laparra Navarro & Aguilar Hendrickson 1996; Laparra Navarro 2004; Laparra Navarro et al. 2009).

La atención social directa sigue estando en parte marcada por una concepción heredada de la antigua beneficencia pública, según la cual la persona sin medios de subsistencia no tiene derechos, en un sentido fuerte de la expresión. Las personas en dificultad exponen su situación y la administración pública tiene el deber moral de atenderlas, pero desde una posición de inferioridad de la persona necesitada y de tutela protectora del Estado (Aguilar Hendrickson 2010). Se trata más de una relación basada en el principio de ayuda humanitaria, que en un derecho de ciudadanía. A pesar de que se ha ido reduciendo el carácter moralista y paternalista de las prácticas, característica de la beneficencia pública, la falta de una relación plena de derechos, ha mantenido en parte esta concepción tutelar. El Housing First supone pasar de esta concepción tutelar, aún muy presente en las organizaciones y en las prácticas de intervención, a una concepción de derechos de ciudadanía. Por otra parte, las personas han aprendido a adaptarse a un modelo de intervención de Escala de atención en la que la vivienda no es un derecho subjetivo y por lo tanto, difícilmente esperan o aún menos reclamarán este derecho.

Para superar estas resistencias y/o obstáculos que pueden aparecer se deben activar mecanismos que permitan identificarlos y reorientar la acción. Las organizaciones y los profesionales deben poder compartir e integrar los valores y los principios del modelo no sólo desde el discurso, sino sobre todo desde la intervención. La formación previa con el trabajo de casos prácticos puede favorecer esta comprensión. Los espacios tanto de intervención como los de supervisión pueden permitir el análisis de casos tanto desde una perspectiva clínica como psicosocial y pueden contribuir a identificar los dilemas, los interrogantes y las dudas en torno a la práctica. Los profesionales se encontrarán ante situaciones que deben poder aprender a analizar de forma distinta a como lo estaban haciendo hasta ahora. Es un tipo de práctica que requiere deconstruir algunas de las nociones y mecanismos aprendidos de las formas de intervención anteriores. El rol del coordinador/a de los equipos se convierte en central para poder abordar las situaciones difíciles o críticas de forma cotidiana. El trabajo en equipo, se convierte en otra pieza clave del enfoque centrado en el sujeto. Reunir profesionales de diferentes campos disciplinarios en un mismo equipo es un reto en sí mismo, cuando vienen de ámbitos y culturas organizativas y profesionales diferentes lo es aún más. Los profesionales deben tomar decisiones en equipo desde lógicas de reconocimiento de conocimientos más horizontales, reduciendo la jerarquía de poderes y conocimientos profesionales. Es una práctica relacional que tiene un fuerte componente reflexivo (Schön, & Bayo 1998). Por ello se propone la posibilidad de crear una comunidad de práctica entre los profesionales para poder compartir las herramientas, los aprendizajes y conocimientos que se van adquiriendo desde la práctica. Cuando la práctica tiene un carácter experimental como en este caso, la propia intervención puede ser un espacio de reflexión, de autoconocimiento y de autoformación.

Este tipo de práctica cuestiona e interpela a los profesionales que se encuentran confrontados a una sobreinversión o dedicación mucho más cercana a la persona y deben cuestionar su posición y su poder, especialmente cuando se encuentran ante situaciones que los desconciertan porque deben responder de una manera diferente a la que estaban habituados a hacer. Requiere profesionales muy comprometidos, que tengan incorporados los valores que deben defender y que estén motivados para explorar y coproducir una práctica que es incierta, que parte de las fuerzas de la persona, que estimula la creatividad y que exige flexibilidad y mucha humildad. Los profesionales deben poder aceptar los límites de la relación y deben poder recurrir a alguien, en este caso el coordinador/a para poder identificar sus propias dificultades y límites. Se deben crear espacios para aprender también a cuidar la salud mental y el bienestar del equipo.

