



The National AIDS Housing Coalition

727 15th Street NW, 6th Floor
Washington, DC 20005

p 202.347.0333
f 202.347.3411

www.nationalaidshousing.org
nahc@nationalaidshousing.org

2007

Transformando los Hechos en Estrategia – Desarrollando una Respuesta de Salud Pública a las Necesidades de Vivienda de Personas con y en Riesgo de Contraer VIH/SIDA
Informe de Políticas de la Segunda Cumbre Investigativa Nacional de la Vivienda y el VIH/SIDA

Visión General

Evidencia creciente demuestra la importancia de la vivienda como un mecanismo independiente para mejorar la salud de personas con VIH y prevenir nuevas infecciones. Los hallazgos presentados en la Cumbre Investigativa Nacional para la Vivienda y el VIH/SIDA de 2006 brindan gran apoyo empírico para cambiar el paradigma de riesgo del VIH al quitarle el enfoque único sobre los comportamientos de los individuos para enfocarse en riesgos contextuales tales como la falta de vivienda y una situación de vivienda inestable, los cuales son factores estructurales que deben ser enfrentados para prevenir y tratar el VIH de manera efectiva.

La situación de vivienda en sí ha demostrado que puede predecir el riesgo de VIH y los resultados de salud de manera independiente, al hacer controles para una gran variedad de características de individuos (la pobreza, la raza y la etnicidad, un historial de uso de sustancias ilícitas, la enfermedad mental) y la utilización de servicios (cuidados primarios, abuso de sustancias y/o tratamientos para la salud mental). Esto es un hallazgo importante ya que indica que la situación de vivienda puede mejorar la salud de personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) y reducir la propagación del VIH. Al identificar situaciones de vivienda inestables como un “vector” para la enfermedad del VIH, se presenta la oportunidad de usar políticas de la vivienda como nuevo mecanismo efectivo para controlar la epidemia del VIH en Estados Unidos.

Factores contextuales o estructurales tales como la situación de vivienda afectan la habilidad de una persona de evitar estar expuesto al VIH directa o indirectamente así como la habilidad de personas seropositivas de evitar exponer otros a la infección. Estos factores afectan el acceso y continuidad de cuidados para el VIH. Hasta recientemente, literatura y prácticas de VIH han enfatizado factores enfocados en el individuo, pero intervenciones para el comportamiento basados en estos factores únicamente no han podido lograr las metas nacionales-- reducir nuevas infecciones de SIDA de manera sustancial y reducir las disparidades raciales y étnicas en la incidencia de VIH. Para enfrentar efectivamente las disparidades que aumentan el riesgo de VIH y mejorar los resultados de salud, se requiere estudiar las explicaciones estructurales que reconocen el papel que juega la vivienda-- entre otros factores socio-contextuales-- en determinar la salud.

Efectivamente, un cuerpo creciente de evidencia basado en prácticas que demuestran que las intervenciones de vivienda permiten a las personas desamparadas o con situaciones de vivienda inestables lograr y mantener estabilidad, igualmente demuestra que una situación de vivienda mejorada para personas con VIH/SIDA está directamente relacionado a la reducción de

comportamientos riesgosos, un mayor acceso al cuidado de salud, mayores niveles de continuidad en terapias antivirales (ART, por sus siglas en inglés), cargas virales reducidas y mortalidad reducida. Enfoques de vivienda tales como el innovador “primero la vivienda” (en inglés, “*housing first*”) o de “daño reducido” (en inglés, “*harm reduction*”) parecen ser tan efectivos en lograr estos resultados como los modelos de vivienda más tradicionales basadas en la abstinencia para personas con problemas de salud mental crónicas o de uso de sustancias ilícitas.

Nuevos análisis de costos importantes indican que proveer vivienda también es una prevención e intervención para tratamientos rentable para personas con VIH/SIDA que están desamparadas o en situaciones de vivienda inestables. Análisis de costos y compensación han demostrado repetidamente que la vivienda de apoyo reduce sustancialmente el uso de servicios de cuidado de salud de emergencia y hospitalarios, antes de tomar en cuenta los costos sustanciales asociados con nuevas infecciones de VIH y el cuidado retardado o irregular para el VIH. Estimados del costo por cliente de una intervención de vivienda ahora están disponibles para resolver dudas políticas sobre cuan asequible son los costos específicos relacionados con el VIH. Estos análisis indican que las intervenciones de vivienda para personas con VIH/SIDA que están desamparadas o en situaciones de vivienda inestables son rentables y representan un ahorro, lo cual hace de la vivienda una buena inversión de recursos públicos limitados.

La Coalición Nacional del VIH/SIDA y la Vivienda (NAHC, por sus siglas en inglés)⁹ convocó la Segunda Cumbre Investigativa Nacional de la Vivienda y el VIH/SIDA el 20 y 21 de octubre en Baltimore, Maryland en colaboración con el Dr. David Holtgrave y el Departamento de la Salud, el Comportamiento y la Sociedad de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins.² Creciendo sobre el dinamismo de la Cumbre Investigativa Nacional de la Vivienda y el VIH/SIDA inaugural en junio de 2005,³ la Segunda Cumbre reunió a 160 investigadores, expertos en políticas, proveedores y consumidores, representando a 24 estados, el Distrito de Columbia y dos provincias canadienses. En el transcurso de dos días de sesiones plenarias, más de 30 expertos destacados en investigaciones, prácticas y políticas en los campos del VIH/SIDA, la falta de vivienda y la vivienda presentaron y discutieron investigaciones actuales y sus implicaciones políticas.

