

# LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL POR MOTIVOS ECONÓMICOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Hugo Vásquez-Vera

---

TESIS DOCTORAL UPF / 2019

Directoras de tesis

Dra. Carme Borrell Thió

(Agència de Salut Pública de Barcelona, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud UPF)

Dra. Laia Palència Fernàndez

(Agència de Salut Pública de Barcelona)



“Para acabar con la penuria de la  
vivienda no hay más que un medio:  
abolir la opresión y la explotación de las  
clases trabajadoras por las clases  
dominantes”.

Friedrich Engels (1873)



# Agradecimientos

Habitualmente se dice que el proceso de la tesis es bastante solitario, muy individual. Por lo menos eso había escuchado. En mi caso no fue así y, por lo mismo, agradezco a todas las personas que, directa e indirectamente, hicieron posible este proyecto.

En primer lugar tengo que dar las gracias, y muchas, a la Carme que, además de ser mi directora de tesis, fue quien me abrió las puertas cuando llegué a Barcelona hace ya más de un lustro. Sin todo su apoyo durante estos años, todo habría sido mucho más difícil. Su enorme prestigio y responsabilidades nunca le han impedido ser una persona cercana, humilde y dispuesta a colaborar como una más, de lo cual he aprendido, admiro y agradezco.

De mis primeros trabajos con la Carme y el esfuerzo e ilusión previos (y posteriores) de una serie de colegas, surgió el Grupo de Vivienda y Salud de la Agencia de Salud Pública de Barcelona del cual formo parte. Este espacio de discusión crítica, colaboración y crecimiento colectivo ha sido fundamental en esta tesis. Por ello agradezco a todas las personas que han formado parte, en particular a Andrés, Juli, Laura, Constanza, Catherine, Ana N., Ana F. y Laia, quienes de alguna u otra forma han contribuido con los resultados de esta investigación. Laia, por ejemplo, me enseñó y me tuvo una paciencia infinita al inicio de mi trabajo, convirtiéndose en mi co-directora y asumiendo un rol muy importante en las dos primeras investigaciones de esta tesis, mientras que Ana F. fue una compañera de ruta fantástica en la tercera investigación, aportando un montón de conocimiento, ilusión y ganas. Su enorme trabajo e implicación contribuyeron a co-crear una de las investigaciones más bonitas en las que he participado. Muchas gracias.

Una mención especial, mezcla de agradecimiento y admiración, es para la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca (PAH) de Barcelona, con quienes trabajé activamente en gran parte de esta tesis. Muchas gracias Carlos L., Carlos M., Carmen, Edu, Cristina, Edunia, Francisco, Jazmina, Jordi, Lili, Lorenza, Lucía, Mariella, Mohammed, Rashida, Toni, Úrsula, Víctor y tantas otras valientes que mantienen la lucha por el derecho a la vivienda. En particular a Carlos Macías y Lucía Delgado, a quienes admiro. Muchas gracias por haber participado generosamente en distintos momentos de esta investigación.

Por último, quisiera agradecer a la Coti y la Laura por ayudarme a hacer la última revisión del manuscrito; a la Maica por su guía durante mi primera investigación; y a Carlos Mena, Jaime Neira e Ingrid Magna del Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud de la Universidad de La Frontera de Chile, por su valiosa contribución en la segunda investigación y por mantenerme conectado con el lugar donde surgió mi interés por la epidemiología social.

# Resumen

La inseguridad residencial por motivos económicos es un grave problema de salud pública que ha aumentado en los últimos años en el Estado español. Incluye diversas situaciones como el no poder pagar el alquiler o la hipoteca, estar bajo una demanda judicial de ejecución, ser desahuciado/a o residir en alojamientos sin título legal. En este contexto, esta tesis incluye tres estudios con el objetivo de: i) Identificar y sistematizar la evidencia científica sobre los efectos del proceso del desahucio en la salud ii) Evaluar el estado de salud de colectivos bajo situaciones de inseguridad residencial en Cataluña y compararlo con la población general y, iii) Conocer los mediadores entre la inseguridad residencial y la salud. Los resultados permiten afirmar que en países y contextos diversos la inseguridad residencial genera evidentes efectos negativos sobre la salud mental (ej., depresión, ansiedad y suicidios) y física (ej., mala salud auto-percibida, hipertensión arterial, maltrato infantil y mayor mortalidad), aunque su magnitud varía según los ejes de desigualdad social. Lo anterior fue confirmado a nivel local donde personas afectadas por situaciones de inseguridad residencial pertenecientes a la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca de Cataluña presentaron mayor probabilidad de presentar mala salud mental y mala salud auto-percibida comparadas con la población general. Por último, nuestros resultados mostraron que los cambios psicológicos (ej. vergüenza, culpa, sensación de fracaso personal y pérdida de control), la adopción de conductas menos saludables, el deterioro material de la vivienda, la pérdida de la red social, el acoso de las instituciones financieras, entre otros, serían mediadores entre la inseguridad residencial y la salud.

# Abstract

Housing insecurity due to economic reasons is a serious Public Health problem which has increased in recent years throughout Spain. It includes different situations such as rent or mortgage payments arrears, foreclosure, eviction or dwelling under illegal conditions (e.g. squatting). In this context, this thesis gathers three studies aim to: i) Identify and systematize scientific evidence on the effects of the threat of eviction on health; ii) Describe and compare the health status of people under housing insecurity from Catalonia to a sample of the general population and; iii) Identify perceived mediators of the relationship between housing insecurity and health among affected groups. The findings showed that housing insecurity has negative effects on mental health (e.g. depression, anxiety, and suicides) and physical health (e.g. poor self-reported health, high blood pressure, child abuse, and mortality) in different countries and contexts, although these effects may vary according social inequality axes. This was supported at local level where people under housing insecurity from the Catalanian Platform of People Affected by Mortgages reported worse mental and physical health compared to general population. Finally, our results showed that psychological changes (e.g. feelings of shame, guilty, personal failure and loss of control), unhealthy behaviors, deterioration of the physical conditions of the dwelling, the loss of social network, harassment by financial institutions, etc. would be mediators and pathways between housing insecurity and health. This complex phenomenon is an important social determinant which interacts with others such as energy poverty and employment precariousness in its effects on health.

# Prefacio

Aproximadamente desde el año 2012, en el marco del proyecto europeo SOPHIE (Evaluación del Impacto de Políticas Estructurales en las Desigualdades en Salud), la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) ha incorporado a la exclusión residencial y sus efectos en la salud de la población como una de sus preocupaciones relevantes. Ejemplos de lo anterior son la creación del Grupo de Vivienda y Salud el año 2016, y el trabajo colaborativo con movimientos sociales e instituciones dedicadas a abogar y trabajar por el derecho a la vivienda.

El Grupo de Vivienda y Salud de la ASPB es un equipo multidisciplinario y transversal, que incluye distintos servicios de la institución, y cuya labor fundamental a la fecha ha sido crear evidencia científica sobre los efectos de la inseguridad residencial por motivos económicos y la pobreza energética sobre la salud colectiva con el fin de orientar el diseño de políticas públicas pertinentes y servir de herramienta de abogacía para los movimientos sociales como la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca (PAH), la Alianza contra la Pobreza Energética (APE) o el Sindicat de Llogateres.

Esta investigación es parte de este esfuerzo colectivo por avanzar en el conocimiento del fenómeno de la inseguridad residencial y sus efectos en salud, en un contexto de crisis económica y social acrecentada por el estallido de la burbuja inmobiliaria a fines del año 2007. Desde este hito, el derecho a la vivienda se ha visto gravemente vulnerado, a pesar de que los problemas de acceso a la vivienda tienen una larga historia en el Estado español.

El contenido de esta tesis se presenta en cinco partes. La primera incluye los antecedentes que permiten situar y comprender los objetivos de la investigación. Se describen el qué entendemos por vivienda, la realidad del sistema habitacional en el Estado español, el desarrollo de los conceptos de exclusión residencial e inseguridad residencial, la vivienda como un determinante social de la salud y los efectos de la inseguridad residencial sobre esta última. La segunda parte contempla los objetivos e hipótesis que permiten dar un hilo conductor a esta investigación y configuran la presentación de la tercera parte que incluye los tres estudios que conforman la tesis. El primero es una revisión sistemática de la literatura sobre los efectos del proceso del desahucio sobre la salud (una de las formas más importantes de inseguridad residencial), seguido por un estudio empírico sobre la magnitud de este

fenómeno sobre la salud de la población a nivel local (Cataluña), para terminar con una investigación que identifica los mecanismos y mediadores por los cuales estos procesos podrían afectar la salud. La cuarta parte, de discusión, resume los hallazgos principales, los contrasta con la evidencia existente, profundizando en aquellos aspectos que pueden dar luces sobre este complejo fenómeno como son la relación de la inseguridad residencial con las inequidades en salud (desarrollando como ejemplo el de las desigualdades de género); los mecanismos que explican los efectos de la exposición individual y contextual; la diferencias entre los mediadores psicosociales y materiales entre la inseguridad residencial y la salud, entre otros; y proponer algunas recomendaciones teóricas y políticas para avanzar en la disminución de los efectos negativos de la inseguridad residencial sobre la salud. Finalmente, la quinta y última parte resume las conclusiones principales extraídas de esta investigación.

Es de esperar que los resultados de esta tesis, además de un ejercicio académico, sean una herramienta más en la lucha por el derecho a la vivienda y la salud.

# Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
¿Qué entendemos por vivienda?.....	1
La vivienda como mercancía y la crisis actual .....	3
El caso del Estado Español, la crónica de una muerte anunciada .....	6
La respuesta de la sociedad civil ante el problema de la vivienda: el caso de la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca (PAH) .....	8
La inseguridad residencial por motivos económicos.....	10
La exclusión residencial .....	10
La inseguridad residencial, una forma de exclusión .....	13
La inseguridad residencial por motivos económicos y la salud .....	15
La vivienda como un determinante social de la salud.....	15
Efectos de la inseguridad residencial en la salud .....	18
Mecanismos que explican la relación entre vivienda y salud .....	21
Justificación.....	22
<b>Hipótesis y objetivos .....</b>	<b>25</b>
Hipótesis.....	25
Objetivo general.....	25
Objetivos específicos.....	25
<b>Estudios .....</b>	<b>27</b>
The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review .....	29
Foreclosure and health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages .....	41
“Our lives in boxes”: Perceived mediators between housing insecurity and health using a Photovoice approach .....	63

<b>Discusión</b> .....	<b>79</b>
Efectos de la inseguridad residencial sobre la salud .....	80
Desigualdades sociales en los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud .....	82
Mecanismos y mediadores de la relación entre la inseguridad residencial y la salud.....	84
La participación social y su rol en la relación entre la inseguridad residencial y la salud.....	92
Limitaciones .....	94
Recomendaciones .....	95
<b>Conclusiones</b> .....	<b>99</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>100</b>
<b>Anexo 1</b> .....	<b>112</b>
<b>Anexo 2</b> .....	<b>132</b>
<b>Anexo 3</b> .....	<b>140</b>

# Parte 1

## INTRODUCCIÓN

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIVIENDA?

Las definiciones son importantes, por lo que no podemos comenzar a hablar de inseguridad residencial sin entender previamente cómo definimos *vivienda*. Las aproximaciones son diversas, desde aquellas más tradicionales e instrumentales, hasta aquellas provenientes de distintos campos disciplinares como la sociología, la antropología o la economía. La Real Academia Española, por ejemplo, define vivienda como lugar cerrado y cubierto, construido para ser habitado por personas (Real Academia Española, 2018). Una definición demasiado sencilla que es importante profundizar.

Desde una mirada amplia la vivienda se podría definir como un lugar con límites definidos, construido por la acción humana, en la que las personas habitan con cierta estabilidad, que a su vez es definida por el contexto histórico y social (Cortés Alcalá, 1996). También hay quienes ven a la vivienda como un ente con diversos aspectos físicos y que, a la vez, conlleva diversos atributos y efectos sociales. Por ejemplo, desde una perspectiva física, podríamos decir que es una estructura construida, un conjunto de materiales de construcción, el resultado de una serie de técnicas productivas, un diseño estético, una influencia sobre los estilos de vida, una configuración espacial, un uso del suelo, etc. (Ball, 1986). Desde una perspectiva social es el espacio donde se configuran los procesos de la estructura de convivencia, dotando de una estabilidad espacial que permite la socialización y el aprendizaje de los valores culturales del colectivo o el establecimiento de los roles de

género que repercutirán en el funcionamiento de la estructura social más amplia<sup>1</sup>. También puede ser vista como una unidad económica fundamental o el lugar donde se empieza a tener nociones del espacio y el tiempo y, posteriormente, a lograr diferenciar el plano privado del colectivo, entre otros (Cortés Alcalá, 1996).

Desde que la vivienda se ha convertido en un valor social, principalmente desde los problemas habitacionales generados por la revolución industrial y el surgimiento de voces que abogan por la cuestión residencial, ya pocos dudan que sea un bien necesario. Es el soporte material de la actividad humana, el espacio de protección donde se satisfacen necesidades biológicas y se desarrolla la unidad de convivencia, donde se plasman los procesos de socialización y normalización necesarios en cada sociedad, y posee funciones básicas como tener un domicilio para ser localizado, un lugar para descansar después del trabajo diario, donde guardar las pertenencias, etc. Su ausencia vulnera la salud mental y física de las personas, su vida privada y familiar, y su libertad de residencia.

Este hecho ha dado paso al reconocimiento de *la vivienda como un derecho humano*, el cual supone un imperativo moral. Exige, en el caso de existir personas o colectivos que no puedan acceder a una vivienda adecuada, que la sociedad en su conjunto provea los medios para hacerla accesible (Rugiero, 2000), lo cual está reflejado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y en el artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de 1966 (Naciones Unidas, 2015; Pisarello, 2009). Este derecho a la vivienda, tal como lo reconoce UN-Habitat, implica las garantías de contar con un lugar con espacio adecuado que dé protección, permita la privacidad, contribuya al bienestar psicológico y físico, y contribuya al desarrollo y a la inclusión social de sus habitantes. Pero no sólo eso, además considera la seguridad en la tenencia y la asequibilidad, la disposición de unos suministros básicos adecuados y una ubicación accesible al lugar de trabajo y servicios (UN-HABITAT, 2009).

Numerosos países han suscrito dichas declaraciones y acuerdos, sin embargo, su aplicación está lejos de ser real, siendo la vivienda hasta ahora uno de los pilares débiles del estado de bienestar. Un ejemplo evidente es España, donde actualmente existen miles de

---

<sup>1</sup> Tradicionalmente la mujer ha asumido el rol del trabajo doméstico y las funciones sociales que de ahí se desprenden, mientras que el hombre ha asumido el rol de proveedor de la familia, monopolizando los ingresos y el poder económico del hogar. Esta estructura contiene desigualdades que terminan reafirmando, validando y reproduciendo otros procesos de desigualdad social, pero que tienen su raíz en el hogar (Cortés, 1995).

familias en condiciones de emergencia habitacional (ej. problemas de acceso a la vivienda, juicios de ejecución y desahucios, pobreza energética, etc.), a pesar de que su Constitución de 1978, artículo 47, plantea que “todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada”, por lo cual “los poderes públicos promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacer efectivo este derecho, regulando la utilización del suelo de acuerdo con el interés general para impedir la especulación” (Colau y Alemany, 2012). Esta disonancia no se entendería si no se considerara en el análisis otra de las perspectivas desde la que se mira la cuestión residencial: *la vivienda como mercancía e instrumento de inversión*.

### **La vivienda como mercancía y la crisis actual**

Una de las primeras preguntas que surgen al analizar la cuestión residencial en una sociedad particular es cómo sus integrantes acceden a la vivienda. En sociedades capitalistas como la nuestra, donde el derecho a la propiedad privada es ampliamente aceptado, no es extraño ver cómo muchos bienes y servicios se han privatizado y situado en el mercado como el medio natural de intercambio, a pesar de que algunos de ellos se han logrado sostener como bienes públicos (ej. la sanidad y parcialmente la educación). Es así como la vivienda se convierte en una mercancía más, lo cual es posible gracias a una serie de rupturas socio-históricas como aquella entre el lugar de residencia y el lugar de trabajo, aquella entre la propiedad de los medios de producción y el o la trabajador/a, y la ruptura entre el lugar en que se reside y la propiedad de la tierra en que se asienta (Cortés Alcalá, 1996). Esto generó que el acceso a la vivienda no dependiera de la iniciativa individual o familiar, sino que de nuevos agentes especializados que las construyen para venderlas o alquilarlas, produciéndose una separación entre su valor de uso y su valor de cambio. De esta manera se hace posible la aparición del mercado específico de la vivienda con una serie de intereses sectoriales (como el de la construcción que se ha convertido en un actor relevante en el movimiento de capital y crecimiento económico de muchos países), donde más que un derecho social termina siendo una mercancía regida por las mismas normas que otros productos o enseres.

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la provisión de vivienda adquirió protagonismo como parte de las políticas del Estado de Bienestar, principalmente durante

las décadas de 1950 y 1960. Sin embargo, son pocos los países que lograron un parque público de vivienda adecuado. Tal es el caso de Austria, Holanda, Francia, Reino Unido, Polonia, República Checa y los países nórdicos, los cuales juntos representan aproximadamente el 80% de la vivienda pública en Europa. En otros como España, Grecia o Portugal, la oferta de vivienda pública ha sido poco importante o casi inexistente (Rolnik, 2018).

La posición de la vivienda como pilar débil del Estado de Bienestar se vio aún más comprometida con la irrupción de las políticas neoliberales impulsadas desde la década de los setenta. La desregulación de los mercados, la privatización, la globalización económica y el abandono por parte del Estado de muchas de las áreas de provisión social no tardaron en extenderse a nivel mundial (Harvey, 2007). A partir de ese momento se plantea que los Estados debían pasar de proveedores de vivienda a “facilitadores”, generando espacio y apoyo a la expansión del mercado privado y de sistemas financieros que hicieran posible la compra de vivienda en propiedad (Doherty, 2003). A través de diversas medidas como la venta del parque de vivienda pública, las exenciones fiscales a la compra y el subsidio a los intereses, los cambios en la legislación de arrendamiento que disminuyó la protección y seguridad en la tenencia de las personas inquilinas, entre otras, se logró instalar la idea del mercado como proveedor y la vivienda como propiedad prácticamente de manera hegemónica (Madden and Marcuse, 2016). El resultado ha sido que la proporción de propietarios de vivienda hayan aumentado considerablemente en los últimos sesenta años. El año 2000 en prácticamente todos los Estados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) esta proporción superaba el 50%, donde España e Irlanda lideraron el ranking con un 83,2% y 81,4% respectivamente (Andrews and Caldera Sánchez, 2011).

Este aumento de la vivienda en propiedad y su nuevo rol como una fuente de riqueza de libre circulación, su aumento de precios progresivo y la posibilidad de otorgar liquidez, la transformaron en una dinamizadora de la economía. Funcionaba como una especie de “cajero electrónico” de las personas que les permitía tener una garantía de préstamos para poder seguir asegurando la inversión y el consumo (Rolnik, 2018). Esto, junto a la crisis de productividad durante la segunda mitad del siglo XX, la consecuente disminución de las rentas provenientes del trabajo y el aumento exponencial del mercado financiero global, contribuyó a posicionar a la vivienda como un pilar de crecimiento económico, por ejemplo

en países como Estados Unidos, Reino Unido y España (Rodríguez López and López Hernández, 2011). Ahora, con un riesgo asumido directamente por las personas y familias. Como plantea Raquel Rolnik, ex relatora de Naciones Unidas para la vivienda (Rolnik, 2018):

*Al implementarse la financiación inmobiliaria para la compra de la vivienda en propiedad, la expansión del mercado global de capitales se apoyó en el endeudamiento privado, estableciendo un vínculo íntimo entre la vida biológica de los individuos y el proceso global de extracción de renta y especulación. La canalización de los flujos de capital excedente sobre los inmuebles residenciales tiene también, sin embargo, una dimensión intensa: las vidas hipotecadas o la generación de los hombres y mujeres endeudadas, una nueva subjetividad producida por los mecanismos disciplinares que someten la propia vida al servicio de la deuda.*

Este fenómeno alcanzó su máxima expresión desde la segunda mitad de los años noventa. En Estados Unidos, el mercado inmobiliario-financiero había llegado a sus límites, por lo que en un afán de aumentar su rendimiento y rentabilidad se optó por medidas arriesgadas y, en algunos casos, incluso fraudulentas. Avalado por una desregulación y flexibilización del mercado del crédito y unos bajos tipos de interés, comenzaron a otorgarse hipotecas a personas sin una solvencia económica que permitiese asegurar el pago del préstamo (aquellas sin trabajo, sin ingresos u otros bienes). Estas hipotecas, llamadas *hipotecas subprime*, pasaban al mercado secundario de hipotecas donde se titularizaban y empaquetaban junto con otras de bajo riesgo. Esto permitía al acreedor original venderlas a otras instituciones financieras y así lograr liquidez en el corto plazo para poder seguir otorgando crédito y, en teoría, distribuir el riesgo. Sin embargo, el proceso de titularización y clasificación del riesgo de estos productos financieros fue negligente y doloso. Las hipotecas subprime comenzaron a expandirse rápidamente por todo el mercado financiero global, aunque enmascaradas en productos complejos que hacían muy difícil establecer su riesgo real. Desde la segunda mitad del año 2005, los precios de la vivienda en EEUU se estancaron, los tipos de interés comenzaron a aumentar, al igual que los niveles de impago hipotecario. La inestabilidad del sistema inmobiliario-financiero comenzaba a ser alarmante. Una progresiva falta de liquidez asociada a la desconfianza producida por el riesgo latente de las hipotecas subprime comenzó a afectar a grandes instituciones financieras como un efecto dominó. El 15 de septiembre de 2007 Lehman Brothers, un gigante financiero de Estados Unidos, se declara en bancarrota y pone las alarmas en el mercado global, siendo uno de los hitos del inicio de la crisis económica y social que ha golpeado la vida de millones de personas.

Con el estallido de la burbuja inmobiliaria, los precios de la vivienda terminaron de desplomarse mientras que subían los tipos de interés. Esto, sumado al aumento del desempleo, ocasionó que muchas familias no pudiesen seguir pagando su deuda incrementándose dramáticamente los procesos de ejecución hipotecaria y los desahucios. Se estima que 3,7 millones de acreedores iniciaron procesos de ejecución hipotecaria en 2007 y 2008, mientras que las demandas de ejecución aumentaron un 325% entre los años 2008 y 2009 (National Coalition for the Homelessness et al., 2009; U.S. Department of Housing and Urban Development, 2010). Este fenómeno se extendió rápidamente, afectando con mayor intensidad a los países del sur de Europa. El año 2012 la probabilidad de tener que abandonar la vivienda dentro de 6 meses por no poder asumir el pago fue de 14,5% en Grecia, 10,5% en Portugal, 10,3% en Chipre y 7,1% en España (un 9,7%, 5,5%, 6,7% y 1% más que en 2007, respectivamente) (The Foundation Abbé Pierre - Feantsa, 2015).

### **El caso del Estado Español, la *crónica de una muerte anunciada*.**

El sistema de vivienda en España presenta una serie de características particulares que lo diferencian del resto de países europeos y que ayudan a explicar la grave situación por la cual atraviesan miles de familias. De hecho, ya el año 2006 la Relatoría Especial para el derecho a una vivienda adecuada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) calificaba el problema habitacional español como “el más grave de Europa y uno de los mayores del mundo” (Kothari, 2008).

La idea hegemónica de la vivienda como propiedad se logró instalar con especial intensidad. En 1950, alrededor del 51% de la población española vivía en viviendas alquiladas, siendo sobre el 90% en ciudades como Madrid y Barcelona. Sin embargo, esta situación se ha ido invirtiendo. Así, en 1981 la proporción de propietarios aumentó a alrededor de un 70%, hasta llegar a un máximo el año 2007 cuando alcanzó prácticamente un 90% (en Europa es un 60%) (Colau and Alemany, 2012). Por su parte, el porcentaje de alquiler social es marginal, representando aproximadamente entre el 1 y 2% del total de viviendas, estando la media de la UE-15 entre 20 y 30% (Pittini and Laino, 2012).

Actualmente, el Estado cuenta con un modelo de producción de vivienda principalmente asociado al concepto de inversión y como instrumento de crecimiento

económico, lo cual se aleja del rol social de satisfacer la necesidad de alojamiento de la población (Alguacil et al., 2013). Dentro de las causas que pueden explicar esta situación están aquellas que han incentivado la tenencia en propiedad en detrimento del alquiler, como la desgravación por la compra de vivienda introducida en 1978 y las reformas de la Ley de Arrendamientos Urbanos, de 1985 (“Decreto Boyer”) y 2013, que han convertido este régimen de tenencia en una opción cara, precaria y transitoria (Alguacil et al., 2013). En los años más intensos de la burbuja, el sector inmobiliario representaba alrededor del 11% del Producto Interno Bruto de España y un 13% de los puestos de empleo (González-Martín et al., 2010). Esto fue posible, en parte, a una serie de políticas orientadas a desregular el uso del suelo, culminando con la Ley de Suelo del año 1998 que consolidó un derecho subjetivo a la urbanización y/o edificación de cualquier suelo que no estuviera expresamente protegido. A pesar de los pronósticos originales, todas estas medidas se asociaron a un incremento de los precios de la vivienda de un 150%, una sobreproducción de viviendas que no ha respondido a las necesidades de alojamiento de la población y un stock de viviendas vacías cercano a los 4 millones de inmuebles (porcentaje mucho mayor a la media europea) (Alguacil et al., 2013; European Central Bank, 2013). Esta situación ha sido acentuada por el flujo de capitales y el reciclaje de excedentes que han permitido el ingreso de un gran volumen de capital extranjero, aumentando tanto la oferta de inmuebles como del mercado crediticio.