C. Retos de una política articulada de vivienda y apoyo social

El desarrollo de iniciativas y proyectos con orientación Housing-led (Housing First y otros) pone sobre la mesa algunas cuestiones más generales relativas a las políticas de respuesta a la exclusión residencial y a las relaciones entre política de vivienda, política de servicios sociales y de salud. En este último apartado intentaremos formular algunos de estos retos y algunas posibles vías de desarrollo.

Un primer problema es qué amplitud pueden tener las políticas Housing-led. Focalizarse en grupos muy pequeños de población permite obtener, de acuerdo con la experiencia conocida, resultados muy positivos para los casos atendidos. En cambio, se enfrentan a dos riesgos importantes: en primer lugar, tener efectos limitados sobre el conjunto del problema del sinhogarismo y de la exclusión residencial y en segundo lugar, y en contextos en los que el acceso a la vivienda es difícil para sectores amplios de la población, pueden despertar percepciones de agravio comparativo que pueden erosionar la legitimidad de estas políticas. Un sobre-esfuerzo de atención a las personas con mayores dificultades aumenta la equidad cuando la mayoría de la población recibe una atención suficiente (normalmente mucho menos intensa) para sus necesidades.

Una investigación reciente (Colombo 2016) muestra que el contexto de los mercados de la vivienda juega un papel importante. Los proyectos Housing-led parece tener buenas perspectivas como enfoque amplio de la lucha contra la exclusión residencial en ciudades como Viena (con un 80 por ciento de vivienda de alquiler y un 25 por ciento de alquiler público) y se encuentra con graves limitaciones en ciudades como Budapest, Londres y Estocolmo, con mercados de vivienda mucho más difíciles.

Una segunda cuestión importante es el de la articulación de las políticas de vivienda con las políticas de atención social y de garantía de renta. En general los proyectos de Housing First se han desarrollado desde el campo de los servicios sociales. Su continuidad más allá de la duración limitada habitual en los proyectos depende en buena medida de la disponibilidad de una garantía de ingresos (renta mínima, prestaciones por alquiler) y/o de acceso «garantizado» a la vivienda (vivienda pública).

Más allá de la continuidad de los proyectos, se abre una oportunidad para pensar más a fondo en la relación entre servicios sociales y vivienda protegida. Hay un abanico más amplio de situaciones en las que las personas necesitan simultáneamente apoyos personales, sociales o sanitarios (a menudo combinados) y un alojamiento (en ocasiones adaptado). Los proyectos de Housing First son un ejemplo de ello, pero también lo es el realojamiento por desahucio (vivienda de emergencia) o en casos de violencia doméstica de género, el alojamiento con apoyo de personas con dependencia (desde el apoyo domiciliario hasta las residencias asistidas, pasando por viviendas con servicios) y los pisos tutelados de varios tipos. En este tipo de intervenciones, falta un modelo más claro y definido del papel de la oferta pública de acceso a la vivienda y de servicios sociales y sanitarios. Quizás los proyectos de Housing First que se inician en Barcelona puedan ser una ocasión para abordar la cuestión.

Bibliografía

Aguilar Hendricksón, M., 2010, La huella de la beneficencia pública en los servicios sociales modernos en España, *Zerbitzuan* (48), pp. 9–16.

Aubry, T., Ecker, J. & Jetté, J. 2014, Supported housing as a promising Housing First approach for people with severe and persistent mental illness, in *Homeless ness and health*, University Of Ottawa Press, Ottawa, pp. 155-88.

Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C.E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J. & Streiner, D.L., 2015, A multiple-city RCT of Housing First with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness, *Psychiatric Services*.

Baillergeau, E., Duyvendak, J., Hoijink, M., Llobet Estany, M. & Thiot, M., 2009, Proximité et citoyenneté en milieu urbain. Les leçons de la pratique au Québec, aux pays-Bas et en Espagne, *CSSS Jeanne-Mance-PUCA*, Montréal.

Calgary Homeless Foundation 2011, Case Management Dimensions of Promising Practice for Case Managed Supports in Ending Homelessness, Calgary Homeless Foundation

Colombo, F., 2016, Housing First as a strategy to address housing exclusion? Findings from a comparative case study research in Europe, IX Conferenza ESPAnet Italia.

