

Radiografies de la situació del dret a l'habitatge, la pobresa energètica i el seu impacte en la salut a Barcelona

Informe III



Radiografies de la situació del dret a l'habitatge, la pobresa energètica i el seu impacte en la salut a Barcelona

III. Una mirada en profunditat a la salut de les persones afectades per l'accés a l'habitatge i la pobresa energètica

- 2018 -

Coordinació:

Lucía Delgado

Equip d'anàlisi de dades i redacció de l'informe:

Ana M. Novoa i Laura Bottazzi

Equip de revisió, marc legal i aportacions:

Maria Campuzano, Juan Manuel Pericàs, Irene Escorihuela,
Guillem Domingo i Lucía Delgado

Disseny i maquetació:

Daniel López

Impressió: Dilogic S.L.

Any: 2018

Llicència:



Agraïments

Aquest informe ha estat possible gràcies a la col·laboració desinteressada del grup de voluntàries de la Fundació Autònoma Solidària (Tania Hahn, Arnau Vilà, Marina Marín i Mireia Turón), al Grup d'Habitatge i Salut de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, al grup PAHranoia (Eduard Sala, Gabriele d'Adda, Hyerim Yoon, Juan José Ramón i Lucía Delgado) que han cregut i fet possible que cada dilluns i dimecres a l'assemblea de la PAH i APE hi hagués gent col·laborant en fer possible aquest informe, i a les persones afectades i activistes que davant una situació d'emergència habitacional i de pobresa energètica han decidit organitzar-se col·lectivament per buscar solucions conjuntes compartint i dedicant la seva vida per garantir el dret a l'habitatge i subministraments bàsics.

Índex

01	Introducció	7	4.4	Estat de salut	25
02	Marc legal: La salut com a dret humà	9	4.4.1	Estat de salut de les persones adultes	26
03	La relació entre habitatge i salut	11	4.4.2	Estat de salut dels infants	35
04	La salut de les persones afectades per l'accés a l'habitatge i per la pobresa energètica	12	05	Conclusions i recomanacions	38
4.1	Metodologia d'estudi	14	06	Glossari	41
4.2	Perfil de les persones enquestades i tipologia de les llars	17	07	Bibliografia	44
4.3	Aspectes relacionats amb l'habitatge	19			
4.3.1	Característiques econòmiques i legals de l'habitatge	20			
4.3.2	Característiques físiques de l'habitatge	22			
4.3.3	Característiques del barri	24			

Introducció

En el marc del conveni amb l'Ajuntament de Barcelona "Dret a l'habitatge i a l'energia: apoderament col·lectiu i assessorament jurídic i social", des de l'Aliança contra la Pobresa Energètica (APE), Enginyeria Sense Fronteres (ESF), l'Observatori dels Drets Econòmics Socials i Culturals (Observatori DESC) i la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca (PAH) s'estan presentant una sèrie de "Radiografies de la situació del dret a l'habitatge, la pobresa energètica i el seu impacte en salut a Barcelona", treballant conjuntament amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). El primer informe va consistir en una fotografia general de la problemàtica basada en les dades recollides en persones afectades per problemes d'habitatge o subministraments de la PAH i/o de l'APE. El segon informe feia especial èmfasi en l'enfocament de gènere, i aportava una visió feminista sobre el dret a l'habitatge i la pobresa energètica i el seu impacte en salut. L'informe que es presenta a continuació vol aprofundir en la salut de les persones afectades, atès que aquestes temàtiques poden repercutir sobre l'estat de salut de les persones.

Cal remarcar que aquests informes es fan en un context de manca de dades sobre aquesta greu problemàtica que afecta a un gran nombre de persones i famílies. La majoria d'enquestes poblacionals, com poden ser l'Enquesta de Salut de Barcelona, no permet accedir a un nombre suficient de persones afectades com per analitzar el seu estat de salut en profunditat. Altres dades, com són els processos judicials deri-

vats de l'impagament de quotes d'hipoteca o lloguer o els desnonaments, no permeten disposar informació de les persones afectades. Des d'una visió de salut pública, disposar de dades és cabdal per poder fer un seguiment i vigilància d'una problemàtica tan greu com la inseguretat residencial, l'accés als subministraments bàsics o la pobresa energètica, així com per millorar el coneixement que explica la relació entre habitatge i salut per tal de proposar mesures per pal·liar els seus efectes sobre la salut. I finalment, també és important per poder generar debat i opinió pública, necessaris per pressionar per aconseguir canviar les polítiques d'habitatge, que són la causa primera de que a l'Estat Espanyol s'estigui vivint la situació d'emergència habitacional en la que ens trobem. Canviar aquestes polítiques no és només una qüestió de drets sinó també de salut.

L'informe s'estructura en els següents capítols: en primer lloc s'emmarca de forma jurídica el dret a la salut. A continuació, s'explica breument l'evidència científica que explica la relació entre habitatge i salut, i que servirà de guia per l'anàlisi de les dades que es presenta.. Seguidament, s'inclou un capítol amb els resultats obtinguts a partir de l'anàlisi de les dades, el qual es subdivideix en diferents apartats. Al primer apartat s'expliquen les característiques sociodemogràfiques i econòmiques de les persones participants, al segon s'hi relata la seva problemàtica habitacional i les condicions de l'habitatge i barri on resideixen, i finalment un apartat on es

detallen diferents indicadors de salut en persones adultes i infants. A continuació, s'exposen les conclusions de l'estudi i una sèrie de recomanacions per reduir l'impacte en salut de les condicions de l'habitatge. Al final de l'informe s'inclou un glossari amb l'explicació d'alguns conceptes o indicadors utilitzats.

Marc legal: La salut com a dret humà

La Constitució de l'Organització Mundial de la Salut esmenta en el seu preàmbul que “El gaudir dels estàndards de salut assolible és un dels drets fonamentals de tot ésser humà” i defineix la salut més enllà de la simple absència de malaltia, com un estat de complet benestar físic, social i mental. Així mateix, la Declaració Universal dels Drets Humans, a l'epígraf primer del seu article 25, diu el següent: “Tota persona té dret a un nivell de vida que assegurï, per a ell i la seva família, la salut i el benestar, especialment quant a alimentació, vestir, **habitatge**, assistència mèdica i als serveis socials necessaris; també té dret a la seguretat en cas d'atur, malaltia, incapacitat, viduïtat, vellesa o altra manca de mitjans de subsistència independent de la seva voluntat”.

És evident per tant que l'accés a una situació adequada envers a l'habitatge individual i col·lectiu és un element fonamental per a l'assoliment de la dignitat i la capacitat per a desenvolupar la salut més allà d'uns mínims, o fins i tot per assolir aquests mínims. És, alhora, un requisit indispensable per a l'exercici del dret humà a la salut. Malgrat que diversos autors i autores han posat de relleu la inconsistència en la cristallització del dret a la salut amb una perspectiva històrica, emfatitzant que la seva materialització és inviable en un món travessat per una creixent desigualtat, durant l'últim decenni s'han produït una sèrie de canvis, desencadenats amb la crisi financera encetada el 2007, que estan posant en risc el dret a la salut als països

del Nord Global d'una manera inèdita des de la Segona Guerra Mundial. Les retallades en salut i els processos de progressiva privatització del sistema sanitari, l'exclusió de l'assistència sanitària a les persones migrants, les situacions d'extrema precarietat viscudes als centres de retenció de persones migrants al sud d'Europa, les morts a la Mediterrània en l'anomenada "crisi de refugiats" i, evidentment, les situacions d'extrema vulnerabilitat psíquica i física de les persones desnonades, tant a casa nostra com als Estats Units quan esclatà la crisi d'origen fonamentalment immobiliari que seguí la caiguda de JP Morgan i Goldman-Sachs, són només alguns dels possibles exemples de com els Estats i les organitzacions supranacionals no han protegit o directament han atemptat contra el dret a la salut de les seves poblacions.

No obstant, una altra lliçó estreta de la història és que el dret a la salut, com els altres drets humans, s'ha reconegut gràcies a les lluites socials. El cas de la PAH, per tant, té dues cares: per una banda, el riscs evidents per a la salut dels col·lectius afectats pels desnonaments; per l'altra, el procés de fer salut i cristal·litzar-la en un dret en l'organització, la solidaritat i la lluita. El dret a un habitatge adequat queda recollit al Pacte internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (PIDESC), que també reconeix el dret a l'accés a l'energia i defensa que els costos derivats de l'habitatge no haurien de comprometre satisfer altres necessitats bàsiques.