Con el estallido de la crisis económica a fines del año 2007, la gran contracción del crédito a nivel internacional afectó fuertemente al sector inmobiliario y de la construcción español, el cual había sido posicionado como uno de los sectores gravitantes de la economía del país. Con esto, se produjo un progresivo aumento del desempleo, de un 8% el año 2007 a un 26,6% durante el segundo trimestre del 2013, y la consecuente incapacidad de pago de la vivienda por parte de miles de familias, muchas sobreendeudadas gracias a la liberalización del crédito durante los años del boom inmobiliario (Alemany et al., 2013).

Según la ley española, la hipoteca es una garantía impuesta por la entidad financiera a la propiedad para asegurar el pago del crédito otorgado para su compra. Así, el acreedor está facultado para iniciar un proceso judicial para el embargo del inmueble en caso del no pago del crédito (incluso de una de las cuotas) o, en caso de llegar a un acuerdo privado entre las partes, proceder a la venta extrajudicial. El proceso judicial implica la subasta de la propiedad, previa notificación al deudor, cuyo valor de venta puede llegar a ser menor que el original (inicialmente era hasta un mínimo del 60% del valor original). Así, esta venta debería

servir para pagar la deuda, sin embargo, habitualmente la venta de la vivienda hipotecada no es suficiente para saldar la deuda con lo cual el acreedor puede demandar el pago del remanente. Una vez adquirida por el nuevo propietario, los cuales son generalmente las mismas entidades financieras, e inscrita en el Registro de Propiedades, éste puede proceder al desalojo de los antiguos ocupantes de la vivienda (Hoefer et al., 2013). Esta situación ha conducido a un endeudamiento crónico de muchas familias, las cuales suelen mantener su obligación de pago a pesar de haber perdido su vivienda.

Entre los años 2008 y el 2017 se iniciaron 725.259 procedimientos de ejecución hipotecaria, mientras que el número de desahucios con cumplimiento positivo fue de 369.152 (Consejo General del Poder Judicial, 2019). Respecto del tipo de solución del proceso, hasta el año 2013 sólo un tercio de los casos habían terminado con dación en pago, instrumento legal por el cual la reposición de la vivienda por parte de la entidad financiera acreedora asegura la cancelación de la deuda hipotecaria remanente (Consejo General del Poder Judicial, 2013). Si bien es cierto que en todo el período acumulado la mayoría de los desahucios se deben al impago de hipotecas, durante los últimos años los desahucios derivados del alquiler han aumentado considerablemente. Por ejemplo, durante el 2017 se registraron 22.330 desahucios derivados de ejecuciones hipotecarias, mientras que 35.666 derivaron de la Ley de Arrendamientos Urbanos (Consejo General del Poder Judicial, 2019).

### **La respuesta de la sociedad civil ante el problema de la vivienda: el caso de la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca (PAH)**

Ante las respuestas insatisfactorias por parte de la Administración al problema de la vivienda, las personas afectadas por la inseguridad residencial, y quienes han empatizado con su situación, se han organizado como una alternativa para hacer frente a este problema. Así, el año 2009 se constituye uno de los movimientos sociales actuales más influyentes del país: la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH). Su propósito es dar respuesta al problema en el que viven miles de familias ante un marco legal que a la fecha no ha protegido sus intereses frente a una fuerte contraparte como es el caso de las entidades financieras involucradas en los contratos hipotecarios (Colau and Alemany, 2012) o el peso económico del mercado de la vivienda. Inicialmente su principal consigna era modificar la legislación

hipotecaria para permitir la dación en pago, junto con fomentar la auto-organización de las personas afectadas, muchas de ellas afectadas psicológicamente, promoviendo así una mayor eficacia colectiva (Alemany et al., 2013). En este plano psicosocial, uno de los grandes logros ha sido disminuir la sensación de culpa y frustración de los afectados, ayudándolos a cambiar la atención hacia los actores responsables del fenómeno a nivel estructural y, así, poder encontrar soluciones más efectivas. De hecho, está descrito cómo este aumento en la cohesión social, vinculado a la participación, se relacionaría con efectos positivos en la población, como una mejor salud, lo cual sería más importante en sociedades más inequitativas (Coburn, 2004; Islam et al., 2006).

Lo complejo de la tarea ha hecho que la PAH además se haya planteado metas de corto y mediano plazo como son el impedir los desalojos de las familias afectadas, conseguir alternativas de realojamiento razonables y abogar por el aumento del parque de vivienda social (Alemany et al., 2013). Su fuerte impacto mediático ha logrado instalar la problemática de la vivienda en la opinión pública, sumando el interés de otros actores sociales. Así, el año 2010 tras la negativa del gobierno español por reformar la legislación hipotecaria, la PAH, junto con representantes de asociaciones vecinales, de trabajadores/as y del mundo académico, promovieron una Iniciativa Legislativa Popular, avalada con la firma de casi un millón y medio de ciudadanos (Agüero Ortiz, 2013). Su propósito era permitir la dación en pago de manera retroactiva para la vivienda principal, establecer una moratoria de los desalojos y permitir que las personas afectadas permanecieran en sus viviendas en régimen de alquiler social. Esta iniciativa finalmente no prosperó, siendo reemplazada por la Ley 1/2013, promovida por el Partido Popular (principal partido de la derecha española), la cual, en su texto final, no reúne ninguna de las ideas planteadas en la ILP original.

La Plataforma a nivel local cuenta con 224 agrupaciones PAH extendidas por todo el territorio español, y al año 2014 había logrado parar 1.135 desahucios y realojar a 1.180 personas, además de una serie de campañas que han logrado posicionar el tema de la vivienda en la agenda, tanto dentro como fuera de España, intentado reivindicar la vivienda como un derecho y aliviar el sufrimiento de las miles de familias afectadas (PAH, 2017). Actualmente, sigue luchando por el derecho a la vivienda impulsando reformas legales a nivel estatal, autonómico y municipal que reviertan la inseguridad residencial que sigue afectando a miles de personas en el Estado Español.

## LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL POR MOTIVOS ECONÓMICOS

### La exclusión residencial

Como se ha comentado en apartados anteriores, la mercantilización de la vivienda, junto con otros muchos bienes y servicios básicos, ha facilitado la producción de desigualdades sociales y problemas de acceso que afectan a un gran porcentaje de la población. Ahora bien, con el avance del Estado de Bienestar y el progresivo reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, el término pobreza empezó a ser insuficiente para abordar la complejidad de la “cuestión social”. Así, desde la década de los setenta del siglo XX, gradualmente comienza a aparecer el concepto de *exclusión social* que hace referencia a un proceso de desconexión progresiva, de pérdida de vínculos personales y sociales, que dificulta a las personas o colectivos a acceder a los recursos y oportunidades existentes en la sociedad (Subirats, 2005). Quienes se encuentran en situación de exclusión social suman desventajas en sus derechos en ámbitos básicos como son los ingresos, el trabajo, la educación, la salud, la participación, la relaciones sociales y familiares, y la vivienda (Tabla 1). En relación a esta última, la exclusión se relacionaría con los problemas de accesibilidad a la vivienda (sin acceso, infravivienda o acceso en precario), los problemas asociados a las condiciones físicas de la vivienda (deficiencias en instalaciones, problemas estructurales de la edificación, falta de espacio y privacidad) y la degradación del espacio urbano (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones de la exclusión social (Fuente: Subirats, 2004).

Ámbitos	Principales factores de exclusión
<b>Económico</b>	Pobreza económica
	Dificultades financieras
	Dependencia de prestaciones sociales
	Sin protección social
<b>Laboral</b>	Desempleo
	Subocupación
	No calificación laboral o descalificación
	Imposibilidad
	Precariedad laboral
<b>Formativo</b>	No escolarización
	Analfabetismo o bajo nivel formativo
	Fracaso escolar
	Abandono prematuro del sistema educativo
	Barrera lingüística
<b>Socio sanitario</b>	No acceso al sistema y a los recursos socio sanitarios básicos
	Adicciones y enfermedades relacionadas
	Enfermedades infecciosas
	Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia
<b>Residencial</b>	Sin vivienda propia
	Infravivienda
	Acceso precario a la vivienda
	Vivienda en malas condiciones
	Malas condiciones de habitabilidad (como el hacinamiento)
	Espacio urbano degradado, con deficiencias o carencias básicas
<b>Relacional</b>	Deterioro de las redes familiares (conflictos o violencia)
	Escasez o debilidad de las redes familiares
	Escasez o debilidad de las redes sociales
	Rechazo o estigmatización social
<b>Ciudadanía y participación</b>	No acceso a la ciudadanía
	Acceso restringido a la ciudadanía
	Privación de derechos por proceso penal
	No participación política o social

Otra aproximación al fenómeno de la exclusión residencial proviene de la sociología de la vivienda de Cortés, definiéndola como la ausencia de requisitos mínimos de accesibilidad, estabilidad, habitabilidad y adecuación (Cortés Alcalá y Antón Alonso, 2007). La accesibilidad se relaciona con la posibilidad de disponer de vivienda sin que los gastos asociados a ella supongan un esfuerzo excesivo a las familias, dificultando el acceso a otros bienes y servicios. Esta idea es muy parecida al concepto asequibilidad aunque este último, a pesar de ser habitualmente medido de la misma forma, no sólo está referido al estrés financiero, sino también a los gastos globales del hogar y a aspectos como la calidad y ubicación de otros factores como el lugar de trabajo, el acceso a servicios públicos o la seguridad del barrio que inciden al optar por una vivienda u otra (Rowley and Ong, 2012).

Por otro lado, la ausencia de estabilidad estaría dada por la imposibilidad de establecer un proyecto de largo plazo que permita sustentar los beneficios de la vivienda asociados a su función social, mientras que los problemas de habitabilidad se referirían a la falta de mínimos de calidad constructiva y de servicios de la residencia, además del entorno donde se ubica. Por último, la ausencia de adecuación ocurriría cuando las condiciones de la vivienda no coincidieran con las necesidades de sus habitantes, las cuales varían según sus características y su ciclo vital.

A nivel europeo también han existido intentos por definir y operacionalizar la exclusión residencial. El año 2005, la Federación Europea de Organizaciones que Trabajan con Personas Sin Hogar (FEANTSA) propuso la tipología ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), la cual hace un esfuerzo por generar un marco conceptual y clasificar las distintas situaciones que involucra la exclusión residencial (Amore et al., 2011; Edgar, 2009). Según esta tipología, disponer de una vivienda implica tres aspectos: el legal, el social y el físico. El primero implica tener un título legal sobre la residencia, ya sea en propiedad o en alquiler, permitiendo seguridad en la ocupación y tenencia exclusiva. El aspecto social se refiere a contar con un espacio para mantener la privacidad y disfrutar de las relaciones sociales, mientras que la dimensión física apela a disponer de una vivienda con condiciones adecuadas de higiene y confort, similar al concepto de habitabilidad planteado por Cortés. Presentar privación de uno o varios de estos aspectos determinaría cuatro categorías principales (Tabla 2): “sin techo” (no contar con ningún tipo de alojamiento), “sin vivienda” (alojamientos temporales, instituciones o albergues), “vivienda insegura” (vivir bajo amenaza de desahucio, en alojamientos inseguros sin título legal o bajo violencia doméstica) y “vivienda inadecuada” (vivir en chabolas o viviendas sin requisitos mínimos de habitabilidad). Las dos primeras se podrían agrupar como “sinhogarismo” (*homelessness*), mientras que las dos últimas corresponderían a exclusión residencial. Si bien es cierto que pueden existir situaciones donde se entremezclen las categorías “vivienda insegura” y “vivienda inadecuada”, el objeto de esta investigación son las situaciones incluidas en la primera de ellas.

Tabla 2. Categorías de la tipología ETHOS y los aspectos de la vivienda involucrados (Fuente: elaboración propia, adaptado de FEANTSA 2007).

	<b>Categoría conceptual</b>	<b>Sub-categoría operativa</b>	<b>Aspectos de uso de la vivienda afectados</b>
<b>Sin hogar</b>	Sin techo	Personas viviendo a la intemperie	Legal, social y físico
		Personas que pasan la noche en un albergue	
	Sin vivienda	Personas que viven en centros para personas sin hogar	Legal y social
		Personas en albergues para mujeres	
		Personas en centros de alojamiento para inmigrantes	
		Personas que tienen prevista su salida de instituciones o centros de internamiento	
	Personas que recibe apoyo a largo plazo por su condición de personas sin hogar		
<b>Exclusión residencial</b>	<b>Vivienda insegura</b>	Personas viviendo en alojamiento inseguro sin título legal (temporalmente con amigos o familia, sub-alquiler u ocupación ilegal)	Legal
		Personas viviendo bajo la amenaza del desahucio	
		Personas viviendo bajo la amenaza de violencia	
	Vivienda inadecuada	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales (caravanas, edificaciones no pensadas para residencia humana, estructuras temporales)	Social y físico
		Personas viviendo en alojamiento impropio (edificio con condiciones inadecuadas para vivir)	
		Personas en condiciones de hacinamiento extremo	

### **La inseguridad residencial, una forma de exclusión**

Una de las fortalezas de la clasificación ETHOS es la de entregarnos un panorama bastante completo respecto a los problemas de la vivienda, considerando desde las personas sin techo hasta aquellas con vivienda inadecuada, donde a pesar de tener una residencia, propia o en alquiler, ésta presenta problemas de habitabilidad. Dentro de este espectro, existen situaciones que pueden interferir con el desarrollo normal de la vida personal y familiar asociado a la vivienda, y que tienen que ver con el nivel de seguridad de las personas ante su situación residencial. Debido a esto, hay muchas personas que, a pesar de vivir en alojamientos que no presentan problemas de habitabilidad, se encuentran en exclusión residencial. Esta situación es recogida en la categoría “vivienda insegura”, la cual cuenta con tres sub-categorías que dan cuenta de condiciones de inestabilidad e inseguridad ya sea por 1) haber perdido la vivienda y tener que alojarse con amigos/as o familiares, u ocupar una residencia vacía o alquilar de manera ilegal, 2) estar bajo el riesgo de ser desahuciado/a o 3) vivir ante la amenaza de violencia (Tabla 2). En todos estos casos existiría inseguridad e

inestabilidad en el uso de la vivienda dada principalmente por la ausencia o incertidumbre en la tenencia (aspecto legal), salvo en el caso de las personas afectadas por violencia (habitualmente mujeres bajo violencia machista) donde la inestabilidad residencial se complejiza con aspectos psicosociales y materiales que van más allá de la vivienda y que no trataremos en este trabajo.

Según los criterios de exclusión residencial de Cortés, la inseguridad en la vivienda vendría dada por la falta de requisitos mínimos de accesibilidad y estabilidad, aunque la habitabilidad y la adecuación estuviesen cubiertas. Esta aproximación complementa la clasificación ETHOS y permite un entendimiento mayor del fenómeno de la vivienda insegura (Figura 1).

Figura 1. Categorías ETHOS según el tipo de limitación en el uso de la vivienda (Fuente: Brändle & García, 2013. A partir de FEANTSA, 2007; y Cortés, 2004).

Categoría ETHOS	Limitaciones en el uso de la vivienda			
	Accesibilidad	Estabilidad	Adecuación	Habitabilidad
Sin techo	Legal, Social, Físico	Legal, Social, Físico	Legal, Social, Físico	Legal, Social, Físico
Sin vivienda	Legal, Social	Legal, Social	Legal, Social	
Vivienda insegura	Legal, Social	Legal, Social		
Vivienda inadecuada			Legal, Social, Físico	Legal, Social, Físico
Ámbitos de uso	Legal	Social	Físico	

Por último, un aporte interesante a la definición de vivienda insegura de ETHOS es el realizado por Brändle y García, quienes amplían la definición a aquellas situaciones donde ante contextos económicos difíciles, determinados en gran medida por el desempleo y un elevado endeudamiento, las personas asumen medidas excepcionales para disminuir la carga del gasto residencial, se retrasan en el pago del alquiler o la hipoteca, o bien en el pago de los servicios básicos de la vivienda como estrategias de compensación del gasto. Tales situaciones, que pueden ser consideradas como las fases iniciales de los problemas de asequibilidad, si se prolongan en el tiempo podrían conducir a un alto riesgo de inseguridad residencial (Hernández Pedreño, 2013).

Si bien el problema de acceso a la vivienda es un fenómeno continuo y, como fue descrito, puede incluir los problemas iniciales de asequibilidad y compensación del gasto, en esta investigación hablaremos de inseguridad residencial por motivos económicos en aquellas situaciones donde ya exista riesgo de ser desahuciado de la vivienda habitual (desde el no poder pagar el alquiler o la hipoteca, al estar bajo una demanda judicial de ejecución o ser, finalmente, desahuciado/a) o se resida en alojamientos sin título legal (ej. temporalmente con familia o amigos, sub-alquiler ilegal, ocupación ilegal) debido a no poder asumir los gastos de la vivienda.

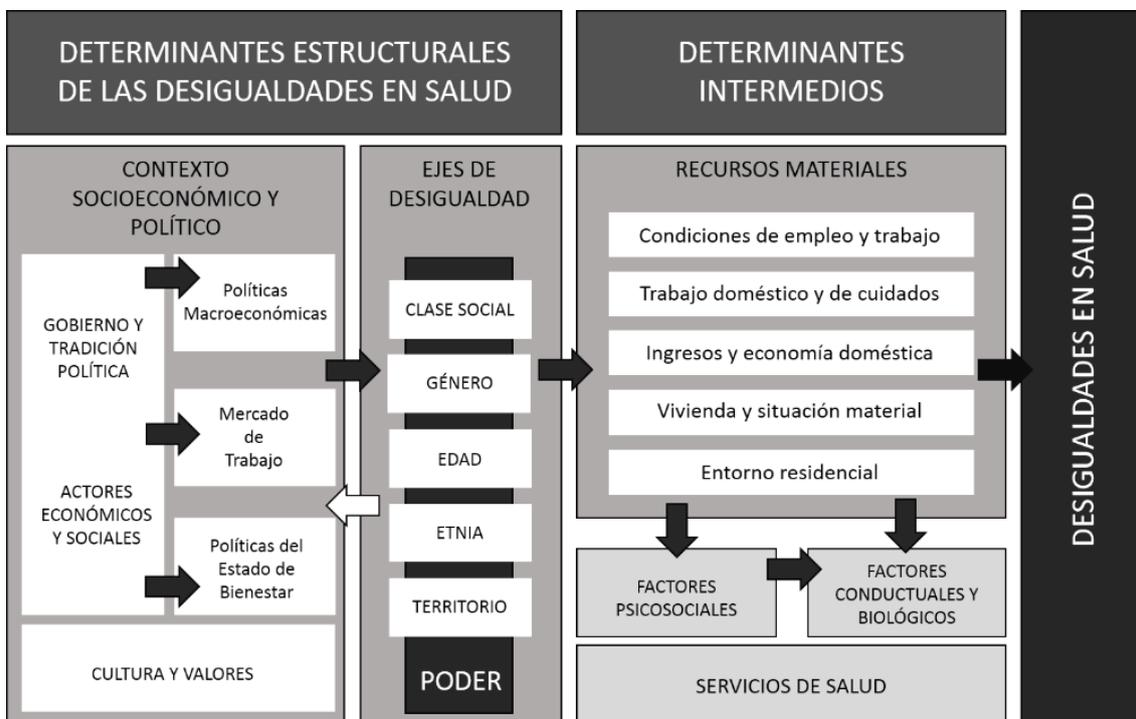
## **LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL POR MOTIVOS ECONÓMICOS Y LA SALUD**

### **La vivienda como un determinante social de la salud**

Hoy en día es ampliamente aceptada la vinculación entre la vivienda y la salud. De hecho, ya en la época Victoriana es posible encontrar estudios que relacionan las condiciones de vivienda, como el hacinamiento y la mala higiene, con problemas de salud tales como la tuberculosis (Bonney, 2007). Florence Nightingale (s. XIX) señalaba: “La relación entre la salud y las viviendas de la población es una de las más importantes que existe” (Bonney, 2007).

Ahora bien, esta relación está influida por una serie de factores materiales y psicosociales que hacen compleja la medición del impacto de la vivienda sobre la salud. Esto ha conducido a la elaboración de distintos modelos teóricos que intentan explicar y situar a la vivienda como un determinante de la salud. De manera general, el año 2010, basado en el modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión para Disminuir las Desigualdades en Salud en España plantea cómo los determinantes estructurales, y en concreto las políticas de vivienda, generan desigualdades en factores intermedios, entre los que se encuentra la calidad de la vivienda y el entorno residencial los cuales, a su vez, determinan impactos desiguales en la salud de la población (Figura 2) (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para disminuir las Desigualdades en Salud en España, 2010.

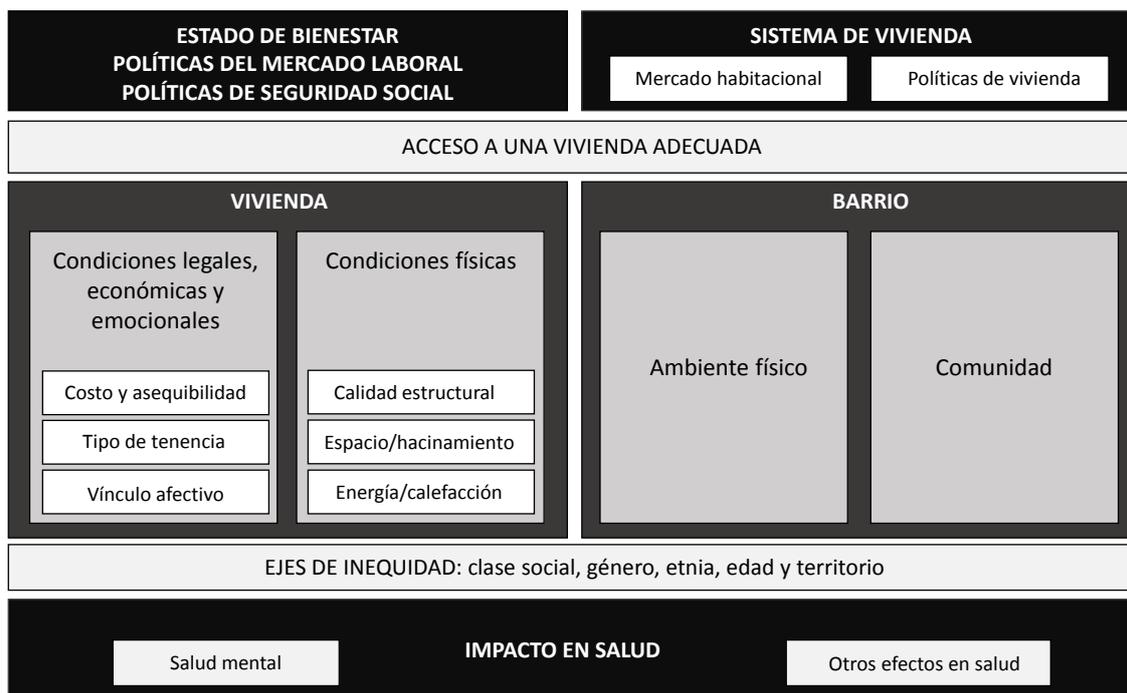


Profundizando en los sistemas de vivienda y la salud, la OMS desarrolló un modelo propio que considera los efectos de la vivienda en salud a través de cuatro dimensiones principales: i. La estructura física de la vivienda; ii. El hogar (entendido como los aspectos psicológicos, económicos y culturales); iii. La infraestructura del barrio y; iv. La comunidad (ej. ambiente social, características de la población y servicios dentro del barrio) (Bonney, 2007). A pesar de que este modelo explica la relación entre vivienda y salud de manera más específica, tiende a no considerar los aspectos estructurales, como el tipo de políticas o aspectos macroeconómicos, que inciden fuertemente sobre los sistemas habitacionales. A diferencia de lo anterior, existen autores que sí incorporan niveles macro. Rauh (2008) plantea un modelo de tres niveles, donde el primero es el socioestructural, el cual estaría determinado por las fuerzas políticas, un segundo nivel correspondiente al barrio, el cual incluiría el capital social y el entorno físico, y un tercer nivel individual que incorporaría los aspectos materiales y psicosociales de la vivienda (Rauh et al., 2008). Posteriormente, Novoa et al. han propuesto otro marco conceptual que grafica la relación entre vivienda y salud considerando factores macroeconómicos (la Figura 3 muestra el marco propuesto por Novoa et al. modificado por el proyecto europeo Sophie) (Marí-Dell’Olmo et al., 2017; Novoa et al., 2014). Basado en el

modelo de la OMS, este marco profundiza en las cuatro dimensiones mencionadas e incorpora, además, el nivel estructural. Éste agrupa al sistema de vivienda, que incluye al mercado habitacional y las políticas del sector, más otras políticas macroeconómicas y sociales, todo lo cual determina el acceso a una vivienda adecuada. Centrándonos en la vivienda, destaca la dimensión de *hogar*, donde se le da relevancia a los aspectos de costo (asequibilidad), estabilidad y seguridad, y de *casa*, donde se encuentran los aspectos físicos de la vivienda. Por último, plantea que todos estos factores incluidos en los niveles de vivienda y barrio impactarán sobre la salud mental y física de las personas, pero con distinta intensidad y frecuencia según los distintos ejes de desigualdad (clase social, género, edad y etnia).

