

CASTELLANO

HOME! HEALTH

Guía Europea de Apoyo
a los gobiernos locales
para el abordaje de la falta
de vivienda y problemas
de salud complejos



Coordinated by:



In partnership with:



2023-1-ES01-KA220-VET-000156/54

Esta publicación se ha elaborado como parte de los resultados del proyecto **Home4Health** (Ref.: 2023-1-ES01-KA220-VET000156754. Convocatoria: KA220-VET – Alianzas de cooperación en educación y formación profesional).

Este manual se ha elaborado en el marco de las actividades realizadas en el Paquete de Trabajo 4 (WP4), liderado por ABD.

Organizaciones asociadas al consorcio:

Asociación Bienestar y Desarrollo - ABD (Barcelona, España) – Coordinadora del proyecto

Cork Simon Community (Cork, Irlanda)

CRESCER (Lisboa, Portugal)

HVO-Querido (Ámsterdam, Países Bajos)

Más información disponible en el sitio web:

<https://abd.org/en/programs/home4health/>

<https://www.linkedin.com/showcase/home4health/>

Autoras de la publicación:

Equipo ABD: Catarina Alves, Marina Fancelli, Mireia Munté Martín

Diseño gráfico y maquetación: Marina Gil

Mail: international@abd-ong.org

Financiado por la Unión Europea. Las opiniones expresadas son exclusivamente las de las autoras y no reflejan necesariamente las de la Unión Europea ni las de la Agencia Ejecutiva Europea de Educación y Cultura (EACEA). Ni la Unión Europea ni la EACEA se hacen responsables de ellas.

Índice

1. Resumen ejecutivo	4
2. Introducción	6
3. Punto de partida	9
4. Metodología para la elaboración de la Guía	12
4.1 <i>Descripción de la metodología</i>	12
4.2 <i>Limitaciones y alcance</i>	13
5. Casos de estudio inspiradores	14
6. Principales conclusiones de los métodos de investigación utilizados	20
6.1 <i>Conclusiones generales principales</i>	20
6.2 <i>Áreas prioritarias identificadas</i>	24
7. Principios fundamentales de la Guía	26
8. Directrices y recomendaciones	29
8.1 <i>Recomendaciones de política estratégica</i>	30
8.2 <i>Adopción e implementación de la Guía</i>	43
8.3 <i>Integración de las mejores prácticas a los servicios existentes</i>	45
8.4 <i>Seguimiento, evaluación y recopilación de datos</i>	46
9. Difusión y próximos pasos	49
9.1 <i>Orientaciones para su difusión a nivel nacional y regional</i>	49
9.2 <i>Planes de actualización y sostenibilidad a largo plazo</i>	49
10. Glosario de términos	51
11. Bibliografía	57

1. Resumen ejecutivo

El sinhogarismo en Europa representa una profunda crisis social y de salud pública. Las personas en situación de sinhogarismo suelen afrontar múltiples desafíos simultáneos y superpuestos, entre ellos enfermedades físicas y mentales no tratadas, trauma, exclusión social y trastornos por consumo de sustancias, factores que se refuerzan mutuamente y perpetúan los ciclos de inestabilidad residencial. Las respuestas tradicionales, centradas en la emergencia, han demostrado ser insuficientes para abordar estas necesidades complejas e interrelacionadas, lo que ha dado lugar a situaciones persistentes de sinhogarismo y a un deterioro significativo en el ámbito de la salud. Factores estructurales como el aumento del coste de la vivienda, la escasez de vivienda asequible y las respuestas políticas fragmentadas agravan aún más el problema, lo que pone de relieve la necesidad de enfoques integrados, informados por el trauma y basados en la reducción de daños, que sitúen en el centro la dignidad, la autodeterminación, el bienestar y la inclusión social a largo plazo en las respuestas al sinhogarismo.

En este sentido, **la disponibilidad de vivienda debe entenderse como un determinante estructural en la prevención del sinhogarismo**. Aunque la salud, el trauma y el consumo de sustancias son dimensiones críticas, la falta de vivienda asequible y estable es a menudo el principal motor del sinhogarismo o, al menos, el factor que convierte determinadas situaciones en crónicas. Por ello, las respuestas eficaces requieren políticas sólidas de vivienda junto con servicios integrados de apoyo sanitario y social. Si bien los modelos Housing First ofrecen soluciones demostradas, las autoridades locales también deben considerar opciones habitacionales complementarias —como alojamiento de emergencia, transitorio y con apoyo— especialmente para personas con necesidades complejas que puedan requerir una estabilización gradual. Estas opciones complementarias también deberían estar disponibles junto con soluciones de vivienda a largo plazo, a las que las personas puedan transitar y permanecer cuando sea necesario. De lo contrario, los gobiernos locales seguirán dependiendo de respuestas de emergencia o transitorias que acaban convirtiéndose en soluciones permanentes por defecto, ya que quienes se encuentran en esta situación no tienen posibilidad de avanzar hacia otra alternativa. **La prevención —primaria, secundaria y terciaria— debe situarse en el centro de las estrategias de inversión para evitar que más personas entren y permanezcan en estas situaciones.**

La presente Guía Europea de Apoyo a los gobiernos locales para abordar el sinhogarismo y los problemas complejos de salud ofrece un marco integral para desarrollar **enfoques innovadores, inclusivos y basados en la evidencia, con el fin de abordar el problema social e individual del sinhogarismo asociado a problemas complejos de salud y trauma, incluidos los trastornos por consumo de sustancias**. Esta Guía es el resultado de un trabajo colaborativo en el marco del proyecto Home4Health, en el que participaron 10 organizaciones europeas, 4 plataformas especializadas y autoridades locales de varios territorios piloto.

La Guía proporciona orientación basada en la evidencia y tiene como objetivo apoyar a las autoridades locales y regionales en la transición desde intervenciones centradas en la crisis hacia estrategias a largo plazo, preventivas y orientadas a la reducción de daños, en un renovado impulso por mejorar la medición del sinhogarismo y la exclusión residencial, así como por diseñar e implementar políticas públicas para poner fin al sinhogarismo. Sobre todo, **se fundamentan en un marco holístico y centrado en la persona que requiere una acción coordinada de todos los sectores de la sociedad —incluidas las autoridades gubernamentales nacionales y locales, los servicios sanitarios, sociales y jurídicos, y otros actores comunitarios— para garantizar un apoyo coherente y sostenible en la prevención de las vulnerabilidades sociales.** Dentro de este enfoque general, la Guía destaca la atención informada por el trauma, la sensibilidad de género, la inclusión cultural y la integración de los servicios de salud mental, tratamiento de adicciones y apoyo social. Entre sus principios clave se incluyen los enfoques Housing first, la participación comunitaria, el empoderamiento de las personas vulnerables, la incorporación de trabajadores/as pares y una sólida coordinación multilateral entre servicios.

Basándose en la evidencia procedente de las buenas prácticas identificadas por el proyecto, en aportaciones de personas expertas y en consultas con actores implicados, la Guía presenta recomendaciones prácticas en cinco áreas prioritarias directamente vinculadas al sinhogarismo: **salud mental, género, consumo de drogas, violencia y enfoques transculturales.** Cada sección ofrece estrategias prácticas, recomendaciones de política pública y estudios de caso ilustrativos para orientar a los gobiernos locales en el diseño de servicios accesibles, eficaces y adaptados a las necesidades específicas de poblaciones diversas.

La Guía permite a los gobiernos locales pasar de la gestión de crisis hacia modelos sostenibles y preventivos, reduciendo así los costes sociales. Diseñada para su fácil adopción y adaptación por parte de las autoridades locales de la UE, también fomenta la colaboración, promueve las buenas prácticas y facilita el intercambio de aprendizajes. De este modo, busca mejorar la autonomía, el bienestar y la inclusión social de las personas en situación de sinhogarismo, contribuyendo en última instancia a comunidades más inclusivas y resilientes en toda Europa.

2. Introducción

Home4Health es un proyecto europeo financiado por el programa Erasmus+ e implementado en colaboración entre la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD, España) como coordinadora del proyecto, CRESCER (Portugal), HVO-Querido (Países Bajos) y Cork Simon Community (Irlanda). El proyecto, que se desarrolló entre enero de 2024 y junio de 2026, tiene como objetivo promover enfoques más eficaces, inclusivos y sostenibles para abordar la falta de vivienda, el consumo de sustancias y el apoyo social en toda Europa.

Aprovechando la experiencia de las organizaciones del consorcio, Home4Health aborda la urgente necesidad de apoyar a las personas sin hogar que enfrentan complejos desafíos y traumas de salud física y mental, incluyendo la adicción. Adoptando una perspectiva socialmente inclusiva, el proyecto fomenta la colaboración entre organizaciones de la sociedad civil, instituciones y la administración pública. Asimismo, busca alinear las organizaciones de formación profesional con las necesidades cambiantes del mercado laboral. Al responder a la transición hacia sistemas socioeconómicos inclusivos y a la creciente demanda de habilidades especializadas en los sectores de la salud y los servicios sociales, **Home4Health pretende mejorar las oportunidades de desarrollo profesional y facilitar el intercambio de buenas prácticas y experiencias a nivel europeo.** En un plano más práctico, se espera que el desarrollo de estos materiales también ayude a los municipios a tomar decisiones informadas y operativas sobre cómo estructurar los servicios y las políticas.

Este proyecto **parte de la premisa de que la falta de vivienda en la Unión Europea constituye un problema social profundamente arraigado y una crisis de salud pública.** Estimaciones recientes indican que, en una noche cualquiera, cerca de 895 000 personas en Europa se encuentran sin hogar, si bien es probable que esta cifra subestime el número de personas sin hogar que no viven en la calle debido a la fragmentación en la recopilación de datos (FEANTSA y Fondation Abbé Pierre, 2023). Factores estructurales como el aumento vertiginoso del coste de la vivienda, la escasez de viviendas sociales asequibles y la insuficiente coordinación de políticas agravan esta crisis (Euronews, 2024; FEANTSA, 2023).

Las personas sin hogar suelen enfrentarse a **múltiples problemas interrelacionados**, como necesidades complejas de salud física y mental, trastornos por consumo de sustancias, exposición a la violencia y exclusión social. Las intervenciones tradicionales centradas en la crisis a menudo no logran abordar estos problemas interconectados, lo que da lugar a repetidos episodios de falta de vivienda, malos resultados de salud y una limitada reintegración social.

Desde una perspectiva de salud, las personas sin hogar enfrentan resultados mucho peores que la población general. Según un informe de FEANTSA, su esperanza de vida promedio se reduce significativamente, y la falta de una vivienda estable contribuye a una mayor morbilidad y mortalidad (FEANTSA, 2024). Los problemas de salud mental son desproporcionadamente comunes: la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés

postraumático (TEPT) suelen coexistir con la falta de vivienda (FEANTSA, 2023). Además, el acceso a los servicios de salud mental a menudo se ve limitado por el estigma, la insuficiente difusión y las brechas en los requisitos de elegibilidad (Mental Health Europe, 2013). En este sentido, el trauma es un componente central de la falta de vivienda, particularmente para los jóvenes, lo que hace que la atención informada sobre el trauma sea esencial para apoyar tanto la resiliencia de los jóvenes sin hogar como el bienestar del personal que los asiste.

Además, el consumo de sustancias y las adicciones complejizan aún más este panorama: según una guía publicada por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), existe una **relación mutuamente reforzante entre el consumo de drogas de alto riesgo, los trastornos mentales graves y el sinhogarismo prolongado o recurrente** (EMCDDA, 2022). Asimismo, muchas personas en situación de sinhogarismo consumen sustancias como mecanismo de afrontamiento, lo que incrementa su riesgo de sobredosis, enfermedades infecciosas y marginación social (EMCDDA, 2022).

Ante estos desafíos intersectados —exclusión de la vivienda, trauma, salud mental y adicción— resulta evidente que los gobiernos locales deben adoptar enfoques holísticos, integrados y humanos.

Objetivos de la Guía

Los objetivos de esta Guía se pueden resumir de la siguiente manera:

<p>1. Proporcionar un marco coherente</p>	<p>Para que las autoridades locales y regionales diseñen e implementen servicios innovadores, inclusivos e informados por el trauma para personas en situación de sinhogarismo con problemas complejos de salud y adicciones.</p>
<p>2. Promover enfoques a largo plazo</p>	<p>Preventivos y basados en la reducción de daños, superando las intervenciones centradas en la crisis para mejorar la autonomía, el bienestar y la inclusión social.</p>
<p>3. Integrar principios transversales</p>	<p>Como la sensibilidad de género, la competencia cultural y los enfoques interseccionales para abordar las necesidades diversas de mujeres, personas LGBTIQ+, migrantes y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad.</p>
<p>4. Compartir buenas prácticas basadas en la evidencia y aprendizajes</p>	<p>Extraídos del proyecto Home4Health y de la Red Europea de Apoyo, incluyendo estrategias eficaces en salud mental, vivienda, reducción de daños, prevención de la violencia y apoyo social.</p>
<p>5. Apoyar el desarrollo de políticas y la innovación</p>	<p>En los servicios mediante la provisión de recomendaciones aplicables, herramientas y plantillas que las autoridades locales puedan adaptar a sus contextos específicos.</p>

<p>6. Reforzar la cooperación y el intercambio de conocimiento entre autoridades locales y regionales, ONG y redes europeas</p>	<p>Fomentando un enfoque colaborativo europeo frente al sinhogarismo y los desafíos complejos de salud.</p>
<p>7. Reforzar la cooperación y el intercambio de conocimiento entre autoridades locales y regionales, ONG y redes europeas</p>	<p>Mediante la provisión de recomendaciones aplicables, herramientas y plantillas que las autoridades locales puedan adaptar a sus contextos específicos.</p>
<p>8. Facilitar la accesibilidad y la aplicación práctica</p>	<p>Garantizando que la Guía sea utilizable en múltiples idiomas y contextos, y apoyando las labores de difusión y sensibilización a nivel local, regional y de la UE.</p>

3. Punto de partida

En las últimas décadas, los marcos de políticas públicas dirigidos a abordar vulnerabilidades sociales complejas —como el sinhogarismo y el consumo problemático de drogas— han experimentado una profunda erosión de sus fundamentos normativos. **Lo que en su momento se sustentaba en principios de justicia social, universalismo y responsabilidad colectiva, se ve cada vez más condicionado por lógicas de saneamiento y control urbano, juicio moral y gobernanza defensiva.** Este cambio no se produce en el vacío: refleja transformaciones más amplias en las sociedades contemporáneas, en las que se debilita la confianza en el progreso colectivo, se fragmenta la cohesión social y las instituciones a menudo aparecen incapaces de garantizar seguridad o previsibilidad.