La relació entre habitatge i salut

Existeix abundant evidència científica que demostra que l'habitatge pot repercutir sobre la salut física i mental de les persones (Bonnefoy, 2007; James, 2008; Krieger, 2002; Sandel, 2006; WHO, 2011; WHO, 2012), i ha estat reconegut com un dels determinants socials de les desigualtats en salut (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012). És per aquesta raó que s'ha considerat oportú que la tercera entrega de "Radiografies de la situació del dret a l'habitatge, la pobresa energètica i el seu impacte en salut a Barcelona" se centri sobre l'estat de salut de les persones entrevistades de la PAH i/o l'APE.

La relació entre habitatge i salut es pot explicar a través de 4 dimensions interrelacionades (Figura 1) (Bonnefoy, 2007; Novoa, 2014): (1) la llar, que inclou l'assequibilitat econòmica (des de dificultats en el pagament de l'hipoteca o lloguer fins el desnonament de l'habitatge), la seguretat en el règim de tinença (ocupacions o lloguers amb contractes poc estables) i el vincle emocional (la satisfacció amb l'habitatge); (2) les condicions físiques de l'habitatge, que inclou els aspectes estructurals de l'habitatge i l'amuntegament (manca d'espai físic); (3) i l'entorn físic i (4) comunitari del barri on es situa l'habitatge. Unes condicions adequades en aquestes quatre dimensions representarien un habitatge adequat. L'accés a un habitatge adequat depèn del sistema d'habitatge d'un país (que depèn a la vegada del mercat de l'habitatge i les polítiques d'habitatge) i altres

polítiques de l'estat de benestar, polítiques redistributives o del mercat laboral. La manca d'accés a un habitatge digne pot repercutir sobre la salut mental i física de les persones de forma diferent segons els diferents eixos de desigualtat (gènere, edat, classe social, ètnia o territori).

En el següent informe s'estudien principalment dues situacions relacionades amb l'habitatge. Per una banda la inseguretat residencial per motius econòmics, que inclou des de la dificultat per fer front a les despeses relacionades amb l'habitatge fins els processos de desnonament derivats de l'impagament d'hipoteca o lloguer, que poden acabar en situacions d'inseguretat en el règim de tinença (ocupacions o veure's

obligat a viure amb amics o familiars). Per una altra banda, s'estudia la pobresa energètica, causada per la interacció de factors que es troben a diferents dimensions del marc conceptual de la Figura 1: (1) uns baixos ingressos familiars; (2) un elevat preu de l'energia i (3) un habitatge amb baixa eficiència energètica (Hills, 2011).

L'afectació de l'habitatge sobre la salut física i mental es pot donar per diferents mecanismes. Per una banda, perquè les dificultats per fer front als costos de l'habitatge augmenten l'estrès, l'ansietat i la depressió (Bentley, 2011; Evans, 2003; Sandel, 2006; Taylor, 2007), i impedeixen satisfer altres necessitats bàsiques com el menjar, la medicació o la roba (Kirkpar-

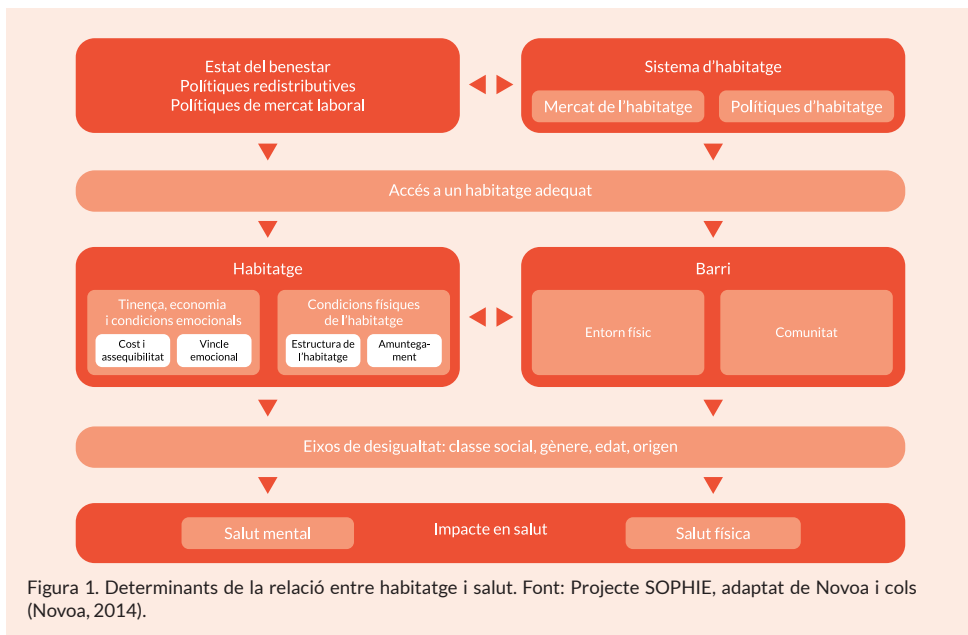


Figura 1. Determinants de la relació entre habitatge i salut. Font: Projecte SOPHIE, adaptat de Novoa i col·le (Novoa, 2014).

trick, 2011). A més, la inseguretat residencial per motius econòmics pot comportar una major probabilitat de presentar depressió, ansietat, malestar psicològic o suïcidis així com mala salut percebuda, o hipertensió, entre d'altres (Vásquez-Vera, 2017), situacions que també es van poder demostrar en població afectada de Catalunya (ODESC i PAH, 2015). Els sentiments de por, manca de control, fracàs i vergonya i l'impacte en l'estat social podrien també explicar aquesta relació (Nettleton, 2000; Ross, 2011). Pel que fa a l'habitatge inadequat, la relació amb mala salut física i mental ve explicada per la insalubritat i amuntegament dels habitatges, que poden ocasionar malalties respiratòries, cardiovasculars, infeccions i lesions i trastorns psicològics (Braubach, 2011). Pel que fa el lligam emocional amb la llar, s'ha observat com sentir-se insatisfet/a amb llar pot resultar en patiment psicològic, el qual pot repercutir sobre la salut mental i física (Sandel, 2006; Krieger, 2002). Finalment, la pobresa energètica, té efectes sobre la salut mental i física principalment per causes cardiovasculars i respiratòries, així com en dietes inadequades (Marí-Dell'Olmo, 2017).

4

La salut de les persones afectades per l'accés a l'habitatge i per la pobresa energètica



4.1

Metodologia d'estudi

La població d'estudi són els membres de la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca i/o de l'Aliança contra la Pobresa Energètica que han acceptat respondre un qüestionari d'uns 40 minuts de duració de forma presencial realitzat per persones voluntàries cada dilluns a la seu de la PAH i cada 2 dimecres a la seu de l'APE. El qüestionari inclou 247 preguntes sobre aspectes demogràfics i econòmics, sobre el seu habitatge i la problemàtica associada, sobre l'ús dels subministraments bàsics i les dificultats que això suposa i sobre la pròpia salut i la salut d'un dels infants de la llar entre 6 i 14 anys escollit aleatòriament. En el cas d'unitats de convivència amb més d'una persona adulta, només contesta el qüestionari una persona de l'habitatge, de la mateixa manera que si una persona participa a la PAH i a l'APE només contesta l'enquesta un cop.

Aquesta estudi va ser dissenyat conjuntament per l'Observatori DESC, la PAH, l'APE, ESF i l'ASPB. L'estudi va començar el juny del 2017 i les dades que s'analitzen en el present informe inclou informació de les 167 persones enquestades a data del 28 de maig del 2018.

En primer lloc es descriuen les característiques demogràfiques i econòmiques de les persones enquestades així com la seva problemàtica relacionada amb l'habitatge i els subministraments. Finalment s'analitzen diferents indicadors de salut, comparant-los amb la població general de Barcelona utilitzant les dades de l'Enques-

ta de Salut de Barcelona de l'any 2016, realitzada per l'ASPB a una mostra de 4.000 persones representativa de la població de la ciutat. Per poder comparar les dades de salut de la població d'estudi amb la població general es van estandarditzar per edat les prevalences provinent de l'Enquesta de Salut de Barcelona utilitzant com a població de referència la distribució per edat i sexe de la població d'estudi. Totes les anàlisis es presenten estratificades per sexe.

També es va voler analitzar la relació entre l'estat de salut percebut i el risc de patir mala salut mental i algunes característiques socioeconòmiques de les persones entrevistades i condicions econòmiques, legals i físiques de l'habitatge. Aquesta anàlisi, però, només va ser possible fer-la en dones, atès que el nombre d'homes entrevistats va ser insuficient per poder analitzar tantes variables conjuntament.