Cuatro políticas de gran importancia surgieron de la Cumbre Investigativa Nacional de la Vivienda y el VIH/SIDA, basado en nuestro conocimiento actual de la vivienda y la salud:

- Hacer que haya vivienda asequible disponible (incluso vivienda de apoyo para quienes la necesiten) para toda persona con VIH;
- Hacer que la asistencia de vivienda sea una prioridad alta para la prevención del VIH ya que la vivienda es una estrategia fuerte para la prevención del VIH;
- Incorporar la vivienda como elemento crítico para el cuidado de salud relacionado al VIH; y

¹ The National AIDS Housing Coalition, Inc (www.nationalaidshousing.org) is a 501(c)(3) organization formed in 1994 to assert the fundamental right of all persons living with HIV/AIDS to decent, safe, affordable housing and supportive services that are responsive and appropriate to their self-determined needs. NAHC engaged Shubert Botein Policy Associates (www.shubertbotein.com) to help plan, coordinate, and document the summit.

² Dr. David Holtgrave chairs the Department of Health, Behavior and Society of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, which was established in the summer of 2005 with a mission dedicated to research and training that advances scientific understanding of the impact on health of behavior and the societal context.

³ A summary of Summit I proceedings is available from NAHC in its policy paper *Housing is the Foundation of HIV Prevention and Treatment: Results of the National Housing and HIV/AIDS Research Summit*, which can be found, along with other Summit I and Summit II materials, at www.nationalaidshousing.org.

- Continuar colectando y analizando los datos necesarios para calcular el impacto y la efectividad de varios modelos de vivienda como una prevención estructurada independiente para el VIH y una intervención para el cuidado de la salud.

La Segunda Cumbre incluyó presentaciones de nuevas investigaciones importantes, así como el desarrollo de estrategias de acción para hacer cumplir las políticas de gran importancia para el VIH/SIDA y la vivienda. Este informe resume nuevos hallazgos presentados en la Segunda Cumbre en tres estrategias de acción para las investigaciones y prácticas del VIH/SIDA y la vivienda:

Primera estrategia de acción: Cambiar el paradigma del riesgo del VIH y quitarle el enfoque único sobre los comportamientos de los individuos para enfocarlo en riesgos contextuales tales como la falta de vivienda y una situación de vivienda inestable.

Segunda estrategia de acción: Promover intervenciones basadas en evidencia que incorporan la vivienda como un componente clave de prevención y cuidado de la salud para el VIH, incluyendo enfoques de “primero la vivienda” (en inglés, “*housing first*”) y de “daño reducido” (en inglés, “*harm reduction*”) para drogadictos; y

Tercera estrategia de acción: Emplear metodologías investigativas basadas en prácticas para continuar creciendo nuestro conocimiento del enlace entre la vivienda y la salud, incluyendo el análisis de rentabilidad de las intervenciones de vivienda.

La Serie de Cumbres Investigativas de la Vivienda y el VIH/SIDA

La Serie de Cumbres Investigativas de la Vivienda y el VIH/SIDA sirve como punto de reunión para la presentación de investigaciones relevantes a las políticas de VIH/SIDA y la vivienda y para dialogar sobre las implicaciones de las políticas públicas en relación a los hallazgos investigativos.⁴ La serie provee un foro para que participantes de diferentes disciplinas, diferentes partes del país y diferentes perspectivas socioeconómicas se intercambien hallazgos investigativos y estrategias de políticas públicas sobre temas relacionados a la vivienda y la prevención y el cuidado del VIH. Participantes examinan datos empíricos sobre la relación de la vivienda, el VIH y la salud comunitaria; discuten las implicaciones políticas de los hallazgos investigativos y trabajan colectivamente para desarrollar estrategias que brinden una respuesta de salud pública sólida basada en datos para atender las necesidades de vivienda de las personas con VIH y con alto riesgo de ser infectados.⁵

Primordialmente, la Serie de Cumbres ha facilitado la síntesis y disseminación de investigaciones existentes sobre la vivienda y el VIH/SIDA. Estos hallazgos han comenzado a influenciar las políticas de la salud y la vivienda, al igual que el desarrollo de programas e investigaciones. A pesar de la importante relación entre la situación de vivienda y resultados de salud relacionados al VIH, se ha publicado muy pocas investigaciones sobre estos temas. Igualmente, los datos existentes no han estado al alcance de legisladores, proveedores de servicios y hasta otros investigadores. El informe de políticas de la Primera Cumbre de NAHC sintetiza investigaciones existentes y en curso sobre la vivienda, la falta de vivienda y el VIH/SIDA. El informe también ha sido mencionada en varias publicaciones nacionales, se ha usado por defensores de los

⁴ Leading researchers and policy experts in the fields of housing and health worked with NAHC and Johns Hopkins to convene Summit II, and others committed their time and resources to the project. In addition to Dr. Holtgrave, co-convenors included: Dr. Angela Aidala, Research Scientist at the Center for Applied Public Health at Columbia University and the Department of Sociomedical Sciences; Dr. Dennis Culhane, Professor of Social Welfare Policy and Psychology, Senior Fellow of the Leonard Davis Institute of Health Economics and Co-Director of the Cartographic Modeling Lab at the University of Pennsylvania School of Social Work; and member organizations of the Visioning Committee of the NAHC Board of Directors.

⁵ The Summit II Briefing Book, which includes presentations, articles and other materials used at the meeting and cited in this paper, is available at a nominal charge from the National AIDS Housing Coalition, www.nationalaidshousing.org.

derechos de la vivienda y el VIH/SIDA para informar a legisladores federales, estatales y locales y fue citado en un debate del Congreso sobre adjudicaciones federales para la vivienda. Hallazgos investigativos de la Cumbre han sido presentados en conferencias del VIH/SIDA y la falta de vivienda/la vivienda y a comités de planificación estatales y locales. Dichos hallazgos han influenciado por lo menos a una comunidad para que subvencionara la vivienda como una medida de prevención para el VIH. La Serie de Cumbres ha eliminado barreras entre investigadores y legisladores que trabajan en temas de VIH/SIDA y la falta de vivienda/la vivienda y como resultado se han hecho colaboraciones. Finalmente, los investigadores que convocaron la Serie de Cumbres están trabajando estrechamente con NAHC para producir una edición especial sobre la vivienda en *AIDS and Behavior*.