En el caso del hogar, los efectos en salud incluirían una peor salud autopercebida, trastornos del ánimo o problemas conductuales en la infancia a través del estrés provocado por factores como el exceso de ruido, la insatisfacción respecto de las condiciones de vivienda, la falta de privacidad o los elevados costos para acceder a ella (Krieger and Higgins, 2002a; Novoa et al., 2014; Sandel and Wright, 2006). Por otro lado, deficiencias en las condiciones físicas de la vivienda (*casa*) pueden determinar una serie de daños a la salud, los cuales han sido ampliamente estudiados. Por ejemplo, la pobreza energética y la incapacidad de mantener temperaturas adecuadas dentro de la vivienda se asocian a mayor morbilidad por enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Bonney, 2007; The WHO European Centre for Environment and Health, 2012, 2011); la humedad, el moho, junto con los problemas de ventilación y hacinamiento, se asocian a enfermedades respiratorias, alérgicas y trastornos de salud mental (Bonney, 2007; Krieger and Higgins, 2002b; The WHO European Centre for Environment and Health, 2012, 2011); mientras que viviendas inadecuadas pueden ser fuente de contaminación intradomiciliaria, monóxido de carbono o plomo, además de plagas de insectos u otros animales (Novoa et al., 2014). Por último, se ha visto que a nivel del *barrio*, un ambiente físico inadecuado (ej. problemas de acceso a servicios, viviendas abandonadas, falta de áreas verdes, etc.) o problemas a nivel comunitario se asocian a trastornos de salud mental, conductas poco saludables y aumento de la mortalidad por todas las causas (James, 2008).

Figura 3. Marco conceptual sobre los determinantes de la relación entre vivienda y salud. Modificado de Novoa et al, 2014 para el proyecto Sophie.



### Efectos de la inseguridad residencial en la salud

Basándonos en el marco conceptual sobre vivienda y salud de Novoa *et al.* y en la definición de inseguridad residencial ya mencionada, vemos que a pesar de que la vivienda cumpla con condiciones físicas de habitabilidad, existen efectos sobre la salud relacionados con aspectos legales y económicos de la vivienda. Estos conducen a problemas de asequibilidad e inseguridad residencial y, por ende, a exclusión residencial. Dentro de las situaciones estudiadas desde el campo de la salud encontramos tanto los problemas iniciales de asequibilidad, como aquellos donde ya existe una amenaza de desahucio (que incluye el retraso en el pago de la hipoteca o el alquiler, los juicios de ejecución hipotecaria y, finalmente, el desahucio), y donde existen personas viviendo en alojamientos inseguros sin título legal (ej. temporalmente con familia o amigos, sub-alquiler ilegal, ocupación ilegal)<sup>2</sup> (Amore et al., 2011; Cortés Alcalá and Antón Alonso, 2007; Novoa et al., 2014).

<sup>2</sup> No se considerará la inseguridad residencial por violencia, pues incluye elementos que van más allá de la dimensión legal y económica de la vivienda como pueden ser las desigualdades de género (en el caso de la

### *Los problemas de asequibilidad*

Los problemas de asequibilidad respecto a la vivienda se convierten en un potencial estresor, afectando tanto a la salud física como mental (Sandel and Wright, 2006). El impacto en la salud mental presenta mayor evidencia, existiendo consenso respecto de que los problemas de asequibilidad pueden relacionarse con estrés crónico, depresión y ansiedad, afectando la calidad de vida de las personas del hogar (Bentley et al., 2011; Evans et al., 2003; Taylor et al., 2007). Esta situación también es posible apreciarla en estudios que relacionan el tipo de tenencia con la salud donde, a pesar de no existir evidencia concluyente, existen autores que plantean que la estabilidad dada por el hecho de ser propietario puede convertirse en un estresor cuando las unidades de convivencia se ven enfrentadas a problemas de pago y a la amenaza de un proceso de ejecución hipotecaria (Rohe et al., 2001; Smith et al., 2003).

A nivel local, Novoa *et al.* evidenciaron como personas afectadas por problemas de asequibilidad y/o vivienda inadecuada, beneficiarias de Càritas Diocesana de Barcelona, presentaban peores resultados en diversos indicadores de salud comparados con la población general. Por ejemplo, respecto a la salud mental (medida mediante el GHQ-12), hasta el 75% de los hombres afectados presentaban mala salud comparado con un 11,5% en la población general. En el caso de las mujeres, se repitieron estos resultados con prevalencias de 72,6% y 15,2%, respectivamente (Càritas Diocesana de Barcelona, 2013; Novoa et al., 2015).

### *La amenaza del desahucio*

El proceso de la amenaza del desahucio se inicia por los retrasos en el pago del alquiler o la hipoteca, seguido por el proceso de ejecución hipotecaria que, finalmente, puede terminar en un desahucio. Existe evidencia relativamente reciente respecto del efecto de estas situaciones en la salud mental y el bienestar de las personas afectadas, así como en indicadores de salud física, aunque esto último bastante menos desarrollado. Algunos estudios transversales han mostrado asociación entre el estar expuesto a juicios de ejecución hipotecaria y desahucios y peor salud mental y menor bienestar comparado con quienes no presentan esta forma de exclusión residencial (Burgard et al., 2012; Cannuscio et al., 2012; Rollins et al., 2012). Pollack et al. encontraron en dos estudios sucesivos que quienes presentaban retraso en el pago de sus hipotecas de más de dos meses o estaban ya en un

---

violencia machista) o los conflictos político-militares (en caso de guerras u otros conflictos armados). Por ende, sería necesario analizarla bajo otro marco conceptual que considere dichos elementos.

juicio de ejecución hipotecaria presentaban mayor frecuencia de enfermedades psiquiátricas, como depresión, ansiedad o disforia (Pollack and Lynch, 2009; Pollack et al., 2010). En la misma línea, existen nuevos estudios que siguen estableciendo esta relación. Así, Houle (Houle, 2014) muestra como un aumento de la tasa de ejecuciones hipotecarias a nivel municipal se asocia con una disminución de la salud mental ajustando por variables individuales y contextuales, mientras que Fowler et al. plantean cómo la pérdida de la vivienda puede provocar un aumento de la frecuencia de suicidios en un estudio de tendencia a nivel estatal (Fowler et al., 2014). Respecto de la salud física, existen estudios que muestran que las personas afectadas por procesos de ejecución hipotecaria presentan mayores tasas de hipertensión y enfermedades cardíacas comparadas con el resto de la población (Arcaya et al., 2014a; Pollack and Lynch, 2009).

Recientemente, también han sido publicados estudios similares en España, país gravemente afectado por estos procesos de exclusión residencial. Por ejemplo, en Granada, Bolívar et al. han encontrado que un 68,4% de personas expuestas a ejecuciones hipotecarias y desahucios presentan todas las características del síndrome de estrés postraumático. Además, tendrían mayor probabilidad de presentar mala salud auto-percibida, enfermedades cardiovasculares y hábitos poco saludables como el tabaquismo o el bajo consumo de frutas y verduras (Bolívar Muñoz et al., 2016a).

También existen estudios de cohorte que analizan esta relación. En Reino Unido utilizando los datos de la British Household Panel Survey, y considerando el aumento de las tasas de ejecuciones hipotecarias durante la década de 1990, se encontró que quienes presentaban retrasos en el pago de la hipoteca o se encontraban en etapas más avanzadas del proceso de desahucio tenían peor salud mental y menor bienestar comparados con la población general (Nettleton and Burrows, 1998; Pevalín, 2009; Taylor et al., 2007). Así mismo, Osypuk et al. (Osypuk et al., 2012) mediante datos obtenidos de una cohorte de 662 mujeres en Detroit, encontraron que aquellas que recientemente habían experimentado un proceso de ejecución hipotecaria presentaban mayor riesgo de síntomas de depresión severa, mientras que McLaughlin et al. (McLaughlin et al., 2012) vieron que aquellas personas que sufrieron la pérdida de sus viviendas producto de una ejecución hipotecaria presentaron mayores tasas de depresión y síndrome de ansiedad generalizada. Por último, un estudio sueco de seguimiento con casi 22.000 hogares encontró que quienes habían perdido sus viviendas o se encontraban en juicios de ejecución hipotecaria tenían hasta 4 veces más riesgo

de suicidio comparados con la población general, luego de ajustar por otras variables socioeconómicas como el desempleo, el nivel educativo o la presencia de comorbilidad psiquiátrica (Rojas and Stenberg, 2015).

#### *Alojamientos inseguros sin título legal*

Finalmente, existe escasa evidencia directa sobre el efecto de vivir en alojamientos inseguros sin título legal (vivir con amigos/familia, sub-alquiler u ocupación ilegal) sobre la salud. Dentro de este ámbito han sido estudiados, principalmente, los efectos sobre la salud de tener que compartir residencia con familiares o amigos, o vivir de allegado, término conocido como *doubling-up*. Los resultados son contradictorios. Por ejemplo, autores como Evans et al. o Gove et al. han asociado esta situación a peor salud mental, explicado principalmente por las consecuencias como el hacinamiento (Evans et al., 1989; Gove et al., 1979). Sin embargo, He *et al.* no encontraron efectos negativos sobre la calidad de vida y salud mental de quienes compartían vivienda en una cohorte de antiguas personas sin hogar y con problemas de salud mental en EEUU. Burgard et al. tampoco encontraron efectos significativos sobre la salud mental ni la salud autopercebida en quienes durante el último año debieron mudarse con otras personas para compartir los gastos del hogar en Michigan, EEUU (Burgard et al., 2012; He et al., 2010). Por su parte, Ahrentzen señala que el hecho de compartir vivienda no es bueno o malo por sí mismo, sino que depende de las condiciones asociadas. Por ejemplo, compartir gastos y responsabilidades en una vivienda podría ser beneficioso al poder satisfacer mejor aspectos como la nutrición o la calefacción del hogar. Sin embargo, el aumento del número de personas dentro de la vivienda puede conducir a hacinamiento y a las consecuencias de éste sobre la salud (Ahrentzen, 2003). Por último, un informe sobre personas que han ocupado vivienda vacía en Catalunya publicado el año 2018 reportó elevados niveles de ansiedad, estrés e insomnio entre las personas viviendo en esta situación (Obra Social Barcelona, 2018)

### **Mecanismos que explican la relación entre la inseguridad residencial y la salud**

A pesar de que existe evidencia sobre los efectos de la inseguridad residencial por motivos económicos sobre la salud, los mecanismos y mediadores que hay detrás de esta asociación han sido poco estudiados. En general, la evidencia publicada se centra en los aspectos

psicosociales y cómo sentimientos como la sensación de fracaso personal, la culpa, el miedo y la inseguridad producto de la situación residencial pueden conducir a distrés psicológico y problemas de salud mental (Ertl, 2013; Hulse and Saugeres, 2008; Keene et al., 2015; Ross and Squires, 2011). Otros estudios han reportado cómo el aumento de conductas poco saludables como el sedentarismo, tabaquismo o el consumo de alcohol entre las personas afectadas podrían mediar entre la inseguridad residencial y numerosas enfermedades (Bolívar Muñoz et al., 2016b; Kirkpatrick and Tarasuk, 2011; Nettleton and Burrows, 2000). Sin embargo, la evidencia en esta materia es aún escasa siendo necesaria mayor investigación al respecto.

## **JUSTIFICACIÓN**

A pesar de que la vivienda es un reconocido determinante social de la salud, las investigaciones desde el campo de la salud pública no son de larga data. Sólo de forma relativamente reciente hemos visto la aparición de marcos conceptuales y estudios que relacionan las condiciones de vivienda y los efectos en la salud de la población. Aun así, dichos estudios están centrados principalmente en las condiciones físicas y de habitabilidad. A la fecha, la investigación sobre los efectos en salud de la inseguridad y la exclusión residencial es más bien escasa a pesar de la enorme relevancia y pertinencia del problema en nuestros días. Por este motivo, esta investigación inicia con una revisión sistemática que pretende ordenar y analizar la evidencia acerca de los efectos en salud de uno de los grandes temas de la inseguridad en la vivienda como es el caso de las personas bajo la amenaza de desahucio. Esto aportará una herramienta de trabajo para personas investigadoras y tomadoras de decisión interesadas en abordar este problema. Un interés justificado considerando el contexto actual de crisis de los sistemas de vivienda en muchos lugares del mundo.

De hecho, desde el año 2008 con el estallido de la burbuja inmobiliaria y el inicio de la crisis económica se han exacerbado los problemas residenciales, principalmente en sistemas de vivienda muy mercantilizados, basados en el endeudamiento y en la tenencia de vivienda en propiedad como es el caso de España y otros países del sur de Europa. Miles de familias han perdido sus viviendas o se encuentran en procesos de ejecución hipotecaria que las mantienen en graves condiciones de inseguridad residencial. A pesar de este panorama, la

mayor parte de la investigación sobre vivienda insegura y salud se ha realizado en países anglosajones, existiendo una brecha con las realidades recién mencionadas. Por esto, la presente tesis continúa con un estudio exploratorio de corte transversal en Cataluña con el propósito de avanzar en el conocimiento de los efectos de la inseguridad residencial en la salud, en contextos poco investigados.

Junto con describir la asociación y la magnitud del problema de la inseguridad residencial y la salud, existen algunos estudios, principalmente cualitativos, que se han centrado en comprender las experiencias personales y explorar los eventuales mecanismos que explican dicha asociación. Sin embargo, además de ser muy escasos, la mayor parte profundiza acerca de la significación de los fenómenos de exclusión residencial, más que centrarse en la comprensión de los mecanismos por los cuales la inseguridad en la vivienda llega a afectar negativamente la salud. Así, posterior a los capítulos descriptivos, esta investigación pretende aportar con un mayor entendimiento acerca de estos mecanismos involucrados desde una aproximación cualitativa y, con ello, tener mayores herramientas para el diseño de intervenciones pertinentes.

En resumen, los aportes de esta investigación incluyen: la sistematización de la evidencia existente acerca de los efectos en salud de uno de los aspectos más relevantes de la inseguridad residencial como es el vivir bajo la amenaza del desahucio; el análisis de la asociación entre inseguridad residencial y salud en el contexto del Estado español, donde esta situación no ha sido suficientemente estudiada; y, por último, el avance en la comprensión acerca de los mecanismos que están detrás de la asociación entre inseguridad residencial y salud.



## Parte 2

# HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### **HIPÓTESIS**

1. La inseguridad residencial por motivos económicos tiene efectos negativos sobre la salud de las personas afectadas, siendo esta última peor que la de la población no afectada.
2. Junto con los mecanismos asociados al estrés, la sensación de fracaso, la disminución de la autoestima, la falta de control de la propia vida y otros factores del ámbito psicosocial, existen mecanismos materiales que median la relación entre inseguridad residencial y salud.

### **OBJETIVO GENERAL**

Profundizar en el conocimiento de los efectos de la inseguridad residencial por motivos económicos sobre la salud y los mecanismos involucrados en dicho proceso.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Recopilar y sistematizar la evidencia científica que existe sobre los efectos de la amenaza del desahucio sobre la salud, como uno de los aspectos relevantes de la inseguridad residencial por motivos económicos.

2. Analizar el estado de salud de las personas con inseguridad residencial por motivos económicos representadas por las personas adultas pertenecientes a la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) de Cataluña y compararlas con la población general en el año 2014.
3. Conocer los mecanismos involucrados en la asociación entre la inseguridad residencial por motivos económicos y la salud en una población de personas pertenecientes a la PAH de Barcelona en el año 2017.

## Parte 3

### ESTUDIOS

Con el propósito de cumplir los objetivos específicos propuestos, la presente investigación se compondrá de los tres estudios que se enumeran a continuación:

1. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review (Vásquez-Vera et al., 2017).
2. Foreclosure and health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages (Vásquez-Vera et al., 2016).
3. “Our lives in boxes”: Perceived mediators between housing insecurity and health using a Photovoice approach (Vásquez-Vera et al., 2019).



## Estudio 1

Vásquez-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;175(2017):199–208.

Vásquez-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;175:199–208. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.01.010

## Estudio 2

Vásquez-Vera H, Rodríguez-Sanz M, Palència L, Borrell C. **Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages.** J Urban Health. 2016;93(2):312–30.

Vásquez-Vera H, Rodríguez-Sanz M, Palència L, Borrell C. [Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages.](#) J Urban Health. 2016 Apr;93(2):312–30. DOI: 10.1007/s11524-016-0030-4

## Estudio 3

Vásquez-Vera H, Fernández A, Novoa AM, Delgado L, Barcala J, Macías C, et al. **“Our lives in boxes”**: Perceived community mediators between housing insecurity and health using a photovoice approach. *Int J Equity Health*. 2019;18(52).

Vásquez-Vera H, Fernández A, Novoa AM, Delgado L, Barcala J, Macías C, et al. [Our lives in boxes: perceived community mediators between housing insecurity and health using a PHOTOVOICE approach](#). *Int J Equity Health*. 2019;18(1):52. DOI: 10.1186/s12939-019-0943-0

## Parte 4

# DISCUSIÓN

Los estudios incluidos en esta tesis reportan los efectos negativos de la inseguridad residencial por motivos económicos sobre la salud física y mental. A nivel internacional, la evidencia sistematizada reporta que las personas que viven bajo la amenaza del desahucio (proceso que puede ir desde el retraso en el pago del alquiler o la hipoteca hasta el ser desahuciadas) presentan resultados negativos en su salud mental y física. Estos efectos variarían según los ejes de desigualdad social como el género, la clase social, el nivel educativo, el pertenecer a una minoría étnica y el territorio. Además, no sólo serían consecuencia de la exposición individual (ej. estar directamente afectado/a por un proceso de desahucio), sino también de la exposición a determinantes contextuales (ej. vivir en barrios con altos niveles de procesos de ejecución hipotecaria) (Vásquez-Vera et al., 2017). Estos resultados coinciden con los encontrados en nuestro contexto. Así, entre las personas afectadas por situaciones de inseguridad residencial pertenecientes a la Plataforma de Afectadas por la Hipoteca de Cataluña se observó mayor probabilidad de presentar mala salud mental (escala de Goldberg) y mala salud auto-percibida comparadas con la población general, lo cual se mantuvo después de ajustar por otras variables socioeconómicas (Vásquez-Vera et al., 2016). Es destacable, además, que estos efectos no se distribuyeron homogéneamente entre el grupo de personas afectadas, sino que afectaron con mayor intensidad a aquellas con mayor desventaja social y económica como las desempleadas, aquellas con menor nivel educativo, de clase social manual y las mujeres. Los mecanismos que explican esta relación se asocian principalmente a cambios psicosociales, como el sentimiento de pérdida de control de la propia vida, la estigmatización, la culpa, la vergüenza y el aislamiento, y a la adopción de conductas poco saludables, todos los cuales serían determinantes de diversos problemas de salud física y

mental (Vásquez-Vera et al., 2017). Profundizando en esta línea, encontramos, además, otros mediadores percibidos por las personas afectadas como son el deterioro de las condiciones materiales de la vivienda, el acoso de las entidades financieras y el estrés físico y mental del momento del desahucio, las cuales a su vez podrían ser moduladas por la respuesta de los servicios públicos, la participación social y el empoderamiento político (Vásquez-Vera et al., 2019). Finalmente, la inseguridad residencial sería un fenómeno complejo que interactúa con otros tales como la pobreza energética, las condiciones de trabajo y empleo, y la privación material a la hora de afectar la salud, por lo cual serían necesarias respuestas complejas e integrales para abordar esta situación.

## **EFFECTOS DE LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL SOBRE LA SALUD**

El principal objetivo de esta investigación fue profundizar en los efectos de la inseguridad residencial por motivos económicos sobre la salud. Nuestros resultados coinciden en reportar efectos negativos tanto en la salud mental y física como en las conductas relacionadas con ésta (Vásquez-Vera et al., 2017, 2016). Los problemas de salud mental son los efectos más descritos tanto en nuestros estudios como en la literatura internacional (Downing, 2016; Tsai, 2015; Vásquez-Vera et al., 2017). Esta vinculación directa no es de extrañar si se consideran los diversos cambios psicológicos, como la pérdida de la seguridad ontológica, que aparecen como parte de los mecanismos que explican la relación entre la inseguridad residencial y la salud. Dentro de los resultados negativos en salud mental se encontraron mayor probabilidad de estrés psicológico o riesgo de mala salud mental (medido con escalas como el GHQ-12) (Vásquez-Vera et al., 2017, 2016), depresión, ansiedad, síndrome de estrés post-traumático, suicidios y abuso de sustancias (Vásquez-Vera et al., 2017). En general, estos resultados son consistentes y coinciden con otras revisiones sistemáticas que analizan el efecto de la inseguridad residencial (Downing, 2016; Tsai, 2015) o el de los problemas de deuda, incluyendo los asociados a la vivienda (Fitch et al., 2014; Turunen and Hiilamo, 2014), sobre la salud mental.

Por su parte, y a pesar de existir menos evidencia al respecto, nuestros resultados reportan los efectos negativos de la inseguridad residencial sobre distintos indicadores de salud física y general (Vásquez-Vera et al., 2017, 2016). Uno de los más estudiados es la salud

auto-percibida, un indicador subjetivo que incluye tanto la experiencia de enfermedades agudas o crónicas como las sensaciones asociadas al bienestar. Este indicador ha sido utilizado en numerosos estudios, demostrando ser un buen proxy del estado de salud (en relación a calidad de vida, enfermedades clínicamente diagnosticadas y función física), de la utilización de servicios sanitarios y de la mortalidad (Idler and Benyamini, 1997; Mavaddat et al., 2011; Quesnel-Vallée, 2007). En el caso de nuestra investigación con personas pertenecientes a la PAH de Cataluña encontramos que tanto hombres como mujeres de la plataforma presentaron alrededor de tres veces más probabilidad de mala salud auto-percibida comparadas con la población general (Vásquez-Vera et al., 2016). Otros efectos significativos reportados en la literatura sobre la salud física fueron una mayor probabilidad de presentar mayores tasas de mortalidad, trastornos crónicos, incrementos en la presión arterial sistólica y en el índice de masa corporal, lesiones producto de violencia machista y maltrato infantil (Vásquez-Vera et al., 2017). Estos resultados coinciden con otras revisiones sistemáticas similares (Downing, 2016; Tsai, 2015).

Es importante notar que los efectos descritos no sólo los encontramos a nivel individual, sino también contextual (Arcaya et al., 2014a, 2014b; Batson and Monnat, 2015; Cagney et al., 2014; Dunlap et al., 2016; Houle and Light, 2014; Vásquez-Vera et al., 2017). Esto quiere decir que no solamente las personas afectadas por inseguridad residencial ven deteriorada su salud por el efecto directo que ésta tiene, sino también aquellas que residen en barrios con una alta frecuencia de este fenómeno, independientemente de estar directamente afectadas o no (Bennett et al., 2009). Un ejemplo es el estudio de Arcaya et al., el cual reportó un aumento medio de 1,71 mm/Hg de la presión arterial sistólica entre las personas participantes por cada desahucio adicional ocurrido dentro de un radio de 100 metros de su vivienda (Arcaya et al., 2014a). Esta relación estaría explicada por los cambios en el contexto, más allá de los mecanismos directos entre la inseguridad residencial y la salud individual, relevando la importancia del territorio sobre la salud de la población (Borrell et al., 2013; Diez Roux and Mair, 2010). Por ejemplo, se ha descrito que barrios con una elevada tasa de desahucios, y que habitualmente presentan mayores índices de privación socioeconómica, son más propensos a presentar viviendas vacías, solares abandonados y poca inversión, lo cual conduce a una desvalorización de la propiedad, una menor oferta de servicios y aumento del crimen y la inseguridad (Immergluck and Smith, 2006; Kingsley et al., 2009). Cuando estos procesos alcanzan un nivel crítico, debilitan la economía del barrio y generan

sentimientos de miedo, desconfianza y desorden social, todo lo cual afecta negativamente la salud y la calidad de vida de las personas que allí residen (Bennett et al., 2009).

## **DESIGUALDADES SOCIALES EN LOS EFECTOS DE LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL SOBRE LA SALUD**

Los resultados en salud no se distribuyen al azar o de forma homogénea a través de la población, sino que varían según el grupo al que se pertenezca dentro de los ejes de estratificación social como el género, la clase social, la etnia, estatus migratorio, el territorio, entre otros. Existe abundante evidencia sobre cómo los grupos más desventajados dentro de esta jerarquía social son quienes presentan peor salud (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Marmot et al., 2008; Navarro and Benach, 1996; Phelan et al., 2010; Rose and Marmot, 1981). Algunos de los mecanismos de producción de estas inequidades en salud son recogidos por el modelo propuesto por la OMS que explica cómo la estratificación social, basada en una desigual distribución del poder y la riqueza, define, a su vez, una exposición diferencial de los distintos grupos a condiciones de vida más o menos saludables, lo que genera distintas vulnerabilidades acumuladas a lo largo de la vida y, finalmente, una serie de consecuencias sociales y de salud, también diferentes según el grupo al que se pertenezca (Solar and Irwin, 2010).

Esta teoría generalista es también aplicable a la relación entre la vivienda y la salud, y particularmente a los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud. De hecho, nuestros estudios apuntan en esa dirección. A nivel local encontramos que los procesos de inseguridad residencial afectaron más frecuentemente a personas desempleadas, de clase social manual y con menor nivel educativo comparadas con la población general (Vásquez-Vera et al., 2016), mientras que la evidencia internacional sistematizada reportó resultados similares, junto con una mayor exposición en las minorías racializadas, principalmente en países anglosajones (Vásquez-Vera et al., 2017). Esta distribución diferencial de la exposición a la inseguridad residencial muestra que las desigualdades sociales son inherentes también al acceso a la vivienda y que esto, a su vez, contribuye a explicar los peores resultados en salud en los grupos más desventajados (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Solar and Irwin, 2010).