4.2

Perfil de les persones enquestades i tipologia de les llars

De les 167 persones entrevistades, el 72,9% eren dones i gairebé la meitat amb edats compreses entre els 35 i 49 anys essent les dones més joves que els homes. La majoria, un 71,3%, eren residents a Barcelona ciutat, de les quals la majoria de Sants-Montjuïc i Ciutat Vella (Figura 2). Dues tercers parts eren persones nascudes a un país estranger, la meitat de les quals, un 53,0%, procedents de l'Ecuador, el Marroc i la República Dominicana. De les persones nascudes a l'estranger, el 93,6% portaven més de 10 anys vivint a Espanya i només un 6,4% es trobaven en situació irregular.

Pel que fa el nivell d'estudis, la majoria tenien estudis secundaris, podem parlar d'un 46,5% dels homes i un 65,3% de les dones, seguit d'un 30% i 20%, respectivament, amb estudis primaris o menys. Dos de cada tres homes i tres de cada quatre dones eren de classe social manual. La meitat de les persones entrevistades es trobaven a l'atur en el moment de l'entrevista, en con-

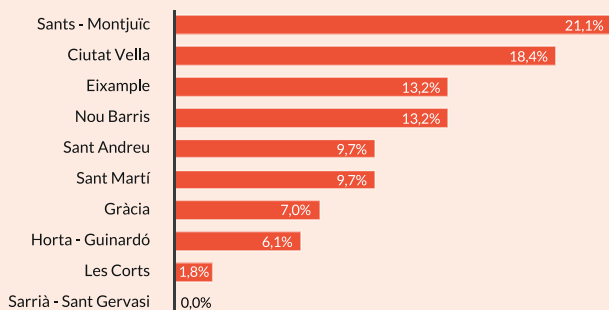


Figura 2. Distribució de les persones residents a Barcelona ciutat segons districte.

cret un 57,8% dels homes i un 47,5% de les dones. Un 57,8% dels homes entrevistats i un 48,7% de les dones vivien en una llar amb uns ingressos totals per sota del 750€ mensuals. Els problemes econòmics han derivat en que el 47,6% dels homes i un 53,1% de les dones han hagut de reduir la quantitat dels seus àpats o saltar-se algun àpat el darrer any.

La composició familiar era molt diferent segons el sexe, com es pot observar a la Figura 3. Destacar que un 40% d'homes vivien sols mentre que un 40% de dones eren monomarentals. Són precisament aquests dos col·lectius els que presenten uns ingressos més baixos: el 72,2% dels homes que viuen sols i el 72% de les dones monomarentals tenen uns ingressos a la llar per sota els 750€, en comparació amb el 57,8% i 48,7% pel conjunt de la mostra. A més, el 31,1% dels homes i el 53,8% de les dones vivien amb menors de 15 anys, i el 13,3% i 10,8%, respectivament, amb

majors de 65 anys. Un 20,0% dels homes i un 18,2% de les dones referien viure en un habitatge compartit amb altres famílies.

Dues tercers parts de les persones enquestades disposaven d'un suport social inadequat, amb xifres similars en homes i dones. Els darrers 6 mesos, un 34,9% dels homes i un 52,2% de les dones no havien participat en cap activitat en grup (per exemple, classes organitzades o grups d'oci, entre d'altres), mentre que a l'altre extrem, un 27,9% i un 21,7%, respectivament, declaraven haver participat diverses vegades per setmana. Pel que fa la participació en activitats veïnals (associació de veïns i veïnes o altres), un 72,1% dels homes i un 79,5% de les dones no havia participat a cap activitat.

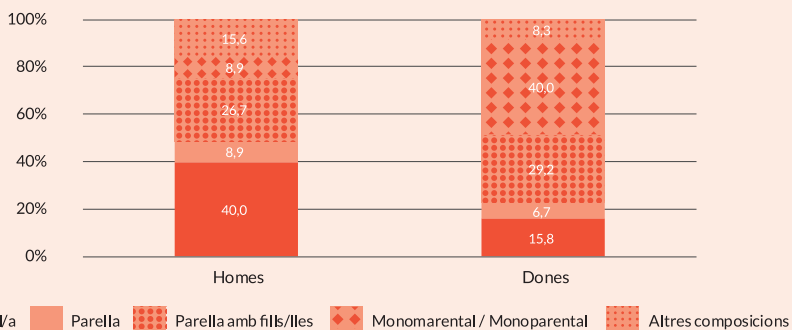


Figura 3. Composició familiar segons sexe.

4.3

Aspectes relacionats amb l'habitatge



4.3.1

Característiques econòmiques i legals de l'habitatge

En la Figura 4 es mostra el règim de tinença de les persones enquestades per sexe. Es pot observar, tant en homes com en dones, que el principal règim de tinença actual era el lloguer amb un 48,8% i 38,5% dels casos, respectivament.

També s'ha volgut fer la fotografia de la principal problemàtica relacionada amb l'habitatge i subministraments segons el sexe (Figura 5). Un 42,2% dels homes manifestaven tenir problemes relacionats amb el lloguer vers un 29,8% de les dones, les quals referien problemes relacionats amb l'ocupació més elevat que els homes. Això és degut a que les dones són les més afectades en una situació d'inseguretat residencial com ja vam veure en el segon informe d'aquestes radiografies. Pel que fa a la manca d'accés o problemes en el pagament de subministraments bàsics, un 13,3% dels homes i un 16,5% de les dones els referien com la seva principal problemàtica.

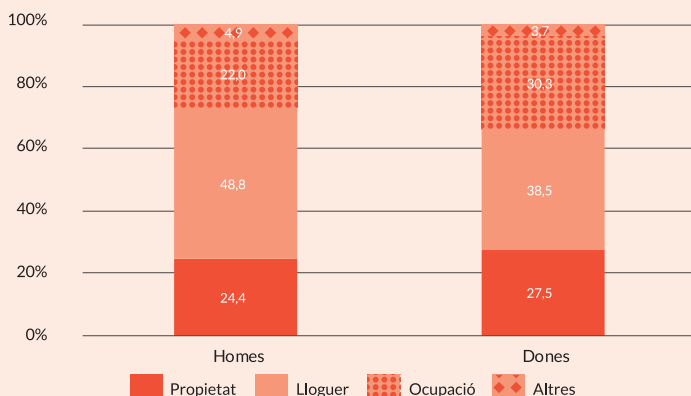


Figura 4. Règim de tinença actual segons sexe.

Pel que fa la situació residencial, un 20,0% dels homes i un 15,7% de les dones no referien cap tipus d'inseguretat residencial. Més de la meitat dels homes tenien alguna situació relacionada amb la dificultat de pagament de rebuts del seu habitatge actual, en concret un 20,0% amb dificultats per pagar o amb menys de 3 endarreriments, un 24,4% amb 3 o més endarreriments i un 11,1% amb un ordre de llançament. A les dones un 10,7%, 18,2% i 13,2% respectivament. La proporció que estava ocupant a l'actualitat era superior en dones (25,6%) que en homes (15,6%) (percentatge diferent al que es presenta al paràgraf previ, doncs inicialment s'explica la problemàtica residencial principal i aquí la situació residencial actual). Els darrers 5 anys, un 13,3% dels homes i un 19,0% de les dones havien patit algun desnonament, un 23,8% i 31,5%, respectivament, havien ocupat i un 17,1% i 27,3%, respectivament, havien viscut d'acollida a casa de familiars o amistats.

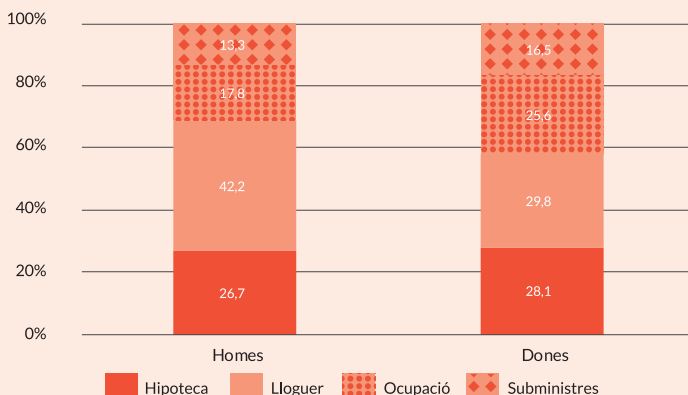


Figura 5. Principal problemàtica relacionada amb l'habitatge segons sexe.