Estrategias de acción de la Segunda Cumbre

Primera estrategia de acción: Cambiar el paradigma del riesgo del VIH y quitarle el enfoque único sobre los comportamientos de los individuos para enfocarlo en riesgos contextuales tales como la falta de vivienda y una situación de vivienda inestable.

La falta de vivienda y una situación de vivienda inestable están fuertemente asociadas con un riesgo elevado de infección de VIH y resultados de salud pobres para personas seropositivas.

Recientes hallazgos investigativos resaltan el enlace entre la falta de vivienda y un riesgo de VIH y mortalidad elevado. Al examinar datos administrativos de la *New York City Departments of Homeless Services and Health and Mental Hygiene*, se ha demostrado que la tasa de nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios del sistema de refugios de la ciudad de Nueva York es 16 veces mayor que la tasa de la población general de la ciudad. La tasa de mortalidad debido al VIH/SIDA es siete veces mayor entre adultos solteros sin vivienda que usan los refugios de la ciudad de Nueva York que la población general. La tasa de mortalidad es nueve veces más alto ente mujeres desamparadas, lo cual hace del SIDA la causa principal de muerte para mujeres que viven en refugios.⁶ En Philadelphia, se ha encontrado que la tasa de VIH en la población de personas con enfermedades mentales graves es por lo menos 15 veces más alto que la tasa de la población general, y el VIH afecta particularmente a personas que han sufrido la falta de vivienda o que han abusado de sustancias ilícitas.⁷

Nuevas investigaciones también demuestran que personas desamparadas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) son más propensas a presentar una variedad de resultados de salud pobres en comparación a PLWHA con una situación de vivienda más estable. Investigadores de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recientemente terminaron el primer estudio nacional que compara indicadores de salud para PLWHA desamparadas y las que tienen vivienda a gran escala. Se colectaron datos de 7.925 PLWHA en todo el país a través del proyecto *Supplement to HIV/AIDS Surveillance* (SHAS) de los CDC. Personas desamparadas calificaron su salud mental, física y general peor que personas con vivienda. También eran más propensas a no tener seguro médico, usar la sala de emergencia más frecuentemente y ser ingresado a un hospital. Igualmente personas desamparadas tenían niveles más bajos de CD4 y eran menos propensas a presentar una carga viral “no detectable”. Un porcentaje aún más alto de personas desamparadas dijeron que nunca habían tomado medicamentos antivirales y eran menos propensas a seguir una terapia antiviral

⁶ Kerker, et. al., 2005.

⁷ Blank Summit II Presentation, 2006; Eisenberg & Blank, 2004.

(ART, por sus siglas en inglés) actualmente. Entre los que estaban en ART, los PLWHA desamparados presentaron una participación continuada más baja.⁸

La situación de vivienda en sí predice el riesgo de VIH y resultados de cuidado de salud, al hacer controles para una variedad de características individuales.

El estudio a gran escala de los CDC que compara la salud de personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) desamparadas y con vivienda encontró que la situación de vivienda era más importante que características individuales al poder predecir independientemente el estado de salud, el uso de cuidado de salud, el uso de la sala de emergencia, el tomar los medicamentos de VIH y la continuidad al tomar los medicamentos de VIH. Análisis de variables múltiples demuestran que la situación de vivienda sigue prediciendo los resultados de salud de VIH al controlar una variedad de características individuales, incluyendo variables como el área demográfico, el uso de drogas y el uso de alcohol. Los autores del estudio enfatizaron “esto es un hallazgo importante, ya que indica que la vivienda en sí puede mejorar la salud de PLWHA”.⁹

Hay un gran cuerpo de evidencia creciente sobre la relación de la situación de vivienda y los comportamientos riesgosos con respecto al VIH, destacando el potencial de la vivienda como una intervención que pueda reducir la propagación del VIH de manera independiente. En el estudio más comprensivo hasta la fecha sobre la situación de vivienda y el riesgo de VIH, personas desamparadas o en situaciones de vivienda inestables eran dos a seis veces más propensas a usar drogas duras, compartir agujas o tener sexo a cambio de un bien que personas con una situación de vivienda estable, después de hacer controles para los demográficos, recursos económicos, estado de salud y salud mental y uso de servicios.¹⁰ Personas cuyas situaciones de vivienda mejoraron en el transcurso de esta investigación eran 50% menos propensas a usar drogas duras o agujas, compartir agujas o tener sexo sin protección. Lo mismo era cierto para personas cuyas situaciones de vivienda no cambiaron. Aquellas cuyas situaciones de vivienda empeoraron con el tiempo eran cuatro veces más propensas a haber tenido sexo recientemente.¹¹ Un estudio cualitativo de la relación entre la situación de vivienda y el riesgo de VIH entre drogadictos en una barriada de Baltimore igualmente encontró que una situación de vivienda estable disminuyó el uso de drogas y el riesgo de VIH, particularmente si la vivienda era subvencionada y/o se ofrecían servicios de apoyo.¹²

Se ha encontrado que una situación de vivienda mejorada también está directamente relacionada a un acceso más fácil para el cuidado de la salud, niveles más altos de continuidad en ART y cargas virales disminuidas. Con el pasar del tiempo, se ha encontrado que el proveer servicios directos de vivienda puede predecir si el cliente comience cuidado médico, comience cuidado de acuerdo las reglas de clínicas y continúe recibiendo servicios y cuidados médicos apropiados.¹³ Después de hacer controles para los variables incluyendo el cuidado ambulatorio en el nivel de base, demográficos, el estado de salud y el manejo de cada caso, personas que mejoran sus situaciones de vivienda entre el nivel de base y el de seguimiento eran casi cinco veces más propensas a informar sobre una visita ambulatoria reciente para el cuidado del VIH que personas que siguen desamparadas o en situaciones de vivienda inestables. Igualmente, personas desamparadas o en situaciones de vivienda inestables que mejoraron su situación de vivienda

⁸ Kidder, et al, 2006.