ECCH 2011, European Consensus Conference on Homelessness: Policy Recommendations of the Jury, Brusel•les ECCH
(http://www.feantsa.org/spip.php?action=acceder_document&arg=873&cle=896333df5ef4c9a0e64db38eda4484972e6bc55e&file=pdf%2F2011_02_16_final_consensus_conference_jury_recommandations_en-2.pdf)

Gaetz, S., Scott, F. & Gulliver, T. (eds.), 2013, Housing First in Canada: Supporting communities to end homelessness, Canada Homelessness Research Network, Toronto.

Greenwood, R.M., Stefancic, A., Tsemberis, S. & Busch-Geertsema, V., 2013, Implementations of Housing First in Europe: Successes and Challenges in Maintaining Model Fidelity, American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 16(4), pp. 290-312.

Henwood, B.F., Stanhope, V. & Padgett, D.K., 2011, The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs, Adm Policy Ment Health, 38(2), pp. 77-85.
Honneth, A., 2006, La société du mépris, La Découverte, Paris.

Jost, J.J., Levitt, A.J. & Porcu, L., 2010, Street to Home: The Experiences of Long-term Unsheltered Homeless Individuals in an Outreach and Housing Placement Program, Qualitative Social Work, 10(2), pp. 244-63.

Laparra Navarro, M., 2004, La travesía en el desierto de las rentas mínimas en España, Documentación social(135), pp. 57-76.

Laparra Navarro, M. & Aguilar Hendricksón, M., 1996, Social Exclusion and Minimum Income Programmes in Spain, South European Society and Politics, 1(3), pp. 87-.

Laparra Navarro M, Ayala Cañón L [Cáritas Española] 2009, El sistema de garantía de ingresos mínimos en España y la respuesta urgente que requiere la crisis social, Madrid FOESSA-Cáritas

Latimer E, Rabouin D, Méthot C, et al 2014, Projet Chez Soi-Rapport final du site de Montréal, Calgary Commission de la santé mentale du Canada

Llobet Estany, M., Baillergeau, E. & Thiot, M., 2012, Los «peerworkers» y la participación de las personas y colectivos en situación de exclusión social, Cuadernos de Trabajo Social, 25(2).

McCarroll, C., 2002, Pathways to housing the homeless, Christian Science Monitor , 94(110), pp. 1-5.

McNaughton Nicholls, C. & Atherton, I., 2011, Housing First : Considering Components for Successful Resettlement of Homeless People with Multiple Needs , Housing Studies, 26(5), pp. 767-77.

Moulaert, F., McCallum, D., Mehmood, A. & Hamdouch, A., 2013, The international handbook on social innovation: collective action, social learning and trans disciplinary research, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.

Pelletier, J.-F., Piat, M., Côté, S. & Dorvil, H. (eds.), 2009, Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : pourquoi et comment faire évoluer les pratiques? Presses de l'Université du Québec, Québec.

Pleace, N., 2012, Le logement d'abord, DIHAL-FEANTSA, Paris.

Schön, D.A. & Bayo, J., 1998, El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan, Paidós, Barcelona.

Stefancic, A. & Tsemberis, S., 2007, Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four-year study of housing access and retention, *The journal of primary prevention*, 28(3-4), pp. 265-79.

Tsemberis, S., 2012, Housing First: Basic Tenets of the Definition Across Cultures, *European Journal of Homelessness*, 6(2), pp. 169-73.

Tsemberis, S. & Eisenberg, R.F., 2000, Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities, *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 51(4), pp. 487-93.

Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M., 2004, Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis, *American journal of public health*, 94(4), pp. 651-6.

Tsemberis, S.J., Moran, L., Shinn, M., Asmussen, S.M. & Shern, D.L., 2003, Consumer preference programs for individuals who are homeless and have psychiatric disabilities: a drop-in center and a supported housing program, *American journal of community psychology*, 32(3-4), pp. 305-17.

Waagemakers Schiff, J. & Rook, J., 2012, Housing First: Where is the evidence? Canadian Homelessness Research Network, Toronto.

Text d'exemple