Ahora bien, no sólo encontramos desigualdades sociales en cuanto a la exposición, sino también en cuanto a los efectos de la inseguridad residencial en la salud de los distintos grupos sociales. Esto se tradujo en que, ante una misma situación de inseguridad residencial, los grupos más desfavorecidos presentaron mayores efectos negativos en su salud (a pesar de que estas diferencias no fueron tan marcadas y los efectos fueron muy altos en todos los grupos sociales afectados al compararlos con la población general) (Vásquez-Vera et al., 2017, 2016). Por ejemplo, en el caso de las personas afectadas por procesos de inseguridad residencial pertenecientes a la PAH de Cataluña se observaron razones de prevalencia de mala salud mental más elevadas en personas con educación primaria o menor comparadas con aquellas con educación universitaria, aún luego de ajustar por otras variables socioeconómicas. De forma similar ocurrió con las personas desempleadas y de clase social manual comparadas con las empleadas y de clase social no manual, respectivamente (Vásquez-Vera et al., 2016). A nivel agregado, los estudios incluidos en la revisión sistemática que analizaron las desigualdades sociales en los efectos del proceso del desahucio sobre la salud mostraron que aquellos territorios con mayor proporción de minorías étnicas o concentración de pobreza presentaban una mayor asociación entre inseguridad residencial y mala salud mental e hipertensión arterial (Houle, 2014; Jones et al., 2015).

Estas diferencias no son espontáneas o fruto del azar, sino que responden a una serie de mecanismos sociales, económicos, políticos y culturales relacionados con el poder. Un ejemplo claro es la relación entre inseguridad residencial, el género y sus efectos sobre la salud. Como plantea Smith (1990), es reconocido que las sociedades, en distinta medida, son patriarcales en el modo en que se estructuran y organizan, y, por tanto, los sistemas de vivienda que allí se implementan (Smith, 1990). Una de las consecuencias de esta realidad es que las mujeres encuentren mayores dificultades para acceder a una vivienda adecuada, teniendo más probabilidad de sufrir situaciones de inseguridad residencial que sus pares hombres (Desmond, 2015; Kaijser, 2007; Mncayi, 2018). Esta mayor exposición es producto de una discriminación y subordinación estructural de las mujeres basadas en normas sociales relacionadas con los roles de género y un desequilibrio de poder evidente entre ambos grupos sociales. Ejemplos de lo anterior son la mayor responsabilidad, no remunerada y socialmente impuesta, en las tareas de cuidado, asumiendo una doble carga de trabajo fuera y dentro del hogar, y el menor acceso a la educación, trabajo (donde, además, existe segregación vertical y horizontal con peores salarios y condiciones de empleo) y recursos materiales. Esto aumenta la dependencia de las mujeres de los hombres, siendo más susceptibles a violaciones

de sus derechos, incluido el del acceso a la vivienda. Con ello, la falta de vivienda adecuada y las barreras económicas y culturales que dificultan la compra o alquiler de un lugar propio, hace que muchas mujeres se vean atrapadas en relaciones de pareja y familiares en las que sufren violencia o, escapando de esa situación, emprendan itinerarios residenciales marcados por la inseguridad y la inestabilidad (Kaijser, 2007; Tually et al., 2008; United Nations Human rights, 2012). Esta discriminación y subordinación estructural también es ejercida desde las instituciones. Dymski et al (2013) discuten cómo en EEUU durante el período de la burbuja inmobiliaria las instituciones financieras orientaron el negocio de las hipotecas *subprime* hacia las mujeres, pertenecientes a minorías étnicas y de escasos recursos económicos, tomando ventaja de las desigualdades de poder e información entre las partes (Dymski et al., 2013). No es de extrañar, que estas mismas mujeres sean uno de los grupos más afectados por la crisis de vivienda producto del estallido de la burbuja inmobiliaria (Desmond, 2015). Finalmente, la mayor presencia en las tareas domésticas y de cuidado sitúa a las mujeres con más frecuencia que los hombres en el espacio privado, más expuestas y susceptibles a los estresores materiales y psicosociales presentes en la vivienda como es el caso de la inseguridad residencial. Los hombres, por el contrario, son situados en el espacio público como proveedores de la economía del hogar y, por ende, más susceptibles a los efectos de otros determinantes sobre la salud, como el empleo, que a los relacionados con la vivienda (Arber, 1991; Artazcoz et al., 2004; Garcia-Calvente et al., 2012; Reyes et al., 2019). Un reflejo de lo anterior podrían ser los resultados de un estudio de Reyes et al. quienes, en una muestra de personas participantes de un programa de inserción laboral en Barcelona, encontraron asociación entre inseguridad residencial y mala salud mental y auto-percibida principalmente en las mujeres de la muestra, mientras que en los hombres la salud estaba fundamentalmente afectada por su situación laboral (Reyes et al., 2019) (Anexo 1).

## **MECANISMOS Y MEDIADORES DE LA RELACIÓN ENTRE LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL Y LA SALUD**

Existe bastante coherencia en la evidencia local e internacional respecto de los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud. Sin embargo, todavía no son del todo claros los mecanismos y mediadores que relacionan ambos fenómenos. De hecho, sólo una pequeña proporción de los artículos incluidos en nuestra revisión sistemática aportaron información

relevante (Bolívar Muñoz et al., 2016; Ertl, 2013; Hulse and Saugeres, 2008; Keene et al., 2015; Kirkpatrick and Tarasuk, 2011; Libman et al., 2012; Luginaah et al., 2010; Nettleton and Burrows, 2000; Ross and Squires, 2011; Vásquez-Vera et al., 2017). De esta evidencia, la mayoría se ha centrado en los cambios psicosociales sufridos por las personas bajo situaciones de inseguridad residencial, situándolos como uno de los mecanismos principales entre ésta y la mala salud, principalmente mental (Ertl, 2013; Hulse and Saugeres, 2008; Keene et al., 2015; Libman et al., 2012; Nettleton and Burrows, 2000). Nuestro estudio sobre mediadores percibidos realizado con personas bajo inseguridad residencial pertenecientes a la PAH de Barcelona encontró resultados similares (Vásquez-Vera et al., 2019). Así, las personas reportan cómo el no poder proyectarse en su lugar de residencia y, por ende, planificar su vida, les hace vivir en una especie de limbo que favorece sentimientos de incertidumbre, miedo sobre el futuro y sensación de pérdida de control sobre la propia vida (Ertl, 2013; Luginaah et al., 2010; Nettleton and Burrows, 2000; Ross and Squires, 2011; Vásquez-Vera et al., 2019). Además, en sociedades donde se ha hiper-mercantilizado la vivienda, el tenerla asegurada es un signo de estatus asociado al ser “un ciudadano o ciudadana ejemplar” (Di Feliciano, 2017; Nettleton and Burrows, 2000). Así, no es extraño que el perder la vivienda o tener problemas para asumir los costos de un contrato de alquiler o hipoteca genere sentimientos de vergüenza, culpa, fracaso personal, discriminación y estigma (Keene et al., 2015; Nettleton and Burrows, 2000; Ross and Squires, 2011; Vásquez-Vera et al., 2019). Por otra parte, la inseguridad residencial puede conducir a un deterioro de la red social y de las relaciones familiares (Hulse and Saugeres, 2008; Libman et al., 2012; Luginaah et al., 2010; Vásquez-Vera et al., 2019). Perder la vivienda, o verse obligado a cambiarse a otro sitio por no poder asumir los costos, muchas veces significa también perder a la comunidad y las diferentes redes de apoyo construidas en el barrio. Estas consecuencias sociales se traducirían en una mayor probabilidad de mala salud física y mental a través de vías como el aislamiento, la sensación de no pertenecer al nuevo contexto, la falta de apoyo para enfrentar imprevistos o problemas de salud, entre otros (Hulse and Saugeres, 2008; Islam et al., 2006; Libman et al., 2012; Lindström, 2008; Murphy et al., 2014; Vásquez-Vera et al., 2019). Finalmente, a pesar de estar mucho menos estudiado, pareciera ser que el acoso sistemático de los bancos e instituciones financieras (acreedores de deudas hipotecarias o incluso de alquiler) sería otro de los mecanismos psicosociales involucrados. A la fecha, estudios similares se remiten a los efectos de la deuda sobre la salud, reportando cómo los procedimientos formales e informales de cobranza generan ansiedad y estrés entre las

personas deudoras, principalmente en los casos donde el acreedor del crédito tiene el derecho de quedarse con la propiedad del demandado (Drentea and Lavrakas, 2000; Jacoby, 2002).

Algunos de estos cambios psicosociales descritos se han asociado a la pérdida de la seguridad ontológica, la cual se puede definir como la confianza que tienen la mayoría de las personas en la continuidad de su propia identidad y de sus entornos de acción social y material. La seguridad de ser en el mundo (Giddens, 1990). Sería una profunda necesidad psicológica en la mayoría de las sociedades basada en la construcción de relaciones de confianza en la edad temprana y que se mantiene desde la rutina, las experiencias cotidianas y el encuentro con otros (Dupuis and Thorns, 1998; Giddens, 1990). Por lo mismo, hay quienes atribuyen una relación directa entre la seguridad ontológica y la vivienda, el lugar donde las personas se sienten en control de su entorno, libres para ser ellas mismas en un mundo que a veces se vuelve hostil e incontrolable (Dupuis and Thorns, 1998; Hulse and Saugeres, 2008; Saunders, 1990, 1986). Bajo esta perspectiva, la seguridad ontológica se logra mantener cuando la vivienda cumple cuatro condiciones básicas: ser un lugar de estabilidad dentro del entorno material y social; ser un contexto espacial en el cual transcurren las rutinas cotidianas de la existencia humana; ser un lugar donde las personas se sienten con un alto control de sus vidas al estar libres de vigilancia y; ser una base confiable en torno a la cual las identidades personales son construidas (Dupuis and Thorns, 1998). No resulta difícil, entonces, argumentar que la inseguridad residencial deteriora profundamente la seguridad ontológica de las personas afectadas, incrementando la sensación de incertidumbre, el miedo, la pérdida de control, el estrés y los problemas de salud mental (Hulse and Saugeres, 2008). Como relató una de las personas de nuestro estudio sobre mediadores entre la inseguridad residencial y la salud: *“Cuando tú pierdes tu piso (...) es como si se te cae encima todo un edificio (...). Vas a estar intentando reconstruirlo, pero no tiene raíz (...). Porque yo, en este momento, me siento sin raíz, (...) vacía”* (Vásquez-Vera et al., 2019).

Siguen siendo escasos los estudios respecto de los mecanismos materiales a través de los cuales la inseguridad residencial afectaría la salud de las personas afectadas (Downing, 2016; Tsai, 2015; Vásquez-Vera et al., 2017). La falta de estudios en esta línea podría deberse a que, por un lado, existe una clara dificultad metodológica para aislar las consecuencias materiales de la inseguridad residencial de otras dimensiones relacionadas con la privación material como el desempleo, la precariedad laboral y los bajos ingresos, la pobreza energética o la inseguridad alimentaria. Por otro, han prevalecido los enfoques psicosociales en el debate

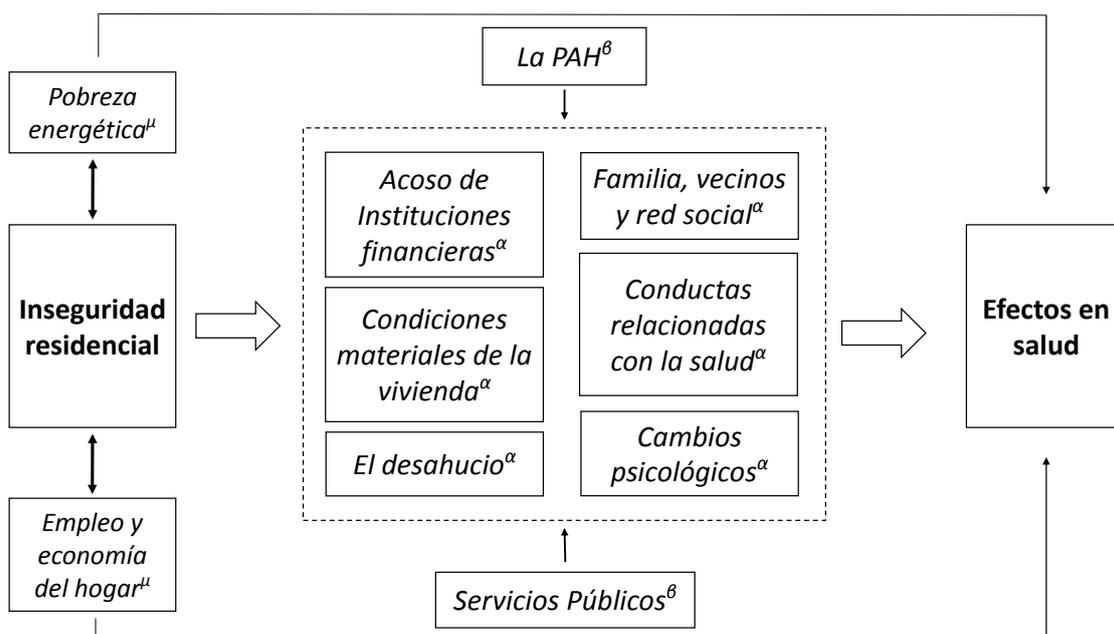
sobre los mecanismos que explican la salud y las desigualdades en salud, en ocasiones desplazando a un segundo plano las explicaciones de índole material (o neo-material) (Dunn et al., 2006; Lynch et al., 2000; Marmot and Wilkinson, 2001; Muntaner et al., 2005). Pese a ello, atender a los aspectos materiales involucrados en la relación entre la inseguridad residencial y la salud es fundamental. Permite discutir sobre aspectos sociales y económicos más estructurales asociados a la distribución del poder y la riqueza que, finalmente, determinarán el acceso a bienes y recursos materiales como la vivienda o, por el contrario, a presentar barreras socioeconómicas que conducirán a distintos tipos de inseguridades, como la residencial.

Además, es importante ya que la vivienda constituye un elemento central en la configuración de la realidad material y social de las personas. No sólo por su importancia en términos de protección, privacidad u otras de sus funciones básicas, sino porque su costo representa un elevado porcentaje de los ingresos del hogar, siendo probablemente el mayor gasto fijo en la economía familiar o personal (Hernández et al., 2016). Esta situación se intensifica en los grupos de menores ingresos. Por ejemplo, según datos de la OECD, en el Estado Español alrededor de un 75% de los hogares en alquiler del quintil de menores ingresos gasta más de un 40% de sus ingresos mensuales en vivienda (Salvi del Pero et al., 2016). Por esto, cuando las personas afrontan problemas económicos y el consecuente riesgo de no poder pagar la vivienda, priorizan esta dimensión desencadenando un efecto dominó, que incluye progresivamente una serie de inseguridades en otras dimensiones de la vida (Hernandez, 2013; Hulse and Saugeres, 2008; Vásquez-Vera et al., 2019). Así, la evidencia disponible sobre este fenómeno se centra en la asequibilidad a la vivienda y en estas estrategias de compensación del gasto a las que deben recurrir las personas bajo inseguridad residencial. Éstas se traducen en menos recursos destinados a otras necesidades materiales aumentando la probabilidad de inseguridad alimentaria, pobreza energética o deterioro físico de la vivienda, lo cual, a su vez, afectaría la salud (Hulse and Saugeres, 2008; Libman et al., 2012; Luginaah et al., 2010; Vásquez-Vera et al., 2019).

La interacción de las distintas dimensiones de privación material que co-existen en la realidad del hogar plantea la necesidad de utilizar aproximaciones analíticas más complejas que eviten estudiar la inseguridad como un fenómeno aislado. Tanto los resultados de la síntesis de la evidencia sobre el proceso del desahucio y la salud, como nuestro estudio sobre mediadores dan cuanta de esta realidad (Vásquez-Vera et al., 2019, 2017). Por ejemplo, este

último reportó cómo la relación entre la inseguridad residencial y la salud no puede ser explicada sin considerar aspectos como el empleo y la economía del hogar, y la pobreza energética (Figura 6) (Vásquez-Vera et al., 2019). A pesar de no haber sido identificados como mediadores directos, ambos fenómenos fueron considerados como determinantes estrechamente vinculados a la inseguridad residencial por motivos económicos, pudiendo acrecentar los resultados negativos sobre la salud. De la misma forma, y aunque fue mencionada dentro de las conductas relacionadas con la salud, la inseguridad alimentaria también fue reportada como una situación habitual que habla de la privación material como consecuencia de las compensaciones del gasto ya comentadas, la cual podría empeorar los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud.

Figura 6. Mediadores<sup>α</sup>, modificadores<sup>β</sup> y co-determinantes<sup>μ</sup> entre la inseguridad residencial y la salud percibidos por la comunidad (Vásquez-Vera et al., 2019).



Si bien tampoco existe una nutrida evidencia en Salud Pública sobre estas interacciones, existen algunos autores que dan cuenta de esta situación. Cook et al. observaron que las niñas y niños bajo pobreza energética tenían mayor probabilidad de padecer inseguridad residencial y mala salud general, aunque no analizaron la posible interacción entre ambos determinantes (Cook et al., 2008). A su vez, Hernández propuso el

término “trifecta de inseguridades” para referirse a la asociación entre inseguridad residencial, inseguridad energética e inseguridad alimentaria y cómo esta puede afectar la salud de las personas que son obligadas a realizar compensaciones del gasto y decidir qué dimensión priorizar a expensas de las otras (Hernandez, 2013). Respecto del empleo, nuestros resultados mostraron una relación bidireccional. Por un lado, la pérdida del trabajo remunerado puede ser una causa directa de inseguridad residencial producto de la disminución de los recursos disponibles<sup>1</sup>. Por otro, vivir bajo inseguridad residencial puede ocasionar la pérdida del empleo o aumentar la dificultad para recuperarlo, lo cual limita las posibilidades de conseguir recursos económicos para solucionar el problema de vivienda, aumentando el estrés de las personas afectadas (Vásquez-Vera et al., 2019). En la misma línea, un estudio de Bentley et al. reportó cómo dentro de las personas afectadas por estrés financiero debido a los costos de la vivienda, aquellas con empleos inseguros presentaban peores niveles de salud mental comparadas con aquellas con empleos seguros (Bentley et al., 2016). Por su parte, Reyes et al. observaron una interacción significativa entre la situación laboral y la inseguridad residencial sobre la salud de los hombres estudiados. Aquellos que se mantuvieron en inseguridad residencial durante el periodo de seguimiento y se encontraban desempleados sin ningún tipo de prestación, presentaron mayor probabilidad de mala salud mental a diferencia de las otras categorías de situación laboral (empleados y desempleados con prestación) que no arrojaron resultados significativos (Reyes et al., 2019) (Anexo 1).

Por último, la adopción de conductas poco saludables, en muchos casos como estrategia de afrontamiento (*coping*), es reportada como otra de las vías por las cuales la inseguridad residencial afectaría la salud. Así, se encontró una mayor probabilidad de consumo problemático de alcohol (principalmente en hombres), tabaquismo, sedentarismo, dietas poco saludables o automedicación de psicofármacos entre las personas afectadas (Bolívar Muñoz et al., 2016; Kirkpatrick and Tarasuk, 2011; Nettleton and Burrows, 2000; Vásquez-Vera et al., 2019, 2017). Conceptualmente, estas conductas han sido reconocidas como uno de los mediadores clave entre los determinantes sociales más distales y la salud individual (Short and Mollborn, 2015), pudiendo dar cuenta de una de las vías que explican la relación entre la inseguridad residencial y la salud. De hecho, está descrito cómo el entorno social y material (como aquel influenciado por los problemas de vivienda) puede modificar

---

<sup>1</sup> Es la causa más frecuentemente reportada por personas afectadas por inseguridad residencial en un informe realizado por la PAH a nivel de todo el Estado español el año 2013 (Alemany et al., 2013).

las conductas relacionadas con la salud mediante el establecimiento de normas (formales e informales), el control social, facilitando o no la adopción de ciertas conductas, reduciendo o aumentando el estrés y limitando la capacidad de decisión individual (Lindström, 2008). Esta última idea es clave, pues cuestiona hasta qué punto las decisiones que llevan a unas u otras conductas son libres y autónomas, poniendo sobre la mesa el debate sobre “estructura” versus “agencia” (Cockerham, 2005). Quienes defienden la idea de la estructura destacan el poder de las condiciones estructurales en el modelaje de los comportamientos individuales a lo largo de ciertas directrices sociales ya definidas. Por otro lado, quienes defienden a la agencia relevan la capacidad individual de los actores para elegir sus conductas independientemente de la influencia estructural. Seguramente ambas contribuyen a explicar la adopción de conductas relacionadas con la salud. Sin embargo, existe evidencia científica sobre cómo las políticas de promoción de la salud únicamente orientadas al cambio conductual individual no han demostrado ser efectivas para mejorar la salud de toda la población ni de reducir las inequidades en salud, siendo necesarias medidas que aborden los determinantes sociales, económicos y políticos que influyen la salud (Baum and Fisher, 2014). Por lo tanto, y llevándolo a nuestro ámbito de estudio, es necesario avanzar con investigaciones que profundicen en las explicaciones estructurales que nos ayuden a transitar desde enfoques de salud individuales a colectivos y, así, a entender mejor la relación entre la inseguridad residencial y las conductas relacionadas con salud.

En resumen, los mediadores identificados entre la inseguridad residencial y la salud durante esta investigación se pueden clasificar en mediadores psicosociales y materiales, que, a su vez, pueden ser de índole individual (efecto directo) y contextual (efecto indirecto). Por su parte, las conductas relacionadas con la salud aparecen como mediadores proximales que median entre determinantes más estructurales relacionados con la inseguridad residencial y la salud (estrategias de afrontamiento) (Tabla 3). Dentro de los mediadores psicosociales individuales se encuentran los cambios psicológicos (ej. incertidumbre, miedo, sensación de fracaso, pérdida de la seguridad ontológica), el deterioro de la red social (ej. rupturas familiares o pérdida de la red comunitaria por desplazamientos obligados) y el acoso de las instituciones financieras o inmobiliarias. Dentro de los mecanismos psicosociales contextuales se encuentran la pérdida de la cohesión social y la confianza dentro de la comunidad. Por su parte, dentro de los mediadores y/o mecanismos materiales individuales relacionados están el deterioro de las condiciones físicas de la vivienda o la pérdida de ésta como lugar de refugio y protección, la suma de inseguridades en otras dimensiones como la

inseguridad alimentaria y la pobreza energética (consecuencias de las estrategias de compensación del gasto), y la situación de empleo que, además de ser uno de los principales determinantes de la inseguridad residencial, tendría una relación bidireccional e interactuaría con la inseguridad residencial en sus efectos en salud. Dentro de los mediadores vinculados a las conductas relacionadas con la salud encontramos la adopción de conductas poco saludables (ej. aumento del consumo alcohol, tabaquismo, sedentarismo, etc.) y la disminución del autocuidado (ej. menor adherencia a tratamientos o controles médicos). Por último, a nivel contextual, tanto los mediadores materiales como las conductas relacionadas con salud se pueden explicar a través del deterioro del entorno físico del barrio y de la economía local (ej. cierre de comercios y servicios) lo cual repercute sobre la salud de quienes allí residen.

Tabla 3. Resumen de mediadores identificados entre la inseguridad residencial y la salud.

	<b>Nivel individual</b>	<b>Nivel contextual</b>
<b>Mediadores psicosociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios psicológicos como el miedo, la incertidumbre, la sensación de fracaso personal, la vergüenza, la pérdida de la seguridad ontológica, el aislamiento y la sensación de estigma.</li> <li>- El deterioro de la red social (ej. rupturas familiares o pérdida de la red comunitaria por desplazamientos obligados).</li> <li>- El acoso de las instituciones financieras o inmobiliarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pérdida de la cohesión social y la confianza dentro de la comunidad.</li> </ul>
<b>Mediadores materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El deterioro de las condiciones físicas de la vivienda o la pérdida de ésta como lugar de refugio y protección.</li> <li>- La suma de inseguridades en otras dimensiones como la inseguridad alimentaria y la pobreza energética (consecuencias de las estrategias de compensación del gasto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El deterioro del entorno físico del barrio y de la economía local (ej. aumento de viviendas y solares vacíos, menor provisión de servicios, deterioro de la infraestructura del espacio público, cierre de comercios).</li> </ul>
<b>Conductas relacionadas con la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conductas poco saludables como el tabaquismo, aumento del consumo de alcohol, sedentarismo, etc.</li> <li>- Disminución del auto-cuidado (ej. menor adherencia a tratamientos o controles médicos).</li> </ul>	

## **LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y SU ROL EN LA RELACIÓN ENTRE LA INSEGURIDAD RESIDENCIAL Y LA SALUD**

La movilización social y la participación ciudadana han sido otro de los elementos relevantes en la relación entre la inseguridad residencial y la salud analizados en el transcurso de esta investigación (Vásquez-Vera et al., 2019, 2016). Estos fenómenos, traducidos en la figura de la PAH, fueron reportados como el factor protector más importante entre las personas afectadas que participaron de esta investigación (Vásquez-Vera et al., 2019), además de facilitar la obtención de mejores soluciones al problema de vivienda a sus integrantes (ej. más daciones en pago comparadas con la población general) (Vásquez-Vera et al., 2016).

Lo anterior coincide con el grueso de la literatura que reporta los efectos positivos de la cohesión social en la salud física y mental, tanto a nivel individual como contextual (Islam et al., 2006; Kim et al., 2008). Dentro de los posibles mecanismos que podrían explicar este fenómeno, Berkman y Glass (2000) destacan el apoyo social y la ayuda mutua que podrían atenuar situaciones de estrés; el establecimiento de normas que son reproducidas por los pares y pueden promover la salud (ej. la cooperación dentro de la comunidad o el ejercicio físico como actividad habitual); la sensación de coherencia y sentido que puede dar la colaboración con otros/as (solidaridad); o la mayor probabilidad de acceder a recursos materiales y servicios a través del trabajo colectivo y la cooperación (Berkman and Kawachi, 2000).

En el caso del fenómeno de la inseguridad residencial, la organización ciudadana y la lucha colectiva pueden jugar un rol importante en la disminución de los efectos negativos en la salud de las personas afectadas, a través de la intervención de varios de los mediadores antes mencionados (Vásquez-Vera et al., 2019). En primer lugar, mediante el empoderamiento personal y colectivo promovido dentro de la organización, lo cual contribuye a la disminución de los sentimientos de culpa, vergüenza y fracaso personal, comunes entre quienes han perdido o están a riesgo de perder su vivienda. Por ejemplo, en el caso de la PAH, las participantes refieren cómo estos sentimientos comienzan a desaparecer rápidamente al entrar en contacto con otras personas afectadas por situaciones similares y que han entendido que su problema responde a causas estructurales que no sólo les afecta a ellas, sino a muchas más (ej. altos niveles de desempleo, híper-mercantilización de la vivienda, alquiler social casi inexistente, el fraude bancario que llevó a la explosión de

la burbuja inmobiliaria en 2007, entre otras) (Di Feliciantonio, 2017; Mangot, 2013). Así, estos sentimientos van mutando hacia otros como la solidaridad, la esperanza y la necesidad de lucha colectiva que les da coherencia y un nuevo sentido, mejorando su salud.

Por otra parte, participar de un movimiento social como la PAH les devuelve la red social, muchas veces perdida por el proceso del desahucio. Vuelven a encontrar el apoyo de pares que, además de dar contención emocional, puede darles soporte en otros aspectos de la vida material que influyen su salud. Otros estudios coinciden, como es el caso de Altschuler et al. que, mediante entrevistas y grupos focales en nueve barrios de Oakland, California, describieron cómo la participación social, la reciprocidad y la eficacia colectiva mejoraron el acceso a servicios municipales y suministros (Altschuler et al., 2004) o Martín et al. que, también en EEUU, observaron cómo, tanto a nivel de hogar como comunitario, a mayor participación en una red social menor probabilidad de padecer inseguridad alimentaria (Martín et al., 2004).

Por último, el trabajo colaborativo permite dar respuestas más efectivas al problema residencial a través de negociaciones colectivas. Daciones en pago, moratorias de desahucios o alquileres sociales pactados con los propietarios y acreedores de la deuda habitacional (habitualmente bancos, fondos buitre u otros grandes tenedores) se logran con mayor frecuencia a través del trabajo colectivo más que desde el mero esfuerzo individual. De hecho, nuestro estudio del año 2014 con 905 personas afectadas de la PAH de Cataluña mostró que aproximadamente el 85% de las personas que habían sido desahuciadas lograron obtener la dación en pago, versus un escaso 33% en la población general (Vásquez-Vera et al., 2016). Cuando la vulneración del derecho a la vivienda es total y se han agotado las estrategias de negociación, la PAH también recurre a la reapropiación de viviendas vacías que son propiedad de las instituciones financieras producto de las ejecuciones hipotecarias. Así, basada en su principio de desobediencia civil no violenta, la plataforma también ofrece una salida de emergencia a las personas y familias que de otra manera serían obligadas a vivir en la calle (Mir García et al., 2013).

Junto con estos efectos de la movilización social a nivel individual, es interesante no olvidar aquellos a nivel contextual, puesto que el trabajo de la PAH ha contribuido a impulsar leyes y medidas por el derecho a la vivienda que, más allá de quienes participan directamente en la Plataforma, contribuirán a mejorar las condiciones de vida y salud de toda la población.

## LIMITACIONES

Si bien esta investigación se basa en modelos y referencias teóricas sobre la relación entre la vivienda y la salud (Bonney, 2007; Mari-Dell'Olmo et al., 2016; Novoa et al., 2014; Rauh et al., 2008; Shaw, 2004), la primera limitación es la ausencia de definiciones claras y un marco teórico específico entre la inseguridad residencial por motivos económicos y la salud en la literatura previa. Esto en parte se debe a que no existe una definición clara y común de inseguridad residencial en la literatura en Salud Pública. Por una parte, hay quienes se refieren al fenómeno como inestabilidad residencial, incluyendo una amplia gama de situaciones como: cambios de residencia frecuentes, cambios de residencia obligados por motivos económicos, el sinhogarismo, tener retrasos en el pago del alquiler o la hipoteca, ser desahuciado, pagar más de un 50% del ingreso mensual en el alquiler o la hipoteca, o incluso el hacinamiento (Burgard et al., 2012; Kushel et al., 2006; Tsemberis et al., 2010). Otros tratan el fenómeno como inseguridad o inestabilidad residencial indistintamente (Phinney et al., 2007), aunque hay quienes plantean que la inestabilidad es sólo una de las dimensiones de la inseguridad residencial junto con la movilidad obligada, la sensación de desprotección, la falta de privacidad, de pertenencia e, incluso, de confort físico, aunque sin definir situaciones concretas que puedan orientar la medición del fenómeno (Hulse and Saugeres, 2008). Por este motivo se optó por utilizar la definición basada en el trabajo de Cortés y FEANTSA mencionada en la introducción (Amore et al., 2011; Cortés Alcalá, 1996; Edgar, 2009; Hernández Pedreño, 2013), y por generar evidencia que contribuya al posterior desarrollo de un marco teórico ad-hoc. Es necesario seguir profundizando en otras disciplinas como la sociología, la geografía o el urbanismo con tal de basar los estudios epidemiológicos sobre inseguridad residencial y salud en fundamentos teóricos más sólidos de lo que existe actualmente en el ámbito de la Salud Pública.

Por otra parte, los estudios de esta investigación se centraron principalmente en los efectos de la inseguridad residencial por motivos económicos sobre la salud, sin considerar la situación de salud como causa de inseguridad residencial. Más allá de la posible causalidad inversa, que puede ser descartada de manera plausible en base a la evidencia científica disponible (Downing, 2016; Tsai, 2015; Vásquez-Vera et al., 2017), entender esta relación bidireccional permitiría una mayor comprensión de un fenómeno que es complejo,

incorporando otros aspectos como la salud de grupos específicos (ej. personas dependientes, gente mayor, etc.), el rol de los sistemas sanitarios, las políticas de subsidio a cuidadores y otras asociadas al Estado de Bienestar.

Por último, los estudios empíricos de esta investigación sólo incluyen a personas pertenecientes a la PAH, con lo cual presentan características particulares que hacen difícil extrapolar los resultados a la población general bajo inseguridad residencial, que probablemente presente aún peores resultados de salud (Vásquez-Vera et al., 2019, 2016). Sin embargo, considerando la dificultad de acceder a la población afectada a través de los sistemas de información de nuestro entorno, esta aproximación inicial contribuye con información valiosa para identificar y caracterizar el problema de la inseguridad residencial y su relación con la salud.

## **RECOMENDACIONES**

Desde un punto de vista teórico y metodológico, el fenómeno de la inseguridad residencial y sus efectos en salud requieren ser comprendidos más allá de la perspectiva lineal y determinista con la cual la epidemiología clásica, y en parte la epidemiología social, han pretendido acercarse a la realidad. Este tipo de aproximaciones, que en cierta medida también se han utilizado en esta investigación, pone límites a la comprensión de un fenómeno complejo definido por numerosas variables, relaciones e interacciones que probablemente no han sido interpretadas del todo correctamente. Esto, pues desde la perspectiva cartesiana, reduccionista y simplificadora de la realidad, la cual ha sustentado el avance científico y nuestra forma de pensar en los últimos trescientos años, es más difícil, sino imposible, lidiar con conceptos como la impredecibilidad, la incertidumbre, la contradicción, el desorden, el caos o la complejidad (Laguna Sánchez et al., 2016; Morin and Pakman, 1998). Todos ellos como parte y propiedad de los fenómenos socioculturales, como la vivienda y la salud. Desde la sociología de la vivienda, Jim Kemeny, a principios de los años noventa del siglo pasado, ya planteó la necesidad de una nueva epistemología donde la vivienda deje de ser entendida sólo desde una perspectiva monodisciplinar, e incluso multidisciplinar, para ser vista como un sistema complejo compuesto por sub-sistemas que interactúan entre sí para generar nuevos fenómenos emergentes a nivel del todo que no son posibles de explicar únicamente a partir de las propiedades de las partes. Así mismo, como un sistema complejo incrustado

(*embedded*) en un supra-sistema (la estructura social) con el cual interactúa, generando otra serie de resultados impredecibles (Kemeny, 1992). En resumen, y en palabras de Almeida-Filho, la vivienda como un objeto parte de un sistema de totalidades parciales que, a su vez, incorpora totalidades parciales de nivel jerárquico inferior (Almeida-Filho, 2006). Así, problemas como el entender con mayor profundidad de qué hablamos cuando hablamos de inseguridad residencial; la relación entre la salud, la inseguridad residencial, la pobreza energética y otras inseguridades en el espacio del “sistema vivienda”; las interacciones entre el género y los distintos fenómenos dentro del concepto de residir; la pretensión de aislar los efectos en salud de la inseguridad residencial de otros procesos de estructuración social; o la emergencia de nuevos problemas relacionados como la gentrificación, requerirán de mayores esfuerzos desde la Salud Pública para avanzar en la construcción de modelos teóricos, herramientas metodológicas integradoras y estudios empíricos que incorporen la complejidad, la *borrosidad* en los sistemas categóricos, la incertidumbre y la contradicción para que, dejando de lado la pretensión de encontrar la verdad objetiva y lineal en los procesos de salud-enfermedad, podamos acercarnos un poco más a la realidad.

Este cambio de paradigma también puede ser trasladado al diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas que aborden este problema social y de salud. Así, es necesaria una aproximación intersectorial que genere sinergias entre diferentes áreas de la administración (ej. vivienda y urbanismo, servicios sociales, salud, fomento, etc.) y trascienda a los intereses netamente sectoriales que terminan fragmentando la realidad. A pesar de que no es un concepto nuevo, y que desde la Salud Pública se viene impulsando bajo el concepto de “Salud en Todas las Políticas” desde mediados de la década anterior (Leppo et al., 2013), su real implementación ha sido extremadamente difícil, en parte por nuestra forma disciplinar y parcelada de mirar la realidad (lo cual no es sólo teórica, sino que incluye estructuras burocráticas, formas de asignar presupuestos, defensa de intereses sectoriales, entre otras). Así mismo, estas medidas integradoras deberían ser diseñadas e implementadas a distinta escala. Así como desde el pensamiento complejo se ha discutido cómo un fenómeno existe en distintos niveles jerárquicos (sub-sistemas integrados en sistemas que a su vez interactúan con el eco-sistema y así de forma consecutiva), las respuestas deberían existir en distintos niveles de organización (Morin and Pakman, 1998). Cada nivel organizativo, desde el municipio hasta el Estado, debería ser capaz de crear respuestas políticas que aborden el problema. Lamentablemente, en el caso del Estado español, las respuestas políticas a la crisis de vivienda y sus efectos en salud no han sido

satisfactorias<sup>2</sup>. Sin embargo, se pueden destacar algunas iniciativas a nivel municipal y autonómico que podrían ser emuladas por otros gobiernos locales. Por ejemplo, el Ayuntamiento de Barcelona desde el año 2015 ha fortalecido sus políticas contra la emergencia habitacional con medidas como: la creación de la Unidad Contra la Exclusión Residencial (que tiene por objeto la lucha contra los desahucios, la regularización de las ocupaciones y el ejercicio de las potestades sancionadoras que la legislación vigente en Cataluña otorga a los ayuntamientos); nuevas líneas de ayudas para el pago del alquiler a familias en riesgo de desahucio por impago; la exigencia a las entidades financieras de destinar sus viviendas vacías a alquiler social; o un plan intensivo para el aumento del parque de vivienda pública (a través de la compra, la construcción de obra nueva, la recuperación de vivienda vacía, la destinación de solares para vivienda cooperativa que no permita la especulación y otras estrategias creativas como el reciente reglamento que obliga a las inmobiliarias a destinar el 30% de su obra nueva o grandes rehabilitaciones a alquiler social). A nivel autonómico también se han hecho algunos intentos. En Cataluña el año 2015 se aprobó la Ley 24/2015 de “medidas urgentes para afrontar la emergencia en el ámbito de la vivienda y la pobreza energética” la cual surgió como una iniciativa de legislación popular impulsada por una serie de organizaciones sociales que luchan por el derecho a la vivienda, entre ellas la PAH. A pesar de haber sido impugnada debido a presiones políticas, a fines de 2018 se logró recuperar, en gran medida gracias a la abogacía y la movilización social de estos colectivos. Esta ley garantiza los suministros básicos (electricidad, agua y gas) a los hogares vulnerables, la oferta de alquiler social obligatorio para garantizar una vivienda en caso de desahucios de hipoteca y alquiler de grandes propietarios, la cesión obligatoria de viviendas vacías de bancos y fondos buitre a las administraciones para alquiler social, la obligación de realojamiento por parte de las administraciones en casos de desahucio y la mediación entre la banca y personas deudoras como medida contra el sobreendeudamiento (aunque no contempla la dación en pago). Ambas experiencias, municipal y autonómica, evidencian la necesidad del compromiso político para adoptar las medidas que permitan disminuir la

---

<sup>2</sup> Algunas medidas como el “código de buenas prácticas bancarias” del 2012, el Real Decreto 27/2012 o la Ley 1/2013 que incluían iniciativas como las daciones en pago pactadas, la moratoria de desahucios en caso de familias vulnerables o la prohibición del vencimiento anticipado de la deuda hipotecaria no fueron ni de cerca una solución efectiva al problema, ya sea por el carácter voluntario de alguna de ellas (los bancos podían decidir si adherir o no) o lo limitado de su alcance. Si, además, sumamos la reforma de la Ley de Arrendamientos Urbanos del año 2013 que precarizó aún más al alquiler, vemos cómo por el momento las políticas a nivel estatal no han estado orientadas a proteger a la ciudadanía de la inseguridad residencial, ni de sus efectos en salud. Muy recientemente ha vuelto a ser reformada, mejorando las condiciones para las personas inquilinas. Los resultados están por ver.

inseguridad residencial, pero, sobre todo, la tremenda importancia de la movilización social como motor de cambio. A pesar de los avances mencionados, la inseguridad residencial seguirá siendo un problema si no se implementan reformas estructurales del sistema de vivienda a nivel estatal que frenen la hiper-mercantilización y le devuelvan su rol social.

Por lo mismo, movimientos sociales como la PAH, el recientemente formado Sindicat de Llogateres, la Alianza contra la Pobreza Energética, entre otros, son actores fundamentales porque, por una parte, desde el trabajo de pares, la construcción de red social, el empoderamiento y la lucha colectiva logran disminuir los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud de las personas afectadas, pero por otro, desde la abogacía y la presión política pueden contribuir y conseguir la aprobación de leyes y reglamentos importantes para mejorar las condiciones residenciales de la población. En este espacio, la investigación en salud pública puede ser una buena herramienta que facilite el trabajo de abogacía de quienes buscan mejorar las condiciones de vida de las personas menos favorecidas. Un ejemplo, es nuestra investigación-acción participativa en alianza con la PAH, con la cual no sólo pudimos avanzar en la construcción de conocimiento teórico sobre la relación entre la inseguridad residencial y la salud, sino además generar herramientas (fotolibro divulgativo, exposición fotográfica itinerante, charlas) y recomendaciones políticas que pueden contribuir con la lucha por el derecho a la vivienda y la salud (Anexo 2 y 3). La Salud Pública es una herramienta de transformación social que debe velar por el bienestar y el interés colectivo, por tanto quienes nos dedicamos a ella no deberíamos escatimar en esfuerzos para implicarnos y comprometernos, como parte de la comunidad, en las luchas sociales que mejoren la salud de la población.

## Parte 5

### CONCLUSIONES

1. La inseguridad residencial tiene efectos negativos sobre la salud mental y física independientemente de la posición socioeconómica de las personas afectadas.
2. La magnitud de estos efectos no se distribuyen de forma homogénea, siendo mayor en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.
3. Los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud están dados por la exposición individual a situaciones como juicios de ejecución y desahucios, pero también por los efectos contextuales de territorios con una alta frecuencia del fenómeno.
4. La relación entre la inseguridad residencial y la salud es compleja y está mediada por mecanismos psicosociales (ej. cambios psicológicos como sensación de fracaso e incertidumbre, pérdida de la red social) y materiales (ej. deterioro de condiciones físicas de la vivienda, la inseguridad alimentaria, la pobreza energética). Además, otros fenómenos como la situación laboral estarían estrechamente vinculados a los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud.
5. La participación social y el empoderamiento político, ejemplificado por la PAH, son un determinante promotor de salud que puede mitigar los efectos negativos de la inseguridad residencial.

## REFERENCIAS

- Agüero Ortiz, A., 2013. Medidas introducidas por la Ley 1/2013, comparativa con el RDL 6/2012, y el soterramiento de la ILP. *Rev. CESCO Derecho Consum.* 6/2013, 66–78.
- Ahrentzen, S., 2003. Double Indemnity or Double Delight? The Health Consequences of Shared Housing and Doubling Up. *JOSI J. Soc. Issues* 59, 547–568. doi:10.1111/1540-4560.00077
- Alemany, A., Colau, A., Escorihuela, I., Odonia, A., Pidemont, M., Pisarello, G., Vernia, S., 2013. *Emergencia habitacional en el estado español*. Barcelona.
- Alguacil, A., Alguacil, J., Arasanz, J., Fernández, G., Paniagua, J., Olea, S., Renes, V., 2013. *La vivienda en España en el siglo XXI*. Madrid.
- Almeida-Filho, N., 2006. Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. *Salud Colect.* 2, 123–146.
- Altschuler, A., Somkin, C.P., Adler, N.E., 2004. Local services and amenities, neighborhood social capital, and health. *Soc. Sci. Med.* 59, 1219–1229. doi:10.1016/j.socscimed.2004.01.008
- Amore, K., Baker, M., Howden-Chapman, P., 2011. The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *Eur. J. Homelessness* 5, 19–37.
- Andrews, D., Caldera Sánchez, A., 2011. Drivers of Homeownership rates in selected OECD countries, OECD Economics Department Working Papers No. 849. doi:10.1787/5k9g9mcwc7jf-en
- Arber, S., 1991. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc. Sci. Med.* 32, 425–436. doi:10.1016/0277-9536(91)90344-C
- Arcaya, M., Glymour, M.M., Chakrabarti, P., Christakis, N. a, Kawachi, I., Subramanian, S. V, 2014a. Effects of proximate foreclosed properties on individuals' systolic blood pressure in Massachusetts, 1987 to 2008. *Circulation* 129, 2262–8. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006205
- Arcaya, M., Glymour, M.M., Chakrabarti, P., Christakis, N.A., Kawachi, I., Subramanian, S. V, 2014b. Effects of proximate foreclosed properties on individuals' systolic blood pressure in Massachusetts, 1987 to 2008. *Circulation* 129, 2262–2268. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006205
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I., 2004. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am. J. Public Health* 94, 82–88.
- Ball, M., 1986. Housing analysis: Time for a theoretical refocus? *Hous. Stud.* 1, 147–166.

- Batson, C., Monnat, S., 2015. Distress in the Desert: Neighborhood Disorder, Resident Satisfaction, and Quality of Life during the Las Vegas Foreclosure Crisis. *Urban Aff. Rev.* (Thousand Oaks California) 51, 205–238. doi:10.1177/1078087414527080.Distress
- Baum, F., Fisher, M., 2014. Why Behavioural Health Promotion Endures Despite Its Failure to Reduce Health Inequities. *From Heal. Behav. to Heal. Pract. Crit. Perspect.* 36, 57–68. doi:10.1002/9781118898345.ch6
- Bennett, G.G., Scharoun-Lee, M., Tucker-Seeley, R., 2009. Will the Public's Health Fall Victim to the Home Foreclosure Epidemic? *PLoS Med.* 6, e1000087. doi:10.1371/journal.pmed.1000087
- Bentley, R., Baker, E., LaMontagne, A., King, T., Mason, K., Kavanagh, A., 2016. Does employment security modify the effect of housing affordability on mental health? *SSM - Popul. Heal.* 2, 778–783. doi:10.1016/j.ssmph.2016.09.003
- Bentley, R., Baker, E., Mason, K., Subramanian, S. V, Kavanagh, A.M., 2011. Association between housing affordability and mental health: a longitudinal analysis of a nationally representative household survey in Australia. *Am. J. Epidemiol.* 174, 753–60. doi:10.1093/aje/kwr161
- Berkman, L., Kawachi, I., 2000. *Social Epidemiology*, 1st Editio. ed. Oxford University Press, New York.
- Bolívar Muñoz, J., Bernal Solano, M., Mateo Rodríguez, I., Daponte Codina, A., Escudero Espinosa, C., Sánchez Cantalejo, C., González Usera, I., Robles Ortega, H., Mata Martín, J.L., Fernández Santaella, M.C., Vila Castellar, J., 2016a. La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gac. Sanit.* 30, 4–10. doi:10.1016/j.gaceta.2015.10.002
- Bonnefoy, X., 2007. Inadequate housing and health: an overview. *Int. J. Environ. Pollut.* 30, 411–429. doi:10.1504/IJEP.2007.014819
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., Díez, E., 2013. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *J. Epidemiol. Community Health* 67, 389–91. doi:10.1136/jech-2012-202014
- Burgard, S. a, Seefeldt, K.S., Zelner, S., 2012. Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study. *Soc. Sci. Med.* 75, 2215–24. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.020
- Cagney, K.A., Browning, C.R., Iveniuk, J., English, N., 2014. The onset of depression during the Great Recession: Foreclosure and older adult mental health. *Am. J. Public Health* 104, 498–505. doi:10.2105/ajph.2013.301566
- Cannuscio, C.C., Alley, D.E., Pagán, J., Soldo, B., Krasny, S., Shardell, M., Asch, D., Lipman, T.H., 2012. Housing strain, mortgage foreclosure, and health. *Nurs. Outlook* 60, 134–42. doi:10.1016/j.outlook.2011.08.004

- Càritas Diocesana de Barcelona, 2013. Llar, habitatge i salut: acció y prevenció residencial. Barcelona.
- Coburn, D., 2004. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Soc. Sci. Med.* 58, 41–56. doi:10.1016/S0277-9536(03)00159-X
- Cockerham, W.C., 2005. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J. Health Soc. Behav.* 46, 51–67. doi:10.1177/002214650504600105
- Colau, A., Alemany, A., 2012. *Vidas Hipotecadas*. Angle Editorial, Barcelona.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac. Sanit.* 26, 182–189.
- Consejo General del Poder Judicial, 2019. Datos sobre el efecto de la crisis en los organos judiciales por TSJ hasta cuarto Trimestre 2018. Madrid, España.
- Consejo General del Poder Judicial, 2013. Una aproximación a la conciliación de los datos sobre ejecuciones hipotecarias y desahucios. Madrid.
- Cook, J.T., Frank, D.A., Casey, P.H., Rose-Jacobs, R., Black, M.M., Chilton, M., deCuba, S.E., Appugliese, D., Coleman, S., Heeren, T., Berkowitz, C., Cutts, D.B., 2008. A Brief Indicator of Household Energy Security: Associations With Food Security, Child Health, and Child Development in US Infants and Toddlers. *Pediatrics* 122, e867–e875. doi:10.1542/peds.2008-0286
- Cortés Alcalá, L., 1996. La cuestión residencial: hacia una sociología del habitar. *Fundamentos*, Madrid, España.
- Cortés Alcalá, L., Antón Alonso, F., 2007. La exclusión residencial. *Gitanos Pensam. y Cult.* (JUN-OCT), 62–69.
- Desmond, M., 2015. *Unaffordable America: Poverty, housing, and eviction*.
- Di Feliciano, C., 2017. Social Movements and Alternative Housing Models: Practicing the “Politics of Possibilities” in Spain. *Housing, Theory Soc.* 34, 38–56. doi:10.1080/14036096.2016.1220421
- Diez Roux, A. V, Mair, C., 2010. Neighborhoods and health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1186, 125–45. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x
- Doherty, J., 2003. *The Changing Role of the state: State intervention in welfare and housing*. Brussels, Belgium.
- Downing, J., 2016. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing : A systematic review and explanation of evidence. *Soc. Sci. Med.* 162, 88–96. doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.014
- Drentea, P., Lavrakas, P.J., 2000. Over the limit: the association among health, race and debt. *Soc. Sci. Med.* 50, 517–529.