4.3.2

Característiques físiques de l'habitatge

Com s'explicava al capítol 3, les característiques físiques de l'habitatge també influeixen en la salut de les persones que hi resideixen i, per tant, s'han de tenir en compte a l'hora d'analitzar la relació entre habitatge i salut. És per això que es s'han analitzat algunes condicions físiques relacionades amb l'habitatge tal i com el soroll de l'exterior, la manca d'espai i condicions relacionades amb la pobresa energètica. Aquesta última situació, tot i que es tracti en aquest apartat és un problema que depèn també de les característiques econòmiques de la llar.

Un 38,7% de les persones enquestades referien el soroll de l'exterior com un problema de l'habitatge i un 20,1% vivien en situació d'amuntegament (més d'una persona per habitació, sense comptar lavabos i incloent-hi membres d'altres famílies). Aquestes situacions no van mostrar diferències segons el sexe de la persona.

Pel que fa la pobresa energètica, un 73,0% dels homes i un 81,3% de les dones vivien en condicions de pobresa energètica (Figura 6). Per poder saber si una persona es troba en pobresa energètica es combina informació de tres indicadors diferents. Així, s'observa que el 42,1% dels homes i el 51,4% de les dones referien no poder mantenir una temperatura adequada de l'habitatge a l'hivern, el 43,6% i 42,2%, respectivament, referien algun endarreriment en el pagament de rebuts els darrers 12 mesos, i el 27,0% i 43,5% presència de goteres o humitats. A més, un 36,7% de

les persones declaraven tenir algun deute pendent amb les subministradores, sense diferències segons el sexe.

Cal destacar que un 62,2% dels homes i un 72,9% de les dones combinaven problemes tant d'inseguretat residencial com de pobresa energètica.

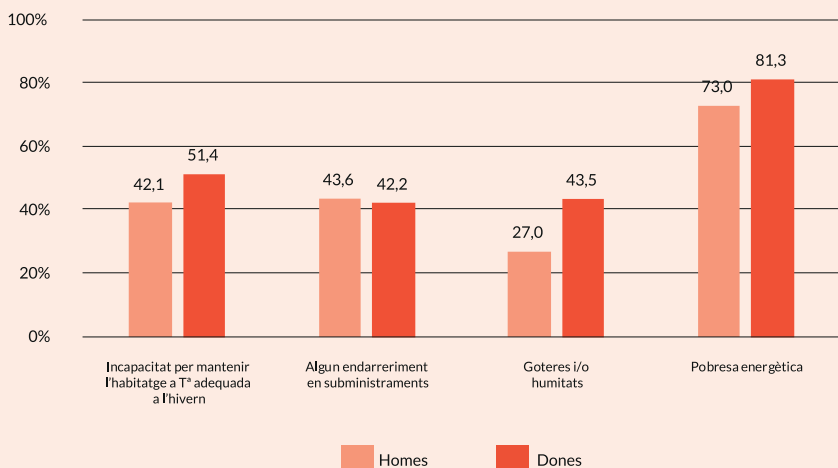


Figura 6. Pobresa energètica i indicadors de pobresa energètica segons sexe.

4.3.3

Característiques del barri

De forma similar a l'apartat anterior, les característiques del barri on es localitza l'habitatge és una de les dimensions que expliquen la relació entre habitatge i salut i (veure capítol 3), per tant, s'ha analitzat al present informe. Segons les dades recollides, el 16,7% dels homes i el 22,3% de les dones referien estar d'acord o molt d'acord en que la violència era un problema al seu barri, tot i que un 81,4% i un 67,3% referien sentir-se segurs/es al tornar a casa per la nit. Finalment, un 23,3% dels homes i un 28,1% de les dones van declarar que el soroll no els deixava dormir per la nit.

4.4

Estat de salut

El següent capítol inclou l'anàlisi de diferents indicadors de conductes relacionades amb la salut en persones adultes: salut general, trastorns crònics, salut mental, ús de serveis sanitaris i conductes relacionades en la salut. També inclou l'anàlisi de l'associació entre salut general i mental i diferents característiques socioeconòmiques i de l'habitatge entre les dones entrevistades. Finalment, el capítol es tanca amb alguns indicadors de salut en una mostra d'infants de les persones entrevistades.



4.4.1

Estat de salut de les persones adultes

Salut general

En relació a la percepció del seu estat de salut el 31,8% dels homes i el 52,6% de les dones referien tenir un estat de salut regular o dolent, front el 15,5% i 18,4%, respectivament, de la població de Barcelona. Això suposa que els homes presentaven el doble de mala salut percebuda que la població general de la ciutat, 3 vegades més en el cas de les dones. Les dones de la PAH i/o l'APE presentaven gairebé el doble de mala salut percebuda que els homes.

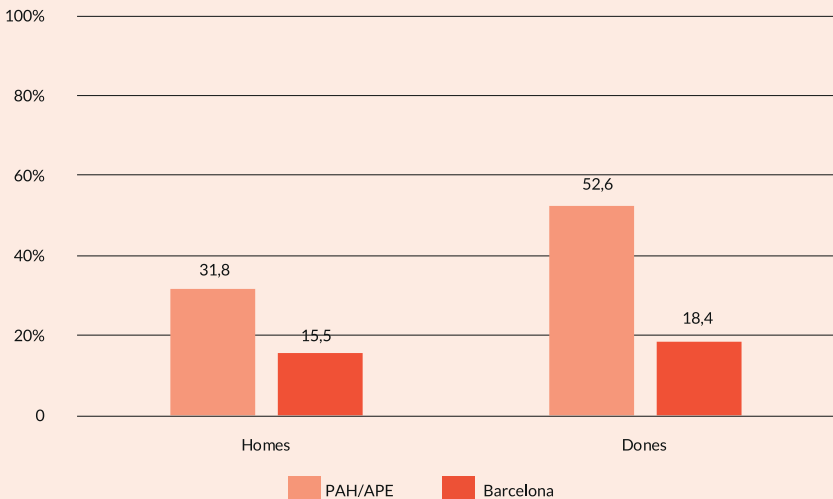


Figura 7. Estat de salut percebut com a regular o dolent en persones entrevistades de la PAH o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat de les persones entrevistades de la PAH i l'APE.

Trastorns crònics

Per gairebé tots els trastorns crònics analitzats, les persones entrevistades presentaven valors més elevats d'aquests problemes en comparació a la població general. A més, els valors en les dones entrevistades van ser superiors que en homes entrevistats. Per exemple, el 16,3% dels homes de la PAH i/o APE van referir presentar migranya el darrer any; un 46,1% de les dones

(gairebé 3 cops més que els homes). Aquestes xifres van ser molt superiors (aproximadament el doble) que les de la població general de Barcelona (10,0% i 22,7%, respectivament). També, el 34,1% dels homes i el 54,8% de les dones van referir mal d'esquena crònic, un 50% més elevat en homes i el doble en dones en comparació a la població general de Barcelona (21,8% i 27,9%, respectivament) (Figura 8).

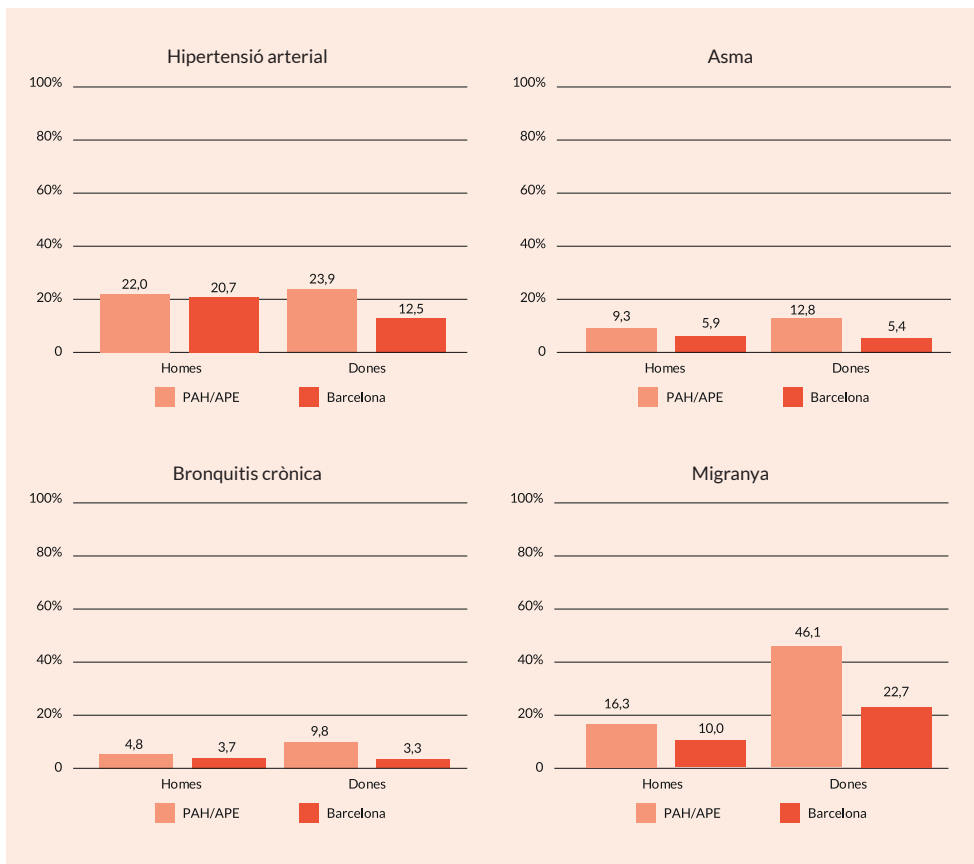




Figura 8. Prevalença de diferents trastorns crònics en persones entrevistades de la PAH i/o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat de les persones entrevistades de la PAH i l'APE.

