



Tribuna

El Housing First. El dret a l'habitatge dels més vulnerables

Marta Llobet Estany

Universitat de Barcelona

Manuel Aguilar Hendricksón

Universitat de Barcelona

Paraules clau: sensellarisme, Housing First, dret a l'habitatge, incorporació social



El model Housing First com a projecte de recerca o com a projecte d'intervenció en el camp del sensellarisme, orientat inicialment a persones que fa més d'un any que estan al carrer amb problemes greus de salut mental i/o addiccions, es presenta com una innovació social. Va ser experimentat per primera vegada a Nova York als anys 90, com a conseqüència de qüestionar la poca efectivitat del model tradicional Escala d'atenció. Ha estat implantat també al Canadà, a Europa i a Austràlia, acompanyat d'un ampli treball d'avaluació.

Es presenta com un canvi de paradigma perquè, a diferència del model Escala d'atenció, aquest comença pel final, facilitant un habitatge de forma permanent i independent. Es reconeix el dret a l'habitatge i l'autodeterminació. L'organització de l'atenció es fa d'acord amb les necessitats, els ritmes i les opcions de la persona. El model d'intervenció s'ha de coproduir des de les categories d'acció de proximitat, relació, acompanyament i reconeixement.

El Housing First suscita moltes expectatives, però també interrogants, dilemes i tensions que emergeixen tant del procés d'implantació d'aquest model com de les anàlisis dels resultats de les avaluacions i de la literatura produïda. En aquest article abordarem algunes d'aquestes qüestions i plantejarem alguns dilemes a tenir en compte en la seva implantació.

El camp de l'atenció a les persones sense sostre està vivint des de fa més de deu anys una petita revolució. El terme amb el qual es coneix aquesta revolució és Housing First. A principis dels anys 90 el psicòleg clínic Sam Tsemberis va

impulsar un canvi d'orientació en l'atenció als sense sostre a Nova York que posava l'accés a un habitatge permanent i independent a l'inici (i no al final) del «tractament» dels problemes de salut mental. Aquest model esdevingué política federal als Estats Units a principis dels anys 2000, i el seu desenvolupament, acompanyat d'avaluacions que mostraven els seus resultats positius i la seva capacitat d'estalviar costos, li va donar una gran visibilitat política, acadèmica i mediàtica. A Europa es va estendre amb força especialment arran de la Conferència Europea de Consens sobre el Sensellarisme organitzada per FEANTSA (Federació Europea d'Associacions Nacionals que treballen amb les persones sense llar) el 2010. Des de llavors són nombroses les ciutats europees que han posat en marxa projectes experimentals amb aquesta orientació.

La difusió dels projectes de Housing First ha portat a una certa confusió terminològica. El terme s'utilitza al mateix temps per fer referència a un tipus molt precís d'intervenció amb persones sense sostre cròniques amb problemes greus de salut mental i per designar altres intervencions amb altres grups de població sense llar, que comparteixen el principi d'accés des de l'inici a un habitatge independent permanent i «garantit». Així, han aparegut altres termes com Housing-led, Rapid Re-housing, Pathways Housing First, Housing First Light i d'altres.

En aquest article intentarem, en primer lloc, aclarir què hi ha darrere de cadascun d'aquests termes. En segon lloc, analitzarem els elements fonamentals del model de referència de Housing First (també anomenat Pathways Housing First). En tercer lloc, sintetitzarem alguns dels resultats. Finalment, intentarem plantejar alguns

dels dilemes amb els quals es pot trobar la implantació d'aquest model.

1. Posar «Primer, la Llar», sense condicions

Tots els models de resposta al sensellarisme dels quals estem parlant tenen en comú dos elements clau. En primer lloc, que l'accés a un habitatge permanent i «garantit» (amb «seguretat de tinença») és un primer pas en la resposta a la situació de les persones sense llar i no el final d'un llarg camí d'intervencions prèvies (Escala d'atenció). En segon lloc, que la tinença i la permanència de la persona a la casa, que és casa seva, no està condicionada a acceptar i seguir tractaments o l'abandonament de comportaments com el consum de drogues o d'alcohol. La casa ja no és l'incentiu o instrument de pressió per fer que la persona accepti o segueixi altres serveis que pugui necessitar.

El terme més adient per fer referència al conjunt divers de programes que comparteixen aquestes dues característiques és Housing-led, que podem traduir per «Orientat a l'habitatge» o «Guiat per l'habitatge». Aquest és el terme que s'adopta en la Conferència de Consens de 2010 (ECCH 2011) que hem esmentat abans. Housing-led inclou, per tant, programes que poden tenir associats diversos models d'intervenció social o de salut (o no tenir-ne cap) i poden estar adreçats a diversos segments de la població sense llar. És important recordar que FEANTSA defineix fins a 13 formes i graus diferents de sensellarisme i exclusió residencial, agrupades en quatre grans categories. El sensellarisme pot ser també crònic, de curta durada o, fins i tot, de risc imminent de sensellarisme. Hi poden haver (o no) adicionalment problemes socials, de salut o d'altres tipus.