- Dunlap, L.J., Han, B., Dowd, W.N., Cowell, A.J., Forman-Hoffman, V.L., Davies, M.C., Colpe, L.J., Dunlap PhD, L.J., Han MD, PhD, B., Dowd BA, W.N., Cowell PhD, A.J., Forman-Hoffman PhD, V.L., Davies MS, M.C., Colpe PhD, MPH, L.J., 2016. Behavioral Health Outcomes Among Adults: Associations With Individual and Community-Level Economic Conditions. *Psychiatr. Serv.* 67, 71. doi:10.1176/appi.ps.201400016
- Dunn, J.R., Veenstra, G., Ross, N., 2006. Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: Predictors of self-rated health in a Canadian national survey. *Soc. Sci. Med.* 62, 1465–1473. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.038
- Dupuis, A., Thorns, D.C., 1998. Home, home ownership and the search for ontological security. *Sociol. Rev.* 46, 24–47. doi:10.2514/6.2005-6253
- Dymski, G., Hernandez, J., Mohanty, L., 2013. Race , Gender , Power , and the US Subprime Mortgage and Foreclosure Crisis : A Meso Analysis. *Fem. Econ.* 19, 124–151. doi:10.1080/13545701.2013.791401
- Edgar, B., 2009. European Review of Statistics on Homelessness.
- Ertl, A.C., 2013. The effects of home foreclosure on adolescents and their mothers: Stress and resilience. ProQuest Information & Learning, US.
- European Central Bank, 2013. The Eurosystem Household Finance and Consumption Survey: Results from de the first wave. Eurosystem Household Finance and Consumption Neetwork; Estatistics paper series; n°2.
- Evans, G.W., Palsane, M.N., Lepore, S.J., Martin, J., 1989. Residential density and psychological health: the mediating effects of social support. *J. Pers. Soc. Psychol.* 57, 994–9.
- Evans, G.W., Wells, N.M., Moch, A., 2003. Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *J. Soc. Issues* 59, 475–500. doi:10.1111/1540-4560.00074
- Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., Davey, R., Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., Davey, R., 2014. The relationship between personal debt and mental health : a systematic review. doi:10.1108/13619321111202313
- Fowler, K.A., Gladden, R.M., Vagi, K.J., Barnes, J., Frazier, L., 2014. Increase in Suicides Associated With Home Eviction and Foreclosure During the US Housing Crisis: Findings From 16 National Violent Death Reporting System States, 2005-2010. *Am. J. Public Health* e1–e6.
- Garcia-Calvente, M. del M., Hidalgo-Ruzzante, N., Del Rio-Lozano, M., Marcos-Marcos, J., Martinez-Morante, E., Maroto-Navarro, G., Mateo-Rodriguez, I., Gil-Garcia, E., 2012. Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol. Health Illn.* 34, 911–926. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x

- Giddens, A., 1990. *The Consequences of Modernity*. Stanford University Press, Standford, CA, CA.
- González-Martín, B., Pumaraes, P., Rojas, A., 2010. El colapso del sector de la construcción y sus repercusiones sociolaborales sobre la población inmigrante. Análisis de las fuentes estadísticas. Sevilla.
- Gove, W.R., Hughes, M., Galle, O.R., 1979. Overcrowding in the Home: An Empirical Investigation of Its Possible Pathological Consequences. *Am. Sociol. Rev.* 44, 59. doi:10.2307/2094818
- Harvey, D., 2007. *Breve Historia del Neoliberalismo*. Ediciones AKAL, Madrid, España.
- He, Y., O’Flaherty, B., Rosenheck, R.A., 2010. Is shared housing a way to reduce homelessness? The effect of household arrangements on formerly homeless people. *J. Hous. Econ.* 19, 1–12. doi:10.1016/j.jhe.2009.10.001
- Hernandez, D., 2013. Energy Insecurity: A Framework for Understanding Energy, the Built Environment, and Health Among Vulnerable Populations in the Context of Climate Change. *Am. J. Public Health* 103, e32–e34.
- Hernández, D., Phillips, D., Siegel, E.L., 2016. Exploring the Housing and Household Energy Pathways to Stress: A Mixed Methods Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 13, 916. doi:10.3390/ijerph13090916
- Hernández Pedreño, M., 2013. *Vivienda y exclusión residencial*. Ediciones de la Universidad de Murcia, Murcia.
- Hoefler, J., Morgades, A., Soriano, J., Sun, J., 2013. Economic and legal analysis of mandatory non-recourse mortgages with applications to Spain. *Universitat Pompeu Fabra*.
- Houle, J.N., 2014. Mental health in the foreclosure crisis. *Soc. Sci. Med.* 118, 1–8. doi:10.1016/j.socscimed.2014.07.054
- Houle, J.N., Light, M.T., 2014. The home foreclosure crisis and rising suicide rates, 2005 to 2010. *Am. J. Public Health* 104, 1073–9. doi:10.2105/AJPH.2013.301774
- Hulse, K., Saugeres, L., 2008. *Housing insecurity and precarious living: An Australian exploration, AHURI Final Report*.
- Idler, E.L., Benyamini, Y., 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.* 38, 21–37.
- Immergluck, D., Smith, G., 2006. The Impact of Single-family Mortgage Foreclosures on Neighborhood Crime. *Hous. Stud.* 21, 851–866. doi:10.1080/02673030600917743
- Islam, M.K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., Gerdtham, U.-G., 2006. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *Int. J. Equity Health* 5, 3. doi:10.1186/1475-9276-5-3
- Jacoby, M.B., 2002. Does indebtedness influence health? A preliminary inquiry. *J. Law, Med.*

Ethics 30, 560–571.

- James, C., 2008. Homes fit for families. An evidence review. London.
- Jones, A., Squires, G.D., Ronzio, C., 2015. Foreclosure is not an equal opportunity stressor: how inequality fuels the adverse health implications of the nation's financial crisis. *J. Urban Aff.* 37, 505–529. doi:10.1111/juaf.12171
- Kaijser, A., 2007. Women and the Right to Adequate Housing. doi:10.1177/092405199801600204
- Keene, D.E., Cowan, S.K., Baker, A.C., 2015. “When you're in a crisis like that, you don't want people to know”: mortgage strain, stigma, and mental health. *Am. J. Public Health* 105, 1008–1012. doi:10.2105/AJPH.2014.302400
- Kemeny, J., 1992. Housing and Social Theory. Routledge, London.
- Kim, D., Subramanian, S. V., Kawachi, I., 2008. Social Capital and Physical Health: a systematic review of the literature, in: Kawachi, I., Subramanian, S. V., Kim, D. (Eds.), *Social Capital and Health*. Springer Science and Business Media, LLC, New York, pp. 139–190.
- Kingsley, G.T., Smith, R., Price, D., 2009. The Impacts of Foreclosures on Families and Communities, The Urban Institute. Washington DC, USA.
- Kirkpatrick, S.I., Tarasuk, V., 2011. Housing circumstances are associated with household food access among low-income urban families. *J. urban Heal.* 88, 284–296. doi:10.1007/s11524-010-9535-4
- Kothari, M., 2008. Informe del Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado, Sr. Miloon Kothari. Ginebra.
- Krieger, J., Higgins, D.L., 2002a. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. *Am. J. Public Health* 92, 758–768. doi:10.2105/AJPH.92.5.758
- Krieger, J., Higgins, D.L., 2002b. Housing and Health: Time Again for Public Health Action. *Am. J. Public Health* 92, 758–768. doi:10.2105/AJPH.92.5.758
- Kushel, M.B., Gupta, R., Gee, L., Haas, J.S., 2006. Housing instability and food insecurity as barriers to health care among low-income Americans. *J. Gen. Intern. Med.* 21, 71–7. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00278.x
- Laguna Sánchez, G.A., Marcelín Jiménez, R., Patrick Encina, G.A., Vázquez Hernández, G., 2016. Complejidad y sistemas complejos : Un acercamiento multidimensional. CopIt-arXives y EditoraC3, Ciudad de México.
- Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., Cook, S., 2013. Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, Helsinki.
- Libman, K., Fields, D., Saegert, S., 2012. Housing and Health: A Social Ecological

- Perspective on the US Foreclosure Crisis. *Housing, Theory Soc.* 29, 1–24. doi:10.1080/14036096.2012.624881
- Lindström, M., 2008. Social Capital and Health-Related Behaviors, in: Kawachi, I., Subramanian, S. V., Kim, D. (Eds.), *Social Capital and Health*. Springer Science and Business Media, LLC, New York, pp. 215–238. doi:10.1007/978-0-387-71311-3\_10
- Luginaah, I., Arku, G., Baiden, P., 2010. Housing and health in Ghana: the psychosocial impacts of renting a home. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 7, 528–545. doi:10.3390/ijerph7020528
- Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G. a, House, J.S., 2000. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 320, 1200–1204. doi:10.1136/bmj.320.7243.1200
- Madden, D.J., Marcuse, P., 2016. *In defense of housing : the politics of crisis*. Verso Books, New York, EEUU.
- Mangot, L., 2013. *La Plataforma de Afectados por la Hipoteca. De la Crisis a la Estafa. Del Prozac al Empoderamiento*. Clivatge 2, 56–88.
- Marí-Dell’Olmo, M., Novoa, A.M., Camprubí, L., Peralta, A., Vázquez-Vera, H., Bosch, J., Amat, J., Díaz, F., Palència, L., Mehdipanah, R., Rodríguez-Sanz, M., Malmusi, D., Borrell, C., 2017. Housing policies and health inequalities. *Int. J. Heal. Serv.* 47, 207–232.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A.J., Taylor, S., 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 372, 1661–9. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6
- Marmot, M., Wilkinson, R., 2001. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ* 322, 1233–1236. doi:10.1136/bmj.322.7296.1233
- Martin, K.S., Rogers, B.L., Cook, J.T., Joseph, H.M., 2004. Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Soc. Sci. Med.* 58, 2645–2654. doi:10.1016/j.socscimed.2003.09.026
- Mavaddat, N., Kinmonth, A.L., Sanderson, S., Surtees, P., Bingham, S., Khaw, K.T., 2011. What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *J. Epidemiol. Community Health* 65, 800–6. doi:10.1136/jech.2009.090845
- McLaughlin, K. a, Nandi, a, Keyes, K.M., Uddin, M., Aiello, a E., Galea, S., Koenen, K.C., 2012. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol. Med.* 42, 1441–8. doi:10.1017/S0033291711002613
- Mir García, J., França, J., Macías, C., Veciana, P., 2013. Fundamentos de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca: activismo, asesoramiento colectivo y desobediencia civil no violenta. *Educ. Soc. Rev. Interv. socioeducativa* 55, 52–61.

- Mncayi, P., 2018. A gender analysis of housing insecurity in a low-income south african township. *Int. J. Soc. Sci. Humanit. Stud.* 10, 240–256.
- Morin, E., Pakman, M., 1998. *Introducción al pensamiento complejo, Ciencias cognitivas.* Gedisa.
- Muntaner, C., Lynch, J., Oates, G.L., 2005. The Social Class Determinants of Income Inequality and Social Cohesion. *Int. J. Heal. Serv.* 29, 699–732. doi:10.2190/hnc9-beff-7uwl-92y2
- Murphy, R.D., Zemore, S.E., Mulia, N., 2014. Housing Instability and Alcohol Problems during the 2007–2009 US Recession: the Moderating Role of Perceived Family Support. *J. Urban Heal.* 91, 17–32. doi:10.1007/s11524-013-9813-z
- Naciones Unidas, 2015. *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Toronto.
- National Coalition for the Homelessness, National Health Care for the Homeless Council, National Alliance to End Homelessness, National Association for the Education of Homeless Children and Youth, National Law Center on Homelessness & Poverty, National Low Income Housing Coalition and the National Policy and Advocacy Council on Homelessness, 2009. *Foreclosure to Homelessness 2009 the forgotten victims of the subprime crisis.* Washington DC, USA.
- Navarro, V., Benach, J., 1996. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales de Salud en España. *Rev Esp Salud Pública.*
- Nettleton, S., Burrows, R., 2000. When a Capital Investment Becomes an Emotional Loss: The Health Consequences of the Experience of Mortgage Possession in England. *Hous. Stud.* 15, 463–478. doi:10.1080/02673030050009285
- Nettleton, S., Burrows, R., 1998. Mortgage debt , insecure home ownership and health : an exploratory analysis. *Sociol. Health Illn.* 20, 731–753.
- Novoa, A.M., Bosch, J., Díaz, F., Malmusi, D., Darnell, M., Trilla, C., 2014. Impact of the crisis on the relationship between housing and health. Policies for good practice to reduce inequalities in health related to housing conditions. *Gac. Sanit.* 28, 44–50. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.018
- Novoa, A.M., Ward, J., Malmusi, D., Díaz, F., Darnell, M., Trilla, C., Bosch, J., Borrell, C., 2015. How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. *Int. J. Equity Health* 14, 120. doi:10.1186/s12939-015-0238-z
- Obra Social Barcelona, 2018. *¡La vivienda para quien la habita! Informe sobre okupación de vivienda vacía en Catalunya.* Barcelona.
- Osypuk, T.L., Caldwell, C.H., Platt, R.W., Misra, D.P., 2012. The consequences of foreclosure for depressive symptomatology. *Ann. Epidemiol.* 22, 379–87. doi:10.1016/j.annepidem.2012.04.012

- PAH, 2017. Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH): de la burbuja inmobiliaria al derecho a la vivienda [WWW Document]. URL <http://afectadosporlahipoteca.com>
- Pevalin, D.J., 2009. Housing repossessions, evictions and common mental illness in the UK: results from a household panel study. *J. Epidemiol. Community Health* 63, 949–51. doi:10.1136/jech.2008.083477
- Phelan, J.C., Link, B.G., Tehranifar, P., 2010. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J. Health Soc. Behav.* 51 Suppl, S28–S40. doi:10.1177/0022146510383498
- Phinney, R., Danziger, S., Pollack, H. a, Seefeldt, K., 2007. Housing instability among current and former welfare recipients. *Am. J. Public Health* 97, 832–7. doi:10.2105/AJPH.2005.082677
- Pisarello, G., 2009. El derecho a la vivienda como derecho social: implicaciones constitucionales. *Rev. catalana dret públic* 1–13.
- Pittini, A., Laino, E., 2012. Housing Europe Review 2012: The nuts and bolts of European social housing systems. Belgium.
- Pollack, C.E., Lynch, J., 2009. Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region. *Am. J. Public Health* 99, 1833–9. doi:10.2105/AJPH.2009.161380
- Pollack, C.E., Lynch, J., Alley, D.E., Cannuscio, C., 2010. Foreclosure and health status. *LDI Issue Brief* 15, 1–4.
- Quesnel-Vallée, A., 2007. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for “true” health? *Int. J. Epidemiol.* 36, 1161–4. doi:10.1093/ije/dym236
- Rauh, V., Landrigan, P.J., Claudio, L., 2008. Housing and Health. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1136, 276–288.
- Real Academia Española, 2018. Diccionario de la lengua española [WWW Document]. URL <https://dle.rae.es>
- Reyes, A., Vázquez-Vera, H., Novoa, A.M., González-Marín, P., Puig-Barrachina, V., Borrell, C., 2019. ¿Cómo influye la situación laboral en los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud? *Gac. Sanit. en [prensa]*.
- Rodríguez López, E., López Hernández, I., 2011. Del auge al colapso. El modelo financiero-inmobiliario de la economía española (1995-2010). *Rev. Econ. Crítica* 39–63. doi:10.1080/713666428
- Rohe, W.M., Zandt, S. Van, Mccarthy, G., 2001. of Harvard University The Social Benefits and Costs of Homeownership : A Critical Assessment of the Research October 2001 Joint Center for Housing Studies.
- Rojas, Y., Stenberg, S.-Å., 2015. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22 000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. *J. Epidemiol. Community Health* jech–2015–206419. doi:10.1136/jech-2015-206419

- Rollins, C., Glass, N.E., Perrin, N. a, Billhardt, K. a, Clough, A., Barnes, J., Hanson, G.C., Bloom, T.L., 2012. Housing instability is as strong a predictor of poor health outcomes as level of danger in an abusive relationship: findings from the SHARE Study. *J. Interpers. Violence* 27, 623–43. doi:10.1177/0886260511423241
- Rolnik, R., 2018. *La Guerra de los Lugares: la colonización de la tierra y la vivienda en la era de las finanzas*. Descontrol Editorial, Barcelona, España.
- Rose, G., Marmot, M.G., 1981. Social class and coronary heart disease. *Heart* 45, 13–19. doi:10.1136/hrt.45.1.13
- Ross, L.M., Squires, G.D., 2011. The Personal Costs of Subprime Lending and the Foreclosure Crisis: A Matter of Trust, Insecurity, and Institutional Deception\*. *Soc. Sci. Q.* 92, 140–163. doi:10.1111/j.1540-6237.2011.00761.x
- Rowley, S., Ong, R., 2012. *Housing affordability, housing stress and household wellbeing in Australia*. Melbourne.
- Rugiero, A.M., 2000. Aspectos teóricos de la vivienda en relación al habitar. *Boletín INVI N° 40 Chile* 15, 67–97.
- Salvi del Pero, A., Adema, W., Ferraro, V., Frey, V., 2016. Policies to promote access to good-quality affordable housing in OECD countries (No. 176), *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*. Paris. doi:10.1787/5jm3p5gl4djd-en
- Sandel, M., Wright, R.J., 2006. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Arch. Dis. Child.* 91, 942–8. doi:10.1136/adc.2006.098376
- Saunders, P., 1990. *A Nation of Homeowners*. Unwin Hyman, London.
- Saunders, P., 1986. *Social Theory and the Urban Question*. Routledge.
- Short, S.E., Mollborn, S., 2015. Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Curr. Opin. Psychol.* 5, 78–84. doi:10.1016/j.copsyc.2015.05.002.Social
- Smith, S.J., 1990. *Income , Housing Wealth and Gender Inequality* 27.
- Smith, S.J., Easterlow, D., Munro, M., Turner, K.M., 2003. Housing as Health Capital: How Health Trajectories and Housing Paths Are Linked. *J. Soc. Issues* 59, 501–525. doi:10.1111/1540-4560.00075
- Solar, O., Irwin, A., 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva.
- Subirats, J., 2005. *Análisis de los factores de exclusión social (No. 4)*, 2005. Barcelona, Spain.
- Taylor, M.P., Pevalin, D.J., Todd, J., 2007. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol. Med.* 37, 1027–36. doi:10.1017/S0033291706009767

- The Foundation Abbé Pierre - Feantsa, 2015. An overview of housing exclusion in Europe. Paris. doi:10.1097/00003465-200601000-00007
- The WHO European Centre for Environment and Health, 2012. Environmental health inequalities in Europe. Copenhagen.
- The WHO European Centre for Environment and Health, 2011. Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Copenhagen.
- Tsai, A.C., 2015. Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS One* 10, e0123182. doi:10.1371/journal.pone.0123182
- Tsemberis, S., McHugo, G., Williams, V., Hanrahan, P., Stefancic, A., 2010. Violence Exposure and Depressive Symptoms among Adolescents and Young Adults Disconnected from School and Work. *J. Community Psychol.* 38, 607–621. doi:10.1002/jcop
- Tually, S., Faulkner, D., Cutler, C., Slatter, M., 2008. Women, domestic and family violence and homelessness: a synthesis report. Adelaide.
- Turunen, E., Hiilamo, H., 2014. Health effects of indebtedness : a systematic review.
- U.S. Department of Housing and Urban Development, 2010. FY 2010 Budget Road Map for Transformation. Washington DC, USA.
- UN-HABITAT, 2009. The Right to Adequate Housing. Geneva, Switzerland. doi:10.1002/1099-1166(200102)16:2<231::AID-GPS303>3.0.CO;2-Y
- United Nations Human rights, 2012. Women’s Rights to Adequate Housing.
- Vásquez-Vera, H., Fernández, A., Novoa, A.M., Delgado, L., Barcala, J., Macías, C., Borrell, C., 2019. “Our lives in boxes”: Perceived community mediators between housing insecurity and health using a photovoice approach. *Int. J. Equity Health* 18. doi:10.1186/s12939-019-0943-0
- Vásquez-Vera, H., Palència, L., Magna, I., Mena, C., Neira, J., Borrell, C., 2017. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Soc. Sci. Med.* 175, 199–208. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.010
- Vásquez-Vera, H., Rodríguez-Sanz, M., Palència, L., Borrell, C., 2016. Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages. *J. Urban Health* 93, 312–330. doi:10.1007/s11524-016-0030-4

## ANEXO 1

Reyes, A., Vázquez-Vera, H., Novoa, A.M., González-Marín, P., Puig-Barrachina, V., Borrell, C., 2019. **¿Cómo influye la situación laboral en los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud?** Gac. Sanit. [en prensa].

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud y si estos son modificados por la situación laboral en personas participantes en el programa “Treball als Barris” en Barcelona entre 2015 y 2016. **Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal con 469 personas a las cuales se les realizó una encuesta basal y otra al año de seguimiento que incluyó información sociodemográfica, residencial, laboral y de salud. Se construyó una variable de trayectorias residenciales con las situaciones al inicio y después del seguimiento. Luego se realizó un análisis descriptivo, se ajustaron modelos de regresión para estimar el efecto de la inseguridad residencial y situación laboral sobre la salud, y, finalmente, se analizó la interacción. **Resultados:** La inseguridad residencial afectó principalmente la salud de las mujeres (RP de mala salud percibida de quienes se mantuvieron en inseguridad residencial fue de 2,29 [IC95%: 1,36-3,84] comparado con quienes se mantuvieron en seguridad residencial), mientras que en el caso de los hombres fue la situación laboral la tuvo efectos significativos sobre la salud (desempleados sin subsidio/prestación presentaron RP de mala salud percibida de 3,16 [IC95%: 1,02-6,15] comparados con quienes trabajaban actualmente). Además, parece existir una interacción entre la inseguridad residencial y la situación laboral en los efectos sobre la salud mental de los hombres. **Discusión:** La inseguridad residencial es un fenómeno que se ha intensificado en los últimos años, tiene efectos negativos sobre la salud y podría interactuar con otros determinantes sociales como el empleo, fundamentalmente en la salud mental de los hombres.

**Palabras clave:** Inseguridad residencial, vivienda, trabajo, mecanismos, determinantes sociales

## Abstract

**Objective:** This study aims to analyze the effects of housing insecurity on health and if those are modified by employment status of people belonging to “Treball als Barris” program in Barcelona between 2015 and 2016. **Methods:** We conducted a longitudinal study using a survey which included sociodemographic, employment and housing status information. This was administered to 469 individuals attended by “Treball als Barris” at baseline and after one year of follow-up. Then, we carried out a descriptive analysis and fitted regression models to estimate the effects of housing insecurity and employment status on health, and the interaction between them. **Results:** Among women, we found negative effects of housing insecurity on health (PR of poor self-reported health among women who stayed under housing insecurity was 2.29 [IC95%: 1.36-3.84] compared to those who stayed secured), while, among men, main effects on health were due to employment status (PR of poor self-reported health among men who were unemployed without subsidy was 3.16 [IC95%: 1.02-6.15] compared to those who were employed after follow-up). In addition, results suggest an interaction between housing and employment status on mental health among. **Discussion:** Housing insecurity rates have increased in last years. It produces negatives effects on health and can interact with other social determinants such as employment, mainly on men’s mental health.

**Keywords:** housing insecurity, employment, mechanisms, pathways, social determinants

## Introducción

En 2008, tras el estallido de la burbuja inmobiliaria se ha acrecentado el problema de la inseguridad residencial (IR) en España, incluyendo los problemas de asequibilidad, el vivir bajo la amenaza de desahucio o en alojamientos inseguros sin título legal <sup>1,2</sup>. Durante el 2017 se produjeron 22.330 desahucios derivados de ejecuciones hipotecarias y 35.666 derivados de la Ley de Arrendamientos Urbanos<sup>3</sup>.

Los efectos negativos que produce la IR en la salud física y mental de las personas son conocidos <sup>4-6</sup>, sin embargo, son escasos los estudios que analizan los mecanismos que podrían explicar dicha relación <sup>7-9</sup>. Respecto de los factores involucrados, algunos han mostrado cómo una situación laboral precaria puede conducir a IR o modificar sus efectos. Un estudio con personas de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca de Barcelona reportó que el desempleo y la falta de recursos económicos en el hogar conducen a la pérdida de la vivienda, pero, además, cómo aspectos psicosociales relacionados con el problema residencial, como el tiempo diario dedicado a los procesos judiciales y administrativos, impiden que las personas dispongan del tiempo y condiciones suficientes para la búsqueda de un nuevo empleo<sup>10</sup>. Resultados similares reporta un estudio australiano publicado el 2008 que observó que el estrés y los problemas de salud ocasionados por la inseguridad en la vivienda impedían que las personas mantuvieran su empleo y que, en caso de estar desempleadas, buscaran uno nuevo, lo cual aumentaría los efectos negativos en la salud <sup>11</sup>. Por otra parte, Bentley *et al* reportaron que dentro de las personas afectadas por problemas de asequibilidad, definido como un gasto en vivienda de más del 30% de los ingresos del hogar, aquellas con empleos inseguros presentaban peores niveles de salud mental comparadas con aquellas con empleos seguros<sup>12</sup>. A pesar de estos estudios, la evidencia es muy limitada en nuestro contexto.

En la ciudad de Barcelona el fenómeno de la segregación urbana está presente y se traduce en que en algunos barrios de la ciudad se concentran las personas con menores recursos económicos, mayores tasas de paro y peores condiciones de vivienda<sup>13</sup>. En este contexto, para disminuir la tasa de paro en estos barrios, Barcelona Activa, organismo impulsor del desarrollo económico y local del Ayuntamiento de Barcelona, desde hace 10 años está implementado un programa de reinserción laboral llamado “Treball als Barris”, dirigido a la población en situación de desempleo residente en las zonas más desfavorecidas de la ciudad de Barcelona, donde existe mayor probabilidad de presentar otros tipos de

privación material como la IR. El objetivo principal del programa es ayudar a las personas participantes a mejorar sus capacidades personales para la búsqueda de empleo y finalmente lograr la reinserción laboral.