⁹ Kidder, et al, 2006.

¹⁰ Aidala & Cross, et al, 2005.

¹¹ Aidala Summit II Presentation (1), 2006; Aidala & Cross, et al, 2005.

¹² Dickson-Gomez Summit II Presentation, 2006.

¹³ Aidala Summit II Presentation (1), 2006.

eran más de seis veces más propensas a seguir tomando medicamentos antivirales en el periodo de seguimiento, al igual que personas que no cambiaron de vivienda.¹⁴

Por lo menos un estudio ha demostrado que la situación de vivienda parece poder predecir el éxito de HAART, mientras que factores individuales no eran significantes. Dicho estudio examinó la importancia de factores individuales, interpersonales y estructurales que afectan la participación y continuidad en HAART entre drogadictos seropositivos que usan agujas en Baltimore, Miami, la ciudad de Nueva York y San Francisco. Para los efectos del estudio, se definió éxito en HAART como supresión viral por un periodo de doce meses. Los factores más significantes afectando participación y continuidad en HAART entre las personas estudiadas eran: una situación de vivienda estable (personas con situación de vivienda estable eran 3.7 veces más propensas a participar en HAART con éxito que personas desamparadas/en situaciones de vivienda inestables); cuidados informales (personas con cuidado informal eran 4.6 veces más propensas a participar en HAART con éxito que aquellos sin ese apoyo social); y el vivir acompañado (personas que vivían acompañadas eran 3.8 más propensas a participar en HAART con éxito que aquellas que vivían solas). Características individuales como el uso de drogas *no* podía predecir la efectividad de HAART.¹⁵ Estos hallazgos son particularmente significantes porque indican que el tratamiento del VIH en sí (en particular HAART) es una intervención de prevención prometedora ya que se ha demostrado que HAART puede reducir la carga viral, lo cual puede reducir transmisiones.¹⁶

La vivienda es una intervención estructural prometedora para prevenir y tratar el VIH.

Un proyecto de investigación nacional en curso por el Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) y los CDC promete proveer la información más significativa hasta la fecha sobre la vivienda como un factor en la prevención y tratamiento del VIH. El Estudio sobre la Vivienda y la Salud (H&H, por sus siglas en inglés) es un estudio longitudinal de los CDC y el programa HOPWA de HUD para estudiar la habilidad de la vivienda en reducir el riesgo de transmisión del VIH y en mejorar la salud de personas con VIH a gran escala. Se espera que los hallazgos se hagan público a finales de 2007 o a principios de 2008, pero los datos de nivel de base que se presentaron en la Segunda Cumbre revelaron una variedad de disparidades sociales y del cuidado de la salud entre las 630 personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) en los lugares de estudio Baltimore, Chicago y Los Ángeles. Participantes del estudio que estaban desamparados o en situaciones de vivienda inestables en el nivel de base de H&H, eran mayormente Afro-Americanos (79%) y hombres (68%), la edad mediana era 41 años, solo el 11% estaba casado/a y más de un tercio (35%) tenía menos de una educación secundaria. La mayoría (86% de las mujeres y 77% de los hombres) había sido víctima de violencia sexual. Un tercio de los participantes no tomaba medicamentos de VIH en el nivel de base y el 11% participaba en ART a un nivel menos que óptimo.¹⁷

Presentadores de la Segunda Cumbre señalaron que los mismo factores demográficos que están asociados con las tasas elevadas de infecciones de VIH también están asociados con la falta de vivienda crónica y problemas con la justicia criminal: ser Afro-Americano, haber tenido problemas de uso de sustancias ilícitas y problemas serios de enfermedad mental. Un estudio de personas crónicamente desamparadas reveló que son mayormente hombres (65%), Afro-Americanos (84%), diagnosticados con enfermedades mentales graves (50%) y con problemas de

¹⁴ Aidela Summit II Presentation (1), 2006.

¹⁵ Knowlton Summit II Presentation, 2006; Knowlton et al, 2006.

¹⁶ Holtgrave & Curran, 2006.

¹⁷ Kidder Summit II Presentation, 2006.

uso de sustancias ilícitas (58%).¹⁸ Afro-Americanos conforman solo el 12.3% de la población estadounidense, pero representaban 40% de todos los casos de SIDA reportados hasta 2003, así como el 39% de los reclusos en cárceles locales y 44% de los prisioneros bajo jurisdicción federal o estatal en 2004.¹⁹

Hasta recientemente, las investigaciones y prácticas de VIH han enfatizado factores enfocados en el individuo para tratar de entender y enfrentar las disparidades en el riesgo y los resultados de salud. Sin embargo, intervenciones basadas únicamente en estas suposiciones han tenido éxito limitado. Aunque las intervenciones para la prevención de comportamientos existentes relacionados al VIH han probado ser efectivos y rentables para la sociedad, informes publicados revelan poco o una falta de progreso en cumplir las metas nacionales que son reducir nuevas infecciones de VIH y reducir las disparidades raciales y étnicas en la incidencia del VIH de manera sustancial.²⁰ Similarmente, el recibir cuidado médico lo antes posible después de ser infectados está asociado con mejores resultados clínicos para personas infectadas y con una reducción en los comportamientos riesgosos que pudieran resultar en la transmisión de la infección a otros. Sin embargo, investigaciones demuestran que hasta un 50% de personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) se demoran en tomar los exámenes o en recibir cuidado médico para el VIH, y que una cantidad sustancial de personas seropositivas no continúan con dicho cuidado por periodos de tiempos significativos.²¹