A grans trets, i recordant que les definicions són utilitzades de forma diferent per diversos actors, podem distingir dos grans tipus de programes Housing-led:

- Programes dirigits a persones sense llar cròniques (vol dir més d'un any sense llar) amb problemes greus de salut mental o de consum de drogues i/o alcohol. El model més conegut d'aquest tipus de programa és Pathways Housing First, que respon als principis i orientacions del projecte desenvolupat a Nova York per Sam Tsemberis. El terme Housing First s'hauria de reservar per a aquest tipus de programes, però el seu ús real no és tan coherent. Una variant d'aquest tipus de programes es l'anomenat Communal Housing First (Pleace 2012) [Housing First Agrupat o en habitatge tutelat col·lectiu], que ofereix habitatge independent i garantit en edificis dedicats a l'habitatge amb suport i no en apartaments dispersos com fa Pathways Housing First. Aquests programes inclouen l'oferta de serveis de suport d'intensitat elevada que, com veurem més endavant, poden tenir formes diverses. Aquest allotjament amb suport intens es coneix també amb el nom de Supportive Housing, tot i que els programes així denominats poden estar adreçats a situacions diferents del sensellarisme.

- Programes dirigits a persones sense llar amb necessitats més reduïdes o sense problemes socials o de salut especials, i que poden anar des del sensellarisme de llarga durada fins a situacions de risc de quedar sense llar (per exemple, amenaçats de desnonament imminent). Aquests programes poden incloure una oferta de serveis de suport de menor intensitat o fins i tot no incloure-la i remetre les possibles situacions de necessitat de suport a serveis generals del

territori. Els programes d'aquesta segona modalitat de Housing-led reben noms diversos com Housing First Light (Pleace 2012) o Rapid Re-housing [reallotjament ràpid].

La resta de l'article el dediquem a analitzar el primer tipus de programes, i utilitzarem indistintament els termes Pathways Housing First i Housing First per parlar-ne.

2. Com funciona (Pathways) Housing First?

El Housing First és un model d'intervenció per a persones sense llar amb dificultats personals, de salut mental i socials greus, que posa al centre el dret a una llar pròpia. Parteix de la idea que disposar d'un habitatge propi digne i adequat és un punt de partida i una condició necessària per a la millora i recuperació de la persona i no el resultat final del procés. En aquest model, es facilita l'accés a un habitatge independent i estable sense imposar condicions de preparació prèvia, com per exemple, seguir un tractament psiquiàtric o abandonar consums problemàtics, i s'ofereix un suport professional i l'accés als serveis en funció de les necessitats i segons el criteri d'elecció de la persona. Parteix del principi que és més fàcil per a una persona fer-se càrrec de la pròpia vida quan està allotjada a casa seva, que si és al carrer o està allotjada temporalment en diferents recursos (Gaetz et al. 2013). Juntament amb aquest accés ràpid i autònom a l'habitatge, el Housing First es caracteritza per una intervenció psicosocial d'alta intensitat.

Aquest model constitueix una innovació, un canvi de paradigma d'atenció social i sanitària amb les persones sense llar en situació més crònica. En què consisteix aquest

model? Què té de diferent respecte a d'altres models? És realment més efectiu aquest model que d'altres? Quin és el cost de la implantació d'aquest model? En què consisteix la intervenció basada en una lògica de drets i de recuperació de la persona? Quins canvis es produeixen al facilitar l'accés a un habitatge a persones en situació de forta vulnerabilitat?

Housing First comença pel «final», és a dir, facilita l'accés a l'habitatge estable com a element que pot afavorir la incorporació social (Moulaert et al. 2013). Aquesta «inversió» de l'ordre tradicional de la intervenció neix del qüestionament de l'eficàcia dels models «tradicionals» que responen a l'esquema de l'Escala d'atenció. La seva lògica és que les persones han de superar diverses etapes abans d'estar en condicions d'accedir a un habitatge autònom, i passar per l'acceptació d'un pla d'intervenció. El model d'Escala d'atenció considera que les persones amb problemes de drogues i/o de salut mental, no estan preparades per viure en un habitatge, i han de seguir un procés gradual, pas a pas fins a arribar a la inserció residencial.

El model Housing First ha generat expectatives i posicions molt favorables, especialment pel que fa a la millora de les persones participants (o usuàries) i la reducció de costos d'institucionalització. Ha generat dubtes respecte a la millora de les relacions socials, així com interrogants sobre la seva posada en pràctica. També ha generat crítiques quan es presenta com l'única resposta per acabar amb el sensellarisme o quan s'orienta el finançament públic cap a aquest tipus de model en detriment d'altres. A continuació analitzarem la definició i la filosofia del model, els principis

i algunes qüestions crítiques que han identificat diferents contextos d'aplicació (especialment a Amèrica del Nord, a Europa i a Austràlia).

Els orígens del model

Abans de l'experiència pionera a Nova York es desenvoluparen dos projectes amb característiques semblants al Housing First. A Toronto als anys 70, en el context de tancament dels centres psiquiàtrics i el procés de desinstitucionalització, l'organisme Houselink va promoure un projecte orientat a aconseguir un habitatge per a les persones que havien sortit dels centres amb problemes de salut mental i drogodependències. Aquest projecte ja considera que l'habitatge és un dret i que la persona té capacitat per decidir amb el recolzament d'un equip que li dona suport. A Los Angeles a l'any 1988 el programa Beyond Shelter utilitza per primera vegada el concepte Housing First per real·lotjar famílies sense llar, reduint així l'ús dels albergs i habitatges de transició (Waegemakers Schiff & Rook 2012; Gaetz et al. 2013). El Housing First combina així l'experiència de les formes d'allotjament amb suport (Supportive Housing o habitatges amb suport) desenvolupada en la desinstitucionalització psiquiàtrica amb la seva aplicació «des del principi» a persones sense sostre.