Basado en este contexto, nuestro estudio tiene como objetivo analizar los efectos de la IR sobre la salud y si estos son modificados por la situación laboral en personas participantes en el programa “Treball als Barris” en Barcelona entre los años 2015 y 2016.

## **Métodos**

### **Diseño, población de estudio y fuente de información.**

Este estudio se enmarca dentro del proyecto de investigación “Evaluación de efectos en salud del programa Treball als barris”<sup>14</sup>. El proyecto puso en marcha un estudio longitudinal. La población de estudio fueron las personas de 16 a 64 años en situación de desempleo que participaron en el programa “Treball als Barris” entre el 2015 y el 2016.

La información se recogió a partir de una encuesta autocumplimentada a la población de estudio previamente a entrar a “Treball als Barris”, durante la sesión informativa del programa. Los cuestionarios recogen características sociodemográficas, de prestación de empleo, laborales, de situación residencial y de salud y calidad de vida de la población de estudio. La encuesta basal fue auto cumplimentada por 1001 participantes (tasa de respuesta del 36,2%) bajo la supervisión de personal entrenado. De éstas, 743 respondieron a la encuesta de seguimiento, un año después de su entrada en el programa de manera telefónica a través de una encuestadora entrenada. Posteriormente, se excluyó a aquellas personas que habían finalizado su último contrato por problemas de salud en la encuesta basal, obteniendo una muestra total de 699 participantes. Finalmente, bajo el marco de esta investigación se excluyeron aquellos casos que no habían respondido a la pregunta sobre retrasos en el pago o porque vivían en situación de sinhogarismo, generando una muestra final de 469 personas (236 mujeres, 233 hombres) (las características sociodemográficas de este subgrupo se encuentran en tabla I y tabla II del apéndice online de este artículo).

El proyecto “Evaluación de los efectos en la salud del programa “Treball als Barris” fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Parc de Salut Mar (Número 2015/6032/I).

## **Variables de estudio**

Para medir la salud percibida, se utilizó la pregunta “¿Cómo diría usted que es su salud en general?, la cual se encontraba categorizada en excelente, muy buena, buena, regular y mala. Posteriormente, para su análisis la variable se categorizó en buena (excelente, muy buena, buena), y mala salud (regular, mala)<sup>15-17</sup>. En cuanto a la salud mental, el instrumento de medida utilizado fue la escala de 12 ítems del *General Health Questionnaire* (GHQ-12)<sup>18,19</sup>, que valora el riesgo de padecer mala salud mental durante los últimos treinta días. El GHQ se analizó como una variable continua de 0 a 36, cada ítem tiene una escala de puntuación (0-1-2-3), donde a mayor puntaje peor salud mental.

Para analizar la trayectoria residencial, se midió a través de la pregunta “¿En los últimos 12 meses se ha retrasado en el pago de préstamos hipotecarios y/o del recibo de alquiler de la vivienda principal?”. Se creó una variable dicotómica (Sí/No) para definir la situación residencial de las personas participantes en tiempo basal y después de un año de ser entrevistadas. A partir de aquí, se crearon cuatro posibles trayectorias residenciales: (1) seguridad residencial en el inicio y seguridad residencial al año de seguimiento (SR-SR); (2) seguridad residencial en el inicio e inseguridad residencial al año de seguimiento (SR-IR); (3) inseguridad residencial en el inicio y seguridad residencial al año de seguimiento (IR-SR) e (4) (IR-IR) inseguridad residencial en el inicio e inseguridad residencial al año de seguimiento.

Para analizar la situación laboral, se creó una variable que recogía la transición entre la situación en el tiempo basal (todas las personas participantes estaban desempleadas al inicio del estudio) y la situación tras un año de seguimiento (trabajando actualmente, desempleado/a con subsidio/prestación y desempleado/a sin prestación/subsidio).

Las variables de ajuste fueron la edad, el país de nacimiento (España y UE-15 más Noruega y Suiza versus resto de países), la clase social en tres categorías siguiendo la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología<sup>19</sup> y la composición familiar (Persona sola sin hijos o pareja sin hijos, pareja con hijos/as y sin pareja con hijos/as).

## **Análisis de datos**

Se describieron las variables socioeconómicas y se estimaron las prevalencias de la situación de salud percibida y mental según las cuatro trayectorias residenciales.

Posteriormente, se ajustaron modelos multivariados para estimar la asociación entre las variables independientes y la mala salud percibida y mental al año de seguimiento. Se obtuvieron las razones de prevalencia (RP) de mala salud percibida y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%), y los coeficientes (Coef) de mala salud mental y sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%) en las cuatro trayectorias residenciales usando como categoría de referencia la trayectoria SR-SR. Para la salud percibida se ajustaron modelos de regresión de Poisson robusta y para la salud mental se ajustaron modelos de regresión lineal. Para el análisis se ajustaron cuatro modelos, el primero ajustado por la edad y el estado de salud basal al inicio del seguimiento (Modelo 1). Luego, se añadieron las variables socioeconómicas (edad, país de nacimiento, clase social y composición familiar) (Modelo 2) y, finalmente, se añadió al modelo la situación laboral como variable explicativa (Modelo 3).

Para estimar el efecto modificador de la situación laboral entre la relación de la inseguridad residencial y la salud, al Modelo 3 se incorporó la interacción entre la situación laboral y las cuatro trayectorias residenciales para cada variable de salud (Modelo 4).

La base de datos con la que se ha realizado el estudio presentaba un elevado número de valores perdidos, que se solucionó con el método de imputación múltiple por ecuaciones encadenadas <sup>14,20</sup>. Todos los análisis fueron estratificados por sexo. Se utilizó el programa estadístico STATA versión 13.0.

## **Resultados**

### **Características de la muestra**

Un 50,3% de las 469 personas de la muestra son mujeres. Tanto en hombres como en mujeres, la mayoría se encuentran en la trayectoria SR-SR (42,8% y 45,5%, respectivamente) seguida de la trayectoria IR-IR (27,1% y 25,3% respectivamente). En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la muestra.

### **La relación entre inseguridad residencial y salud**

En la Tabla 2 se muestra la situación de salud en el momento basal y en el seguimiento según la trayectoria residencial. Se observa que las mujeres de las trayectorias SR-IR e IR-IR empeoraron su salud percibida después del seguimiento (de 30,3% a 38,2% y de 36,6% a

40,6%, respectivamente), mientras que en el caso de los hombres, la mayoría empeoró su salud percibida después del seguimiento, excepto aquellos que pasaron de inseguridad a seguridad residencial, quienes mejoraron su salud después del seguimiento (de 26,1% a 22,2%). Respecto de la salud mental, la media de la escala GHQ-12 disminuyó considerablemente tanto en hombres como en mujeres de las 4 trayectorias residenciales.

La Tabla 3 muestra los efectos de la trayectoria residencial y la situación laboral sobre la salud. Se observa que las mujeres de las trayectorias SR-IR e IR-IR presentan razones de prevalencia de mala salud percibida al año de seguimiento de 2,26 (IC95%: 1,26-4,05) y 2,29 (IC95%: 1,36-3,84) respectivamente, comparadas con aquellas que se mantienen en seguridad residencial. Estos resultados persisten en la trayectoria IR-IR después de incluir las variables socioeconómicas (Modelo 2) y la situación laboral (Modelo 3), mientras que las mujeres de la trayectoria SR-IR presentan un patrón similar aunque los resultados están en el límite de la significación estadística. En el caso de los hombres no se aprecian efectos significativos de las trayectorias de inseguridad residencial sobre la salud percibida, aunque a diferencia de las mujeres, destaca el efecto del desempleo sobre la salud con razones de prevalencia de mala salud percibida de 3,16 (IC95%: 1,02-6,15) entre los desempleados con subsidio/prestación y de 3,02 (IC95%: 1,63-5,60) entre los desempleados sin subsidio/prestación comparados con aquellos que se encuentran empleados actualmente (Modelo 3). En cuanto a la salud mental al año de seguimiento, los efectos de la trayectoria IR-IR se mantienen significativos para las mujeres en los tres modelos (ej. Coef<sub>aju</sub>: 2,22; IC95%: 0,67-3,76 [modelo 3]). En el caso de los hombres no se observan efectos significativos de las trayectorias de inseguridad residencial sobre la salud mental luego de ajustar por las variables socioeconómicas. No obstante, los hombres desempleados con subsidio/prestación y los desempleados sin subsidio/prestación presentan efectos significativos comparados con aquellos que trabajan actualmente (Coef<sub>aju</sub>: 2,88; IC95%: 0,86-4,90 y Coef<sub>aju</sub>: 3,00; IC95%: 1,24-4,75) (Modelo 3). En el caso de las mujeres se observa un efecto significativo en desempleadas sin subsidio/prestación (Coef<sub>aju</sub>: 2,35; IC95%: 0,97-3,72) comparadas con aquellas que trabajan actualmente.

### **Modificación de los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud según la situación laboral**

La Tabla 4 muestra los resultados del modelo 4 que incluye la interacción entre las trayectorias de inseguridad residencial y la situación laboral, siendo presentados de manera estratificada

según categoría de situación laboral. En el caso de las mujeres, destacan razones de prevalencia de mala salud percibida significativas en aquellas con trayectoria IR-IR que trabajan al año de seguimiento (RP: 3,17; IC95%: 1,44-6,99), y en aquellas que pasaron de seguridad a inseguridad residencial y se encuentran desempleadas sin prestación (RP: 2,55; IC95%: 1,03-6,32) a diferencia de las otras categorías de situación laboral. En cuanto a la salud mental destaca un efecto significativo de la categoría IR-IR en aquellas mujeres desempleadas sin prestación (Coef: 4,46; IC95%: 1,99-6,94), lo cual no ocurre en las otras categorías de situación laboral. Sin embargo, no se encontró interacción significativa entre las trayectorias de inseguridad residencial y situación laboral sobre la salud percibida y mental.

En el caso de los hombres, no se observan efectos estadísticamente significativos sobre la salud percibida en ninguna de las tres categorías laborales. Sin embargo, respecto de la salud mental, aquellos que se mantuvieron en inseguridad residencial y se encontraban desempleados sin prestación presentaron un efecto significativo (Coef: 3,28; IC95%: 0,34-6,22) comparados con aquellos de la trayectoria SR-SR, a diferencia de las otras categorías de situación laboral. De hecho, en este caso los resultados sugieren una interacción entre trayectoria residencial y situación laboral (p-valor <0,10).

## **Discusión**

Este estudio ha mostrado asociación entre la inseguridad residencial y la mala salud percibida y mental, y el desempleo y la salud mental en las mujeres. Mientras que en los hombres la asociación ha sido solo con la situación laboral donde, concretamente, el desempleo afecta su salud. En general no se observó que la situación laboral modificara el efecto entre la inseguridad residencial y la salud, excepto en el caso de la mala salud mental en hombres, donde se observaron efectos significativos en aquellos que se mantuvieron en inseguridad residencial posterior al seguimiento y se encontraban desempleados sin ningún tipo de prestación, a diferencia de las otras categorías de situación laboral.

Estudios previos han evidenciado los efectos negativos sobre la salud y bienestar de las personas con problemas de pago de la hipoteca o el alquiler, las ejecuciones hipotecarias y el proceso del desahucio tanto en hombres y mujeres <sup>4-6</sup>. Sin embargo, en el caso de los hombres de nuestro estudio, los resultados no muestran una asociación clara entre la salud y la inseguridad residencial, pero sí con la situación laboral. En especial, el desempleo tendría

un efecto negativo sobre la salud percibida y mental, lo cual coincide con una nutrida evidencia al respecto<sup>21-24</sup>. Estas diferencias en los resultados entre hombres y mujeres en parte se podrían explicar por los roles tradicionales de género todavía asumidos en el contexto español, donde el hombre es el principal responsable de la economía del hogar, mientras que la mujer es la principal responsable del trabajo doméstico y de cuidados. La división de género en España es particularmente importante en cuanto al trabajo reproductivo. Respecto al desempleo, algunos estudios han mostrado como en contextos donde se mantienen los roles tradicionales de género, los períodos de desempleo tienen un efecto más grave en la salud de los hombres<sup>25</sup>, en cambio aparecen efectos más similares donde estos roles se diluyen<sup>26</sup>.

Respecto a la vivienda, y en relación al desempeño del trabajo reproductivo, las mujeres pasan un mayor tiempo en el hogar, hecho que podría transformar a la vivienda y la situación residencial en una dimensión más relevante que en el caso de los hombres. Por ejemplo, un estudio cualitativo realizado en Australia con 71 mujeres con algún tipo de inseguridad residencial mostró cómo la mayoría priorizaba el cuidado de sus hijas e hijos, sintiéndose responsables por permanecer en el hogar y encontrar una solución residencial por sobre la búsqueda de un trabajo remunerado<sup>11</sup>.

Posteriormente, cuando incluimos la interacción entre la situación laboral y la situación residencial en sus efectos en la salud, solo encontramos resultados significativos en la salud mental de los hombres, donde pareciera ser que estar desempleado sin prestación aumentaría los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud. Este resultado es interesante por los mecanismos relacionados con el género y la salud ya mencionados, y por coincidir con estudios previos que han analizado la interacción entre trabajo, situación residencial y salud<sup>11,12</sup>.

En cuanto a poder entender bien como el sistema de opresión patriarcal tiene un efecto en la salud determinado por la situación residencial y el desempleo, sería pertinente poder tener los resultados desagregados tanto por clase social, como por estatus migratorio, ya que ambos ejes de opresión interseccionan con el género, teniendo un papel clave en la salud. Además, sería necesario poder desbinarizar los roles de género<sup>27</sup>, aunque esta es una de las limitaciones clave de nuestra base de datos.

Es necesario continuar investigando la relación entre las situaciones residencial y laboral, en especial si se tiene en cuenta que son parte de una serie de mecanismos e

interacciones entre fenómenos complejos que afectan la salud. Así, estudios previos han reportado otros factores, más allá de las condiciones de empleo y trabajo, que podrían relacionarse con la inseguridad residencial y potenciar sus efectos negativos como la pobreza energética, la inseguridad alimentaria y la economía del hogar<sup>10,28</sup>.

#### *Limitaciones y fortalezas*

Este estudio utiliza la información del proyecto “Impacto en la salud del programa Treball als Barris” que no fue diseñado para responder a nuestro objetivo. La limitación más importante se relaciona con la variable inseguridad residencial, que se mide sólo según la existencia de retraso en el pago de los costes de la vivienda los últimos doce meses. En primer lugar, la inseguridad residencial puede ir desde el retraso en el pago de la hipoteca o alquiler hasta el propio desahucio, situaciones que no permite diferenciar esta variable. Probablemente, si incluyéramos etapas más severas de inseguridad residencial (como el desahucio), los efectos sobre la salud de las personas serían mayores como han evidenciado estudios previos al nuestro<sup>29,30</sup>. Además, esta variable presentaba un elevado número de valores perdidos, lo cual redujo la muestra y la potencia estadística. No obstante, los datos nos han permitido observar diversos efectos de la inseguridad residencial sobre la salud, y a su vez, cómo podría estar actuando la situación laboral en esta relación. Algo similar ocurre con nuestra variable de situación laboral, la cual no recoge aspectos relacionados con la precariedad ni la calidad del empleo. El equipo está trabajando en una nueva variable compuesta que permita recoger esta situación y otros aspectos.

Otra limitación se relaciona con la diferencia en el instrumento utilizado para la recogida de información en la encuesta basal (presencial auto-cumplimentada) y en la de seguimiento (entrevista telefónica), que podría conducir a un sesgo de información.

Finalmente, hemos visto algunas diferencias según clase social, entre las personas que respondieron sólo al inicio del estudio (pérdidas de seguimiento) y las que lo hicieron también al año de seguimiento, existiendo una mayor proporción de clase manual no cualificada entre quienes dejaron el estudio. Lo mismo ocurre con la edad entre las personas que respondieron la pregunta sobre retraso en el pago de préstamos hipotecarios y/o de alquiler y las que no lo hicieron (quienes correspondieron a grupos etarios mayores). Estas diferencias pueden introducir un sesgo de selección, aunque los grupos excluidos presentan mayor susceptibilidad por lo que los efectos de la inseguridad residencial sobre la salud podrían

haber sido aún mayores, sin existir un cambio en la dirección de la asociación (tabla 1 y tabla II del apéndice online de este artículo).

Como fortalezas, este estudio utiliza una variable de trayectoria de inseguridad residencial, la cual permitió identificar las distintas posibilidades de cambio de la situación residencial y los efectos de estos cambios sobre la salud. Además, es uno de los pocos estudios que tratan de analizar el efecto modificador de la situación laboral sobre la relación entre inseguridad residencial y salud en nuestro contexto.

## **Conclusiones**

La inseguridad residencial es un fenómeno que se ha intensificado en los últimos años, tiene efectos negativos sobre la salud y podría interactuar con otros determinantes sociales como la situación laboral, fundamentalmente en sus efectos sobre la salud mental de los hombres y las mujeres. Es necesario continuar investigando para generar más evidencia al respecto, y a su vez avanzar en intervenciones integrales que mejoren la salud de las personas afectadas por emergencia habitacional.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de mujeres y hombres participantes en el estudio según la trayectoria residencial (n=469) (SR: seguridad residencial; IR: inseguridad residencial).

	Mujeres (N=236)				Hombres (N=233)			
	SR-SR (n=101)	SR-IR (n=34)	IR-SR (n=37)	IR-IR (n=64)	SR-SR (n=106)	SR-IR (n=41)	IR-SR (n=27)	IR-IR (n=59)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Edad (años) [media (DE)] basal</b>	41,7 (10,73)	39,7(11,13)	41,8(7,34)	39,9(9,73)	42,6 (11,32)	40,5(10,42)	38,8(10,58)	39,1(8,48)
<b>País de nacimiento basal</b>								
Fuera UE-15	32 (31,7)	22 (64,5)	23 (62,2)	38 (59,4)	35 (33,0)	26 (63,4)	18 (66,7)	42 (71,2)
España y UE-15	69 (68,3)	12 (35,5)	14 (37,8)	26 (40,6)	71 (70,0)	15 (36,6)	19 (33,3)	17 (28,8)
<b>Clase Social basal</b>								
No Manual	28 (27,8)	5 (15,0)	8 (21,8)	9 (14,1)	16 (15,1)	2 (4,4)	2 (7,5)	8 (14,5)
Manual cualificado y semi cualificado	34 (33,6)	11 (31,0)	15 (39,6)	24 (37,0)	58 (54,7)	16 (40,1)	14 (52,7)	21 (34,9)
Manual no cualificado	39 (38,6)	18 (54,0)	14 (38,7)	31 (48,8)	32 (30,2)	23 (55,6)	11 (39,8)	30 (50,6)
<b>Composición familiar basal</b>								
Sin hijos/as	48 (47,5)	8 (24,2)	8 (22,2)	18 (29,0)	65 (62,5)	28 (70,0)	12 (46,2)	25 (43,9)
Pareja e hijos/as	26 (27,7)	12 (36,4)	11 (30,5)	19 (30,6)	22 (21,2)	10 (25,0)	8 (30,8)	18 (31,2)
Sin pareja con hijos	27 (26,7)	13 (39,4)	17 (47,2)	25 (40,3)	17 (16,4)	2 (5,0)	6 (23,1)	14 (24,6)
<b>Situación laboral seguimiento</b>								
Trabaja actualmente	47 (47,0)	15(44,1)	23 (63,9)	30 (46,9)	53 (50,0)	17 (42,5)	11 (40,7)	18 (30,5)
Desempleado con subsidio/prestación	13 (13,0)	6 (17,6)	5 (13,9)	14 (21,9)	25 (23,6)	8 (20,0)	9 (33,3)	14 (23,7)
Desempleado con subsidio prestación	40 (40,0)	13 (38,2)	8 (22,2)	20 (31,2)	28 (24,4)	15 (37,5)	7 (25,9)	27 (45,8)

**Tabla 2.** Descripción de la situación de salud percibida y salud mental según la trayectoria residencial antes y después de haber participado en el programa “Treball als Barris” en mujeres y hombres.

MUJERES (N=236)	SR-SR (n=101)		SR-IR (n=34)		IR-SR (n=37)		IR-IR (n=64)	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Mala Salud percibida [% (n)]	18,4% (18)	16,8% (17)	30,3% (10)	38,2%(13)	24,5% (9)	24,3% (9)	36,6% (22)	40,6% (26)
Salud mental (Escala GHQ12) [mediana (RIQ)]	14 (19-11)	9 (13-6)	16 (21-5)	11 (13-10)	18 (24-11)	9 (18-7)	17 (24-10)	12 (17-7)

HOMBRES (N=233)	SR-SR (n=106)		SR-IR (n=41)		IR-SR (n=27)		IR-IR (n=59)	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Mala Salud percibida [% (n)]	16,7% (17)	24,5% (26)	15,8% (6)	24,4% (10)	26,1% (6)	22,2% (6)	17,0% (9)	28,1% (16)
Salud mental (Escala GHQ12) [mediana (RIQ)]	11(16-8)	8 (14-7)	12 (17-6)	9 (12-7)	17 (19-11)	7 (12-6)	15 (19-9)	10 (16-7)

SR: seguridad residencial; IR: inseguridad residencial; RIQ: Rango Intercuartilico.

**Tabla 3.** Asociación multivariada entre la mala salud percibida y mala salud mental al año de seguimiento según trayectorias residenciales y situación laboral en mujeres y hombres.

		MUJERES (n=236)			HOMBRES (n =233)		
Mala salud percibida		Modelo 1 RP (IC 95%)	Modelo 2 RP (IC 95%)	Modelo 3 RP (IC 95%)	Modelo 1 RP (IC 95%)	Modelo 2 RP (IC 95%)	Modelo 3 RP (IC 95%)
Trayectoria residencial							
	SR-SR	1	1	1	1	1	1
	SR-IR	2,26(1,26-4,05)**	1,87 (0,99-3,51)	1,82 (0,98-3,38)	0,99 (0,52-1,87)	1,15 (0,63-2,12)	1,04 (0,57-1,92)
	IR-SR	1,69(0,84-3,44)	1,26 (0,59-2,71)	1,34 (0,64-2,82)	0,77(0,37-1,60)	0,89 (0,40-1,98)	0,67 (0,30-1,46)
	IR-IR	2,29(1,36-3,84)**	1,83 (1,05-3,19)*	1,82 (1,05-3,16)*	1,07(0,62-1,85)	1,13 (0,67-1,90)	0,84 ( 0,47-1,48)
Situación laboral							
	Trabaja actualmente	--	--	1	--	--	1
	Desempleo c/prestación	--	--	0,93 (0,55-1,60)	--	--	3,16 (1,02-6,15)**
	Desempleo s/prestación	--	--	1,20 (0,79-1,83)	--	--	3,02 (1,63-5,60)**
Mala salud mental (Escala GHQ12)		Modelo 1 Coef (IC 95%)	Modelo 2 Coef (IC 95%)	Modelo 3 Coef (IC 95%)	Modelo 1 Coef (IC 95%)	Modelo 2 Coef (IC 95%)	Modelo 3 Coef (IC 95%)
Trayectoria residencial							
	SR-SR	1	1	1	1	1	1
	SR-IR	1,76 (-0,08-3,59)	1,23 (-0,68-3,14)	1,25 (-0,63-3,13)	-0,06 (-2,13-2,02)	-0,07 (-2,31-2,17)	-0,54 (-2,75-1,67)
	IR-SR	0,92 (-0,86-2,70)	0,54 (-1,33-2,41)	0,96 (-0,91-2,82)	-0,58 (-3,04-1,87)	-0,74 (-3,35-1,87)	-1,23 (-3,80-1,33)
	IR-IR	2,70 (1,21-4,18)***	2,18 (0,62-3,74)**	2,22 (0,67-3,76)**	1,84 (-0,01-3,68)*	1,80 (-0,24-3,83)	1,11 (-0,90-3,13)
Situación laboral							
	Trabaja actualmente	--	--	1	--	--	1
	Desempleo c/prestación	--	--	0,84 (-0,89-2,57)	--	--	2,88 (0,86-4,90)***
	Desempleo s/prestación	--	--	2,35 (0,97-3,72)*	--	--	3,00 (1,24-4,75)**

Modelo1: salud, trayectoria residencial y ajustado por edad; Modelo2: salud, trayectoria residencial, y ajustado por variables socioeconómicas; Modelo3: salud, trayectoria residencial, situación laboral y ajustado por variables socioeconómicas.

RP: razón de prevalencia; Coef: coeficiente; IC95%: intervalo de confianza; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

**Tabla 4.** Modelo multivariado de mala salud percibida y mala salud mental incorporando la interacción entre la situación laboral y las trayectorias residenciales.