Se necesita más concientización para enfrentar efectivamente las disparidades en el riesgo de VIH y los resultados de salud. Se requiere de explicaciones estructurales que reconozcan el papel que la vivienda y otros factores sociales y contextuales juegan en determinar la salud.²² Factores contextuales o estructurales tales como la vivienda afectan la habilidad de un individuo de evitar exponerse al VIH directa o indirectamente, al igual que la habilidad de personas seropositivas de evitar exponer otros a ser infectados. También afecta el acceso y la continuidad en el cuidado para el VIH. El cuerpo creciente de evidencia presentado en la Segunda Cumbre muestra una fuerte y consistente relación entre la situación de vivienda y el riesgo y resultados de cuidados médicos sin importar otras características del cliente, el estado de salud o los variables de utilización de servicios. Esto sugiere que la condición de estar desamparado, no sencillamente los rasgos de individuos desamparados, influyen en comportamientos riesgosos y la utilización de servicios. Esto hace que la vivienda sea una intervención estructural prometedora para enfrentar el riesgo de VIH y las disparidades en el cuidado de la salud.

Segunda estrategia de acción: Promover intervenciones basadas en evidencia que incorporan la vivienda como un componente clave de prevención y cuidado de la salud para el VIH, incluyendo enfoques de “primero la vivienda” (en inglés, “housing first”) y de “daño reducido” (en inglés, “harm reduction”) para drogadictos.

Intervenciones de vivienda crean estabilidad y mejoran los resultados de salud.

Resultados del programa Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA, por sus siglas en inglés) demuestran que intervenciones de vivienda funcionan al ayudar a personas desamparadas y en situaciones de vivienda inestables alcanzar y mantener la estabilidad. Hallazgos iniciales de las nuevas herramientas investigativas de HOPWA indicaron altos niveles

¹⁸ Culhane Summit II Presentation, 2006.

¹⁹ Blankenship Summit II Presentation, 2006; Blankenship, et al, 2005.

²⁰ Holtgrave & Curran, 2006.

²¹ Aidala Summit II Presentation (2), 2006; Aidala & Lee, 2006; Aidala & Waddell, et al, 2005.

²² Blankenship, et al, 2005; Aidala & Lee, 2006; Holtgrave & Curran, 2006.

de estabilidad en las viviendas atendidas a costos por unidad relativamente bajas para cada clase de asistencia de vivienda de HOPWA. Los resultados presentados en la Segunda Cumbre comparó los costos del programa HOPWA en 2004-2005 con los resultados del programa en 2005-2006. Los datos muestran que el costo anual promedio de asistencia de alquiler de HOPWA era \$3.750, y que el 88% de las viviendas que recibían esta asistencia de alquiler de manera consistente permanecían en sus viviendas de manera estable después de un año. El 75% de los que participaron en viviendas subvencionados por HOPWA con apoyo *in situ* (en inglés, *on site*) permanecieron en sus viviendas de manera estable al año a un costo promedio de \$9.056 por inquilino. Ayuda a corto plazo costó un promedio de \$811 por inquilino, y 33% de las viviendas ayudadas estaban en situaciones estables al año y un 13% estaba en situaciones temporales estables.²³

Hallazgos de dos proyectos de vivienda de prueba demostraron que vivienda de apoyo para personas desamparadas con una serie de problemas médicos y psico-sociales serios funcionan al ayudar a los participantes a lograr estabilidad y mejorar los resultados de salud. Esto está reflejado en el uso reducido de cuidado hospitalario y de emergencia. El *Chicago Housing for Health Partnership* (CHHP) es un proyecto de prueba de cuatro años (2003 – 2007) diseñado para enfrentar el hecho de que entre los años 2000 y 2006, uno de cada tres pacientes hospitalarios (32.4%) en el Hospital del Condado Cook en Chicago estaba desamparado o una vivienda superpoblada. El proyecto emplea varios modelos de “primero la vivienda” (en inglés, “*housing first*”), que es vivienda de apoyo para participantes con un historial de falta de vivienda (70%), uso de sustancias ilícitas (86%), enfermedades mentales (46%) y problemas médicos como el VIH/SIDA (34%). Hallazgos provisionales demuestran que el 66% de los participantes del programa lograron una situación de vivienda estable y que participantes usaron un tercio menos de los días de cuidado anualmente, eran 2.5 veces menos propensas a usar una sala de emergencia y presentaron un uso medio de 1.5 días de hospitalización comparado con los 2.3 días de “cuidado normal” del grupo de control.²⁴

Similarmente, resultados del *San Francisco Health, Housing and Integrated Services Network* demostraron que la vivienda de apoyo permanente para personas desamparadas con discapacidades promueve la estabilidad en la vivienda y reduce marcadamente el uso de salas de emergencia y servicios hospitalarios. Durante el periodo de estudio de 1994 a 1998, esta intervención usó el modelo “primero la vivienda” (en inglés, “*housing first*”) como vivienda permanente de apoyo para cumplir con las necesidades de adultos desamparados que sufrían de enfermedad mental (87%), abuso de sustancias (92%) y/o VIH/SIDA (14%) a la vez. Usando datos administrativos, el proyecto comparó el uso de servicios de participantes en un periodo de dos años antes de ingresar a la vivienda de apoyo hasta dos años después de haber ingresado a la vivienda. El 81% de los inquilinos permanecieron en vivienda de apoyo por un periodo de al menos un año. El ser colocado en una vivienda redujo el porcentaje de visitas a la sala de emergencia significativamente (de 53% a 37% anualmente), el número promedio de visitas por persona (1.94 a .86) y el número total de visitas a la sala de emergencias (disminución del 56%) para el grupo entero. En cuanto a las hospitalizaciones, la vivienda de apoyo permanente redujo la probabilidad de estar hospitalizado (de 19% a 11%) y el número medio de admisiones por persona (.34 a .19 admisiones por inquilino).²⁵

Enfoques innovadores de “*housing first*” o “*harm reduction*” aparentan ser tan efectivos

²³ Vos Summit II Presentation, 2006.