En respuesta, las políticas tienden cada vez más hacia la securitización y el desplazamiento de las poblaciones, **y las estrategias municipales oscilan con frecuencia entre dos enfoques contrapuestos: el desplazamiento de las “poblaciones no deseadas” hacia espacios periféricos o fuera de la vista, y la absorción de las vulnerabilidades dentro del territorio urbano mediante servicios limitados y orientados a la contención.** Ambas estrategias, aunque políticamente convenientes, no abordan los determinantes estructurales del sinhogarismo y las adicciones y generan costes significativos para la sociedad —económicos, sociales, personales y urbanos. En particular, la estrategia de desplazamiento incrementa la marginalización, reduce el acceso a servicios esenciales y contribuye a la inestabilidad social a largo plazo, mientras que una integración o contención insuficiente puede perpetuar ciclos de vulnerabilidad, crisis de salud pública y fragmentación de los barrios. **La falta de abordaje proactivo de estas cuestiones supone una carga cuantificable para los sistemas sanitarios, los servicios sociales, las infraestructuras urbanas y el bienestar colectivo de ciudades y comunidades.**

La degradación progresiva de los fundamentos sociales y éticos de las políticas públicas no constituye únicamente una cuestión de restricciones presupuestarias o de ineficiencia administrativa; **refleja una erosión más profunda de los imaginarios colectivos, la confianza cívica y la visión política a largo plazo.** El aumento de la precariedad, la ampliación de las desigualdades y la normalización de la inseguridad han transformado la relación entre los Estados, la ciudadanía y aquellas personas que dependen en mayor medida de los sistemas públicos de protección.

Una de las manifestaciones más evidentes de este cambio es la consolidación de políticas que priorizan el orden, la gestión de la visibilidad y el control punitivo, en detrimento de la inversión social y el desarrollo humano. Las estrategias orientadas a “limpiar” u “ordenar” la ciudad —mediante la intensificación de la vigilancia policial, el desplazamiento de poblaciones o la aplicación de normativas excluyentes— sustituyen progresivamente a enfoques previamente sustentados en los derechos, la justicia social y la solidaridad. En este contexto, **el sinhogarismo y las adicciones se redefinen cada vez menos como problemáticas sociales que exigen respuestas estructurales y más como disrupciones urbanas susceptibles de gestión a través de medidas inmediatas y de carácter disciplinario.** Estas dinámicas ponen de manifiesto un entorno de políticas públicas

crecientemente configurado por la lógica del miedo, la fragmentación social y la adopción de horizontes de decisión de corto alcance.

Esta transformación más amplia parece estar vinculada a un **clima cultural marcado por la pérdida de confianza en el futuro**: a medida que las sociedades experimentan la presión combinada de la desigualdad, la disrupción tecnológica y la percepción de decadencia social, se observa una creciente tendencia a refugiarse en visiones idealizadas o selectivas del pasado. Esta mirada retrospectiva legitima las tendencias excluyentes, los juicios morales hacia los grupos marginados y la nostalgia por formas de autoridad que prometen orden en lugar de empoderamiento.

En este contexto, **las políticas públicas pueden derivar hacia el *managerialismo*, la evitación del riesgo y marcos de carácter moralizante, debilitando el compromiso con enfoques basados en la evidencia, centrados en los derechos y orientados a la persona**. Los determinantes estructurales del *sinhogarismo* —la pobreza, los mercados de vivienda, las desigualdades en salud y la discriminación— suelen quedar desatendidos, mientras que se actúa sobre los síntomas visibles, lo que refuerza los ciclos de marginalización. La dualidad entre desplazamiento y “digestión” de la vulnerabilidad ejemplifica esta dinámica: ya sea cuando las poblaciones son expulsadas o cuando se integran de forma superficial, las desigualdades sociales, económicas y sanitarias subyacentes permanecen sin abordar, generando elevados costes para el conjunto de la sociedad, desde el incremento de la carga sobre los sistemas sanitarios y los servicios sociales hasta el deterioro urbano y la erosión de la cohesión social.

Desde esta perspectiva, **la regresión normativa en algunas políticas públicas no es accidental, sino sintomática de una deriva social más amplia: cuando el futuro se percibe amenazante y el presente inestable, el compromiso con intervenciones inclusivas basadas en los derechos se debilita**. En su lugar, surge el deseo de restaurar órdenes pasadas imaginadas —más disciplinadas, más homogéneas, más jerárquicas— incluso si tales reconstrucciones contradicen la evidencia o exacerban la marginación. Esta dinámica, a veces descrita como *retrotópica* (Bauman, 2017), refleja un giro social hacia la estabilidad selectiva, donde las incertidumbres del presente y del futuro se contrarrestan con visiones de un pasado controlado e idealizado, a menudo a expensas de las poblaciones vulnerables.

En este contexto, el reto de las políticas sociales contemporáneas consiste en reafirmar los valores que en su momento sustentaron los sistemas de protección social: la dignidad, la solidaridad, la inclusión y la convicción en la capacidad colectiva de construir futuros mejores. La reconstrucción de estos fundamentos exige resistir la deriva hacia formas de gobernanza punitiva y **recuperar la esfera pública como un espacio en el que las vulnerabilidades no sean abordadas desde la sospecha o la exclusión, sino desde la responsabilidad, el cuidado y la inversión a largo plazo**.

Los derechos humanos deben ocupar un lugar central en este esfuerzo: la garantía de los derechos a la vivienda, la salud, la inclusión social y la no discriminación constituye tanto la base ética como el fundamento jurídico de la acción pública. Asimismo, resulta esencial reconocer las corrientes *retrotópicas* que configuran el imaginario

social contemporáneo: la defensa de enfoques basados en valores y derechos requiere confrontar los relatos culturales, los miedos y las nostalgias que actualmente influyen en la opinión pública y en el comportamiento institucional.

Solo mediante la comprensión y el abordaje de estas dinámicas será posible reconstruir marcos de política pública que sitúen la dignidad, la solidaridad y la justicia social en el centro, garantizando que las intervenciones en materia de sinhogarismo, consumo de drogas y otras formas de vulnerabilidad compleja sigan siendo eficaces, inclusivas y éticamente fundamentadas.



4. Metodología para la elaboración de la Guía

4.1 Descripción de la metodología

La elaboración de esta Guía se basó en una combinación de métodos complementarios diseñados para garantizar un enfoque multidimensional e incorporar una amplia gama de perspectivas sobre los complejos problemas abordados.

Uno de los documentos fundamentales que sustentan este proceso fue el **informe de buenas prácticas y análisis de brechas**, que proporcionó una síntesis de las iniciativas existentes, la evidencia disponible y las lecciones aprendidas. El proyecto se basó de forma secuencial en las tareas y resultados previos, garantizando la continuidad y la coherencia en el desarrollo de la Guía.

Para captar diversas perspectivas, se llevó a cabo un **proceso participativo estructurado**. Una reunión inicial de *Stakeholders* congregó a 29 participantes de toda Europa. Los debates se organizaron tanto en sesiones plenarias como en grupos temáticos más pequeños, centrándose en temas clave previamente establecidos por los socios del proyecto y transversales a todos los territorios involucrados, que fueron:

1	2	3	4	5
Salud mental y personas sin hogar	Género y personas sin hogar	Consumo de drogas y personas sin hogar	Violencia y personas sin hogar	Enfoques transculturales

Además de los debates grupales, se realizaron entrevistas específicas con las principales partes interesadas de los países participantes para recabar información detallada sobre las prácticas, los retos y las oportunidades locales:

- **Paulo Santos**, Ayuntamiento de Lisboa (CML), Lisboa, Portugal
- **María de los Ángeles Guiteras**, Presidenta de la Federación Catalana de Drogas, España
- **Joost Ravensteijn**, HVO-Querido, Ámsterdam, Países Bajos
- **Amy Roche**, Servicio Ejecutivo de Salud (HSE), Cork, Irlanda
- **Josep Rovira**, Director del Área de Medicamentos de ABD, España

Estas entrevistas proporcionaron perspectivas detalladas y específicas de cada país, revelaron necesidades y tendencias europeas, y permitieron identificar tanto desafíos comunes como soluciones adaptadas a cada contexto.

Posteriormente, se celebró una segunda reunión con Stakeholders para validar la Guía, que contó con la participación de 23 personas. Durante esta sesión se presentó una versión preliminar del documento y los participantes trabajaron en grupos para identificar las principales áreas de mejora, así como aquellos aspectos que ya cumplían con las expectativas de las entidades socias.

Finalmente, las perspectivas y la experiencia de las cuatro organizaciones que participaron en el desarrollo del proyecto —ABD (España), CRESCER (Portugal), HVO-Querido (Países Bajos) y Cork Simon Community (Irlanda)— se integraron sistemáticamente en la Guía. Sus contribuciones se tuvieron en cuenta cuidadosamente durante todo el proceso de elaboración para garantizar que las recomendaciones reflejaran una amplia gama de experiencias, perspectivas y conocimientos contextuales de todos los países participantes.

4.2 Limitaciones y alcance

Si bien la Guía europea pretende ofrecer un marco integral para apoyar a las autoridades locales en la lucha contra la falta de vivienda y los problemas de salud complejos, conviene reconocer ciertas limitaciones. La diversidad de contextos sociales, jurídicos y sanitarios en los territorios de la UE implica que **sus recomendaciones deben adaptarse a las circunstancias, los recursos y las políticas locales**. Los datos sobre la falta de vivienda, el trauma y el consumo de sustancias suelen ser incompletos o inconsistentes, lo que puede afectar a la generalización de algunas directrices. Del mismo modo, **las diferencias en la capacidad de las autoridades locales —incluidos el personal, la financiación y la infraestructura— pueden influir en la viabilidad de implementar determinados enfoques**.

La Guía refleja los conocimientos y las prácticas vigentes en el momento de su publicación, pero **los desafíos sociales y sanitarios en constante evolución podrían requerir actualizaciones con el tiempo**. Si bien se recabaron aportaciones de una amplia gama de partes interesadas, incluidas organizaciones europeas, plataformas especializadas y autoridades locales, no fue posible consultar directamente a todos los actores relevantes ni a las poblaciones marginadas. Por último, algunos enfoques recomendados, como las clínicas móviles de salud, los modelos de atención integral o los albergues especializados, pueden requerir muchos recursos, y las autoridades podrían necesitar apoyo adicional o una implementación por fases para lograr los resultados previstos. A pesar de estas limitaciones, la Guía ofrece estrategias prácticas y basadas en la evidencia para mejorar la accesibilidad, la equidad y el bienestar de las personas en situación de vulnerabilidad de vivienda en toda Europa.

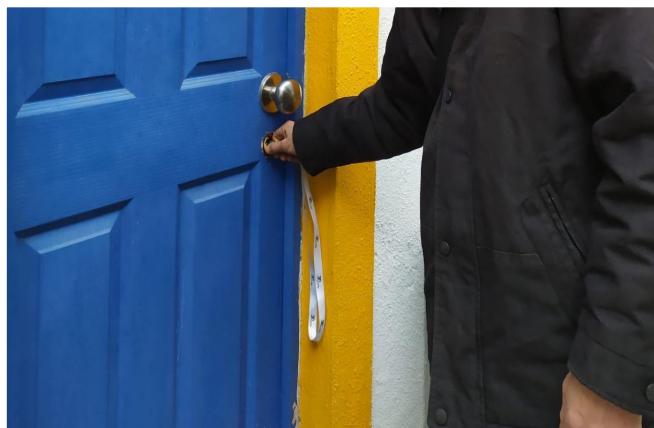
5. Casos de estudio inspiradores

Además del trabajo de campo realizado mediante entrevistas directas y la inclusión de las aportaciones de los *stakeholders*, se analizaron varios estudios de caso de buenas prácticas para proporcionar ejemplos concretos de políticas que han recibido comentarios positivos y han demostrado resultados eficaces. Se presentan algunos casos a continuación:

CASO PRÁCTICO 1: PROGRAMA HOUSING FIRST, LISBOA (CRESCER)

Contexto y antecedentes

Lanzado en 2013 por la ONG CRESCER en colaboración con el Ayuntamiento de Lisboa y el Instituto Portugués de la Seguridad Social, el programa “É UMA CASA” surgió como respuesta al fracaso de los modelos tradicionales de “escalones” para proporcionar vivienda a las personas con las necesidades más complejas. Anteriormente, se exigía a las personas que demostraran estar “preparadas para la vivienda” mediante la abstinencia o la estabilidad psiquiátrica, requisitos que a menudo excluían a quienes se encontraban en situación de sinhogarismo crónico.