El concepte Housing First com hem comentat esdevé popular a partir del projecte Pathways to Housing (PHF), que s'identifica com a pioner i que ha servit per orientar molts altres projectes. L'any 1992 el psicòleg clínic Sam Tsemberis posa en marxa a Nova York un programa destinat a persones amb problemes greus de salut mental i de drogodependència des de l'organització Pathways

to Housing (McCarroll 2002). Parteix de la constatació que la vida al carrer empitjora la salut mental de les persones i que el model d'escala d'atenció fa de barrera per la seva incorporació social, bàsicament a causa de tres factors:

- El procés d'estabilització de la persona se supedita bàsicament a l'estabilització clínica, allunyada sovint de l'entorn de la persona.
- Les persones usuàries han de passar per una sèrie de fases de tractament que tenen uns criteris i normes, que actuen com obstacles a l'hora de completar el tractament i accedir a un habitatge.
- Les recaigudes en el consum d'alcohol i/o drogues, malgrat que poden ser una oportunitat terapèutica, a la pràctica suposen una penalització i fins i tot poden comportar l'expulsió del programa.

A partir de la constatació d'aquests elements Tsemberis proposa un model d'atenció que comença pel final amb l'accés a l'habitatge que anomena Housing First (HF) (Tsemberis et al. 2004).

Principis del model (Pathways) Housing First

El projecte Pathways to Housing (PHF) de Nova York proposava vuit principis que s'han utilitzat per valorar l'aplicació del model en altres països. Els principis en els projectes PHF i HF Europa són els mateixos, però estan formulats de forma diferent. En el cas del projecte pancanadenc aquests principis se sintetitzen en cinc, i es dóna més importància a la capacitat d'integració tant

comunitària com social dels participants. Els cinc principis es caracteritzen perquè:

- En primer lloc, posen èmfasi en el dret a l'habitatge com un dret humà que s'hauria de garantir per a qualsevol persona i, en concret, per a les més vulnerables, com és el cas de les persones sense llar. Quan l'habitatge es reconeix com un dret no se supedita a un tractament ni a altres contrapartides. El fet que són els participants del projecte els que signen el contracte amb el propietari de l'habitatge s'entén com una forma d'exercir aquest dret. L'habitatge es considera com un mitjà per aconseguir l'estabilitat i per afavorir així la seva inserció social (Tsemberis & Eisenberg 2000; Jost et al. 2010; Henwood et al. 2011; McNaughton Nicholls & Atherton 2011).
- En segon lloc, el model Housing First és un tipus d'intervenció fundada en el dret a decidir i centrada en la persona, que ha de poder exercir la seva autodeterminació. Ha de poder escollir l'habitatge, d'acord amb les seves necessitats (tipus d'habitatge, barri, etc.) per arribar a viure de la manera més autònoma possible en un habitatge independent i dins la comunitat. Ha de poder escollir el tipus de serveis d'ajuda i la freqüència. Per exemple, quan vol aturar o disminuir el consum d'alcohol i/o drogues o modificar la medicació pels efectes que té sobre ella.
- En tercer lloc, aquest enfocament s'orienta a la recuperació de la persona. *Recuperació* és un concepte d'ús creixent en l'àmbit de la salut mental, diferent del de curació. Hi ha diverses definicions. L'agència per la salut mental i l'abús de substàncies del govern dels Estats Units defineix la recuperació com «un procés de canvi

mitjançant el qual els individus treballen per millorar la seva pròpia salut i benestar, i per viure una vida amb sentit dins la comunitat que triïn i procuren desenvolupar al màxim les seves capacitats». Es tracta, per tant, d'un procés sense fi predeterminat ni durada prefixada. No es defineix per «on s'arriba» sinó en quina direcció s'avança. Cadascú *es recupera* des d'un punt de partida propi i arriba a situacions *millors* però que seran diferents per a cada persona, amb capacitats i limitacions diverses. Facilitar la recuperació passa per reduir els prejudicis que hi ha sobre les persones amb problemes de drogues i/o de salut mental, i per construir relacions amb iguals i amb la comunitat

en conjunt. La recuperació passa perquè la persona pugui construir l'esperança i la motivació interna per millorar el seu benestar.

- En quart lloc, l'enfocament centrat en la persona reconeix a cadascú com a únic amb les seves necessitats. Uns necessitaran un suport més intensiu, mentre que els altres demanaran un suport variable o més limitat. El suport s'ha d'anar adaptant en funció de l'autonomia de cada persona. L'accés als serveis o al tractament ha de ser voluntari, personalitzat, adaptat a la cultura i al moment en què la persona ho demana.

Pathways to housing Estats Units	Housing First Europa	Housing First Canada
Habitatge com a dret humà	Housing First com a dret humà fonamental	Accés immediat a un habitatge permanent sense preparació prèvia
Respecte, calidesa, compassió per totes les persones usuàries		
Elecció i autodeterminació de les persones usuàries	Elecció i control dels serveis per part de les persones usuàries	Elecció de la persona i autodeterminació
	Compromís actiu sense coerció	
Serveis centrats en la recuperació de la persona	Orientació centrada en la recuperació	Èmfasi en la recuperació
	Planificació centrada en la persona	Suport personalitzat i centrat en la persona usuària
Compromís per treballar amb les persones tot el temps que sigui necessari	Suport flexible durant el temps necessari	
Separació entre l'habitatge i el tractament	Separació de l'habitatge i el tractament	
Reducció de danys	Reducció de danys	
Habitatges dispersos en el territori i apartaments independents		
		Integració comunitària i social