Salut mental

Pel que fa la salut mental, les diferències amb la població general de la ciutat són encara més importants. Mentre que el 80% dels homes i el 79% de les dones de la PAH i/o APE presentaven risc de patir mala salut mental, aquestes xifres van ser del 14,5% i 19,5%, respectivament a

la població general, és a dir xifres unes 5 vegades més elevades en els homes i 4 vegades més elevades en les dones de la PAH i/o APE (Figura 9). En concret, declaraven patir depressió i/o ansietat el 47,7% dels homes i el 58,6% de les dones entrevistades, front el 12,1% i 16,8% en població general. Així mateix, declaraven haver consumit ansiolítics, antidepressius o pastilles per dormir els darrers 2 dies

el 20,5% dels homes i el 38,6% de les dones (front el 10,7% i 14,9% a la població general).

es pot veure en la Figura 10, destaca que un 20,4% de les dones van anar més de 3 cops, front un 4,5% dels homes de la PAH i front un 4,3% de les dones de Barcelona.

Ús de serveis sanitaris

Pel que fa la utilització que fan les persones entrevistades dels serveis sanitaris es va analitzar l'ús de les urgències. Es va observar que un 43,1% dels homes de la PAH i/o APE van anar al servei d'urgències el darrer any, i un 66,4% de les dones, xifres més elevades que les que es van observar a la població general (un 29,8% i 40,6%, respectivament). Com

Conductes relacionades amb la salut

En relació a les conductes relacionades amb la salut, les diferències són menys importants que amb altres indicadors. Pel que fa el sedentarisme, aquest era d'un 42,9% en els homes de l'estudi, xifra de fet lleugerament inferior que en el global d'homes de Barcelona (53,6%). En dones de la PAH i/o APE, el sedentarisme era

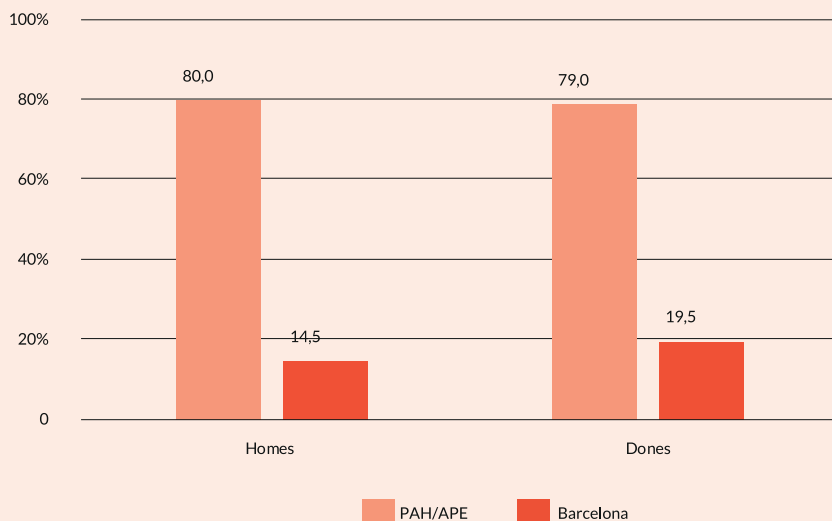


Figura 9. Risc de mala salut mental en persones entrevistades de la PAH i/o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat de les persones entrevistades de la PAH i l'APE.

d'un 71,4% front un 60,9% en dones de Barcelona. Les xifres de consum de tabac van ser gairebé iguals en homes i dones de la PAH i/o APE i Barcelona, situant-se prop d'un 20%. Pel que fa les hores de son sí s'observen més diferències, de forma que el 52,3% dels homes de la PAH i/o APE declaraven dormir menys de 6 hores, el 68,1% de les dones, mentre que aquestes xifres són del 30% i 29,4%, respectivament, a la població general, és a dir, aproximadament el doble que a la població d'estudi.

Salut i característiques socioeconòmiques i de l'habitatge

Es va analitzar la relació entre l'estat de salut percebut i algunes característiques socioeconòmiques i condicions econòmiques i legals de l'habitatge, només en dones, ja que el baix nombre d'homes entrevistats no permetia dur a terme aquesta anàlisi.

Tot i que la població d'estudi és relativament homogènia (persones vulnerables amb una situació de risc d'exclusió residencial), les dades suggereixen que existeixen desigualtats en la proporció de persones

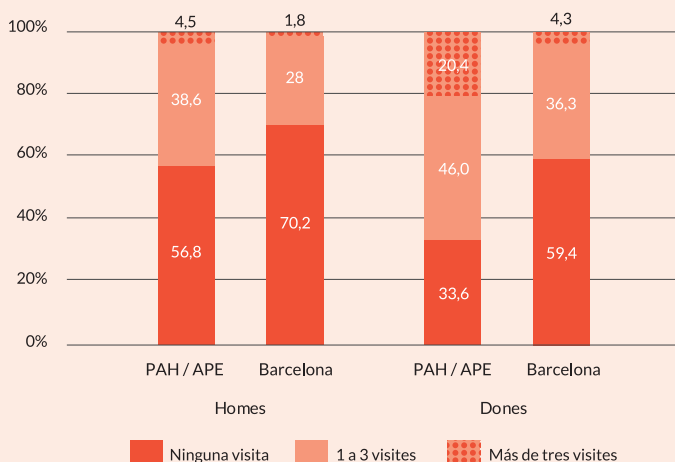


Figura 10. Nombre de visites a urgències el darrer any en persones entrevistades de la PAH i/o APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat de les persones entrevistades de la PAH i l'APE.

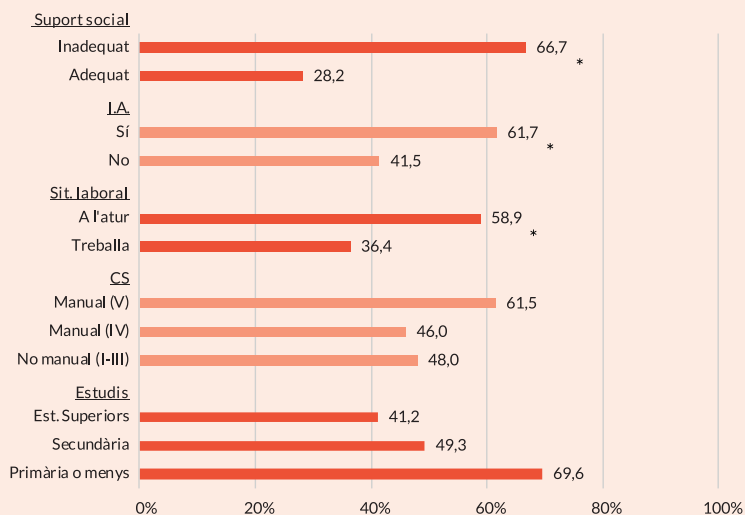
que presentaven mala salut. Així, s'observa que la mala salut percebuda es relaciona amb el nivell d'estudis i la classe social de forma que eren les dones amb menys estudis i classe socials menys afavorida les que presentaven prevalences més elevades de mala salut, tot i que les diferències no van ser significatives a nivell estadístic. Sí que s'observen diferències significatives en la relació amb la situació laboral, les dones a l'atur presentaven un 58,9% de mala salut percebuda front un 36,4% de les que treballaven, la inseguretat alimentària (les dones que declaraven haver hagut de reduir la quantitat de menjar o saltar-se àpats per motius econòmics) presentaven un 61,7% de mala salut en comparació amb el 41,5% de les dones sense aquesta problemàtica. Pel que fa al suport social, les dones amb suport inadequat presenten un 66,7% de mala salut percebuda, front un 28,2% de les que tenen un suport social adequat, gairebé tres vegades més. En relació al risc de patir mala salut mental, s'observa la mateixa tendència, tot i que només va resultar significativa la relació amb el suport social, les dones amb suport social inadequat presentaven un 90,3% de mala salut mental front el 58,3% de les que tenien un suport adequat com es detalla en la Figura 11.