Implementación operativa

1.	Equipos multidisciplinares	El programa despliega equipos compuestos por profesionales del ámbito de la psicología, trabajo social, medicina, enfermería y trabajadores pares, que brindan asistencia proactiva y gestión intensiva de casos.
2.	Sin requisitos previos	Se ofrecen viviendas en apartamentos dispersos por toda la ciudad para fomentar la interacción social y reducir el estigma. No se exige sobriedad ni tratamiento psiquiátrico para mantener el contrato de arrendamiento.
3.	Modelo de financiación	Una colaboración sostenible entre el sector público y las ONG, en la que el municipio y el Instituto de la Seguridad Social nacional financian los servicios de apoyo, mientras que la ONG gestiona el parque de viviendas y las relaciones con los inquilinos.

Impacto y evidencia

1.	Estabilidad de la vivienda	Los datos de 2013 a 2022 muestran una tasa de retención del 90 %, y la gran mayoría de los participantes nunca volvieron a vivir en la calle.
2.	Resultados en materia de salud	El 84% de los inquilinos reportaron mejoras significativas en su salud y bienestar general.
3.	Consumo de sustancias	Aproximadamente el 50% de los participantes redujeron o dejaron de consumir sustancias de forma problemática tras ingresar en el programa, a pesar de no tener ninguna obligación de hacerlo.

Lecciones políticas para los gobiernos locales

1.	La vivienda como derecho	Desvincular la vivienda del tratamiento es la forma más eficaz de llegar a las poblaciones de difícil acceso.
2.	Inversión en apoyo	El éxito depende de equipos de apoyo móviles de alta intensidad que atiendan a la persona allí donde se encuentre, en lugar de exigirle que visite una clínica.

CASO PRÁCTICO 2: HOTEL SOCIAL PARA PERSONAS SIN HOGAR CON DROGODEPENDENCIA, BARCELONA

Contexto y antecedentes

El Hotel Social, lanzado inicialmente en 2020 como respuesta de emergencia a la pandemia de COVID-19, cubrió una necesidad crucial: los albergues de emergencia tradicionales a menudo no podían atender a personas con drogodependencias activas y de alto riesgo durante los confinamientos. Reconociendo su éxito en la pandemia, el Ayuntamiento de Barcelona y la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) lo consolidaron como un elemento permanente de la estrategia de la ciudad contra las drogas y las personas sin hogar, siendo el servicio gestionado por el Grupo ABD.



Implementación operativa

1.	Acceso de bajo umbral	El hotel social funciona bajo un enfoque de reducción de daños, lo que significa que no se exige la abstinencia. Está dirigido específicamente a personas que anteriormente habían sido excluidas del sistema de albergues.
2.	Reducción integral de daños	A diferencia de los albergues tradicionales, el hotel social incluye espacios de consumo supervisado en sus instalaciones, lo que garantiza que los residentes que consumen drogas lo hagan en un entorno seguro y bajo supervisión médica.
3.	Sensible de género	Una parte importante del hotel está dedicada a mujeres y personas no binarias, reconociendo que a menudo se enfrentan a mayores niveles de violencia en situaciones de emergencia mixtas.

Impacto i evidencia

1.	Escala	En su primera fase, acogió a 120 personas (74 hombres, 42 mujeres y 4 personas no binarias).
2.	Estabilización	Los residentes mostraron una marcada reducción en el uso de espacios públicos y una disminución en los incidentes relacionados con sobredosis. Muchos lograron una transición exitosa del hotel a alojamientos más estables y a largo plazo dentro del programa <i>Housing first</i> .

Lecciones políticas para los gobiernos locales:

1.	Lecciones de política pública para los gobiernos locales: las innovaciones desarrolladas durante la pandemia pueden aportar evidencia para cambios permanentes en las políticas. Servicios in situ —que integran el consumo supervisado dentro de los dispositivos de alojamiento— reducen el fenómeno de la “puerta giratoria” del sinhogarismo en el caso de personas con adicciones activas.
----	---

CASO PRÁCTICO 3: METZINERES: REDUCCIÓN DE DAÑOS Y REFUGIO PARA MUJERES QUE CONSUMEN DROGAS

Contexto y antecedentes

Metzineres es la primera cooperativa sin ánimo de lucro en España en implementar "Entornos de Refugio" específicamente para mujeres y personas de género diverso que consumen drogas y han sobrevivido a múltiples formas de violencia. Surgió de la constatación de que los servicios convencionales de reducción de daños y de atención a personas sin hogar suelen estar diseñados para hombres, dejando a las mujeres en una situación de especial vulnerabilidad.



Implementación operativa

1.	Modelo liderado por pares	El proyecto se diseña y gestiona con la participación activa de las propias mujeres. Este enfoque "para y por" fomenta altos niveles de confianza y compromiso.
2.	Apoyo integral	Los servicios van más allá de la salud e incluyen un espacio seguro disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, asistencia legal, apoyo para el cuidado de los niños y niñas y "Metzineres TV", un proyecto que utiliza los medios de comunicación para empoderar a las participantes y desafiar el estigma social.
3.	Atención sensible a las múltiples violencias	Cada intervención se analiza desde la perspectiva de la atención informada sobre el trauma, abordando específicamente la intersección entre el consumo de drogas y la violencia de género.

Impacto y evidencia

1.	Participación	Metzineres ha logrado llegar a mujeres que llevaban años desconectadas de cualquier tipo de apoyo público.
2.	Inclusión social	Les participants manifesten un alt sentit de pertinença i comunitat, fet que actua com a factor protector contra la sobredosi i la violència posterior.

Lecciones políticas para los gobiernos locales

1.	Diseño con perspectiva de género	Los servicios genéricos suelen ser inaccesibles para las mujeres. Los espacios exclusivos para mujeres son esenciales para su seguridad y el cumplimiento de las normas.
2.	El empoderamiento comunitario como forma de atención sanitaria	Las actividades culturales y comunitarias son tan importantes como las intervenciones médicas para la recuperación y la estabilidad a largo plazo.

6. Principales conclusiones de los métodos de investigación utilizados

6.1 Conclusiones generales principales



La falta de vivienda es una crisis compleja y multifacética

Impulsada por la escasez de vivienda, las desigualdades estructurales y la insuficiente voluntad política a largo plazo.



Enfoques informados por el trauma, de reducción de daños y multidisciplinarios

Necesarios para la eficacia, con la vivienda primero como modelo central.



Servicios sensibles al género, culturalmente competentes y de bajo umbral

Esenciales para abordar las necesidades de mujeres, personas LGBTQ+, migrantes y grupos marginados.



Integración de la salud mental, el apoyo social y los servicios de vivienda

Combinada con la implicación de pares y enfoques participativos, mejora la accesibilidad y la sostenibilidad.



Compromiso político, gobernanza coordinada

La financiación constante y la colaboración intersectorial son requisitos previos para una implementación eficaz.



Abordar el estigma, la discriminación y la violencia

Garantiza una prestación de servicios inclusiva, basada en los derechos y equitativa.

El enfoque metodológico utilizado para desarrollar esta Guía permitió una comprensión integral de la falta de vivienda, la salud, el trauma y el consumo de sustancias en diferentes contextos europeos. Mediante la combinación de investigación documental, resultados de proyectos anteriores y entrevistas específicas con partes interesadas en Irlanda, Portugal y los Países Bajos, el proyecto captó tanto la diversidad de experiencias locales como los desafíos comunes que enfrentan las personas sin hogar. Las contribuciones de las cuatro organizaciones asociadas se integraron sistemáticamente, lo que garantizó que las perspectivas de diversos perfiles profesionales y roles organizativos influyeran en la Guía. Los hallazgos presentados en este capítulo sirvieron de base para el siguiente, que describe las directrices específicas para los gobiernos locales.

En todos los contextos, la falta de vivienda se describió como una crisis multifacética, marcada por la escasez estructural de viviendas, la creciente complejidad de las necesidades y la falta de compromiso político y financiero para encontrar soluciones a largo plazo. A pesar de las diferencias entre regiones, las partes interesadas señalaron consistentemente que la falta de vivienda no puede separarse de la dinámica general del mercado inmobiliario: la escasez de viviendas asequibles, las largas listas de espera para vivienda social y las presiones urbanas como el turismo y la gentrificación exacerbaban la vulnerabilidad, especialmente entre los grupos de bajos ingresos. Además, los modelos de servicios locales tienen, a menudo, dificultades para satisfacer las complejas necesidades de las personas sin hogar, quienes pueden enfrentar problemas de salud mental, traumas, enfermedades crónicas, consumo de sustancias o pertenecer a grupos vulnerables como jóvenes, migrantes e indocumentados. Estas realidades subrayan la necesidad de lineamientos claros que integren explícitamente la atención informada sobre el trauma, la reducción de daños y los enfoques multidisciplinarios.

La relación entre **Salud mental y sinhogarismo** surgió como un área prioritaria, y las partes interesadas enfatizaron la importancia de enfoques preventivos, de reducción de daños y a largo plazo. Los programas eficaces se basan en un trabajo de alcance proactivo, profesionales de referencia o personal de apoyo, cargas de trabajo manejables y tiempo suficiente para construir relaciones. La integración de los servicios de salud mental en todos los proyectos, incluido el apoyo a las personas que han estado encarceladas, es esencial, al igual que la incorporación de educación y capacitación para promover la reintegración social. La accesibilidad es una preocupación clave; la reducción del estigma, la simplificación de los procesos burocráticos, la oferta de servicios multilingües y la inclusión de puntos de acceso digital se destacaron como estrategias para garantizar que los servicios lleguen a quienes los necesitan. Las partes interesadas también abogaron por **Modelos de Atención** para demostrar la eficacia del programa y convencer a las autoridades locales de que se comprometían con intervenciones a largo plazo, reconociendo la vivienda como un derecho humano fundamental.

Los modelos de intervención existentes para abordar las vulnerabilidades sociales complejas, en particular el enfoque *Housing First* se consideran ampliamente eficaces en la promoción de la estabilidad, la salud y la inclusión social de las personas sin hogar. La evidencia, tanto de la práctica como de la investigación, destaca

su capacidad para producir resultados significativos a largo plazo. Sin embargo, las reflexiones recabadas en entrevistas con profesionales, usuarios de servicios y partes interesadas revelan preocupaciones persistentes sobre hasta qué punto la voluntad política se alinea con estas estrategias basadas en la evidencia. Si bien los modelos en sí son sólidos, su pleno potencial a menudo se ve limitado por prioridades políticas cambiantes, intereses contrapuestos o decisiones que pueden socavar involuntariamente los valores que sustentan las intervenciones exitosas. Esta tensión subraya la importancia no sólo de implementar modelos eficaces, sino también de fomentar un entorno político y social que los apoye y mantenga activamente.

Otra perspectiva sobre los modelos de intervención es que deben revisarse y adaptarse continuamente, dado que las realidades sociales cambian constantemente. En esencia, estos modelos se sustentan en valores como el respeto, el diálogo, la fraternidad, el compromiso, la cooperación y la diversidad. Estos valores no sólo guían la práctica, sino que también dan forma a los objetivos y la ética de los propios proyectos. Si bien ciertos principios —libertad, diálogo, cooperación e inclusión— han demostrado ser eficaces y han contribuido al desarrollo de una Europa con orientación social, no son universalmente compartidos entre países o contextos. Por lo tanto, es esencial articular y defender explícitamente estos valores, especialmente en entornos donde las decisiones políticas o simbólicas puedan ponerlos en entredicho; por ejemplo, cuando las autoridades locales promulgan políticas que menoscaban el acceso a los servicios para las poblaciones vulnerables. Generar consenso en torno a valores cooperativos compartidos permite a las partes interesadas trabajar colectivamente y mantener un marco ético coherente, incluso en medio de negociaciones y concesiones que a menudo resultan en políticas de estándares mínimos. Mantener la vigilancia y la participación activa garantiza que las intervenciones sigan siendo éticas y respondan a las necesidades sociales en constante evolución.

Las consideraciones de género e interseccionales fueron igualmente enfatizadas. Los stakeholders actores locales destacaron la vulnerabilidad de las mujeres, en particular de las mujeres migrantes, de las personas LGBTIQ+ y otros grupos marginados, señalando que los albergues y servicios tradicionales a menudo no satisfacen las necesidades específicas de las mujeres que han sufrido violencia de género o que consumen sustancias. Entre las recomendaciones se incluyeron la creación de servicios con perspectiva de género y basados en el trauma, albergues especializados, centros de reducción de daños de fácil acceso para mujeres que consumen drogas y alianzas con organizaciones que brindan apoyo legal, psicológico y de cuidado infantil. Estas estrategias garantizan que todas las personas puedan acceder a una vivienda y un apoyo seguros y dignos, y que los servicios aborden tanto las preocupaciones inmediatas de seguridad como el bienestar a largo plazo.

Consumo de sustancias y personas sin hogar: Las intervenciones se abordaron sistemáticamente desde una perspectiva de reducción de daños. Los participantes destacaron la necesidad de servicios de fácil acceso que no excluyan a las personas por su consumo de sustancias, estatus legal u otros criterios restrictivos. Se mencionaron como componentes esenciales los centros de consumo supervisado, las clínicas móviles y los centros de consumo de drogas disponibles las 24 horas, junto con el apoyo integral a la salud mental, la vivienda

y los servicios sociales. Se destacaron las intervenciones dirigidas por pares, la capacitación en el uso de naloxona y los programas de prevención de sobredosis como estrategias eficaces para empoderar a las personas y fomentar la resiliencia comunitaria. Los interesados también hicieron hincapié en la importancia de reducir el estigma, despenalizar el consumo de drogas y garantizar financiación específica y políticas basadas en la evidencia.

Violencia y discriminación: Surgieron como cuestiones transversales. Las partes interesadas recomendaron reconocer la aporofobia como un delito de odio, reformar las prácticas policiales y ofrecer oportunidades de empleo inclusivas. Destacaron el impacto perjudicial de la arquitectura urbana hostil y la necesidad de espacios seguros accesibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, especialmente para las víctimas de violencia de género u otras formas de violencia. Los programas de capacitación y sensibilización para las fuerzas del orden se identificaron de manera consistente como fundamentales para reducir la violencia sistémica, garantizar la protección y facilitar el acceso a los servicios.

Finalmente, se hizo hincapié en los enfoques transculturales como esenciales para garantizar el acceso equitativo a los servicios para migrantes, refugiados y minorías étnicas. Los interesados recomendaron personal culturalmente competente, servicios multilingües, mediadores culturales y materiales traducidos para superar las barreras de comunicación. Los servicios deben atender tanto a personas con documentación como a personas sin ella y proporcionar atención médica que respete las diferencias culturales y los traumas pasados. También se sugirió establecer marcos de referencia comunes en todos los países para definir la falta de vivienda, a fin de prevenir la invisibilidad de las poblaciones en situación de vivienda precaria.

En todas las áreas temáticas, surgió un conjunto de **principios comunes**: la importancia de la atención integral y multidisciplinaria; soluciones de vivienda estables y a largo plazo; enfoques que tengan en cuenta la cultura y el género; y orientación práctica basada en la evidencia y fundamentada en la experiencia vivida. Los participantes destacaron que la guía debe ser práctica, concreta y flexible, e incorporar estudios de caso, relatos de experiencias vividas, listas de verificación para la implementación y herramientas basadas en escenarios. El compromiso político, la financiación constante y la colaboración interinstitucional formalizada se identificaron como requisitos previos para una implementación exitosa, así como un cambio cultural más amplio hacia el reconocimiento de la realidad de las personas sin hogar y el abordaje del estigma con honestidad y enfoques basados en los derechos humanos.

Estas conclusiones, en conjunto, ponen de relieve que las intervenciones eficaces requieren tanto reformas estructurales como buenas prácticas operativas, vinculando la gobernanza local, la sociedad civil y la participación comunitaria. Proporcionan una base sólida para el desarrollo de recomendaciones prácticas que puedan ayudar a las autoridades locales a abordar los complejos e interrelacionados desafíos de la falta de vivienda, la salud mental, el trauma y el consumo de sustancias en toda Europa.

6.2 Áreas prioritarias identificadas



6.2.1 SALUD MENTAL Y PERSONAS SIN HOGAR

Abordar la salud mental de las personas sin hogar requiere enfoques preventivos y de reducción de daños a largo plazo que respondan tanto a las necesidades inmediatas como a las continuas. Garantizar la accesibilidad es fundamental, incluyendo estrategias para reducir el estigma, simplificar los trámites burocráticos y superar las barreras lingüísticas. Los equipos multidisciplinares e integrados, que combinan atención médica, servicios sociales y apoyo para la vivienda, brindan una atención más eficaz y coordinada. Ejemplos de buenas prácticas ilustran cómo estos enfoques pueden implementarse con éxito en diversos contextos.

6.2.2 GÉNERO Y PERSONAS SIN HOGAR

Los servicios deben tener en cuenta la perspectiva de género y responder a las necesidades específicas de las mujeres, las personas LGBTIQ+ y otros grupos marginados. Entre las consideraciones clave se incluyen abordar la violencia de género, la salud reproductiva, el cuidado infantil y el acceso a una vivienda segura. Los albergues de reducción de daños de fácil acceso y las alianzas con organizaciones especializadas son esenciales para brindar intervenciones seguras, de apoyo y adaptadas a cada caso.

La violencia de género es una de las principales causas de que las mujeres se queden sin hogar. Por lo tanto, los servicios deben incorporar mecanismos de prevención y protección, como albergues seguros, apoyo especializado para personas que han sufrido traumas y servicios de reducción de daños para mujeres que experimentan violencia y consumo de sustancias simultáneamente.

6.2.3 CONSUMO DE DROGAS Y PERSONAS SIN HOGAR

Los servicios de reducción de daños, como los centros de consumo supervisado, las clínicas móviles y las opciones de tratamiento de fácil acceso, son fundamentales para apoyar a las personas que consumen drogas. Reducir el estigma, implementar políticas inclusivas y fomentar intervenciones lideradas por pares —incluidas las iniciativas de prevención de sobredosis— mejoran la eficacia de estos programas. Las medidas políticas que abordan la despenalización y la asignación de recursos sientan las bases para enfoques sostenibles y basados en la evidencia.

6.2.4 VIOLENCIA Y PERSONAS SIN HOGAR

Las estrategias para combatir la violencia entre las personas sin hogar incluyen la reducción de la discriminación, el estigma y la aporofobia, así como el fortalecimiento de los servicios de protección y los programas de empleo inclusivos. La capacitación y las reformas en las fuerzas del orden, junto con la provisión de espacios seguros y servicios de apoyo las 24 horas, contribuyen a garantizar que las personas estén protegidas y reciban el apoyo necesario de manera efectiva.

6.2.5 ENFOQUES TRANSCULTURALES

Los servicios culturalmente competentes son vitales para migrantes, refugiados y minorías étnicas sin hogar. Superar las barreras lingüísticas y legales, contar con mediadores culturales y personal multilingüe, y proporcionar materiales traducidos promueve un acceso equitativo. Los marcos inclusivos deben considerar las necesidades tanto de las personas con documentación como de las indocumentadas, fomentando la confianza y asegurando que los servicios respondan a los diversos contextos culturales.

7. Principios fundamentales de la Guía

Los siguientes principios constituyen la base para el diseño y la prestación de servicios a personas sin hogar con necesidades sociales y de salud complejas. Se derivan de los hallazgos empíricos del proyecto y reflejan **enfoques basados en la evidencia**, en los derechos humanos, en el trauma y en la reducción de daños. En conjunto, buscan garantizar que las intervenciones sean eficaces, inclusivas y sostenibles en diversos contextos europeos. Estos principios tienen como objetivo orientar el desarrollo de políticas, el diseño de servicios y la práctica profesional diaria.

1. Enfoques centrados en la persona y basados en los derechos

Los servicios deben diseñarse en torno a la persona, reconociendo sus derechos, dignidad, preferencias y experiencias vividas. Un enfoque centrado en la persona va más allá de la atención individualizada al involucrar activamente a las personas usuarias de los servicios, y cuando corresponda a sus familias y redes de apoyo, en el diseño, la implementación y la evaluación de los servicios y las políticas que les afectan. Esta dimensión relacional y participativa fortalece la capacidad de respuesta, la continuidad de la atención y garantiza que las intervenciones se basen en las necesidades reales y los contextos sociales. La integración de una perspectiva basada en los derechos refuerza el acceso a la vivienda, a la salud y al apoyo social como derechos fundamentales en lugar de beneficios discrecionales, promoviendo la dignidad, la autonomía y la inclusión social.

2. Participación comunitaria e implicación basada en la experiencia vivida

La participación activa de las personas con experiencia vivida de falta de vivienda es esencial para desarrollar **intervenciones eficaces, legítimas y adaptadas a las necesidades.** La participación comunitaria debe integrarse en todos los niveles de planificación, prestación, evaluación y gobernanza de los servicios, garantizando que las personas afectadas participen de manera significativa en los procesos de toma de decisiones. Este principio **reconoce la experiencia vivida como una forma de conocimiento especializado** que complementa el saber profesional y fortalece la relevancia y la sostenibilidad de las respuestas, al tiempo que enfatiza el empoderamiento al situar a las personas en el centro de las decisiones que afectan sus vidas. Mediante enfoques de coproducción, iniciativas lideradas por pares, mecanismos de retroalimentación y resolución colaborativa de problemas, las personas pueden ejercer su autonomía, desarrollar la autoeficacia y fortalecer su sentido de pertenencia a los servicios, al tiempo que mejoran la confianza, la rendición de cuentas y la calidad general de las intervenciones.

3. La reducción de daños como principio fundamental

La reducción de daños es un principio fundamental para apoyar a las personas sin hogar que utilizan sustancias. Reconoce que **el consumo es un problema de salud y social, y prioriza minimizar los daños en lugar de insistir en la abstinencia**. Al proporcionar intervenciones basadas en la evidencia y sin prejuicios —como la prevención de sobredosis, la orientación para un consumo más seguro y el acceso a la atención médica—, este principio garantiza que las personas puedan acceder a los servicios de forma segura. La reducción de daños es esencial porque protege la salud, preserva la dignidad y crea vías para la participación, la recuperación y la inclusión social a largo plazo.

4. Integración de los servicios de salud, sociales y de apoyo

El apoyo eficaz a las personas sin hogar requiere un **enfoque integral que combine atención médica, servicios de salud mental, tratamiento de adicciones, apoyo social y asistencia para la vivienda**. Los equipos multidisciplinares coordinados, los sistemas de información compartidos y los procesos de servicio optimizados reducen la fragmentación, mejoran la accesibilidad y optimizan los resultados. Fundamentalmente, este principio enfatiza el trabajo en red: la creación de sólidas alianzas entre agencias públicas, organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil, grupos comunitarios y usuarios de los servicios garantiza la continuidad de la atención, evita la duplicación y permite una asignación más eficiente de los recursos. Al cerrar las brechas entre sectores y fomentar redes de colaboración, las intervenciones pueden abordar los complejos desafíos interconectados que enfrentan las personas, promoviendo resultados más sostenibles y centrados en la persona.

5. Metodología *Housing first* y Apoyo a Largo Plazo

El principio de *Housing first* sostiene que una vivienda segura, estable y permanente es un derecho humano fundamental y la base para la recuperación, la autonomía y la inclusión social. Al priorizar el acceso inmediato a la vivienda sin condiciones previas, combinado con servicios de apoyo personalizados para la salud mental, el consumo de sustancias y la reintegración social, este enfoque permite a las personas reconstruir sus vidas de manera efectiva. Los modelos de *Housing first* enfatizan las soluciones a largo plazo en lugar de los albergues temporales, fomentando la estabilidad, la dignidad y el empoderamiento de quienes se encuentran en situación de calle.

6. Gobernanza y coordinación territorial

La gobernanza y la coordinación territorial deben ser la base de todas las intervenciones eficaces para abordar la falta de vivienda. Este principio afirma que **una sólida colaboración entre municipios, autoridades públicas, sociedad civil y proveedores de servicios es esencial para diseñar servicios coherentes, eficientes y**

adaptados al contexto. Al armonizar las políticas, compartir información y coordinar recursos en todos los niveles territoriales, las autoridades locales pueden maximizar el impacto, evitar la duplicación de esfuerzos y garantizar la sostenibilidad. La gobernanza y la coordinación son fundamentales porque permiten a los municipios implementar soluciones integradas que respondan a las necesidades locales, al tiempo que garantizan la rendición de cuentas y la supervisión estratégica.

7. Enfoques sensibles al género e interseccionales

Los enfoques interseccionales y con perspectiva de género garantizan que **los servicios se adapten a las experiencias y vulnerabilidades únicas de las mujeres, las personas LGBTQ+, personas migrantes o refugiadas y otros grupos marginados**. Al reconocer los efectos combinados del género, la sexualidad, la etnia, el estatus migratorio y otros factores, estos enfoques promueven la equidad y la inclusión en la prestación de servicios. Este principio enfatiza el apoyo especializado, como albergues específicos para mujeres, servicios de cuidado infantil y salud reproductiva, y la capacitación del personal para comprender y atender las diversas necesidades de todas las poblaciones sin hogar.

8. Atención informada sobre el trauma

La atención informada sobre el trauma reconoce que muchas personas sin hogar han estado expuestas a traumas físicos, emocionales o estructurales, lo que puede afectar profundamente su confianza, comportamiento y acceso a los servicios. Al priorizar la seguridad, la confianza, el empoderamiento y la colaboración, **los enfoques informados sobre el trauma crean entornos donde las personas se sienten respetadas, apoyadas y capaces de participar en su propio cuidado**. Este principio anima a los proveedores de servicios a comprender las causas profundas de los comportamientos, evitar la retraumatización y diseñar intervenciones que aborden tanto las necesidades inmediatas como el bienestar a largo plazo.

9. Competencia cultural e inclusión

Los enfoques inclusivos y culturalmente competentes reconocen y abordan la diversidad de orígenes, idiomas y prácticas culturales de las personas sin hogar, incluyendo migrantes, refugiadas y minorías étnicas. Al proporcionar **personal multilingüe, mediadores culturales, materiales traducidos y servicios de salud culturalmente sensibles, las autoridades locales pueden reducir las barreras de acceso, generar confianza y garantizar un apoyo equitativo**. Este principio refuerza la importancia de diseñar servicios que respeten las diferentes experiencias y perspectivas, al tiempo que promueven la cohesión e integración social.

8. Directrices y recomendaciones

Este capítulo presenta un conjunto de indicaciones integradas y recomendaciones políticas destinadas a apoyar a las autoridades locales, los proveedores de servicios y las organizaciones asociadas en la lucha contra la falta de vivienda en contextos de necesidades complejas e interrelacionadas, como problemas de salud mental, consumo de sustancias, traumas, experiencias de violencia y vulnerabilidad relacionada con la migración. Las recomendaciones se basan en los resultados del proceso de investigación, que combinó la revisión documental, consultas con las partes interesadas y un análisis comparativo de las prácticas existentes en diferentes contextos europeos.

El objetivo de este capítulo es traducir la evidencia en directrices operativas y prácticas, trascendiendo la comprensión conceptual para avanzar hacia estrategias concretas que puedan implementarse a nivel municipal y regional. Estas pautas están diseñadas para apoyar la toma de decisiones en contextos reales, donde los servicios suelen enfrentar limitaciones de recursos, sistemas fragmentados y necesidades sociales en constante evolución. Por ello, priorizan la viabilidad, la adaptabilidad y la escalabilidad, manteniendo un firme compromiso con los derechos humanos, la inclusión social y la práctica basada en la evidencia.

Una premisa central de este capítulo es que **la falta de vivienda no puede abordarse mediante intervenciones aisladas o puramente reactivas.** Por el contrario, **las respuestas eficaces requieren enfoques integrados y multisectoriales que conecten la vivienda, la salud, la salud mental,** los servicios de adicciones y el apoyo social dentro de sistemas de atención coherentes. En este marco, **el modelo *Housing first* se reconoce como un modelo clave basado en la evidencia, ampliamente respaldado por la investigación y la práctica internacionales como un enfoque eficaz para apoyar a las personas sin hogar con necesidades complejas.** Al priorizar el acceso inmediato a una vivienda estable sin condiciones previas y combinarlo con apoyo voluntario y centrado en la persona, *Housing first* ha demostrado resultados sólidos en términos de estabilidad de la vivienda, mejora de la salud, reducción del uso de servicios y mayor inclusión social. Las recomendaciones de este capítulo se basan en esta evidencia y refuerzan la importancia de las soluciones a largo plazo centradas en la vivienda como fundamento de respuestas sostenibles a la falta de vivienda.

Igualmente importante, esta Guía se basa en **una perspectiva interseccional y centrada en el trauma,** reconociendo que **las experiencias de las personas sin hogar están condicionadas por desigualdades estructurales, como la violencia de género, la pobreza, la discriminación y la condición migratoria.** Esta perspectiva subraya la necesidad de servicios que no solo sean accesibles y eficaces, sino también sensibles a las diversas trayectorias que llevan a las personas a la situación de calle.

Finalmente, este capítulo se concibe como **una herramienta práctica para su implementación.** Cada recomendación se acompaña de ejemplos de medidas concretas que los gobiernos locales y los proveedores de

servicios pueden adaptar a su contexto específico. El objetivo es apoyar el desarrollo de sistemas coherentes, sostenibles y basados en los derechos que mejoren los resultados para las personas, al tiempo que fortalecen la capacidad general de los sistemas locales de bienestar y vivienda.

8.1 Recomendaciones de política estratégica

8.1.1 Adoptar enfoques basados en los derechos y orientados a la integración

Las políticas deben fundamentarse firmemente en los derechos humanos, la dignidad y la igualdad, garantizando que las personas sin hogar y con problemas de consumo de sustancias sean reconocidas como ciudadanos con derechos, y no como objetos de control, gestión o exclusión. Un enfoque basado en los derechos exige que el acceso a la vivienda, la atención médica y los servicios sociales se garantice como un derecho, no condicionado a la sobriedad, la situación laboral o el cumplimiento de normas de comportamiento. **Las autoridades locales deben incorporar evaluaciones del impacto en los derechos humanos en todas las áreas políticas pertinentes, incluyendo la regulación de la vivienda, la planificación urbana y la prestación de servicios sociales**, para prevenir efectos excluyentes no deseados.

En la práctica, los gobiernos locales deberían:

- a) **Desarrollar cartas de servicios basadas en los derechos** que definan claramente los derechos a acceder a programas de vivienda, apoyo de emergencia y atención médica;
- b) **Establecer mecanismos de vigilancia independientes** o estructuras de defensoría del pueblo para atender quejas relacionadas con la discriminación o la exclusión en los servicios;
- c) **Integrar criterios de derechos humanos** en los procesos de contratación de proveedores de servicios para que las organizaciones contratadas se adhieran a estándares no discriminatorios e inclusivos;
- d) **Implementar políticas de acceso universal**, garantizando que las personas que acceden a cualquier servicio municipal —ya sea salud, vivienda o asistencia social— sean conectadas automáticamente con los canales de apoyo adecuados, sin barreras burocráticas ni derivaciones repetidas. Esto reduce la fragmentación del sistema y refuerza el principio de acceso universal;
- e) **Invertir en programas de capacitación para funcionarios públicos y proveedores de servicios** sobre prácticas basadas en los derechos humanos, incluyendo módulos sobre desigualdad estructural, reducción del estigma y atención informada sobre el trauma. Esto garantiza que los principios basados en los derechos no solo estén incorporados en los documentos de política, sino que también se traduzcan en la práctica institucional cotidiana;

- f) **Garantizar el acceso no discriminatorio** a los servicios de reducción de daños, incluidas las salas de consumo supervisado, la terapia de sustitución de opioides (TSO) y los servicios de análisis de drogas, sin exigir la abstinencia ni imponer barreras de registro;
- g) **Integrar el apoyo en situaciones de crisis de salud mental** dentro de los sistemas de acceso a la vivienda basados en los derechos, garantizando que el sufrimiento psiquiátrico agudo o el consumo de sustancias no excluyan a las personas de la elegibilidad para la vivienda;
- h) **Introducir mecanismos de gobernanza participativa de los derechos**, donde las personas con experiencia directa de la falta de vivienda participen formalmente en juntas de supervisión, debates sobre la asignación de presupuestos y procesos de evaluación de políticas. Esto garantiza que los derechos no solo estén protegidos en principio, sino que también se gestionen de forma conjunta en la práctica, reforzando la rendición de cuentas y la legitimidad.

8.1.2 Priorizar la integración sobre el desplazamiento o la contención

En lugar de recurrir a estrategias de desplazamiento o contención, los gobiernos locales deberían **desarrollar sistemas de apoyo integrados y adaptados al contexto local que garanticen la continuidad de la atención, la estabilidad y el acceso sostenido a los servicios dentro del mismo entorno territorial y social**. Esto requiere pasar de respuestas reactivas basadas en la expulsión a estrategias de inclusión coordinadas a largo plazo que aborden tanto las necesidades inmediatas como las causas estructurales de la falta de vivienda.

En la práctica, los gobiernos locales deberían:

- a) **Implementar equipos interinstitucionales de intervención** que combinen trabajadores sociales, profesionales de la salud, funcionarios de vivienda y, cuando corresponda, especialistas en salud mental o adicciones. Estos equipos han de operar directamente en espacios públicos, asentamientos informales o situaciones de emergencia, no para desplazar a las personas, sino para generar confianza y conectarlas de inmediato con programas y servicios de vivienda. Por ejemplo, en lugar de desmantelar un campamento, un equipo coordinado puede realizar visitas diarias, brindar atención médica básica, registrar a las personas en los sistemas de vivienda y acompañarlas durante el proceso administrativo de asignación de vivienda.
- b) **Desarrollar protocolos de participación centrados en la vivienda**, donde cualquier interacción con una persona sin hogar en el espacio público active automáticamente una oferta coordinada de evaluación y apoyo en materia de vivienda, en lugar de medidas coercitivas. Esto puede incluir vías de derivación garantizadas a programas de *Housing first*, alojamiento de emergencia con apoyo para la orientación o unidades de vivienda transitoria vinculadas a soluciones a largo plazo;

- c) **Sustituir la vigilancia policial o los desalojos relacionados con el consumo de drogas en espacios públicos por una labor de divulgación coordinada** que involucre a equipos de reducción de daños, proporcionando orientación sobre un consumo más seguro, distribución de naloxona y derivación inmediata a servicios de salud;
- d) **Desarrollar Protocolos de “ningún desalojo sin apoyo”** para conductas relacionadas con el consumo de sustancias, garantizando que la interrupción de la vivienda desencadene la coordinación de la atención en lugar del desalojo;
- e) **Establecer centros de servicios integrados o centros comunitarios clave, ubicados estratégicamente** en zonas con altos índices de personas sin hogar. Estos centros reúnen servicios de vivienda, atención primaria de salud, apoyo en salud mental, servicios para adicciones, asistencia jurídica y oficinas de asistencia social en un mismo lugar accesible. Por ejemplo, una persona contactada mediante programas de asistencia puede ser acompañada directamente a un centro donde recibe una evaluación de salud, evaluación de la situación de vivienda y ayuda para solicitar apoyos sociales el mismo día, evitando así la fragmentación y la exclusión reiterada.
- f) **Implementar sistemas de seguimiento de casos** que garanticen la continuidad de la atención, asegurando que las personas permanezcan conectadas a los servicios incluso si se mudan de barrio o se desconectan temporalmente. Esto puede incluir plataformas digitales compartidas de gestión de casos utilizadas en los servicios de vivienda, salud y servicios sociales (con las salvaguardas de protección de datos adecuadas), para que el apoyo no se interrumpa cuando las personas cambien de domicilio.
- g) **Sustituir las prácticas punitivas de desplazamiento por estrategias coordinadas de estabilización del lugar**, cuyo objetivo no sea expulsar a las personas de zonas visibles, sino estabilizar su situación in situ hasta que se disponga de soluciones de vivienda. Por ejemplo, en lugar de desalojar un espacio público, los municipios pueden instalar instalaciones sanitarias temporales, desplegar unidades móviles de salud y asignar trabajadores sociales especializados para mantener un contacto regular y facilitar el acceso a la vivienda.
- h) **Establecer protocolos interdepartamentales de respuesta rápida**, garantizando que cualquier situación que involucre personas sin hogar visibles se aborde mediante una respuesta de asistencia social coordinada, en lugar de una intervención centrada en la seguridad. Esto generalmente implica una colaboración predefinida entre los departamentos de vivienda, los servicios de salud y los equipos de emergencia social, asegurando que cada intervención priorice la integración, la estabilización y el acceso a la vivienda, en lugar del desplazamiento.

8.1.3 Invertir en servicios preventivos y de intervención temprana

Las estrategias de prevención e intervención temprana son **esenciales para reducir el número de personas sin hogar crónicas, los daños relacionados con el consumo de sustancias y los ciclos recurrentes de crisis**. En lugar de responder sólo cuando la situación se ha deteriorado, los gobiernos locales deben **desarrollar sistemas que identifiquen la vulnerabilidad de forma temprana** e intervengan antes de que la pérdida de vivienda se consolide. Esto requiere pasar de una gestión de emergencias reactiva a sistemas de prevención proactivos e intersectoriales integrados en las estructuras de vivienda, salud, educación y protección social.

En términos prácticos, los municipios deberían:

- a) **Establecer sistemas de identificación temprana de la inestabilidad habitacional**, integrados en los servicios públicos existentes. Por ejemplo, los servicios sociales, los proveedores de atención primaria de salud, las escuelas y las oficinas de empleo pueden recibir capacitación y estar obligados a detectar señales de alerta temprana, como el impago del alquiler, el uso reiterado de servicios de emergencia, la violencia doméstica o el alta de instituciones. Una vez identificadas, las personas deben ser derivadas automáticamente a un programa de apoyo preventivo, en lugar de esperar a que se declare formalmente su situación de sinhogarismo.
- b) **Implementar protocolos de prevención de altas hospitalarias e institucionales**. Los gobiernos locales pueden exigir a los hospitales, unidades psiquiátricas y centros penitenciarios que coordinen la planificación del alta con los servicios sociales y de vivienda al menos varios días o semanas antes de la liberación. Por ejemplo, una persona que sale de prisión o de un centro psiquiátrico no debe ser dada de alta sin un plan de vivienda confirmado, ya sea a través del programa *Housing first*, vivienda de transición o alojamiento con apoyo. Esto reduce el conocido fenómeno de "alta a la indigencia" y garantiza la continuidad de la atención.
- c) **Implementar sistemas de alerta temprana para el riesgo de sobredosis o crisis psiquiátrica**, utilizando indicadores como visitas repetidas a urgencias, sobredosis no mortales o citas perdidas con profesionales de la salud mental para activar medidas de intervención proactivas;
- d) **Ampliar las vías de prevención y reducción de daños previas al desalojo**, donde a los inquilinos en riesgo de quedarse sin hogar y que consumen drogas se les ofrece mediación combinada en materia de vivienda, apoyo para la adicción y seguimiento de la salud mental;
- e) **Desarrollar equipos de intervención rápida y prevención de desalojos**, que se activan cuando personas o familias corren el riesgo de perder su vivienda. Estos equipos suelen incluir trabajadores sociales, asesores de vivienda y consejeros financieros que pueden intervenir negociando con los

propietarios, reestructurando los alquileres atrasados o conectando a las personas con ayudas económicas de emergencia. Por ejemplo, un inquilino que se enfrenta a un desalojo por impago de alquiler puede recibir apoyo inmediato de mediación, junto con asistencia financiera temporal y asesoramiento legal, previniendo así la falta de vivienda.

- f) **Reforzar los servicios de apoyo temprano comunitarios y de fácil acceso**, incluyendo unidades móviles y centros de atención sin cita previa, que ofrezcan acceso inmediato a apoyo social, atención de salud mental y asesoramiento sobre vivienda, sin barreras burocráticas. Por ejemplo, los equipos móviles que operan en barrios con altos índices de privación pueden realizar evaluaciones de vivienda, tramitar solicitudes de prestaciones y derivar a servicios de salud mental o para el tratamiento de adicciones en el mismo lugar.
- g) **Garantizar el acceso rápido a asesoramiento especializado en trauma, medidas de protección legal, apoyo económico y soluciones de vivienda a largo plazo para las víctimas de violencia de género**, reconociendo que la inestabilidad habitacional suele persistir más allá de la crisis inmediata de violencia. Por ejemplo, una mujer que abandona a una pareja abusiva debería poder acceder a un alojamiento seguro en cuestión de horas, junto con apoyo coordinado para los trámites legales y la reubicación, sin verse obligada a recurrir a albergues genéricos que podrían no ser seguros ni adecuados, y sin tener que perder su hogar para estar a salvo del agresor.