	TRABAJA ACTUALMENTE	DESEMPLEADO/A CON PRESTACIÓN	DESEMPLEADO/A SIN PRESTACIÓN
<b>MUJERES (N=236)</b>			
<b>Mala salud percibida</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>RP (IC95%)</b>
Trayectoria residencial			
SR-SR	1	1	1
SR-IR	2,16 (0,86-5,44)	1,85 (0,52-6,50)	2,55 (1,03-6,32)*
IR-SR	2,04 (0,77-5,40)	1,05 (0,29-3,84)	2,07 (0,49-4,94)
IR-IR	3,17 (1,44-6,99)**	3,17 (0,38-3,19)	2,27 (0,99-5,21)
<b>Mala salud mental</b>	<b>Coef (IC95%)</b>	<b>Coef (IC95%)</b>	<b>Coef (IC95%)</b>
Trayectoria residencial			
SR-SR	Ref	Ref	Ref
SR-IR	1,50 (-1,17-4,18)	-2,82 (-7,39-1,75)	3,86 (0,98-6,76)
IR-SR	1,32 (-0,99-3,63)	-2,56 (-7,35-2,22)	2,85 (-0,65-6,34)
IR-IR	1,93 (-0,19-4,05)	1,18 (-2,30-4,68)	4,46 (1,99-6,94)*
<b>HOMBRES (N=233)</b>			
<b>Mala salud percibida</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>RP (IC95%)</b>	<b>RP (IC95%)</b>
Trayectoria residencial			
SR-SR	1	1	1
SR-IR	0,81 (0,19-3,40)	1,73 (0,74-4,01)	0,68 (0,23-1,99)
IR-SR	-	0,90 (0,34-2,39)	0,75 (0,25-2,23)
IR-IR	0,43 (0,06-3,20)	1,14 (0,48-2,71)	1,02 (0,50-2,07)
<b>Mala salud mental</b>	<b>Coef (IC95%)</b>	<b>Coef (IC95%)</b>	<b>Coef (IC95%)</b>
Trayectoria residencial			
SR-SR	Ref	Ref	Ref
SR-IR	0,51 (-2,54-3,57)	1,31 (-3,12-1,34)	-2,15 (-5,64-1,34)
IR-SR	-1,22 (-4,87-2,43)	-3,08 (-7,32-1,15)	2,30 (-2,35-6,94)
IR-IR	0,37 (-2,64-3,38)	-1,01 (-4,72-2,70)	3,28 (0,34-6,22)*

Modelo 4: salud, trayectoria residencial \*situación laboral (incluye la interacción entre situación laboral y residencial). IC95%: intervalo de confianza; RP: razón de prevalencia; Coef: coeficiente.

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001 p<0,10

## Referencias

1. Cortés L, Fernando AY, Alonso A. Número 40-41 @BULLET Junio-Octubre 2007 @BULLET Revista Bimestral de la FSG A FONDO La exclusión residencial. Revista Bimestral de la FSG, nº 40-41. 2007;.
2. Amore K, Baker M, Howden-Chapmna P. The ETHOS definition and classification of homelessness: An analysis. *Eur J Homelessness*. (2011),
3. Consejo General del Poder Judicial. Datos sobre el efecto de la crisis en los organos judiciales por TSJ hasta cuarto Trimestre 2017. 2018.
4. Tsai AC. Home foreclosure, health, and mental health: A systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS One.*, 10 (2015), pp. 1–21.
5. Downing J. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: A systematic review and explanation of evidence. Vol. 162, *Social Science and Medicine.*, (2016), p. 88–96.
6. Vásquez-Vera H, Palència L, Magna I, et al. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Soc Sci Med .*, 175 (2017), pp. 199–208.
7. 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.*, 15 (2000), pp. 463–79.
8. Ertl, A.C., *The Effects of Home Foreclosure on Adolescents and Their Mothers: Stress and Resilience*. ProQuest Information & Learning, US., (2011),
9. 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.*, 92 (2011), pp. 140–63.
10. Vasquez-Vera H, Fernández A, Novoa A, et al. Our lives in boxes: Perceived community mediators between housing insecurity and health using a photovoice approach. *Int J Equity Health.*, (2019),
11. Hulse K, Saugeres L. Housing insecurity and precarious living: An Australian exploration. *AHURI Final Rep.*, 124 (2008), pp. 1–51.
12. Bentley R, Baker E, LaMontagne A, et al. Does employment security modify the effect of housing affordability on mental health? *SSM - Popul Heal.*, 2 (2016), pp. 778–83.
13. Barcelona A de. Distribución territorial de la renta familiar en Barcelona. 2016. Disponible en: <http://www.bcn.cat/estadistica/castella/dades/barris/economia/renda/rdfamiliar/a2016.htm>
14. González-Marín P, Puig-Barrachina V, Cortès-Franch I, et al. Social and material determinants of health in participants in an active labor market program in Barcelona. *Arch Public Heal.*, 76 (2018), pp.1–8.
15. Mavaddat N, Kinmonth AL, Sanderson S, et al. What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *J*

- Epidemiol Community Health., 65 (2011), pp. 800–6.
16. Quesnel-Vallée A. Self-rated health: Caught in the crossfire of the quest for “true” health? *International Journal of Epidemiology*, 36 (2007), pp. 1161–4.
  17. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.*, 38 (1997) pp. 21–37.
  18. Campbell A, Knowles S. A confirmatory factor analysis of the GHQ12 using a large Australian sample. *Eur J Psychol Assess.*, 23 (2007), pp. 2–8.
  19. Norris CM, Ghali, WA, Saurders, LD, et al. Ordinal regression model and the linear regression model were superior to the logistic regression models. *J Clin Epidemiol.*, 59 (2006), pp. 448–56.
  20. Rubin, D. *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. New York. Wiley, 1987.
  21. Dooley D, Fielding J, Levi L. Health and Unemployment. *Annu Rev Public Health.*, 17 (1996), pp. 449–65.
  22. Bartley M. Unemployment and ill health: understanding the relationship. *J Epidemiol Community Health.*, 48 (1994) pp. 333–7.
  23. Puig-Barrachina V, Malmusi D, Martínez JM, Benach J. Monitoring Social Determinants of Health Inequalities: The Impact of Unemployment among Vulnerable Groups. *Int J Heal Serv.*, 41 (2011), pp. 459–82.
  24. López del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007–2011). *BMC Public Health.*, 18 (2018), pp. 133.
  25. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class. *Am J Public Health.*, 94 (2004), pp. 82–8.
  26. Strandh M et al. Unemployment, gender and mental health: the role of the gender regime. *Sociol Health Illn.*, 35 (2013), pp. 649–65.
  27. Hankivsky O. Women’s health, men’s health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Soc Sci Med.*, 74 (2012), pp. 1712–20.
  28. Hernandez D. Energy Insecurity: A Framework for Understanding Energy, the Built Environment, and Health Among Vulnerable Populations in the Context of Climate Change. *Am J Public Health.*, 103 (2013), pp. 32–4.
  29. Bolívar Muñoz J, Bernal Solano M, Mateo Rodríguez I, et al. La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio. *Gac Sanit.*, 30 (2016), pp. 4–10.
  30. Vázquez-Vera H, Rodríguez-Sanz M, Palència L, et al. Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages. *J Urban Health.*, 39 (2016), pp. 312–30.

## Apéndice online

**Tabla I.** Características sociodemográficas de las personas participantes en el estudio que respondieron sólo la encuesta al inicio y las que lo hicieron al inicio y al seguimiento.

	<b>Pre (n=249)</b>	<b>Pre-Post (n=699)</b>	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>p valor</b>
<b>Edad basal</b>			0,077
16 a 24 años	35 (14,1)	63 (9,0)	
25 a 54 años	190 (76,3)	560 (80,1)	
55 a 64 años	24 (9,6)	76 (10,9)	
Valores perdidos	--	--	
Total	249 (100)	699 (100)	
<b>Sexo</b>			0,244
Mujeres	109 (43,8)	336 (48,1)	
Hombres	140 (56,2)	363 (51,9)	
Valores perdidos	--	--	
Total	249 (100)	699 (100)	
<b>Clase Social basal</b>			0,005**
No Manual	33 (13,3)	105 (15,1)	
Manual cualificado y semi cualificado	70 (28,1)	264 (37,7)	
Manual no cualificado	118 (47,4)	285 (40,8)	
Valores perdidos	28 (11,2)	45 (6,4)	
Total	249 (100)	699 (100)	

\*\*p valor <0,05

**Tabla II.** Características sociodemográficas de las personas participantes en el estudio que respondieron la pregunta sobre retrasos en el pago y las que no lo hicieron o no se pudieron clasificar.

		Clasificables (n=759)	Valores perdidos o no clasificables (n=189)	
		N (%)	N (%)	p valor
<b>Edad basal</b>				0,007**
	16 a 24 años	82 (10,8)	11 (6,0)	
	25 a 54 años	603 (79,4)	144 (76,2)	
	55 a 64 años	74 (9,8)	34 (17,8)	
	Valores perdidos	--	--	
	Total	759 (100)	189 (100)	
<b>Sexo</b>				0,061
	Mujeres	368 (48,5)	61 (32,2)	
	Hombres	391 (51,5)	128 (67,8)	
	Valores perdidos	--	--	
	Total	759 (100)	189 (100)	
<b>Clase Social basal</b>				0,081
	No Manual	115 (15,2)	21 (11,1)	
	Manual cualificado y semi cualificado	277 (36,5)	53 (28,1)	
	Manual no cualificado	326 (42,9)	83 (43,9)	
	Valores perdidos	41 (5,4)	32 (16,9)	
	Total	759 (100)	189 (100)	

\*\*p valor <0,05

## ANEXO 2

### Traslación de los resultados

La participación de las partes interesadas en los proyectos de investigación desempeña un papel clave para garantizar la traslación de los resultados, creando un puente entre las necesidades de las partes interesadas y los resultados de la investigación, los cuales se vuelven más relevantes desde un punto de vista social.

Los resultados de los estudios empíricos de esta tesis (estudios 2 y 3) han contribuido con el trabajo de sensibilización y abogacía llevado a cabo por las distintas organizaciones sociales que trabajan por el derecho a la vivienda en Barcelona, lo cual se describe a continuación:

#### **ESTUDIO 2: Promoción de la Iniciativa de Legislación Popular (ILP) 24/2015 sobre medidas urgentes para afrontar la emergencia en el ámbito de la vivienda y la pobreza energética**

La segunda investigación de esta tesis fue parte del proyecto europeo “Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities” (SOPHIE), en el cual se trabajó de manera colaborativa con grupos de interés relacionados con el trabajo por el derecho a la vivienda generando evidencia científica sobre los efectos de la inseguridad residencial y la pobreza energética sobre la salud de las personas afectadas (Ver: Housing Policies and Health Inequalities, IJHS 2017;47:207-32). Esta alianza fue una poderosa herramienta para conseguir el compromiso de los parlamentarios catalanes y la aprobación de la Ley 24/2015 en julio de 2015.

Con la participación de activistas de la Plataforma de Personas Afectadas por Hipotecas y del Observatorio de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Cataluña (Observatori DESC), llevamos a cabo un análisis sobre las condiciones de vida y salud de las personas afectadas por la inseguridad residencial producto de juicios hipotecarios y desahucios, que se reporta en el artículo científico contenido en esta tesis y en el informe "Emergencia habitacional en Cataluña": Impacto de la crisis hipotecaria en el derecho a la salud y los derechos de los niños" (<https://observatoridesc.org/ca/node/4309>), que muestra el impacto en la salud y la pobreza energética de la crisis hipotecaria en Cataluña, donde se han tramitado alrededor de 110.000 procesos de desahucio entre 2008 y 2018. El informe fue presentado en una conferencia de prensa el 26 de junio de 2015, en vísperas de la admisión de la ILP sobre políticas de vivienda en el parlamento autonómico (<https://ilphabitatge.cat/ca/>). Al día siguiente, la Plataforma entregó el informe a todos los partidos en el parlamento y recogió su compromiso por escrito en el calendario de aprobación. El 29 de julio se aprobó la Ley 24/2015, que establecía medidas urgentes para hacer frente a la situación de emergencia en el ámbito de la vivienda y la pobreza energética.

Esta ley es probablemente una de las más importantes en la lucha contra la exclusión de la vivienda en todo el país e incluye medidas pertinentes como la prohibición del desalojo

de las familias vulnerables sin reubicarlas y la interrupción del suministro básico (electricidad, gas y agua) a las familias vulnerables en caso de impago, el uso de viviendas vacías debido a embargos por parte de grandes propietarios después de un desalojo (es decir, bancos) como vivienda social, y la dación en pago (es decir, la eliminación de la deuda restante de las personas que han perdido sus hogares).

Lamentablemente, este importante objetivo alcanzado gracias a los movimientos sociales y el apoyo del mundo académico a través de la traslación de la ciencia en políticas públicas fue suspendido por el principal partido conservador de España mediante una sentencia del Tribunal Constitucional en mayo de 2017. Sólo se mantuvieron las medidas contra la pobreza energética. Posteriormente, en octubre de 2018, el trabajo y la presión de las organizaciones que luchan por el derecho a la vivienda, sumado a la ventana de oportunidad dada por la salida del partido conservador del gobierno central, logró que el Gobierno de la Generalitat de Catalunya y el Gobierno del Estado firmaran el acuerdo para retirar el recurso de inconstitucionalidad contra parte de los artículos impugnados de la Ley 24/2015. Los resultados de la implementación de esta ley están aún por ser evaluados.



Momento de la aprobación de la ILP 24/2015 por unanimidad por el Parlamento de Catalunya (fuente: Ara.cat).

---

Prueba de lo anterior son dos cartas escritas por la Alcaldesa de Barcelona, Ada Colau, y la portavoz de la PAH de Barcelona, Lucía Delgado, y la directora del Observatori DESC, Irene Escorihuela, en apoyo al proyecto SOPHIE en su candidatura al premio Horizon Impact Award de la Unión Europea, las que se adjuntan a continuación:



## Mayor of Barcelona

20 May 2019

For the attention of:  
European Commission  
Brussels

Dear Sirs,

I would like to acknowledge the contribution of the research carried out in the frame of the **SOPHIE project** for the implementation of *Pla de Barris* (Neighbourhoods Plan) in the city of Barcelona.

The SOPHIE project evaluated the health impacts of a large scale urban renewal program (named *Llei de Barris*) carried out by the Catalan regional government in the first decade of this century. The project showed that this program was effective in improving health and reducing inequalities, and that it was important to combine both changes in infrastructures, environment and equipments, as well as in social programs.

Aware of these results, the City Council of Barcelona launched in 2016 *Pla de Barris*, a large-scale urban renewal plan with 610 actions that aim to reduce social inequalities and improve life conditions in the 16 most deprived neighbourhoods of our city. This plan, with a budget allocated of 150 Million €, combines investments in improving public spaces and infrastructures as well as new innovative programs in the fields of social cohesion, occupation, education, sports and health promotion, among others.

For this reason, I fully support the candidacy of SOPHIE project to be presented for the Horizon Impact Award. Its research was useful to promote the approval and guide criteria for investment in our Neighbourhoods Plan in Barcelona.

Yours sincerely,

**Ada Colau Ballano**

14th May, 2019

European Commission

Through this letter we would like to recognize the importance for the Mortgage Affected Platform and The Observatory of Human Rights of Catalonia of the 2015 report titled "Housing emergency in Catalonia. Impact of the mortgage crisis on the right to health and the rights of children". This report included a specific section analysing the impact on health and energy poverty of the mortgage crisis in Catalonia, section that was possible because of the existence of the research done by the SOPHIE project. The report was presented at a press conference the 26 of June of 2015. The Platform handed the report to all parties in the parliament while collecting their written commitment on the approval calendar for the citizens' petition on housing policies. One month later the Law 24/2015 on urgent measures to deal with the emergency in the area of housing and energy poverty was approved.

For this reason, we would like to support the SOPHIE project to be presented for the Horizon Impact Award. The mentioned report was useful to push the approval of the Law 24/2015. Although part of the Law was suspended by the political party in the government of Spain (Partido Popular), it has been useful to implement policies to tackle energy poverty in vulnerable populations.

Sincerely yours,

Lucia Delgado



Presidenta Plataforma Afectats

per la Hipoteca (PAH)



**PLATAFORMA  
DE AFECTADOS  
POR LA HIPOTECA**  
NIF. G-55526385  
C/ Leiva, 44 - 08014 Barcelona  
lapahdebarcelona@gmail.com



Irene Escorihuela

Directora Observatori DESC



### **ESTUDIO 3: La investigación acción participativa como herramienta de abogacía por el derecho a la vivienda**

Uno de los objetivos clave del Fotovoz, como técnica enmarcada en la investigación-acción participativa, es realizar abogacía para la transformación social a partir del conocimiento co-creado por la comunidad involucrada en el proceso. Por esto, nuestro tercer estudio no sólo profundizó en los mediadores entre la inseguridad residencial y la salud, sino que a partir de los temas emergentes se realizaron recomendaciones políticas para abordar el problema que se recogen en el Anexo 3 y dos herramientas de difusión: el libro “Voces y Miradas: Inseguridad Residencial y Salud” y la exposición fotográfica itinerante “Nuestra vida en cajas: inseguridad residencial y salud”, los cuales se describen a continuación.

*El libro “Voces y Miradas: Inseguridad Residencial y Salud”* (prólogo de Raquel Rolnik, ex relatora por el derecho a la vivienda en Naciones Unidas)

El libro Voces y Miradas: Inseguridad Residencial y Salud, coordinado por la Plataforma de los Afectados por la Hipoteca (PAH) y la Agencia de Salud Pública de Barcelona presenta un cuadro de los desahucios de los últimos años en Barcelona desde una mirada muy concreta: la vida cotidiana de los que habitan con la certeza de la *impermanentia*. Las zonas grises de la inseguridad de la vivienda impactan todos los ámbitos de la vida. Desde la constante incertidumbre del relato de Rachida, que tiene toda la vida empaquetada por si necesita salir inmediatamente de su piso con sus hijos e hijas, hasta los sentimientos de aislamiento, de vergüenza, de ansiedad y de una sensación general de no pertenecer. Las fotos y relatos son testigos de un proceso más amplio: las finanzas globales y su papel de colonizadoras de la tierra urbana y de la vivienda.

La mercantilización de la vivienda no es un fenómeno nuevo. El estallido de la burbuja inmobiliaria en 2008 puede ser interpretado como un síntoma de este proceso global. La propia PAH viene trabajando para proporcionar soporte a las víctimas de hipotecas con reglas abusivas impuestas por bancos e instituciones financieras. Pero las declaraciones que integran este libro apuntan a una nueva oleada de mercantilización de la vivienda, cuyo epicentro es la vivienda de alquiler. Los datos del Consejo General del Poder Judicial muestran que, desde 2008 hasta 2017, 85% de los 2.541 desahucios en Barcelona fueran provenientes de procesos de alquiler. Este nuevo poder colonial- desterritorializado y abstracto, ficticio y especulativo por naturaleza- ocupa las ciudades, capturando espacios de vida y transformándolos rápidamente en paisajes para la renta, capaces de garantizar un flujo de remuneración futura enlazando al lugar, bajo la forma de intereses.

Pero estos procesos no ocurren sin resistencia. A pesar de que la emergencia de nuevos movimientos en torno al derecho a la vivienda y a la ciudad no hayan sido capaces de revertir estos procesos, sus prácticas van construyendo un nexo entre la materialidad concreta de la vida de las personas afectadas (y las privaciones a que son sometidas) y la abstracción de los flujos financieros transnacionales, avanzando en una comprensión, a múltiples escalas, del fenómeno. Este libro ciertamente es un paso adelante en este sentido.

---

# Voces y Miradas



Inseguridad Residencial y Salud

Portada del libro “Voces y Miradas: Inseguridad Residencial y Salud”.

---

---

## Índice

Prólogo	8
Introducción	
La emergencia habitacional y su impacto en la salud	12
La emergencia habitacional	14
La inseguridad residencial y sus efectos sobre la salud	18
Co-creando conocimiento: el proceso de fotovoz	20
¿Cómo se relaciona la inseguridad residencial con la salud?	
Voces y miradas desde la emergencia habitacional	22
¿De qué formas vivir bajo la emergencia habitacional afecta a nuestra salud?	24
Factores que pueden aumentar o disminuir los efectos de la emergencia habitacional en la salud	102
Otros determinantes sociales relacionados con la emergencia habitacional	128
Recomendaciones	162
Epílogo	176
Bibliografía	180
Hemos participado en este proyecto	183

*Exposición “Nuestra vida en cajas: inseguridad residencial y salud”*

Esta exposición itinerante comenzó su recorrido en el hall de la Agencia de Salud Pública de Barcelona el mes de abril de 2019. Su propósito es recorrer distintos puntos de la ciudad (ej. centros cívicos, bibliotecas, escuelas, asociaciones de vecinos, etc.) sensibilizando a la comunidad sobre la realidad de la inseguridad residencial y sus efectos sobre la salud de las personas afectadas.



Exposición “Nuestra vida en cajas: inseguridad residencial y salud” en el hall de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

## **ANEXO 3**

### **Propuesta de recomendaciones para disminuir los efectos negativos de la inseguridad residencial sobre la salud**

A continuación se describen las recomendaciones en referencia a cada una de las categorías identificadas durante el proceso de Fotovoz, agrupadas por tipo de categoría.

#### **Cambios psicológicos**

1. Atención psicológica escalonada en los centros de salud que promueva grupos de apoyo mutuo y terapia colectiva:
  - a. Se considera necesario el enfoque colectivo al momento de crear espacios de soporte emocional. El trabajo de pares, el reconocer que no se está sola/o en el proceso y que son problemas comunes ayudarían a una mejor respuesta.
  - b. Atención psicológica individualizada prioritaria y sin demoras en los casos necesarios (ej. patología de salud mental, casos severos).
2. Disminuir la prescripción farmacológica ante los procesos de malestar emocional de las personas afectadas, promoviendo técnicas alternativas (ej. técnicas de relajación, actividad física, etc.).

#### **Condiciones materiales de la vivienda**

3. Alargar la duración de los contratos de alquiler. Esto permitiría sentir mayor arraigo y seguridad a la hora de invertir dinero y tiempo en la reparación de desperfectos de la vivienda (ej. invertir en mi vivienda para luego ser expulsada/o no tiene sentido).
4. Creación de planes de ayuda a la reparación y reacondicionamiento de vivienda para personas viviendo en inseguridad residencial.

#### **Desahucio**

5. Prohibir los desahucios, actuando de manera diferente en caso de:
  - a. Grandes propietarios e instituciones bancarias: En estos casos prohibir el desahucio y obligar soluciones pactadas.

- b. Pequeños propietarios: prohibir el desalojo hasta que haya una alternativa de reubicación para la familia afectada. Implica una intervención por parte de la oficina d'Habitatge y Servicios Sociales desde el inicio del proceso y con mayor rapidez.

### **Familia, vecinos y red social**

6. En caso de desahucio y reubicación de una familia, que esta sea en el barrio o lo más cerca posible para evitar romper la red social de las personas afectadas.
7. Incluir en los programas educativos de las escuelas el tema de la inseguridad residencial y la crisis de vivienda para visibilizar el tema en la comunidad y, además, poder trabajar con las niñas y niños afectados y sus familias.
8. Generar espacios de sensibilización y concienciación en los barrios para que las personas no afectadas por la crisis de vivienda entiendan y empaticen con la situación de sus vecinas y vecinos afectados.

### **Conductas relacionadas con la salud**

9. Sensibilizar y capacitar al equipo de salud de los CAPs sobre la inseguridad residencial y cómo estos problemas sociales afectan la salud y a las conductas relacionadas. No culpabilizar ante conductas poco saludables.
10. Fomentar la prescripción social en los centros de salud (derivación a recursos no clínicos comunitarios como talleres de baile, voluntariado, actividades artísticas, huertos urbanos, etc.).
11. Garantizar que las personas afectadas por inseguridad residencial tengan acceso a espacios de cultura, ocio y deporte gratuitos en sus barrios.
12. Fomentar la coordinación y derivación a servicios sociales, oficinas de l'Habitatge y Puntos de Atención Energética.

### **Instituciones financieras**

13. Ante el acoso y maltrato de las instituciones financieras, garantizar que los órganos competentes (Síndic de Greuges y Oficina Catalana de Consum) supervisen que el proceso de atención a las personas sea respetuoso y digno.

14. Que la Administración promueva campañas de educación en derechos del consumidor para que las personas afectadas tengan más herramientas ante las instituciones bancarias.
15. Facilitar la reducción de la deuda (“quita”) para casos de familias afectadas por inseguridad residencial.
16. Prohibir el acoso telefónico y a domicilio (mejorar la redacción).

### **Los servicios públicos**

17. Agilización de los procesos burocráticos en las oficinas de los servicios públicos (principalmente en las oficinas d’Habitatge y Servicios Sociales).
18. Capacitación específica en inseguridad residencial para quienes atienden a personas afectadas en los servicios públicos (ej. desde quien da la información en la puerta de la institución) para mejorar el trato y la acogida.
19. Rotación del personal de los servicios públicos que se encuentra en la primera línea de atención para evitar el desgaste emocional y, con ello, los posibles malos tratos a las personas afectadas que acuden por ayuda.
20. Implementar, o asegurar que se apliquen, protocolos de atención más humanizada.
21. Estos protocolos deberían asegurar que las personas reciban en su primera atención el listado con todos los derechos sociales a los que pueden acceder para evitar la sensación de estar recibiendo beneficencia.
22. Crear sistemas de atención colectiva en los servicios públicos.

### **La PAH**

23. Incluir a la PAH en los distintos espacios que influyen en las decisiones políticas (ej. espacios consultivos o técnicos de la Administración).
24. Aumentar las campañas de comunicación para dar a conocer las campañas de vivienda impulsadas por la ciudadanía.

### **La pobreza energética**

25. Exigir el real cumplimiento de la Ley 24/2015.
26. Condonación de la deuda de suministros para las familias afectadas que lo requieran.
27. Garantizar los suministros básicos (luz, agua y gas), especialmente el de las familias viviendo bajo inseguridad residencial.

## **Empleo y economía del hogar**

28. Garantizar una renta mínima que permita una vida digna.
29. Asegurar empleos de calidad.
30. Facilitar la empleabilidad de personas menos cualificadas.