Pel que fa les condicions econòmiques i legals de l'habitatge i la seva relació amb la mala salut percebuda, únicament s'observa una associació significativa, que és patir 3 situacions d'inseguretat a la vegada (inseguretat residencial, inseguretat energètica – o pobresa energètica – i inseguretat

alimentària). Així, un 66,7% de les dones en aquesta situació tenien mala salut percebuda front el 43,8% de les dones que no es trobaven en aquesta situació. Pel que fa els altres indicadors, sembla que les dones que tenen com a problemàtica principal els subministraments presentaven pitjor salut percebuda, així com les que pateixen pobresa energètica. Per inseguretat residencial la relació és a la inversa, semblen ser les dones sense inseguretat residencial les que presenten pitjor salut percebuda. Finalment, el temps que les dones porten a la PAH i/o a l'APE no es relaciona amb la salut percebuda. En relació al risc de patir mala salut mental, només va mostrar una associació significativa amb el temps que les dones porten a la PAH i/o a l'APE, de forma que aquelles que portaven dues setmanes o menys tenien un risc del 90,5% front un 71,4% en les que portaven més de dues setmanes. Tot i que els altres indicadors no van mostrar una relació significativa, sí que sembla que presentaven major risc de patir mala salut mental les dones que estaven ocupant, amb inseguretat residencial, amb pobresa energètica o amb una combinació d'inseguretat residencial i pobresa energètica o la combinació de les 3 inseguretats (residencial, energètica i alimentària) (Figura 12).

La manca de resultats estadísticament significatius en la relació entre salut percebuda i salut mental amb altres indicadors socioeconòmics i de l'habitatge es pot explicar per diversos motius. En primer lloc, la població que s'està analitzant està com-

Mala salut percebuda



Risc de mala salut mental

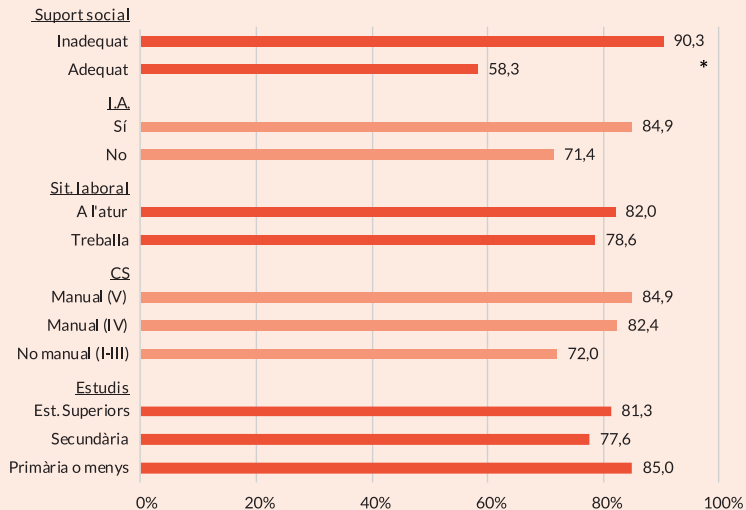
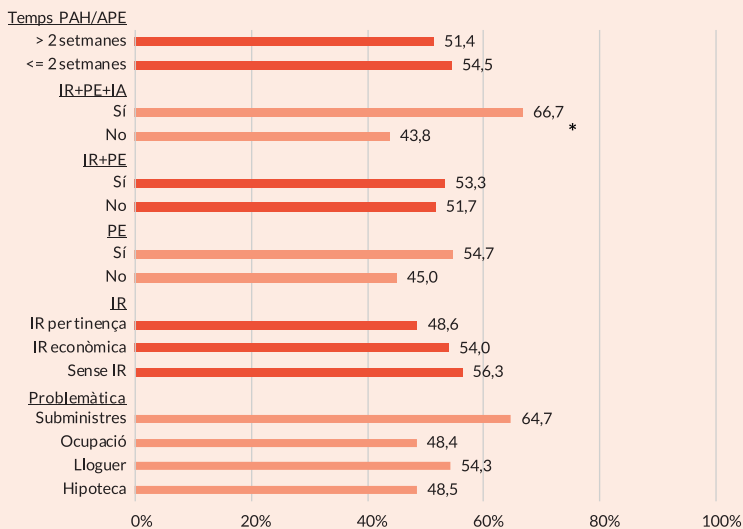


Figura 11. Relació entre mala salut percebuda i risc de mala salut mental i algunes característiques socioeconòmiques en dones de la PAH i/o l'APE.

* $p < 0,05$; CS: Classe Social; I.A.: Inseguretat Alimentària (haver reduït quantitat de menjar o haver-se saltat algun àpat per motius econòmics).

Mala salut percebuda



Risc de mala salut mental

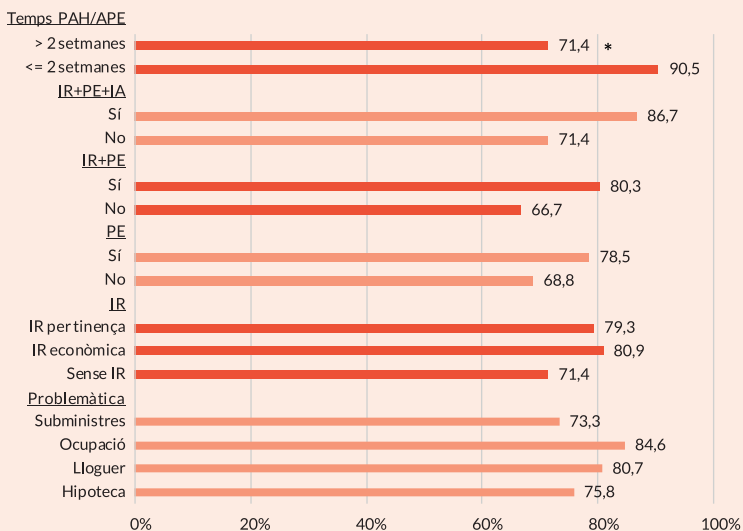


Figura 12. Relació entre mala salut percebuda i risc de mala salut mental i algunes característiques de l'habitatge en dones de la PAH i/o l'APE.

* $p < 0,05$; CS: Classe Social; IR: Inseguretat Residencial; PE: Pobresa energètica; IA: Inseguretat Alimentària (haver reduït quantitat de menjar o haver-se saltat algun àpat per motius econòmics).

posada per persones amb molta precarietat i vulnerabilitat i, per tant, no deixa de ser una població relativament homogènia. No obstant això, els resultats suggereixen que hi podria haver pitjor salut en aquelles persones més desfavorides (classe social manual, menor nivell d'estudis, ...). També podria ser degut a que cal major tamany de mostra per poder veure diferències significatives. De fet l'anàlisi es va poder fer només en dones. També, donada l'elevada prevalença de mala salut mental, podria donar-se un efecte sostre (la salut mental no pot ser molt pitjor). No obstant, sí es van observar alguns resultats que cal destacar com a importants. En primer lloc, les persones amb suport social inadequat van presentar pitjor salut física i mental, tal i com indica l'evidència científica (Ganster, 1988; Callaghan 1993). En segon lloc, sembla que la coexistència de diverses inseguretats en el temps s'associa a una pitjor salut mental i física, tal i com es menciona a la literatura científica (Hulse & Saugeres, 2008). El temps a la PAH també es va relacionar amb la mala salut mental, de forma que aquelles persones que portaven més de dues setmanes a la PAH presentaven unes prevalences més baixes.

4.4.2

Estat de salut dels infants

Es va obtenir informació de 43 infants, un 44,2% de nens i un 55,8% de nenes entre 6 i 14 anys d'edat, amb una mitjana d'edat de 10 anys i mig.

Segons reportat per la persona adulta que contestava, un 15,8% dels nens i un 25,0% de les nenes tenien mala salut, percentatge molt superior a l'observat en població general (1,8% i 1,4%, respectivament) (veure Figura 13).

Pel que fa els trastorns crònics, només es van observar diferències amb població general entre les noies, tot i que el nombre d'infants afectats és massa petit per extreure conclusions (Figura 14).