8.1.4 Proporcionar apoyo personalizado de alta intensidad

Las personas sin hogar suelen presentar un perfil heterogéneo de necesidades complejas e interrelacionadas, que incluyen problemas de salud mental, consumo de sustancias, antecedentes de trauma, enfermedades crónicas, discapacidad y experiencias de violencia. Estas vulnerabilidades superpuestas requieren **respuestas flexibles, continuas y altamente individualizadas, en lugar de intervenciones estandarizadas o de duración limitada.**

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Implementar sistemas intensivos de gestión de casos**, donde a cada persona se le asigne una persona clave, profesional del trabajo social, responsable de coordinar las vías de vivienda, salud y apoyo social. Por ejemplo, una persona con graves problemas de salud mental y de consumo de sustancias puede recibir apoyo coordinado de un trabajador social, un enfermero psiquiátrico y un especialista en adicciones que trabajen bajo un único plan de atención integral, evitando la duplicidad y la revictimización;

- b) **Desarrollar equipos de intervención comunitaria al estilo del Tratamiento Asertivo Comunitario** (ACT, por sus siglas en inglés), que involucren activamente a personas que no tienen contacto con los servicios, incluidas aquellas que viven en asentamientos informales o en situación de calle. Estos equipos brindan una participación sostenida a largo plazo en lugar de intervenciones a corto plazo, lo que garantiza la continuidad incluso durante períodos de desvinculación de los servicios;
- c) **Desarrollar equipos de intervención intensiva para casos de patología dual y otros doble diagnósticos** (salud mental + consumo de sustancias + vivienda), garantizando la participación continua de personas con necesidades complejas que no mantienen un contacto estable con los servicios;
- d) **Introducir “unidades de vivienda de estabilización” flexibles con apoyo clínico integrado**, que permitan a las personas con problemas de consumo de sustancias o en crisis psiquiátrica permanecer alojadas mientras reciben cuidados intensivos;
- e) **Implementar modelos de apoyo de intensidad flexible**, donde los niveles de servicio se adapten con el tiempo según la situación de la persona. Por ejemplo, el apoyo puede aumentar durante crisis como una recaída, riesgo de desahucio o tras el alta hospitalaria, y disminuir gradualmente durante las fases de estabilización, garantizando así tanto la capacidad de respuesta como la autonomía.
- f) **Garantizar vías especializadas de alta intensidad para grupos de alto riesgo**, incluyendo sobrevivientes de violencia de género en todas sus formas, jóvenes que abandonan el sistema de protección infantil y migrantes indocumentados o vulnerables. Estos grupos pueden requerir apoyo adicional en materia legal, psicológica y de vivienda, incluyendo acceso rápido a alojamiento seguro, asesoramiento especializado en trauma y gestión de casos centrada en la protección.

8.1.5 Abordar el estigma y promover la inclusión

El estigma, la discriminación y los juicios morales influyen significativamente en la experiencia de las personas sin hogar y con problemas de consumo de sustancias, reforzando a menudo la exclusión y limitando el acceso a los servicios. Estas dinámicas son especialmente graves para las mujeres que sufren violencia de género, las personas que consumen drogas y los migrantes que enfrentan discriminación administrativa o cultural.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Implementar programas de capacitación sistemáticos** contra el estigma para todos los profesionales de primera línea, incluidos los agentes de policía, el personal de emergencias, los funcionarios de vivienda y los proveedores de servicios sociales. Por ejemplo, la capacitación debe incluir técnicas de

desescalada para situaciones de sobredosis, psicosis o intoxicación, comunicación informada sobre el trauma y conocimiento de las causas estructurales de la falta de vivienda;

- b) **Lanzar campañas contra el estigma que aborden específicamente el consumo de drogas** y las enfermedades mentales, destacando la recuperación, la reducción de daños y las narrativas de experiencias vividas;
- c) **Desarrollar campañas de comunicación y narrativa pública** que desafíen explícitamente los estereotipos y replanteen la falta de vivienda como un problema estructural vinculado a los mercados inmobiliarios, la desigualdad y las deficiencias en las políticas sociales. Estas campañas pueden incluir testimonios de experiencias vividas, colaboraciones con los medios de comunicación e iniciativas educativas en las escuelas.
- d) **Rediseño de los servicios públicos y los espacios urbanos para garantizar el acceso no excluyente.**, tales como eliminar los requisitos de sobriedad para ingresar a los albergues, garantizar el acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a instalaciones de higiene y eliminar elementos arquitectónicos hostiles que desalientan el uso del espacio público. Por ejemplo, las ciudades pueden reemplazar los asientos punitivos o los elementos disuasorios para dormir con infraestructura urbana inclusiva, como áreas de descanso, puntos de acceso al agua y albergues nocturnos seguros;
- e) **Desarrollar programas comunitarios de inclusión y transición**, diseñados para apoyar la reintegración social a largo plazo y reducir el aislamiento. Estas iniciativas pueden incluir programas estructurados de mentoría entre pares, donde personas con experiencia vivida que han superado con éxito la situación de sinhogarismo reciben capacitación y apoyo para acompañar a otros en sus procesos de vivienda y recuperación.
- f) **Financiar proyectos de integración vecinal**, como oportunidades de voluntariado con apoyo, programas de arte o empleo comunitarios e iniciativas de vivienda mixta que faciliten la interacción entre personas sin hogar y la comunidad en general. Por ejemplo, los municipios pueden colaborar con ONG locales para crear «centros de inclusión» donde los usuarios de servicios puedan participar en capacitaciones, actividades sociales y participación comunitaria, lo que ayuda a reconstruir redes sociales y reducir la exclusión derivada del estigma en la vida cotidiana.

8.1.6 Implementar estructuras de gobernanza coordinadas a largo plazo

Para abordar eficazmente el problema de las personas sin hogar, se requieren **marcos de gobernanza estables que trasciendan los ciclos electorales y la lógica de financiación a corto plazo**. La fragmentación entre los servicios de vivienda, salud y servicios sociales suele generar ineficiencia y vías de apoyo inconsistentes.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Establecer unidades de coordinación intersectorial permanentes** que reúnan a los departamentos de vivienda, servicios de salud, servicios sociales, ONG y organizaciones especializadas en migrantes y violencia de género, entre otros grupos vulnerables, según la ciudad. Estas unidades pueden supervisar la planificación estratégica, la asignación de recursos y la coordinación de servicios;
- b) **Crear protocolos de gobernanza conjunta entre los servicios de vivienda, salud mental y adicciones**, garantizando la responsabilidad compartida por resultados como la reducción de sobredosis y la retención de la vivienda
- c) **Financiar contratos plurianuales integrados de reducción de daños y servicios de salud mental**, evitando ciclos de proyectos a corto plazo que interrumpan la continuidad de la atención;
- d) **Implementar acuerdos de financiación plurianuales** (por ejemplo, de 3 a 5 años) para intervenciones clave como los programas de *Housing first*, los servicios de asistencia comunitaria y los equipos de atención integral. Esto garantiza la continuidad y reduce la inestabilidad causada por los ciclos de financiación anuales;
- e) **Desarrollo de sistemas digitales compartidos de gestión de casos**, que permiten a los profesionales autorizados de distintos sectores coordinar la asistencia en tiempo real. Por ejemplo, un hospital, un servicio de vivienda y una ONG podrían actualizar y acceder conjuntamente a un único plan de atención (con las garantías del RGPD), evitando así la duplicación, la revictimización y la pérdida de servicios durante las transiciones;
- f) **Establecer órganos de gobierno formales** que incluyan a autoridades públicas, proveedores de servicios y representantes de personas con experiencia directa, garantizando la rendición de cuentas, la transparencia y la supervisión participativa.

8.1.7 Integrar modelos de apoyo holísticos y multidisciplinarios

La falta de vivienda y el consumo de sustancias son **problemas multidimensionales que requieren respuestas integradas en los ámbitos de la vivienda, la salud, la salud mental, el empleo, la asistencia jurídica y la protección social**. La fragmentación de los servicios crea barreras que afectan de manera desproporcionada a las personas más vulnerables.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Centros de servicios integrados** (“ventanilla única”) donde las personas puedan acceder a evaluaciones de vivienda, atención médica, asistencia social y apoyo legal en un solo lugar. Por ejemplo, una persona en riesgo de desalojo podría recibir asesoramiento legal, mediación en materia de vivienda y asistencia financiera el mismo día, sin tener que acudir a múltiples instituciones.
- b) **Establecer “equipos integrados para necesidades complejas”** que combinen vivienda, psiquiatría, medicina de adicciones y trabajo social, operando bajo un plan de caso único para cada individuo;
- c) **Desarrollar centros integrados de reducción de daños y salud mental**, donde se ofrezcan servicios de consumo supervisado, apoyo psiquiátrico y orientación para la búsqueda de vivienda en un mismo espacio;
- d) **Implementar equipos multidisciplinarios ubicados en el mismo lugar**, donde profesionales de diferentes sectores trabajen juntos físicamente. Un único punto de servicio podría incluir una enfermera, un trabajador social, trabajadores pares, un funcionario de vivienda y un especialista en adicciones que colaboren en casos compartidos;
- e) **Desarrollar herramientas integradas para la planificación de la atención**, garantizando que todos los profesionales involucrados en un caso contribuyan a una estrategia de intervención compartida. Esto es especialmente importante para personas con diagnóstico dual, sobrevivientes de violencia de género o migrantes que deben desenvolverse en sistemas administrativos complejos.

8.1.8 Garantizar la coordinación metropolitana y regional

La falta de vivienda es, por naturaleza, un fenómeno transterritorial, lo que significa que las personas suelen desplazarse entre municipios debido a la disponibilidad de servicios, las prácticas policiales, el coste de la vivienda o sus estrategias de supervivencia. Sin una gobernanza coordinada, esto puede dar lugar a una prestación de servicios desigual, a la dispersión de servicios entre jurisdicciones y a interrupciones reiteradas en la atención. Por consiguiente, **los gobiernos locales deben ir más allá de las respuestas municipales aisladas**

y desarrollar sistemas de gobernanza metropolitanos y regionales estructurados que garanticen la continuidad, la equidad y la responsabilidad compartida.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Establecer organismos formales de gobernanza metropolitana** para la gestión de personas sin hogar, que agrupen a los municipios de la misma área urbana funcional. Estas estructuras deberían tener no solo funciones de asesoramiento, sino también capacidad de coordinación operativa, incluyendo la planificación conjunta de la oferta de vivienda para grupos vulnerables, la contratación conjunta de servicios y estrategias coordinadas de asistencia. Por ejemplo, en un área metropolitana, una unidad de coordinación central podría garantizar que las plazas del programa *Housing first* y los alojamientos de emergencia se distribuyan según las necesidades y no según los límites administrativos, evitando así la concentración de la presión en ciudades específicas.
- b) **Implementar sistemas regionales compartidos de datos y monitoreo**, lo que permite a los municipios rastrear los patrones de movilidad, el uso de servicios y las necesidades no satisfechas en todos los territorios. Estos sistemas deben incluir indicadores armonizados (por ejemplo, uso repetido de albergues, movimiento intermunicipal o alta de instituciones) para que se puedan identificar las tendencias regionales con anticipación. Por ejemplo, si se detecta un aumento en los desalojos en un municipio, las áreas vecinas pueden anticipar una mayor demanda de vivienda de emergencia y coordinar respuestas preventivas;
- c) **Crear redes regionales de prevención y respuesta ante sobredosis**, coordinando la distribución de naloxona, las alertas sobre drogas y las respuestas de emergencia en todos los municipios;
- d) **Armonizar el acceso al tratamiento de adicciones y a los servicios de salud mental** en todas las regiones, garantizando la continuidad de la terapia de sustitución de opioides o la atención psiquiátrica cuando las personas se trasladan entre ciudades;
- e) **Desarrollar mecanismos de financiación intermunicipales**, donde los costos de los casos complejos o de alta necesidad se distribuyan por toda la región en lugar de concentrarse en una sola autoridad local. Esto es particularmente relevante para las personas que requieren apoyo a largo plazo del programa *Housing first*, atención intensiva de salud mental o servicios integrados que involucren a múltiples agencias. Un modelo de financiación compartida puede garantizar que ningún municipio se vea desincentivado a brindar apoyo a casos complejos debido a restricciones presupuestarias.
- f) **Establecer garantías mínimas de servicio estandarizadas en toda la región**, asegurando que el acceso a alojamiento de emergencia, servicios de asistencia y apoyo para la vivienda no varíe

significativamente entre municipios vecinos. Esto podría incluir estándares mínimos acordados, como acceso de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, criterios de entrada a albergues no restrictivos y vías de derivación garantizadas a programas de vivienda a largo plazo;

- g) **Elaborar acuerdos de continuidad de casos entre distintas jurisdicciones**, garantizando que las personas mantengan el acceso a los servicios incluso cuando se muden o sean reubicadas. Por ejemplo, si una persona comienza a recibir apoyo en un municipio pero se traslada a otro, su plan de gestión de casos, el estado de su solicitud de vivienda y su red de apoyo deben transferirse sin problemas, sin necesidad de volver a registrarse ni perder sus derechos. Esto es particularmente importante para los migrantes, las sobrevivientes de violencia de género y las personas que salen de instituciones, quienes a menudo experimentan movilidad forzada o repetida;
- h) **Crear acuerdos regionales para evitar que las personas dadas de alta de centros penitenciarios queden sin hogar**, bien como de hospitales o sistemas de protección infantil. Estos acuerdos garantizarían que las personas que salen de las instituciones no queden sin hogar, independientemente de la jurisdicción territorial. Por ejemplo, un protocolo de alta penitenciaria a nivel regional exigiría que se confirmen y financien los alojamientos antes de la liberación, compartiendo la responsabilidad entre los municipios según el origen, el destino y la red de apoyo de la persona.

8.1.9 Priorizar la toma de decisiones basada en la evidencia y que tenga en cuenta los costos

Para abordar eficazmente la falta de vivienda, el consumo de sustancias y la compleja vulnerabilidad social, se requieren **políticas públicas sólidamente fundamentadas en evidencia empírica rigurosa, evaluación longitudinal y análisis transparentes de costo-beneficio**. En contextos donde los recursos son limitados y las necesidades aumentan, la toma de decisiones no puede basarse únicamente en ciclos políticos, la percepción pública o la visibilidad a corto plazo de los resultados. En cambio, los municipios deben adoptar un enfoque que evalúe sistemáticamente qué funciona, para quién, bajo qué condiciones y a qué costo social y económico a largo plazo.

Esta orientación basada en la evidencia es particularmente importante en el ámbito de la falta de vivienda, donde las decisiones políticas suelen generar costos indirectos significativos para los sistemas de salud, servicios de emergencia, justicia penal y protección social. Por ejemplo, la falta de inversión en medidas preventivas de vivienda suele resultar en mayores gastos en alojamiento de emergencia, hospitalizaciones e intervenciones en situaciones de crisis. Por lo tanto, **un enfoque que tenga en cuenta los costes no reduce la inversión social, sino que reasigna recursos hacia intervenciones que demuestran un impacto sostenido y una eficacia estructural a lo largo del tiempo**.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Integrar sistemas de aprendizaje continuo en el diseño de políticas**, asegurando que los programas no solo se implementen, sino que también se supervisen, evalúen y adapten activamente en función de los resultados reales. Esto incluye la recopilación sistemática de indicadores cuantitativos (como tasas de retención de vivienda, uso de servicios de emergencia y resultados de salud) junto con evidencia cualitativa obtenida de usuarios de servicios, profesionales de primera línea y partes interesadas de la comunidad. De esta manera, la evidencia se entiende como estadística y experiencial, reflejando la complejidad de las realidades vividas;
- b) **Implementar herramientas de comparación de costos que evalúen el impacto económico de las respuestas de emergencia** (por ejemplo, vigilancia policial, albergues, hospitalización) frente a las intervenciones centradas en la vivienda, como *Housing first* o los sistemas de apoyo preventivo. Por ejemplo, la evidencia a menudo muestra que una vivienda estable reduce significativamente los costos de atención médica de emergencia y de vigilancia policial;
- c) **Realizar un seguimiento del ahorro de costes** derivado de las intervenciones de reducción de daños (por ejemplo, las salas de consumo supervisado reducen los ingresos hospitalarios de urgencia y las intervenciones policiales) para orientar las decisiones de ampliación;
- d) Utilizar **paneles de datos en tiempo real sobre sobredosis y crisis de salud mental** para ajustar dinámicamente el despliegue de servicios (unidades móviles, equipos de asistencia);
- e) **Establecer ciclos de evaluación regulares (de 6 a 12 meses) para monitorear resultados** como la retención de vivienda, las mejoras en la salud, la reducción del uso de servicios de emergencia y los indicadores de reintegración;
- f) **Utilizar programas piloto antes de la ampliación a gran escala**, lo que permite a los municipios probar las intervenciones (por ejemplo, centros integrados, modelos de divulgación, equipos de prevención de desalojos) en distritos específicos antes de su implementación más amplia;
- g) **Crear y aplicar paneles de datos y sistemas de monitoreo en tiempo real** que permitan la adaptación continua de las políticas, garantizando que las intervenciones sigan respondiendo a las necesidades emergentes, incluidas las relacionadas con la violencia de género o las presiones migratorias.

8.1.10 Involucrarse política y culturalmente para un cambio sostenible

La transformación sostenible requiere tanto **intervenciones técnicas como un compromiso político y cultural a largo plazo**. Sin legitimidad pública, incluso las políticas eficaces corren el riesgo de verse socavadas por el estigma, los discursos basados en el miedo o los ciclos políticos efímeros.

Los gobiernos locales deberían:

- a) **Desarrollar estrategias estructuradas de comunicación pública** que expliquen enfoques basados en la evidencia, como *Housing first*, reducción de daños y modelos de atención integrada, en un lenguaje accesible y transparente. Por ejemplo, los municipios pueden publicar informes de políticas simplificados, infografías y foros públicos que expliquen cómo estos modelos reducen costos y mejoran los resultados;
- b) **Implementar campañas de educación pública que expliquen la eficacia de la reducción de daños**, incluyendo la prevención de sobredosis, prácticas de uso más seguras y la desescalada de crisis de salud mental;
- c) **Involucrar a personas con experiencia directa en el consumo de drogas y problemas de salud mental** en los consejos asesores de políticas, garantizando que el diseño de los servicios refleje las necesidades del mundo real y reduzca la formulación de políticas basadas en el estigma;
- d) **Involucrar a las escuelas, los medios de comunicación, las organizaciones de la sociedad civil y los grupos comunitarios** para promover la comprensión estructural de la falta de vivienda y reducir el estigma. Estos actores pueden ayudar a desviar el discurso público del juicio moral hacia explicaciones sistémicas;
- e) **Establecer paneles asesores ciudadanos** que incluyan a personas con experiencia vivida, garantizando así una gobernanza participativa y reforzando la legitimidad democrática;
- f) **Publicar informes anuales sobre el impacto de la falta de vivienda**, detallando las inversiones, los resultados y los avances en materia de políticas. Esto fortalece la rendición de cuentas y ayuda a mantener un compromiso político a largo plazo con enfoques basados en los derechos y orientados a la inclusión.

8.2. Adopción e implementación de la Guía

La adopción de la Guía requiere adaptar las recomendaciones a los contextos legales, sociales y culturales locales, que pueden variar considerablemente. Aun así, algunos pasos prácticos para la adopción de las directrices son:



- 1. Análisis de brechas:** Mapear los servicios existentes, identificar las deficiencias y determinar qué recomendaciones son factibles de implementar de inmediato y cuáles requieren una planificación a largo plazo;



- 2. Consulta con las partes interesadas:** Involucrar a los proveedores de servicios, las ONG, los grupos comunitarios y las personas sin hogar para validar la relevancia de la Guía y recabar información sobre las necesidades y los obstáculos locales;



- 3. Alineación de políticas:** Integrar la Guía en los marcos políticos locales, los planes estratégicos y los procedimientos operativos, garantizando su conformidad con las leyes nacionales y las normativas de la UE;



- 4. Evaluación de capacidad:** Evaluar los recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios para implementar las recomendaciones, identificando las áreas donde se necesita capacitación adicional, financiación o alianzas;



- 5. Pruebas piloto e implementación por fases:** Introducir intervenciones seleccionadas a pequeña escala para probar su viabilidad, recabar comentarios y perfeccionar los enfoques antes de ampliarlas a todo el territorio.

Las herramientas prácticas especializadas incluyen:

1. Autoevaluación organizacional con enfoque en el trauma

Se puede utilizar el [Kit de herramientas organizacionales con enfoque en el trauma](#) para evaluar las prácticas actuales e identificar áreas de mejora. Este conjunto de herramientas ofrece pautas concretas para modificar las políticas y los procedimientos, a fin de garantizar que respondan a las necesidades de las personas que han sufrido un trauma.

2. Estrategia de implementación del programa Housing first

Desarrollar y probar una estrategia de implementación para el modelo *Housing first*, tal como se describe en el estudio "[Desarrollo y prueba de una estrategia de implementación para una intervención compleja conocida como el modelo *Housing first*.](#)" Este protocolo proporciona un enfoque estructurado para adaptar el programa *Housing first* a los contextos locales, haciendo hincapié en la coordinación entre múltiples partes interesadas.

3. Marco de integración para la reducción de daños

Se puede adoptar el manual de "[Integración de estrategias de reducción de daños en los servicios y apoyos para jóvenes adultos sin hogar](#)". Este documento ofrece información y recursos sobre servicios de reducción de daños adaptados a los jóvenes adultos. Proporciona pasos prácticos para integrar la reducción de daños en los servicios existentes.

4. Herramientas de recopilación y monitoreo de datos

Implementar prácticas de recopilación de datos informadas sobre el trauma según lo recomendado por la [Guía "Aprovechamiento del HMIS para apoyar la atención informada sobre el trauma"](#). Este recurso describe las mejores prácticas para crear un Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (HMIS, por sus siglas en inglés) que tenga en cuenta el trauma, garantizando que la recopilación de datos respete la dignidad y la privacidad de las personas que se encuentran en situación de calle.

Al revisar, contextualizar y poner a prueba sistemáticamente los enfoques recomendados, las autoridades locales pueden garantizar que la Guía no solo se adopte, sino que también se ponga en práctica de manera efectiva, lo que dará lugar a mejoras tangibles en la accesibilidad, la calidad y los resultados de los servicios para las personas sin hogar con necesidades complejas de salud y trauma.

8.3 Integración de las mejores prácticas en los servicios existentes



- 1. Mapeo de servicios:** Identificar los servicios existentes de vivienda, salud mental, tratamiento de adicciones y apoyo social, y evaluar las deficiencias o barreras.



- 2. Priorización:** Determinar qué prácticas basadas en la evidencia de la Guía son las más factibles y efectivas para su implementación inmediata.



- 3. Capacitación del personal:** Proporcionar capacitación específica sobre atención informada sobre el trauma, competencia cultural, sensibilidad de género y reducción de daños.



- 4. Colaboración intersectorial:** Establecer mecanismos de coordinación entre la atención médica, los servicios sociales, las fuerzas del orden y las organizaciones comunitarias para garantizar la prestación integrada de servicios.



- 5. Intervenciones piloto:** Implementar proyectos piloto a pequeña escala para probar las adaptaciones antes de ampliarlas.

8.4 Seguimiento, evaluación y recopilación de datos

El seguimiento, la evaluación y la recopilación de datos son componentes esenciales de cualquier estrategia local para abordar la falta de vivienda y el consumo de sustancias. Proporcionan evidencia para fundamentar la toma de decisiones, mejorar la prestación de servicios, garantizar la rendición de cuentas y demostrar el respeto a los principios de derechos humanos. Un sistema sólido permite a las autoridades hacer un seguimiento tanto de los resultados individuales como de los impactos sistémicos, identificar necesidades emergentes y justificar la asignación de recursos.

1. Establecer indicadores claros y medibles

Las autoridades locales deben definir un conjunto de indicadores que capturen no solo resultados cuantitativos (por ejemplo, número de personas alojadas, utilización de servicios), sino también resultados cualitativos (por ejemplo, satisfacción del usuario, mejora del bienestar, inclusión social). **Los indicadores deben reflejar la complejidad de la falta de vivienda y el consumo de sustancias, incluyendo la salud física y mental, la integración social y la estabilidad a lo largo del tiempo.** Unos marcos de medición claros ayudan a evaluar si los servicios están alcanzando sus objetivos, permiten la comparación entre programas y proporcionan una base para la planificación a largo plazo.

2. Recopilar datos anonimizados i étiques

La recopilación de datos debe **equilibrar la exhaustividad con estrictos estándares de privacidad y ética.** Las autoridades deben recabar información anonimizada sobre la participación en los servicios, la permanencia en la vivienda, los resultados de salud y las interacciones con los servicios de apoyo. Los sistemas de gestión de datos deben garantizar la confidencialidad, cumplir con las leyes nacionales y de la UE de protección de datos y prevenir la estigmatización o la elaboración de perfiles. La recopilación ética de datos refuerza la confianza con los usuarios de los servicios, fomentando una mayor precisión en la presentación de informes y una mejor participación.

3. Incorporar los comentarios de los usuarios

Incorporar las perspectivas de las personas sin hogar y con problemas de consumo de sustancias garantiza que los servicios sigan centrados en la persona y respondan a sus necesidades. Los mecanismos de retroalimentación, como encuestas, entrevistas, grupos focales y herramientas de evaluación participativa, pueden revelar barreras de acceso, identificar deficiencias en la prestación de servicios y poner de relieve las necesidades insatisfechas. **Escuchar las experiencias vividas ayuda a adaptar las intervenciones, mejora la calidad de los servicios y empodera a los usuarios, reforzando su autonomía y dignidad.**

4. Revisión periódica y gestión adaptativa

El seguimiento es más eficaz cuando está vinculado a la mejora continuada: las autoridades deben programar revisiones periódicas de los datos recopilados para evaluar el desempeño del programa, identificar tendencias y ajustar los servicios según sea necesario. La gestión adaptativa permite que los servicios respondan rápidamente a los cambios en las necesidades de la población, las crisis emergentes o las transformaciones en la dinámica urbana, evitando respuestas políticas rígidas o reactivas. Este proceso iterativo garantiza que las intervenciones sigan siendo relevantes y efectivas a lo largo del tiempo.

5. Integrar la generación de informes multinivel y el intercambio de conocimientos

Las autoridades locales deben **desarrollar sistemas de información que comuniquen los resultados a las partes interesadas**, incluidos los departamentos municipales, las ONG, los financiadores y las redes de conocimiento europeas. La información debe **ir más allá del cumplimiento normativo, destacando las lecciones aprendidas, las innovaciones y las áreas que requieren atención**. Compartir datos fomenta el aprendizaje entre ciudades, facilita la evaluación comparativa y promueve el desarrollo de políticas basadas en la evidencia en todas las regiones.

6. Monitorear los impactos sistémicos y sociales

Más allá de los resultados individuales, las autoridades deben **monitorear indicadores sociales más amplios para evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones**. Entre las métricas se incluyen la reducción de la indigencia, los ingresos hospitalarios, las interacciones con el sistema de justicia penal, la cohesión urbana y los incidentes de seguridad pública. **El seguimiento de los impactos sistémicos ayuda a cuantificar los costos económicos, sociales y urbanos de no abordar el sinhogarismo y el consumo de sustancias**, lo que respalda la planificación estratégica y la promoción de una inversión sostenida.

7. Vincular la evaluación con el cumplimiento de los derechos humanos

Los procesos de seguimiento y evaluación deben **valorar explícitamente si los servicios cumplen con los estándares de derechos humanos**. Esto incluye evaluar el acceso, la equidad, la inclusión y el respeto a la dignidad. Al medir el cumplimiento de los principios basados en los derechos, las autoridades pueden garantizar que las intervenciones eviten daños, no refuercen el estigma y contribuyan a los objetivos de justicia social, reforzando así las dimensiones éticas y prácticas de la prestación de servicios.

8. Fomentar una cultura de aprendizaje.

Un marco de monitoreo eficaz **prioriza el aprendizaje y la mejora continua, en lugar de centrarse únicamente en la rendición de cuentas o la gestión del desempeño**. El personal de todos los niveles debe

recibir capacitación en la recopilación, el análisis y la interpretación de datos, y estar facultado para utilizar los hallazgos con el fin de mejorar la práctica. Fomentar la reflexión y el diálogo abierto con los usuarios y socios fortalece la eficacia del programa y contribuye a crear un ecosistema de servicios receptivo, adaptable y basado en los derechos.

Monitoreo, evaluación y recopilación de datos



9. Difusión y próximos pasos

La implementación efectiva de esta Guía depende no solo de su calidad técnica, sino también de su amplia difusión, adaptación y uso sostenido en los distintos niveles de gobernanza. Este capítulo describe estrategias clave para garantizar que los resultados de este trabajo lleguen a las partes interesadas pertinentes a nivel local, regional y nacional, al tiempo que se fomenta la continuidad a largo plazo mediante redes, alianzas y actualizaciones iterativas.

9.1 Orientaciones para su difusión a nivel nacional y regional

Para maximizar su impacto, la difusión debe seguir una **estrategia multinivel y multicanal** dirigida a las autoridades públicas, los proveedores de servicios y las organizaciones de la sociedad civil. **A nivel nacional y regional, se debe involucrar a los ministerios responsables de vivienda, salud, asuntos sociales y migración** para garantizar que la Guía sirva de base para la formulación de políticas, la definición de prioridades de financiación y los marcos de planificación estratégica. Las autoridades regionales pueden desempeñar un papel fundamental en la adaptación de la Guía a marcos operativos que se ajusten a las realidades territoriales, especialmente en áreas como la coordinación de servicios, la asignación de fondos y la colaboración intermunicipal.

A nivel local, se debe brindar apoyo a los municipios para que integren la Guía en las estrategias existentes para abordar la falta de vivienda, los planes de inclusión social y las políticas de salud pública. Entre las herramientas prácticas de difusión se incluyen informes de políticas, guías de implementación, módulos de capacitación para profesionales de primera línea y talleres para las partes interesadas. Además, las alianzas con universidades, institutos de formación y asociaciones profesionales pueden fortalecer la transferencia de conocimientos y garantizar que la Guía se incorpore a la práctica profesional.

También se debe priorizar la **difusión digital mediante plataformas específicas, garantizando el acceso abierto al material**, la disponibilidad multilingüe y formatos fáciles de usar que faciliten su adopción tanto por parte de profesionales como de responsables políticos. Las estrategias de comunicación deben destacar mensajes clave, como la importancia del enfoque *Housing first*, la reducción de daños y los modelos de servicios integrados, con el fin de respaldar cambios en las políticas basados en la evidencia.

9.2 Planes de actualización y sostenibilidad a largo plazo

Para que esta Guía siga siendo relevante y eficaz, debe entenderse como un **documento vivo, sujeto a revisión y adaptación periódicas**. Las condiciones sociales, los marcos políticos y los sistemas de servicios evolucionan continuamente, y la Guía debe reflejar estos cambios para seguir siendo útil.

Se recomienda **revisar la Guía periódicamente** (por ejemplo, cada 2 o 3 años), incorporando nuevas evidencias, mejores prácticas emergentes y comentarios sobre su implementación a nivel local y regional. Este proceso debe incluir activamente la **participación de profesionales, responsables políticos y personas con experiencia directa** en la falta de vivienda, garantizando que las actualizaciones reflejen tanto el conocimiento técnico como la realidad.

La sostenibilidad a largo plazo puede reforzarse mediante **la integración de la Guía en los programas de formación institucional, los marcos de financiación y los documentos de política estratégica a nivel nacional y regional**. Incorporar los principios en los sistemas formales aumenta la probabilidad de una aplicación coherente más allá de proyectos individuales o ciclos de financiación.



10. Glosario de términos

Adicciones

Dependencia física o psicológica de sustancias o comportamientos que afectan negativamente la salud y la vida social de la persona.

Alta a la indigencia

Situación en la que una persona sale de una institución (hospital, prisión, etc.) sin una solución de vivienda.

Alojamiento de emergencia

Viviendas temporales destinadas a cubrir necesidades urgentes de personas sin hogar estable.

Alojamiento transitorio

Viviendas temporales con apoyo social, como paso intermedio hacia una vivienda estable.

Aporofobia

Rechazo, miedo o discriminación hacia las personas pobres o en exclusión social.

Arquitectura urbana hostil

Diseño urbano que dificulta o impide que personas sin hogar permanezcan en ciertos espacios.

Atención centrada en la persona

Enfoque que sitúa a la persona en el centro del sistema de apoyo, respetando sus decisiones y contexto.

Atención informada por el trauma

Intervención que reconoce el impacto del trauma y evita su reactivación.

Atención médica primaria

Primer nivel de atención sanitaria accesible y generalista.

Centros de consumo supervisado

Espacios donde el consumo de drogas se realiza bajo supervisión profesional para reducir riesgos.

Centros de servicios integrados / ventanilla única

Espacios donde se concentran múltiples servicios (salud, vivienda, empleo, etc.).

Clínicas móviles

Unidades sanitarias itinerantes que ofrecen atención en distintos lugares.

Continuidad de la atención

Garantía de que el apoyo no se interrumpe aunque cambien los servicios o lugares.

Desescalada de crisis

Técnicas para reducir la intensidad de situaciones conflictivas o de emergencia.

Despenalización del consumo de drogas

Eliminación de sanciones penales y sustitución por enfoques de salud pública.

Diagnóstico dual (patología dual)

Presencia simultánea de trastorno mental y consumo problemático de sustancias.

Divulgación proactiva (outreach / trabajo de calle)

Intervención que consiste en ir al encuentro de personas en situación de sinhogarismo u otras que requieren atención

Empoderamiento

Proceso por el cual las personas adquieren control sobre su vida y decisiones.

Empoderamiento comunitario

Fortalecimiento de comunidades para participar en decisiones públicas.

Enfoques multidisciplinarios / multidisciplinariedad

Trabajo conjunto de profesionales de diferentes áreas.

Enfoque Housing First (Vivienda Primero)

Modelo que prioriza el acceso inmediato a vivienda estable como base de la recuperación.

Experiencia vivida

Conocimiento derivado de haber vivido una situación (como el sinhogarismo o el consumo problemático de sustancias).

Exclusión social

Proceso de marginación de recursos, derechos y participación social.

Exclusión residencial

Falta de acceso a vivienda adecuada y estable.

Financiación plurianual

Financiación pública que cubre varios años y aporta estabilidad.

Gentrificación

Proceso urbano que encarece barrios y desplaza a población vulnerable.

Gobernanza participativa

Toma de decisiones que incluye a personas afectadas por las políticas.

Gobernanza punitiva

Modelo basado en control, sanción y vigilancia.

Gobernanza territorial

Coordinación de políticas entre distintos niveles administrativos.

Inclusión social

Integración plena de todas las personas sin discriminación.

Interseccionalidad

Análisis de cómo se combinan desigualdades y opresiones en sociedad (género, origen, clase, etc.).

Intervención basada en la evidencia

Práctica sustentada en investigación científica.

Intervención comunitaria intensiva (ACT)

Modelo de apoyo continuo en el entorno comunitario.

Intervención temprana

Acciones en fases iniciales para evitar el agravamiento de problemas.

Marginalización

Proceso de empuje hacia la periferia social o económica.

Mediadores culturales

Personas que facilitan la comunicación entre culturas o idiomas.

Paneles asesores ciudadanos

Grupos de participación ciudadana en políticas públicas.

Participación comunitaria

Involucramiento activo de la comunidad en decisiones públicas.

Partes interesadas

Actores implicados en un proyecto o política.

Prevención primaria / secundaria / terciaria

- Primaria: evitar aparición del problema
- Secundaria: intervenir temprano
- Terciaria: reducir impacto de problemas crónicos

Prevención de sobredosis

Estrategias para evitar muertes o daños por consumo de drogas.

Programas de empleo inclusivos

Iniciativas laborales para personas en exclusión.

Protocolos de alta hospitalaria o institucional

Procedimientos para garantizar continuidad de apoyo tras salir de instituciones.

Puntos de acceso digital

Canales online de acceso a servicios.

Red de protección social

Conjunto de servicios públicos de apoyo social.

Redes de colaboración / trabajo en red

Cooperación entre instituciones para mejorar la atención.

Reducción de daños

Estrategia para minimizar efectos negativos del consumo sin exigir abstinencia.

Reducción del estigma

Acciones para disminuir prejuicios sociales.

Rendición de cuentas

Obligación de justificar decisiones y resultados públicos.

Retrotopía

Idealización del pasado como respuesta a la incertidumbre del presente.

Salud mental

Bienestar emocional, psicológico y social.

Salud reproductiva

Bienestar relacionado con el sistema reproductivo.

Securitización

Tratamiento de problemas sociales como cuestiones de seguridad.

Servicios culturalmente sensibles

Servicios adaptados a diferentes culturas.

Servicios multilingües

Servicios disponibles en varios idiomas.

Sistema de apoyo social

Conjunto de recursos de asistencia a personas vulnerables.

Sistemas de alerta temprana

Herramientas que detectan riesgos antes de que se agraven.

Sistemas de datos en tiempo real

Plataformas que actualizan información de forma inmediata.

Sistemas de gestión de casos / sistemas de información compartidos

Herramientas para coordinar la atención entre servicios.

Transversalidad (intersectorialidad)

Coordinación entre sectores (salud, vivienda, justicia, etc.).

Trastornos por consumo de sustancias

Consumo problemático de drogas o alcohol con impacto en la vida cotidiana.

Tratamiento de sustitución de opioides (TSO)

Tratamiento médico que sustituye opioides ilegales por fármacos controlados.

Trabajadores/as pares

Personas con experiencia vivida que apoyan a otras en situación similar.

Vías de inclusión social

Procesos de integración en la sociedad.

Violencia de género

Violencia ejercida por razón de género.

Violencia estructural

Violencia derivada de desigualdades sociales y económicas.

Vivienda asequible

Vivienda cuyo coste es accesible según ingresos.

Vivienda permanente (estable)

Solución habitacional duradera.

Vivienda transitoria con apoyo

Alojamiento temporal con acompañamiento social o sanitario.

Vulnerabilidad social compleja

Situación con múltiples problemas simultáneos (salud, vivienda, exclusión, etc.).

11. Bibliografía

- Bauman, Z. (2017). Retrotopía. Barcelona: Paidós.
- EMCDDA. (2022). Personas sin hogar y drogas: respuestas sanitarias y sociales. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/homelessness-and-drugs-health-and-social-responses_en
- Euronews. (24 de enero de 2024). ¿Qué impulsa el aumento de la falta de vivienda y qué puede hacer la UE al respecto? Recuperado de <https://www.euronews.com/business/2024/01/31/whats-driving-the-rise-in-homelessness-and-what-can-the-eu-do-about-it>
- FEANTSA y Fundación Abbé Pierre. (2023). Octava revisión sobre la exclusión de la vivienda en Europa. FEANTSA. Recuperado de <https://www.feantsaresearch.org/en/report/2023/09/05/report-8th-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2023>
- FEANTSA. (2023). Salud mental y personas sin hogar en Europa: Llamamiento a favor de estrategias integrales, sostenibles e inclusivas. FEANTSA. Recuperado de <https://www.feantsa.org/en/feantsa-position/2023/10/10/mental-health-homelessness-across-europe-calling-for-comprehensive-sustainable-inclusive-strategies>
- FEANTSA. (2024). Informe sobre las prioridades sanitarias de la UE: Personas sin hogar y salud pública. FEANTSA. Recuperado de https://www.feantsa.org/public/user/Resources/reports/2024/health_121224/EU_health_priorities_report.pdf
- FEANTSA Youth. (2024). Poner fin a la falta de vivienda juvenil abordando el trauma: Informe de la sesión de estudio. FEANTSA. Recuperado de <https://www.feantsaresearch.org/en/report/2024/02/01/ending-youth-homelessness-by-addressing-trauma-report-of-the-study-session-held-by-feantsa-youth>
- FEANTSA. (2025). Alta hospitalaria y personas sin hogar en Europa: un documento de política de FEANTSA. FEANTSA. Recuperado de <https://www.feantsaresearch.org/en/report/2025/01/06>
- Salud Mental Europa. (2013). Acceso a los servicios por parte de personas sin hogar con problemas graves de salud mental. Salud Mental Europa. Recuperado de <https://www.mentalhealtheuropa.org/library/access-to-services-by-people-with-severe-mental-health-problems-who-are-homeless/>

HOME! HEALTH



Coordinated by:



In partnership with:



Co-funded by
the European Union

2023-1-ES01-KA220-VET-000156754