²⁴ Bendixen Summit II Presentation, 2006.

²⁵ Wilkins Summit II Presentation, 2006, Martinez & Burt, 2006.

como modelos de vivienda basadas en la abstinencia.

Tanto las intervenciones de vivienda del *Chicago Housing for Health Partnership* y *San Francisco Health, Housing and Integrated Services Network* descritas anteriormente incluían modelos de “*housing first*” o “*low-demand*” en las cuales colocación de vivienda no dependía de la sobriedad ni de alguna otra clase de estándar que indique estar listo para ingresar a una vivienda. Además los servicios de apoyo estaban disponibles de manera voluntaria. En San Francisco, el tener consumidores “más desafiantes” (más tiempo de estar desamparados y más barreras para lograr una situación de vivienda estable) participando en programas de vivienda de demandas mínimas (en inglés, “*low-demand*”) no tuvo peores resultados de vivienda (y en algunos casos mejores resultados de vivienda). Esto demuestra que el estar listo para ingresar a una vivienda (en inglés, “*house readiness*”) no es un buen indicador de los resultados de vivienda.²⁶

Modelos de vivienda de demandas mínimas y primero la vivienda son enfoques prometedores para proveer vivienda de apoyo a personas con problemas de abuso de sustancias. La falta de vivienda crónica entre personas que sufren de VIH/SIDA, enfermedades mentales serias y problemas de uso de sustancias ilícitas a la vez es un problema serio que impacta la salud de individuos y comunidades. Se ha reportado que el uso de sustancias entre adultos que han sufrido falta de vivienda y están en programas de vivienda de apoyo impide sus habilidades para mantener una situación de vivienda estable, en parte porque una recaída podría resultar en el desalojamiento.²⁷ Sin embargo, un creciente cuerpo de evidencia demuestra que la vivienda de demandas mínimas logra resultados de vivienda y de utilización de servicios comparables a modelos de vivienda más tradicionales basadas únicamente en la abstinencia. Resultados del *San Francisco Health, Housing and Integrated Services Network* demuestran que la mayoría de los adultos desamparados alcanzaron una situación de vivienda estable a pesar de una prevalencia alta de (91%) de sufrir un desorden de uso de sustancias en la actualidad o haberla sufrido en el pasado. Dichos resultados presentan un nivel de éxito comparable a los resultados de programas basadas únicamente en la abstinencia.²⁸ Una evaluación reciente de un programa colectivo del HUD y Asuntos Veteranos demostró que programas de vivienda de apoyo de “demandas mínimas” resultaron en la estabilidad de un subgrupo de veteranos desamparados que usaban sustancias ilícitas.²⁹ Investigaciones que comparan el modelo de vivienda de apoyo de “demandas bajas” con un modelo que requiere la sobriedad y participación en tratamientos para personas con enfermedades mentales graves encontraron que personas en modelos de vivienda de “demandas mínimas” tenían mejores resultados de salud sin empeorar los síntomas del uso de sustancias o de enfermedades psiquiátricas.³⁰ Estos estudios indicaron que aún sin los requisitos de abstinencia, la vivienda de apoyo brindó una situación de vivienda estable y sustancial para clientes diagnosticados con desordenes relacionados con el uso de sustancias ilícitas.

Hallazgos preliminares del estudio de viviendas para personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) crónicamente desamparadas en la ciudad de Nueva York en las cuales se permitía usar sustancias ilícitas también demostraron estabilidad y una continuidad de acceso al cuidado por parte de personas que sufrían de varios problemas graves a la vez. Un análisis secundario de los datos del programa estudió las viviendas de apoyo permanentes para personas con VIH/SIDA en las cuales no se pedía abstinencia de drogas o alcohol como requisito de ingreso o de retención. Inquilinos informaron sobre una falta de vivienda crónica (90%), historial

²⁶ Wilkins Summit II Presentation, 2006.

²⁷ Martinez & Burt, 2006.

²⁸ Wilkins Summit II Presentation, 2006, Martinez & Burt, 2006.

²⁹ Rosenheck, et al, 2003.

³⁰ Tsemberis, et al. 2004; Rosenheck, et al, 2003.

de uso de sustancias (95%), problemas de salud mental (80%) y problemas con la justicia criminal (82%). A pesar de estos problemas co-existentes, 62% de los inquilinos entre 2000 y 2006 han tenido resultados de vivienda positivos (31% permanecieron en una vivienda y 31% se mudaron a una vivienda independiente), y participantes del programa lograron una situación de vivienda estable ya que 34% de los inquilinos permanecieron en la vivienda del programa por dos años o más. Indicadores médicos para inquilinos actuales señalaron altos niveles de participación en ART (97% de todos los clientes cumplieron con las reglas clínicas de ART), y la continuidad en ART (89% de los clientes reportaron tomar sus medicamentos al 100%), lo cual indica que el tiempo que uno se mantiene en el programa está relacionado con la supresión viral.³¹

Tercera estrategia de acción: Emplear metodologías investigativas basadas en prácticas para continuar creciendo nuestro conocimiento del enlace entre la vivienda y la salud, incluyendo el análisis de rentabilidad de las intervenciones de vivienda.

Análisis de costos indican que la vivienda es una intervención rentable para la prevención y tratamiento del VIH para personas con SIDA (PLWHA, por siglas en inglés) desamparadas y en situaciones de vivienda inestables, lo cual hace de la vivienda una buena inversión de recursos públicos limitados.

La falta de vivienda no solo es una crisis humana para el individuo, sino que parece representar un gran costo para la comunidad entera. Un análisis reciente revela que los costos anuales del uso de servicios de cada persona crónicamente desamparadas oscila entre \$12.000 al año por cada persona desamparada en refugios hasta más de \$20.000 al año para personas desamparadas que viven en las calles o en otros lugares no apropiados para dormir.³²

En contraste, como se señaló anteriormente, la vivienda de apoyo para personas desamparadas con necesidades especiales han demostrado promover estabilidad y reducir el uso de servicios del cuidado de la salud hospitalarios y de emergencia costosos. Estos estudios expanden sobre hallazgos anteriores que indican que los costos de intervenciones de vivienda para personas con problemas de salud mental compensan los ahorros de los servicios. Una evaluación del 2002 sobre la vivienda de apoyo para personas con problemas de salud mental en la ciudad de Nueva York encontró que los ahorros anuales totales para servicios (refugios de emergencia, uso de cuidado de salud, el sistema de justicia criminal, etc.) asociado con cada unidad de vivienda de apoyo eran más de \$16.000 mientras que el costo anual de los servicios de vivienda eran solamente \$17.000. Por tanto, 95% de los costos de vivienda de apoyo fueron contrarrestados por el ahorro en la reducción en servicios.³³

Estos análisis de costos y compensaciones apoyan el brindar vivienda de apoyo a personas con necesidades especiales aún antes de considerar los costos sustanciales asociados con el riesgo elevado de infección de VIH entre personas desamparadas, y los costos de cuidados demorados o inconsistentes para personas con VIH/SIDA (PLWHA, por sus siglas en inglés) en situaciones de vivienda inestables. Estimados del costo por cliente de una intervención de vivienda ahora están disponibles a través del estudio de la vivienda y la salud (H&H, por sus siglas en inglés) de HUD y los CDC para resolver dudas políticas sobre cuan asequible son los costos específicos relacionados con el VIH. Los hallazgos de los análisis de costos del H&H indican que las

³¹ Shubert Summit II Presentation, 2006.

³² Culhane Summit II Presentation, 2006.

³³ Culhane, et al, 2002; Culhane Summit II Presentation, 2006.

intervenciones de vivienda para personas con VIH/SIDA que están desamparadas o en situaciones de vivienda inestables son rentables y representan un ahorro.³⁴

La meta de los análisis de costos de H&H, como toda evaluación económica, es entender cómo maximizar los beneficios de salud con los recursos fijos disponibles. Los análisis de costo de servicios de H&H (un estudio de los costos asociados con todas las fases y elementos de la entrega de servicios) demuestran que el costo total de servicios de H&H está entre \$10.000 y \$14.000 anualmente. Los costos de servicios se han usado para determinar los “umbrales” de costos o estándares de servicios—medidas que demuestran cuántas nuevas transmisiones de VIH se necesitan prevenir para que los servicios representen un ahorro (los costos de servicio dividido por la cantidad ahorrada en costos médicos a lo largo de la vida cuando se previene una transmisión) y sean rentables (los costos de servicio dividido por la cantidad ahorrada en costos médicos más un valor por cada año de vida de salud sana cuando se previene una transmisión). En base a un estimado de \$221.000 (cantidad total de costos médicos a lo largo de la vida de un paciente promedio infectado con VIH), el análisis de H&H demostró que se debe prevenir un promedio de una (1) transmisión por cada 19 clientes atendidos para que los servicios de vivienda representen un ahorro. Para que los servicios de vivienda sean rentables, solo se debe prevenir una (1) transmisión por cada 69 clientes atendidos. De acuerdo a las tasas de infección actuales, se estima que hay hasta 34 nuevas infecciones entre los 314 clientes estudiados en el análisis de H&H análisis. Solo se tendría que prevenir 16 de esas infecciones para representar un ahorro para la vivienda, y 5 para que fuera rentable. Aunque los resultados actuales no estarán disponibles hasta que el estudio se complete el 2007, estos análisis indican que las intervenciones de vivienda para PLWHA son rentables y representan un ahorro, lo cual hace de la vivienda una buena inversión de recursos públicos limitados.³⁵

Conclusión

Las políticas de vivienda tienen gran potencial como un nuevo mecanismo para controlar la epidemia del VIH en Estados Unidos. Evidencia empírica creciente demuestra que modelos de cuidado que incluyen la vivienda como un componente clave pueden prevenir nuevas infecciones de VIH, mejorar la calidad y la longevidad de personas con VIH/SIDA y representar un ahorro para la comunidad entera. NAHC y sus organizaciones miembros hacen un llamado a los legisladores federales, estatales y locales en unirse para promover un enfoque de salud pública basado en evidencia para atender las necesidades de vivienda de personas con VIH/SIDA y aquellas en riesgo elevado de ser infectadas con VIH al seguir tres estrategias de acción clave:

Primera estrategia de acción: Cambiar el paradigma del riesgo del VIH y quitarle el enfoque único sobre los comportamientos de los individuos para enfocarlo en riesgos contextuales tales como la falta de vivienda y una situación de vivienda inestable;

Segunda estrategia de acción: Promover intervenciones basadas en evidencia que incorporan la vivienda como un componente clave de prevención y cuidado de la salud para el VIH, incluyendo enfoques de “primero la vivienda” (en inglés, “housing first”) y de “daño reducido” (en inglés, “harm reduction”) para drogadictos; y

Tercera estrategia de acción: Emplear metodologías investigativas basadas en prácticas para continuar creciendo nuestro conocimiento del enlace entre la vivienda y la salud, incluyendo el análisis de rentabilidad de las intervenciones de vivienda.

³⁴ Holtgrave Summit II Presentation, 2006.

³⁵ Holtgrave Summit II Presentation, 2006.

Referencias

Presentaciones de la Segunda Cumbre de NAHC

(Copias de estas presentaciones, así como artículos e informes clave están disponibles a un precio módico de la Coalición Nacional para el VIH/SIDA y la Vivienda en el *Paquete Informativo de la Segunda Cumbre Investigativa Nacional sobre la Vivienda y el VIH/SIDA*)

Angela Aidala (1), Centro para Políticas Públicas Aplicadas de la Universidad de Columbia y el Departamento de Ciencias Socio-Médicas – *Risky Persons vs. Risky Contexts – Housing as a Structural Factor Affecting HIV Prevention and HIV Care.*

Angela Aidala (2), Centro para Políticas Públicas Aplicadas de la Universidad de Columbia y el Departamento de Ciencias Socio-Médicas – *Delayers and Drop-Outs: Housing Status and Entry Into and Retention in HIV Care.*

Art Bendixen, AIDS Foundation de Chicago, *The Relationship of Housing Status and Health Care Access: Results from the Chicago Housing for Health Partnership.*

Michael B. Blank, Universidad de Pennsylvania – *Co-Occurrence of HIV/AIDS Among Persons with Serious Mental Illness.*

Kim M. Blankenship, Center for Interdisciplinary Research on AIDS, Yale University – *The Criminal Justice System, Housing and Race Disparities in HIV/AIDS.*

Dennis Culhane, Universidad de Pennsylvania – *Cost Offsets Associated with Supportive Housing for Persons with Special Needs.*

Julia Dickson-Gomez, Institute for Community Research – *The Relationship between Housing Status and HIV Risk among Active Drug Users: A Qualitative Analysis.*

David Holtgrave, Escuela de Salud Pública de Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins – *Examining the Cost Effectiveness of Housing as an HIV Prevention and Health Care Intervention.*

Dan Kidder, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades – *Baseline Findings From the Housing and Health Study of Homeless and Unstably Housed People Living with HIV: Housing, Adherence, Health, and Stigma.*

Amy Knowlton, Escuela de Salud Pública de Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins – *Individual, Interpersonal, and Structural Correlates of Effective HAART Use Among Urban Active Injection Drug Users.*

Virginia Shubert, Shubert Botein Policy Associates – *Employing Use-Tolerant, Harm Reduction Housing to Establish Stability and Connection to Care Among Chronically Homeless Active Drug Users Living with HIV/AIDS.*

David Vos, Oficina del VIH/SIDA y la Vivienda, Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano – *Initial Client Outcomes Data from the New HOPWA Reporting Tools*.

Carol Wilkins, Corporation for Supportive Housing, *Housing Status and Health Care Access*.

Artículos e Informes

Aidala, A., Lee, G., *Housing Status and Entry Into Medical Care*, Informe de *Community Health Advisory & Information Network (C.H.A.I.N.)*, Escuela de Salud Pública de Joseph L. Mailman, Universidad de Columbia, en colaboración con la *Medical and Health Research Association* de Nueva York, BORRADOR del 18 de septiembre de 2006.

Aidala, A., Waddell, E., Sotheran, J. (2005). *Delayers, Drop-outs, the Unconnected, and “Unmet need,”* Informe de *Community Health Advisory & Information Network (C.H.A.I.N.)* 2005-3, Escuela de Salud Pública de Joseph L. Mailman, Universidad de Columbia, en colaboración con la *Medical and Health Research Association* de Nueva York.
(http://www.nyhiv.org/pdfs/chain/Unconnected2004_report2.pdf)

Aidala, A., Cross, J.E., Stall, R., Harre, D., Sumartojo, E. (2005). Housing status and HIV risk behaviors: Implications for prevention and policy. *AIDS and Behavior*, 9(3): 251-265.

Blankenship, K.M., Smoyer, A.B., Bray, S.J., Mattocks, K. (2005). Black-white disparities in HIV/AIDS: The role of drug policy and the corrections system. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16: 140-156.

Culhane, D.P., Metraux, S., and Hadley, T.R. (2002). Public service reductions associated with the placement of homeless people with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debate*, 13(1): 107-163.

Eisenberg, M.M., Blank, M.B. (2004). HIV and serious mental illness: Prevalence and treatment issues. *Harvard Health Policy Review*, 5(2): 48-54.

Holtgrave, D.R., Curran, J.W. (2006). What works, and what remains to be done, in HIV prevention in the United States. *Annual Review of Public Health*, 27: 261-275.

Kerker, B., Bainbridge, J., Li, W., Kennedy, J., Bennani, Y., Agerton, T., Marder, D., Torian, L., Tsoi, B., Appel, K., Gutkovich, A. (2005). *The Health of Homeless Adults in New York City: A report from the New York City Departments of Health and Mental Hygiene and Homeless Services*. (<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/epi/epi-homeless-200512.pdf>)

Kidder, D.P., Wolitski, R.J., Campsmith, M.L., Nakamura, G.V. (2006). Health status, health care use, medication use, and medication adherence in homeless and housed people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* (in press).

Knowlton, A., Arnsten, J., Eldred, L., Wilkinson, J., Gourevitch, M., Shade, S., Dowling, K., Purcell, D., and the INSPIRE Team (2006). Individual, interpersonal, and structural correlates of

effective HAART use among urban active injection drug users. *Journal of Acquired Immunodeficiency Diseases*, 41(4): 486-492.

Martinez, T.E., Burt, M.R. (2006). Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults. *Psychiatric Services*, 57(7): 992-999.

Rosenheck, R., Kaspro, W., Frisman, L., et al. (2003). Cost effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 60: 940-951.

Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94:651-656.