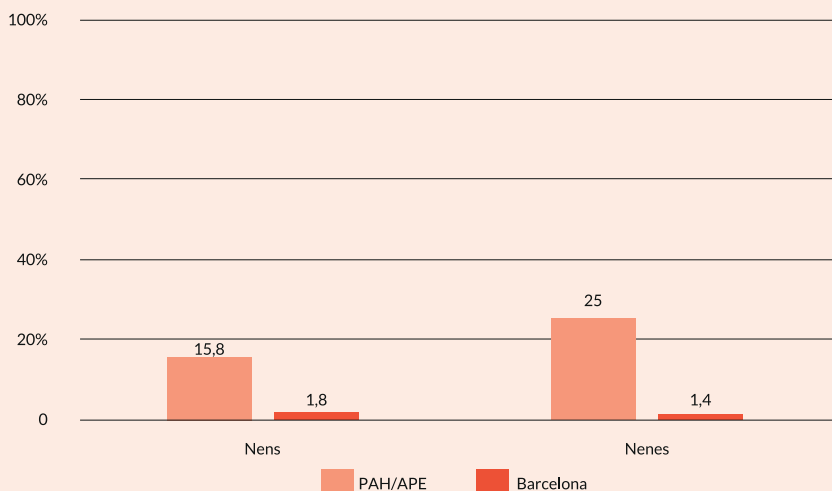


Figura 13. Estat de salut regular o dolent en infants inclosos en les entrevistes de la PAH i/o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat dels infants inclosos a les entrevistes de la PAH i l'APE.

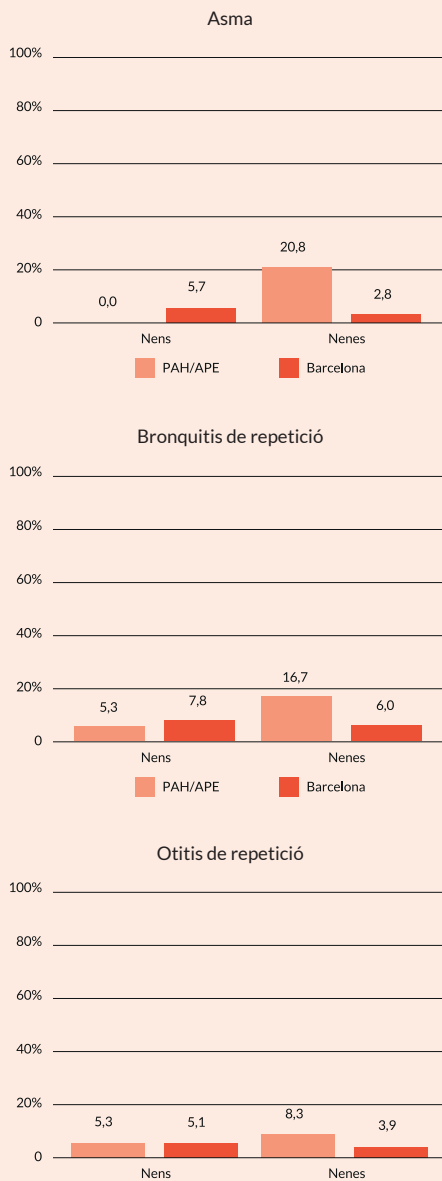


Figura 14. Prevalença de diferents trastorns crònics en infants inclosos a les entrevistes de la PAH i/o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016. Dades estandarditzades per l'estructura d'edat dels infants inclosos a les entrevistes de la PAH i l'APE

Finalment, tant els nois com les noies de la PAH i/o l'APE van obtenir una puntuació menor en la qualitat de vida relacionada amb la salut que els infants de la població general de la ciutat (Figura 15.).

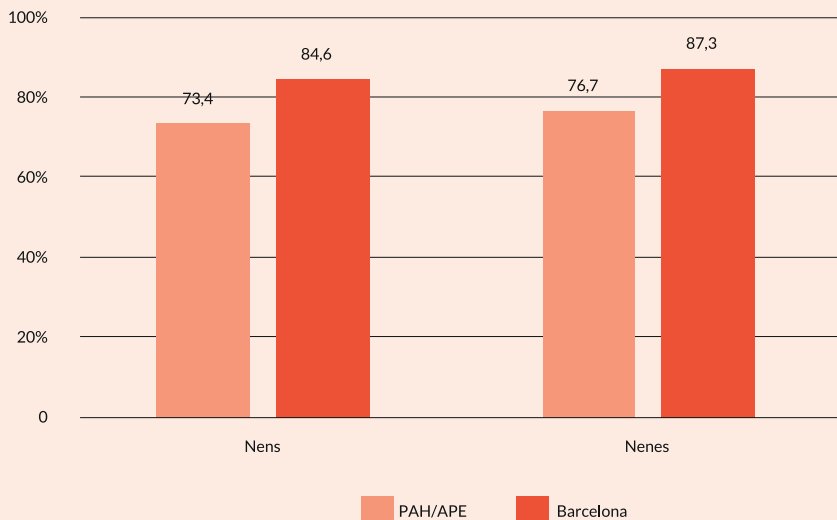


Figura 15. Qualitat de vida en infants inclosos en les entrevistes de la PAH i/o l'APE i en la població general de la ciutat de Barcelona*, segons sexe.

*Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona de l'any 2016.

Conclusions i recomanacions

Els problemes econòmics i jurídics per accedir a un habitatge digne i als subministraments bàsics s'associen a un mal estat de salut físic i mental, essent la salut mental la que es veu més afectada en aquests processos. En general, són les dones les que presenten pitjor estat de salut que els homes. A més, si es comparen amb la població general de la ciutat de Barcelona, les persones afectades per aquestes problemàtiques presenten xifres molt més elevades de mala salut. Un adequat suport social o el suport de la PAH/APE són claus per atenuar els efectes negatius de l'habitatge sobre la salut. Aquests resultats van en línia d'informes previs que comparaven l'estat de salut de membres de la PAH amb la població general (ODESC i PAH, 2015), és a dir, que les persones afectades per problemàtiques habitacionals presenten pitjor salut que la població general. Aquest informe aporta a informes previs que les persones enquestades inclouen no només persones afectades per la hipoteca, sinó també persones amb problemes de lloguer, ocupació i pagament de subministraments bàsics com són la llum, el gas i l'aigua. Els resultats mostren que les persones amb aquestes problemàtiques també presenten un mal estat de salut físic i mental.

Atesa la magnitud del problema habitacional que existeix a l'Estat Espanyol i, en concret, a la ciutat de Barcelona, i en base als resultats observats en aquest informe es recomana:



Treballar per atenuar els efectes en salut de les persones afectades per aquestes problemàtiques

Des de Serveis Socials i les Oficines d'Habitatge cal garantir un acompanyament adequat a aquestes persones, assegurant que coneguin els seus drets habitacionals i evitant que caiguin en sentiments de vergonya i culpabilitat degut al seu problema. Les teràpies grupals poden ser una bona manera d'afrontar aquesta situació, essent l'enfocament de la PAH un exemple a seguir.

Garantir l'accés universal als Serveis Sanitaris i tractar la salut de forma integral, incorporant la visió dels determinants socials de la salut i intentar no sobremedicalitzar problemes socials.

Proporcionar ajuda efectiva per les famílies amb menors a càrrec, especialment a les monomarentals, que evitin situacions d'especial vulnerabilitat. Promoure l'atenció especialitzada dels menors afectats per a la crisi per part dels centres educatius.

Fomentar el treball en xarxa i intersectorial

Serveis Socials, Habitatge, Justícia i Salut han de treballar de forma conjunta i coordinada per abordar de la millor manera possible aquesta problemàtica.

Crear o millorar els sistemes d'informació relatius a aquestes problemàtiques

Aquest aspecte és imprescindible si es vol fer un seguiment adequat de la situació d'emergència habitacional al nostre context i conèixer en major profunditat les característiques de les persones afectades i la seva problemàtica. Això permetrà planificar polítiques més adequades que permetin reduir la problemàtica o minimitzar els seus impactes en salut.

Finalment, cal posar en marxa polítiques que

redueixin la magnitud del problema, que garanteixin l'accés als subministraments i a un habitatge digne per a tothom

vulnerable i garantir l'accés als subministraments a aquelles persones que estan ocupant per motius econòmics.