- I finalment aquest model vol afavorir que les persones s'incorporin a la comunitat i a la societat. Es facilita l'accés a serveis i activitats per animar a iniciar i mantenir relacions socials, activitats recreatives, educatives i professionals a l'entorn on viu o més enllà d'aquest segons els seus interessos (Tsemberis et al. 2003; Tsemberis et al. 2004; Stefancic & Tsemberis 2007; Gaetz et al. 2013)

Per tal d'avaluar el model, des del projecte pioner PHF es va elaborar una escala de fidelitat, que des d'aleshores s'utilitza com a instrument per analitzar la implantació i el desenvolupament del model (Greenwood et al. 2013). En els projectes que es presenten com una recerca, l'avaluació és externa i està realitzada per un equip d'experts que tenen un coneixement a fons del model i que el validen. El rol d'aquest equip és supervisar i avaluar cada sis mesos el procés. Aquesta validació consisteix a realitzar entrevistes als diferents operadors: gestors, coordinadors i els equips de professionals, així com els *peer workers* i els participants del projecte. Al final de cada supervisió aquests experts preparen un informe escrit i alhora fan una sessió de devolució a l'equip, fet que permet identificar els elements específics que es desvien respecte als principis i reorienten la intervenció per mantenir-se fidel al model a partir de les propostes que fan (Greenwood et al. 2013).

Disseny, modelització i elements clau de la intervenció

El mandat del model Housing First és aconseguir l'estabilització de la persona a l'habitatge, la seva millora i recuperació, i la seva incorporació social i comunitària. Aquest mandat està connectat amb una lògica d'acció centrada en la persona i en el reconeixement de drets,

que reclama explorar vers una pràctica fonamentalment relacional.

Reconèixer el dret (no condicionat al tractament) a l'habitatge suposa renunciar a l'ús d'un poderós motiu extern a la persona per incentivar la seva participació al tractament i el canvi dels seus comportaments. Això suposa que la intervenció ha de recórrer fonamentalment a les motivacions intrínseques de la persona, que estan connectades amb les seves necessitats, interessos i desitjos. Aquesta és una de les diferències importants respecte del model d'Escala d'atenció, que se centra més amb les motivacions extrínseques, que vénen acompanyades de contrapartides i/o condicions.

Aquesta forma d'acció requereix una proximitat que s'ha d'activar a partir d'un treball de presència i de referència, d'un acompanyament que passa per aprendre a estar al costat de la persona i entre ella i els serveis i mantenir-se en aquesta posició (Baillergeau et al. 2009). La idea és poder valorar sempre que sigui possible amb la persona, els riscos associats al consum o a la malaltia mental. És una pràctica de reconeixement, a partir del fet d'escoltar i donar credibilitat al relat i construir confiança en la seva paraula per poder recuperar el seu lloc social (Honneth 2006). Això requereix una consideració positiva de la persona, sense judicis de valor respecte al seu comportament.

Per orientar l'acció cap a aquest propòsit, els professionals en aquest model d'intervenció han d'actuar com a connectors, facilitadors i pont entre els serveis i la persona, per aconseguir que sigui atesa respectant els seus drets. El Housing First reclama una pràctica de relació

i respecte que ha de permetre reparar les relacions de desigualtat i exclusió social, compensar i restituir els dèficits d'integració que s'han produït amb anterioritat. La intervenció ha de ser acollidora i respectuosa amb els ritmes de la persona perquè pugui trobar el gust de tornar a viure en un habitatge, trobar el seu benestar, millorar la seva salut física, mental i emocional i fer el camí cap a la incorporació social i comunitària.

L'enfocament Housing First requereix un programa de prestació de diversos serveis i activitats que pot estar gestionat per un organisme públic o privat. La filosofia i els principis que hi ha al darrere reclamen que el disseny del programa sigui global, que tingui en compte tot el ventall de serveis de suport i equips que portaran a terme la intervenció. En alguns projectes s'han diferenciat dos equips, un que assumeix tota la intervenció en relació amb l'habitatge i un altre que es fa càrrec del suport i acompanyament psicosocial. En altres projectes el mateix equip ha assumit els dos tipus d'intervenció.

L'organització en equips separats i coordinats s'explica perquè tant la intervenció habitacional com social són complexes i requereixen una certa especialització.

Pel que fa a la intervenció psicosocial, els equips han de poder donar resposta a les necessitats de les persones que s'incorporen al programa, que deriven de les característiques com l'edat, el sexe, temes etnoculturals o dels problemes físics, mentals o socials que viuen.

En alguns projectes s'ofereixen dues modalitats de tractament: una dirigida a persones amb problemes

de salut mental o addiccions més lleus amb necessitats variables i l'altra dirigida a les persones amb problemes de salut mental i/o addiccions més greus, amb necessitats més elevades. Pels primers, s'ofereix una atenció basada en el model de Intensive Case Management (ICT, o gestió intensiva de casos —GC) . Pels segons l'atenció es basa en el model de Assertive Community Treatment (ACT o tractament assertiu comunitari —TAC). La principal diferència entre els dos models consisteix en el fet que la gestió dels casos es fonamenta en un professional de referència (el gestor) que pilota la intervenció i requereix altres professionals o serveis quan són necessaris, mentre que el tractament assertiu comunitari es basa en un equip pluridisciplinari capaç d'oferir per ell mateix i conjuntament totes o la majoria de les intervencions necessàries.

L'equip de tractament assertiu comunitari (TAC) és un equip multidisciplinari integrat que aborda trastorns mentals greus (esquizofrènia, trastorns bipolars, depressió i trastorns de personalitat severa) i per aquesta raó les pràctiques no poden ser estàndards i uniformitzades. Els professionals estan constantment fent l'avaluació dels riscos i l'atenció de les necessitats sovint complexes. La ràtio de persones usuàries per professionals és menor que per als altres equips (entre 8 i 10 persones per equip). Un dels objectius d'aquest equip serà la creació d'un vincle de confiança entre la persona i l'equip, més que amb un professional en particular. Tots els professionals que integren l'equip acorden les intervencions a fer amb les persones ateses i se les distribueixen. Per tal de clarificar els rols, els professionals es posicionen com a referent d'un «miniequip» o com a especialistes en les discussions clíniques amb tot l'equip (Gaetz et al. 2013; Aubry et al. 2015).

L'equip de gestió de cas o gestió de cas intensiu (GC o GCI) està integrat per professionals amb un perfil diferent de l'equip TAC, per exemple: treball social, infermeria, agent de relacions humanes, criminòleg i agent per facilitar l'adaptació al treball. Aquest equip utilitza l'enfocament de gestió de casos, que consisteix en una atenció individualitzada, en què cada professional és referent d'un nombre de participants. La ràtio de persones acostuma a ser d'unes 20 persones per professional. La intensitat de la intervenció anirà variant en el temps a mesura que la persona vagi trobant la seva estabilitat a l'habitatge i vagi millorant diferents facetes de la seva vida fins a arribar a tenir una vida òptima. En el projecte At Home/ Chez Soi del Canadà es va poder constatar que, per a un bon nombre de participants, els tres primers mesos van ser els més difícils i el suport més intens en aquesta primera etapa va ser fonamental per facilitar la seva progressiva millora i recuperació (Calgary Homeless Foundation 2011; Gaetz et al. 2013).

La figura de l'agent-igual (*peer worker*)

Una de les novetats de l'enfocament Housing First és la incorporació de la figura de *peer worker*, que podem traduir com a «agent-igual». Són persones que tenen una similitud amb els participants del projecte, perquè han viscut la situació d'estar sense llar, perquè tenen alguna malaltia mental i/o han estat consumidors de drogues. La intervenció basada en aquests agents parteix del reconeixement d'una proximitat i experiència que han adquirit en les seves trajectòries de millora i recuperació, que són complementaris als coneixements teòrics, tècnics i relacionals dels professionals (Llobet Estany et al. 2012).

Els agents-iguals tenen unes competències pràctiques, unes forces i capacitats que han desenvolupat per viure i aconseguir una autonomia amb la seva malaltia mental i/o addicions. Aquests nous operadors s'incorporen als equips i formen un col·lectiu específic en l'estructura de

Tractament Assertiu Comunitari (Assertive Community Treatment)	Gestió (intensiva) de cas (Intensive Case Management)
Equip multidisciplinari que ofereix tots els serveis	Cada professional gestiona un nombre de casos de forma individualitzada des d'un enfocament de recuperació
Disponibilitat 24 hores al dia 7 dies a la setmana. Ofereixen un suport en temps real	El gestor del cas està disponible a hores regulars i la càrrega de treball es combina amb els altres professionals per assegurar la cobertura
Reunions clíniques regulars de l'equip	El gestor del cas negocia l'accés als serveis regulars segons les necessitats i opcions que fa la persona
Equips mòbils que es desplacen als domicilis dels participants	El gestor del cas acompanya la persona a reunions o a trobades per facilitar que aconsegueixi els seus objectius o per satisfer les seves necessitats
Ràtio habitual de 10 persones per equip	La ràtio habitualment és de 20 persones per gestor del cas
Durada il·limitada dels serveis oferts i transició cap a serveis de menys intensitat per a les persones usuàries en situació estable	La durada del servei està determinada per les necessitats de la persona, amb la idea d'acabar utilitzant els serveis regulars

governança del projecte. La incorporació d'aquests agents requereix un encaix i una definició del mandat i del rol que tenen. Malgrat això, en una part dels projectes es reconeix que han necessitat un temps d'encaix en els equips i una certa negociació del seu rol. Per això, és important que siguin un col·lectiu. El seu rol és el de posar el punt de vista de les persones en l'anàlisi i abordatge de les diferents situacions per part dels professionals. Acollir i parlar amb els participants per tal de defensar els seus drets i activar la seva participació individual i col·lectiva, en relació amb els serveis i recursos de la comunitat.

3. Els resultats

El Housing First ha estat implantat en diferents ciutats i països tals com els Estats Units, el Canadà, Europa i Austràlia amb el mateix perfil de població crònica amb malalties mentals i addiccions greus, però també ha estat utilitzat per donar resposta a altres sectors de la població en situació o risc de sensellarisme.

Els projectes que han realitzat un estudi en profunditat de l'impacte, comparant un grup atès mitjançant Housing First i un altre que utilitzava els serveis habituals, han mostrat l'eficàcia d'aquest primer model. Els resultats han demostrat sistemàticament que aquest model millora la situació de la població atesa. L'atenció Housing First redueix la seva estada al carrer, els ingressos hospitalaris, els problemes amb la policia i la justícia, afavoreix l'ocupació estable en un habitatge i permet que la persona pugui escollir un lloc per viure millor que el que s'aconsegueix amb els serveis habituals, per exemple, els programes que ofereixen un habitatge supervisat. Els estudis mostren que el model ha contribuït a millorar la

qualitat de vida de les persones i la seva salut, a reduir el consum de drogues i a millorar la inserció social. Un dels arguments per posar en marxa el Housing First és que suposa una reducció de costos a la comunitat dels participants (Aubry et al. 2014; Latimer et al. 2014).

Les avaluacions mostren que, efectivament, les persones ateses per programes de Housing First han reduït l'ús de serveis de cost elevat com els d'hospitalització psiquiàtrica, els albergs i els derivats del sistema policial i penal. L'estalvi en aquests serveis és molt important. Tanmateix, cal analitzar l'argument amb força precaució. En primer lloc l'estalvi és molt desigual en funció de les característiques de cada persona. Els estudis mostren grans diferències entre els «costos» generats per les persones amb necessitats elevades i els que generen les persones amb necessitats moderades. En segon lloc, els processos d'atenció poden reduir l'ús (probablement innecessari o inadequat) de determinats serveis i augmentar l'ús d'altres que són necessaris. En especial és així en els serveis de Housing First per a persones amb necessitats moderades, que reben serveis de suport que fan derivacions per les atencions que no presten directament. En tercer lloc, el període de temps analitzat ens diu poc dels costos a llarg termini, que poden ser diferents dels que s'observen a curt termini.

En relació amb els costos, cal tenir en compte a més a més que una part de l'estalvi no es recupera directament (Latimer et al. 2014). La reducció de l'ús dels hospitals o albergs pot alliberar recursos per atendre altres persones, però difícilment suposarà una reducció neta de despesa. Una part dels costos *estalviats* els paguen altres *pagadors* diferents de qui es carrega els costos del programa de

Housing First. Una part de les despeses d'atenció anteriors eren cobertes per fonts com donacions privades o aportacions de les entitats prestadores de serveis. Una altra part dels costos en realitat no «existeixen» quan la persona no és atesa, o no ho és per un servei formal: una persona que passa la nit al carrer o a casa d'uns amics no *costa*, o almenys no resulta ser una despesa per als serveis públics. Finalment, la configuració institucional a cada ciutat pot fer que les despeses d'una administració suposin «un estalvi» per a una altra i no per a la que es carrega la despesa.

Aquests resultats mostren que l'aposta per l'accés a un habitatge com a dret dona resultats positius, especialment per a persones que feia molt de temps que eren al carrer amb problemes greus, però els resultats dels diferents estudis no permeten afirmar que l'enfocament Housing First és la solució al fenomen del sensellarisme de forma global. Les causes del sensellarisme són de tipus estructural i requereixen una resposta sistèmica i a diversos nivells. Aquest enfocament és una oportunitat per reduir el nombre de persones en situació crònica al carrer, però els factors estructurals, com la precarització del mercat de treball, la falta d'unes polítiques públiques que facilitin algun tipus de renda a la població més vulnerable o la falta d'habitatge de lloguer social abordable, entre d'altres, aboquen noves persones al carrer.

L'atenció a la diversitat de situacions que viuen les persones sense llar requereix un abordatge que combini diferents models, com el Rapid Re-housing en el cas de persones que fa poc que han arribat al carrer, i amb el Housing First, que es pot aplicar amb diferents intensitats de suport segons les necessitats de les persones.

4. Alguns dilemes i qüestions clau per desenvolupar el Housing First

El Housing First és un model que genera moltes expectatives. A les persones perquè no s'acaben de creure que sigui possible l'accés a un habitatge sense prerequisits ni preparació prèvia. Als responsables polítics i tècnics perquè els resultats dels projectes que han estat avaluats animen a pensar que pot ser un model més eficaç i menys costós que els models que s'aplicaven fins ara, especialment per un grup de població que s'havia definit com a crònica i, per tant, amb fortes dificultats per recuperar-se. Per les organitzacions i els professionals perquè suposa una oportunitat d'explorar altres formes d'organització i d'intervenció des d'una mirada de «creure en la persona» en situació de forta exclusió social. És un model que acostuma a ser clar des del discurs, però que representa un repte a l'hora de ser posat en pràctica. Aquest repte no està exempt de dificultats, riscos, límits i tensions que s'haurien de poder identificar. La literatura escrita sobre el model és extensa, però hi ha molt poca informació sobre la intervenció i la pràctica associada al model.

A. Reptes de la implantació i organització

Posar en marxa un projecte inspirat en el model Housing First no vol dir necessàriament aplicar el mateix tipus de programa que es va dur a terme per part dels organismes pioners en la seva implantació, primer Pathways to Housing a Nova York i més tard Street to Homes a Toronto. Els projectes s'inspiren en altres que ja s'han implementat, però alhora s'adapten a les especificitats de cada context.

La complexitat del projecte i la implicació de diferents organitzacions públiques i privades o vinculades al

tercer sector fan necessària la definició d'una estructura de governança del projecte, que planifica, organitza i operativitza la implantació del model. Aquesta estructura requerirà readaptacions i reajustaments com a conseqüència dels elements que van apareixent i no s'havien previst, perquè hi ha etapes que són especialment complicades i també per les tensions i crítiques que pot suscitar el projecte.

L'estructura pot estar configurada per diferents comitès, consells o grups de treball.

Així és important clarificar els mandats que té cadascun dels comitès i/o consells, la seva organització i funcions, els actors que els integren i la periodicitat de les sessions de treball. El comitè que s'encarrega de la direcció estratègica i operativa del projecte; el comitè d'integració operativa s'encarrega de funcionament del projecte i de la relació amb els equips i arriba a solucions consensuades davant situacions o problemes que es van produint, com l'impagament dels habitatges, l'entrada dels participants a l'habitatge, l'impacte del ritme d'entrada dels participants en els equips, el rol dels equips, etc. La implantació del projecte provoca reaccions en els organismes dels àmbits d'atenció al sensellarisme, la salut mental i les toxicomanies, així com de l'habitatge. El comitè integrat pels organismes d'aquests àmbits pot actuar com una via de comunicació i transmissió entre els organismes i el projecte. Permet situar el projecte en un context més ampli, contribuint a instaurar una visió de conjunt dels serveis orientats a la població sense llar en relació amb els diferents àmbits i valorar també l'interès de la comunitat respecte al projecte. Es pot afavorir una actitud

de col·laboració i valoració dels organismes de l'àmbit que no estan directament implicats en el projecte que d'una banda poden veure el projecte com una oportunitat, però alhora es plantegen interrogants respecte a l'impacte que pot tenir el projecte en l'orientació del finançament públic un cop finalitzat. El consell d'agents-iguals (*peer workers*) està integrat per persones que han viscut la situació d'estar sense llar i han utilitzat els serveis. El seu rol és el de representar el punt de vista de les persones, acollir les persones participants en el projecte, implicar-se activament i mobilitzar els participants en el projecte, activar una participació col·lectiva i ciutadana així com defensar els drets o sostenir la participació individual.

Els membres d'aquest comitè participen també en els altres comitès o consells.

L'opció pel Housing First des de la política pública ha d'anar acompanyada de la presentació de resultats en termes econòmics, però sobretot en termes humans i de política social, que pot contribuir a millorar la vida d'un sector de població per a la qual semblava que ja no hi havia un recurs possible. La implantació exigeix els recursos disponibles, una readaptació i un reposicionament dels àmbits d'atenció a aquest grup de població, de l'administració pública, dels serveis, de la comunitat, dels professionals i de les persones que participen en el projecte.

El fenomen del sensellarisme requereix un abordatge sistèmic i el Housing First és un enfocament més amb uns principis i una filosofia que han estat aplicats de formes diferents, en contextos molt variats, que han donat lloc a models diversos. Els resultats són esperançadors, aporten

un canvi d'enfocament centrat en el reconeixement de drets de la persona en situació de fortes exclusions entre elles la residencial, aporten moltes pistes d'acció que poden millorar substancialment els serveis i la intervenció, però ara com ara, i d'acord amb els resultats i la literatura, és arriscat presentar aquest model com la solució al sensellarisme.

B. Reptes del disseny de la intervenció

El Housing First reclama una intervenció amb components nous que poden esdevenir dificultats a l'hora de posar en pràctica el model en el nostre context. En aquest apartat identificarem alguns d'aquests elements amb propostes per desenvolupar.

En primer lloc, no tenim referents d'aquesta pràctica aplicats amb anterioritat en el nostre context. Aquest fet suposa que els projectes que es posin en marxa sota el model Housing First tindran un caràcter experimental i per això haurien d'anar acompanyats d'un programa de recerca, tal com s'ha fet en altres ciutats, per disposar de dades que facin possible avaluar l'aplicació concreta del model en el nostre context. És especialment recomanable si es vol estendre el model i/o replantejar el sistema d'intervenció al sensellarisme de manera global.

En segon lloc, també la intervenció centrada en el subjecte a qui es reconeixen drets requereix un sistema que s'adapti a la persona i no al revés, com acostuma a passar amb altres models d'intervenció. Aquest model suposa repensar tot el sistema des dels diferents àmbits, dispositius i professionals que hi intervenen. A l'hora de repensar el model es fa del tot necessari tenir en compte la mirada de les persones que coneixen els serveis i el circuits d'atenció. Comporta un

canvi de cultura en les organitzacions i en els professionals que no és fàcil d'imaginar. D'altra banda, la naturalesa de la ciutadania social i dels drets socials en cada context condiciona el sentit particular de les pràctiques. En el cas de l'Estat espanyol, els drets socials dels ciutadans davant la falta d'ingressos o la necessitat de suport social són limitats i fragmentats (Laparra Navarro & Aguilar Hendrickson 1996; Laparra Navarro 2004; Laparra Navarro et al. 2009).

L'atenció social directa segueix estant en part marcada per una concepció heretada de l'antiga beneficència pública, segons la qual la persona sense mitjans de subsistència no té drets, en un sentit fort de l'expressió. Les persones en dificultat exposen la seva situació i l'administració pública té el deure moral d'atendre-les, però des d'una posició d'inferioritat de la persona necessitada i de tutela protectora de l'Estat (Aguilar Hendrickson 2010). Es tracta més d'una relació basada en el principi d'ajuda humanitària, que en un dret de ciutadania. Malgrat que s'ha anat reduint el caràcter moralista i paternalista de les pràctiques, característica de la beneficència pública, la falta d'una relació plena de drets, ha mantingut en part aquesta concepció tutelar. El Housing First suposa passar d'aquesta concepció tutelar encara molt present en les organitzacions i en les pràctiques d'intervenció a una concepció de drets de ciutadania. D'altra banda, les persones han après a adaptar-se a un model d'intervenció d'Escala d'atenció en què l'habitatge no és un dret subjectiu i per tant, difícilment esperen o encara menys reclamaran aquest dret.

Per superar aquestes resistències i/o obstacles que poden aparèixer s'han d'activar mecanismes que permetin identificar-los i reorientar l'acció. Les organitzacions i els

professionals han de poder compartir i integrar els valors i els principis del model no només des del discurs, sinó sobretot des de la intervenció. La formació prèvia amb el treball de casos pràctics pot afavorir aquesta comprensió. Els espais tant d'intervisió com els de supervisió poden permetre l'anàlisi de casos tant des d'una perspectiva clínica com psicosocial i poden contribuir a identificar els dilemes, els interrogants i els dubtes al voltant de la pràctica. Els professionals es trobaran davant de situacions que han de poder aprendre a analitzar de forma diferent de com ho estaven fent fins ara. És un tipus de pràctica que requereix desconstruir algunes de les nocions i mecanismes apresos de les formes d'intervenció anteriors. El rol del coordinador/a dels equips esdevé central per poder abordar les situacions difícils o crítiques de forma quotidiana. El treball en equip, esdevé una altra peça clau de l'enfocament centrat en el subjecte. Reunir professionals de diferents camps disciplinaris en un mateix equip és un repte en si mateix, quan vénen d'àmbits i cultures organitzatives i professionals diferents ho és encara més. Els professionals han de prendre decisions en equip des de lògiques de reconeixement de sabers més horitzontals, reduint la jerarquia de poders i sabers professionals. És una pràctica relacional que té un fort component reflexiu (Schön & Bayo 1998). Per això es proposa la possibilitat de crear una comunitat de pràctica entre els professionals per poder compartir les eines, els aprenentatges i coneixements que es van adquirint des de la pràctica. Quan la pràctica té un caràcter experimental com en aquest cas, la pròpia intervenció pot ser un espai de reflexió, d'autoconeixement i d'autoformació.

Aquest tipus de pràctica qüestiona i interpel·la els professionals que es troben confrontats a una sobreinversió

o dedicació molt més pròxima a la persona i han de qüestionar la seva posició i el seu poder, especialment quan es troben davant de situacions que els desconcerten perquè han de respondre d'una manera diferent a la que estaven habituats a fer. Requereix professionals molt compromesos, que tinguin incorporats els valors que han de defensar i que estiguin motivats per explorar i coproduir una pràctica que és incerta, que parteix de les forces de la persona, que estimula la creativitat i que exigeix flexibilitat i molta humilitat. Els professionals han de poder acceptar els límits de la relació i han de poder recórrer a algú, en aquest cas el coordinador/a per poder identificar les seves pròpies dificultats i límits. S'han de crear espais per aprendre també a cuidar la salut mental i el benestar de l'equip.

C. Reptes d'una política articulada d'habitatge i suport social
El desenvolupament d'iniciatives i projectes amb orientació Housing-led (Housing First i d'altres) posa damunt la taula algunes qüestions més generals relatives a les polítiques de resposta a l'exclusió residencial i a les relacions entre política d'habitatge, política de serveis socials i de salut. En aquest darrer apartat intentarem formular alguns d'aquests reptes i algunes possibles vies de desenvolupament.

Un primer problema és quina amplitud poden tenir les polítiques Housing-led. Focalitzar-les en grups molt petits de població permet obtenir, d'acord amb l'experiència coneguda, resultats molt positius pels casos atesos. En canvi, s'enfronten a dos riscos importants: en primer lloc, tenir efectes limitats sobre el conjunt del problema del sensellarisme i de l'exclusió residencial i en segon lloc, i en contextos en què l'accés a l'habitatge és difícil per sectors amplis de la població, poden despertar percepcions

de greuge comparatiu que poden erosionar la legitimitat d'aquestes polítiques. Un sobre esforç d'atenció a les persones amb dificultats més grans augmenta l'equitat quan la majoria de la població rep una atenció suficient (normalment molt menys intensa) per a les seves necessitats.

Una recerca recent (Colombo 2016) mostra que el context dels mercats de l'habitatge juga un paper important. Els projectes Housing-led semblen tenir bones perspectives com a enfocament ampli de la lluita contra l'exclusió residencial en ciutats com Viena (amb un 80 per cent d'habitatge de lloguer i un 25 per cent de lloguer públic) i es troba amb greus limitacions en ciutats com Budapest, Londres i Estocolm, amb mercats d'habitatge molt més difícils.

Una segona qüestió important és la de l'articulació de les polítiques d'habitatge amb les polítiques d'atenció social i de garantia de renda. En general els projectes de Housing First s'han desenvolupat des del camp dels serveis socials. La seva continuïtat més enllà de la durada limitada habitual

en els projectes depèn en bona mesura de la disponibilitat d'una garantia d'ingressos (renda mínima, prestacions per lloguer) i/o d'accés «garantit» a l'habitatge (habitatge públic).

Més enllà de la continuïtat dels projectes, s'obre una oportunitat per pensar més a fons la relació entre serveis socials i l'habitatge protegit. Hi ha un ventall més ampli de situacions en les quals les persones necessiten simultàniament suports personals, socials o sanitaris (sovint combinats) i un allotjament (en ocasions adaptat). Els projectes de Housing First en són un exemple, però també ho és el realotjament per desnonament (habitatge d'emergència) o en casos de violència domèstica de gènere, l'allotjament amb suport de persones amb dependència (des del suport domiciliari fins a les residències assistides, passant pels habitatges amb serveis) i els pisos tutelats de diversos tipus. En aquest tipus d'intervencions, falta un model més clar i definit del paper de l'oferta pública d'accés a l'habitatge i de serveis socials i sanitaris. Potser els projectes de Housing First que s'inicien a Barcelona poden ser una ocasió per abordar la qüestió.

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 *Homelessness 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., Hoijsink, M., Llobet Estany, M. & Thiro, 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 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_recommendations_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. & Thiro, M., 2012, «Los “peer workers” 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., Mc Callum, D., Mehmood, A. & Hamdouch, A., 2013, *The international handbook on social innovation: collective action, social learning and transdisciplinary 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.

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