Per tal de reduir la mala salut derivada de les situacions d'inseguretat residencial i pobresa energètica és primordial posar en marxa polítiques que previnguin que les persones visquin aquestes situacions. Entre aquestes polítiques cal destacar les següents:

- L'augment del pressupost destinat a habitatge. A l'actualitat només es destina un 0,03% a polítiques d'habitatge front un 1,5% d'altres països europeus.
- L'increment del parc de lloguer social. Ara mateix és només d'un 1-2%, mentre que a la UE és del 15%.
- Garantir un preu assequible de l'habitatge, en especial de lloguer, doncs els darrers 3 anys ha augmentat un 24% a la ciutat de Barcelona.
- Evitar que es produeixin desnonaments per motius econòmics. I en cas que les persones hagin d'abandonar la seva llar, garantir un reallotjament adequat en el mateix barri.
- Garantir l'aplicació de la Llei 24/2015 per tal de que no es tallin els subministraments a cap família

Glossari

En aquest apartat trobarem una recopilació de definicions i/o explicacions de nomenclatura que hem emprat en l'elaboració d'aquest informe.

Classe social ocupacional manual o no-manual

Hi ha diferents maneres d'aproximar-se a la classe social d'una persona. L'aproximació a través del tipus d'ocupació és una d'elles. Una manera de classificar la classe socials segons l'ocupació és si la feina que fa la persona és de tipus manual o no.

Desigualtats socials en salut

Són aquelles diferències en salut injustes, evitables i sistemàtiques (es a dir, que no es distribueixen a l'atzar sinó que segueixen un patró consistent de manera que les persones més desafavorides segons els diferents eixos de desigualtat són les que presenten pitjor salut) (Whitehead, 1992).

Determinants socials de les desigualtats en salut

Són las causes o factors que determinen les desigualtats en salut i que tenen a veure amb les condicions en què viuen les persones, tant el seu entorn físic com el socio-econòmic (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Diferències estadísticament significatives

Són aquelles diferències entre dues xifres que podem dir que són reals i no degudes a l'atzar amb un petit grau d'error pre-establert (generalment un 5%).

Eixos de desigualtat

Són aquells factors (gènere, edat, classe social, ètnia o territori) que determinen que uns col·lectius tinguin menys oportunitats i recursos relacionats amb la seva salut degut a una desigual distribució de poder a la societat (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Estat de salut percebut

Indicador que recull la percepció de la persona del seu estat de salut físic i mental en 5 categories (excel·lent, molt bona, bona, regular i dolenta) i que s'ha demostrat que és un bon predictor de mortalitat (Idler, 1997). Per aquest informe s'ha categoritzat en dues: bona (excel·lent, molt bona o bona) i dolenta (regular o dolenta).

Inseguretat en el règim de tinença

Fa referència a aquelles situacions en què el règim de tinença no és segur, tal i com les ocupacions, veure's obligat a viure amb amics o familiars, viure en una habitació rellogada o similars.

Inseguretat residencial

El següent informe es centra a la inseguretat residencial per motius econòmics, que inclou des de la dificultat per fer front a les despeses relacionades amb l'habitatge fins els processos de desnonament derivats de l'impagament d'hipoteca o lloguer, que poden acabar en situacions d'inseguretat en el règim de tinença (ocupacions o veure's obligat a viure amb amics o familiars).

Pobresa energètica

Es considera que una persona pateix pobresa energètica si presenta incapacitat per mantenir l'habitatge a una temperatura adequada a l'hivern, si presenta algun endarreriment en el pagament de subministraments o si presenta goteres i/o humitats a l'habitatge. Està causada per la interacció dels següents factors: (1) uns baixos ingressos familiars; (2) un elevat preu de l'energia i (3) un habitatge amb baixa eficiència energètica (Hills, 2011).

Risc de patir mala salut mental

En aquest informe, mesurat amb l'escala d'ansietat i depressió de Goldberg del General Health Questionnaire (Shapiro, 1985).

Sedentarisme

Per determinar quines persones eren sedentàries es va fer mitjançant una pregunta basada en el qüestionari IPAQ (Craig, 2003): "Durant els darrers 7 dies, quants

dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva vigorosa o moderada en el seu temps d'oci durant al menys 10 minuts seguits? Exemples: futbol, bàsquet, hoquei, esquaix, arts marcial, muntanyisme, atletisme, anar en bicicleta, gimnàstica, aeròbic, córrer, tennis, natació, patinatge, golf, ioga o similars. Aquelles persones que van contestar “Cap dia” es van considerar sedentàries.

Suport social

Per valorar el suport social de les persones entrevistades es va fer servir el qüestionari de suport social de Duke, que recull informació sobre si la persona disposa de persones amb qui compartir inquietuds, de qui rebre consell o informació, o de qui rebre amor, carinyo, estima o simpatia. La puntuació obtinguda posteriorment es classifica en dos categories per identificar aquelles persones que tenen un suport social adequat o inadequat.

Bibliografia

Oficina de l'Alt Commissionat de les Nacions Unides per als Drets Humans. Declaració Universal dels Drets Humans. Adoptada i proclamada per l'Assemblea General de les Nacions Unides, resolució 217 A (III), de 10 de desembre de 1948. Accessible des de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Benach J, Pericàs JM, Martínez-Herrera E, Bolívar M. Public health and inequities under capitalism. In: Puyol A (ed.), *Philosophical and methodological Debates in Public Health*. Springer, 2018 (in press).

Bentley R, Baker E, Mason K, Subramanian SV, Kavanagh AM. Association between housing affordability and mental health: a longitudinal analysis of a nationally representative household survey in Australia. *Am J Epidemiol*. 2011;174(7):753-760.

Bonnefoy X. Inadequate housing and health: an overview. *Int J Environment and Pollution*. 2007;30:411-29.

Braubach M. Key challenges of housing and health from WHO perspective. *Int J Public Health*. 2011 Dec;56(6):579-80.

Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26:709-23.

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26:182-9.

Callaghan P, Morrissey J. Social support and health: a review. *J Adv Nurs.* 1993 Feb;18(2):203-10.

Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35(8):1381-95.

Evans GW, Wells NM, Moch A. Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *J Soc Issues.* 2003;59(3):475-500.

Adam Gaffney, *To heal Humankind. The right to health in History.* Routledge, 2018.

Ganster DC, Victor B. The impact of social support on mental and physical health. *Br J Med Psychol.* 1988 Mar;61 (Pt 1):17-36.

Hills J. *Fuel Poverty: The Problem and Its Measurement—Interim Report of the Fuel Poverty Review.* Centre for Analysis of Social Exclusion. The London School of Economics and Political Science Houghton; 2011.

Hulse K & Saugeres L. Housing insecurity and precarious living: an Australian exploration. AHURI Final Report No. 124. Australian Housing and Urban Research Institute< 2008.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21-37.

James C. *Homes fit for families. An evidence review.* The Family and Parenting Institute; 2008. Disponible en:

Kirkpartrick S, Tarasuk V. Housing circumstances are associated with household food access among low income urban families. *Journal of Urban Health.* 2011;88:284-96.

Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health.* 2002;92:758-68.

Nettleton S, Burrows R. When a capital investment becomes an emotional loss: the health consequences of the experience of mortgage possession in England. *Hous Stud.* 2000;15(3):463-479.

Novoa AM, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. *Gac Sanit.* 2014 Jun;28 Suppl 1:44-50.

Marí-Dell'Olmo M, Novoa AM, Camprubí L, Peralta A, Vázquez-Vera H, Bosch J, Amat J, Díaz F, Palència L, Mehdipanah R, Rodríguez-Sanz M, Malmusi D, Borrell C. Housing Policies and Health Inequalities. *Int J Health Serv.* 2017 Apr;47(2):207-232.

Samuel Moyn. Not enough. Human rights in an unequal world. Harvard University Press; 2018.

Observatori DESC y Plataforma d'Afectats per la Hipoteca. Emergència Habitacional en Catalunya. Impacto de la crisis hipotecaria en el derecho a la salud y los derechos de la infancia. 2015.

Organització Mundial de la Salut. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. OMS, Documentos Básicos. Ginebra, 2006. Accesible des de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Ross LM, Squires GD. The personal costs of subprime lending and the foreclosure crisis: a matter of trust, insecurity, and institutional deception. *Soc Sci Q.* 2011;92(1):140-163.

Shapiro S, Skinner EA, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. "Measuring need for mental health services in a general population". *Med Care.* 1985 Sep; 23(9): 1.033-43.

Sandel M, Wright RJ. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Arch Dis Child.*2006;91:942-8.

Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med.* 2007;37(7):1027-1036.

Vázquez-Vera H, Palència L, Magna I, Mena C, Neira J, Borrell C. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2017 Feb;175:199-208.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.

The WHO European Centre for Environment and Health. Environmental health inequalities in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.

The WHO European Centre for Environment and Health. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.



Amb el suport de:

