



Diciembre 2016

Palabras clave: crisis, vivienda,
exclusión, salud**No tener hogar perjudica (y mucho) la salud**

Marta Plujà. Análisis social. Cáritas Diocesana de Barcelona

En momentos como el actual, en el que la crisis económica global y globalizada sacude con fuerza las economías familiares, y que tiene como una de sus primeras consecuencias la precarización de la vivienda, las condiciones de vida de muchas de las personas atendidas por los servicios de Cáritas se deterioran cada vez más y repercuten no solo en su día a día, sino también –y sobre todo– en su estado de salud.

Cáritas Diocesana de Barcelona presentó públicamente el informe Con techo y sin hogar. Efectos de la vivienda precaria sobre la vida de las personas de Barcelona. Una mención especial a las familias con hijos coincidiendo con la campaña que realiza cada año en Navidad. Era el año 2010, y pese a que la situación ha mejorado, lo que este informe ponía en evidencia todavía se mantiene muy vigente.

Este informe nacía de la preocupación de Cáritas por el tema de la vivienda. Una inquietud que viene de lejos, como lo prueban los diversos estudios e informes que ha ido publicando sobre este asunto desde 2003 hasta la actualidad. Pero en esta ocasión se dio un paso más y se detuvo en el análisis y la reflexión sobre cómo afecta la falta de una vivienda digna tanto en las condiciones de vida de las personas como en su salud.

No se ponían sobre la mesa situaciones nuevas. La historia es cíclica y en momentos parecidos, en los que se dan al mismo tiempo crisis económica e importantes flujos migratorios (hace seis años la migración todavía era un fenómeno destacable), las respuestas al problema del acceso a la vivienda han sido similares: pensiones, habitación de realquiler, barraquismo, etc. Las diferencias entre las soluciones adoptadas por nuestros padres y abuelos son mínimas con respecto a las que han tomado las generaciones actuales.

¿Qué es un techo y qué es un hogar?

Partimos de la tesis de que un techo es un lugar donde protegerse de las inclemencias del tiempo, básicamente. En ningún caso se le puede dar al techo el pleno significado de un hogar, el lugar en el que ser persona con todo su sentido.

El techo determina una forma precaria de vivir y se define según grados diferentes de precariedad y exclusión residencial: desde los casos más extremos de vivir literalmente en la calle o vivir en albergues o refugios de servicios sociales a compartir vivienda o vivir en una vivienda masificada. Estas formas de vivir a cubierto son formas que la Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin Hogar –órgano con apoyo de la Comisión Europea–

define en trece categorías (ETHOS¹) como «situaciones de exclusión residencial», y sobre esta convención se trabaja a nivel europeo en políticas sociales. Estas categorías van desde vivir en espacios públicos o no disponer de vivienda hasta situaciones de vivienda insegura o inadecuada. Por contra, el hogar se define por las personas y no por el techo que las pone a cubierto. En la Campaña de las Personas sin Hogar 2008 de la Confederación de Cáritas Española, figuraba ya una aproximación bastante afinada de lo que nuestra institución entiende por hogar: “Se trata de crecer en el sentimiento de hogar, como sentido y vivencia donde encuentro el calor, porque pertenezco, me siento protegida, puedo crecer si lo deseo, puedo aprender, compartir, soñar, jugar; porque si me falta alimento o vivienda, este ‘calor-comunidad’ me envuelve, me apoya y me sirve de plataforma para volver a empezar. Tengo hogar porque a mi alrededor encuentro redes de apoyo, me relaciono, establezco vínculos y los establecen conmigo todos aquellos que me rodean” (Olea, 2008: 9).

No nos debe pasar por alto el hecho de que, aunque el acceso a un hogar es un derecho humano universal, recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y también un derecho social constitucional para los españoles, no se trata de un derecho real, sino que se entiende como un principio rector, o sea, que no es directamente exigible.

Pero tampoco debemos pecar de ingenuos y creer que el acceso a una vivienda soluciona todos los problemas, porque por sí solo no garantiza la integración; es más, en determinadas circunstancias (inseguridad, precariedad, deterioro...) puede ser el detonante de la exclusión social. Las condiciones físicas, la accesibilidad y el contexto pueden determinar qué se convierte en hogar y qué no.

Solo hay que ver cómo el entorno puede llegar a determinar el desarrollo personal y social de las personas inmersas: los barrios pobres no dejan de ser pobres si no se invierte en ellos. El paro, las drogodependencias o el fracaso escolar se pueden perpetuar en determinados sectores de las ciudades y pueblos, creando guetos de marginación en los que solo algunos de sus habitantes logran subir en el ascensor social, pero donde la mayoría se ve condenada a reproducir unas mismas condiciones de vida.

Tiene mucho que ver en esto el diseño de la ciudad y cómo se ha pensado en el uso del espacio público: cómo se han creado estos barrios, qué diseño tienen, cómo se han dotado de servicios, etc. Pero también cómo han sido tratados socialmente: atención social, servicios sanitarios, escolarización, recursos culturales... Cada vez se limita más el uso del espacio público y se tiende a criminalizar la pobreza en favor de beneficios político-económicos.

Una salida en tiempos de crisis

La modalidad mayoritaria de tenencia y uso de la vivienda en la Cataluña –también en España– de finales del siglo XX y principios del XXI es la propiedad. Este hecho condiciona, y mucho, la situación de precariedad en la que se halla la población de rentas medias y bajas en cuanto a la calidad de la vivienda.

Todas las políticas públicas, la publicidad institucional, toda la coyuntura se ha orientado hacia la compra-venta de viviendas. Ya en los años del desarrollismo franquista se vio la vivienda como un filón de negocio y no se ha abordado, desde entonces, como un bien de primera necesidad, sino como una mercancía.

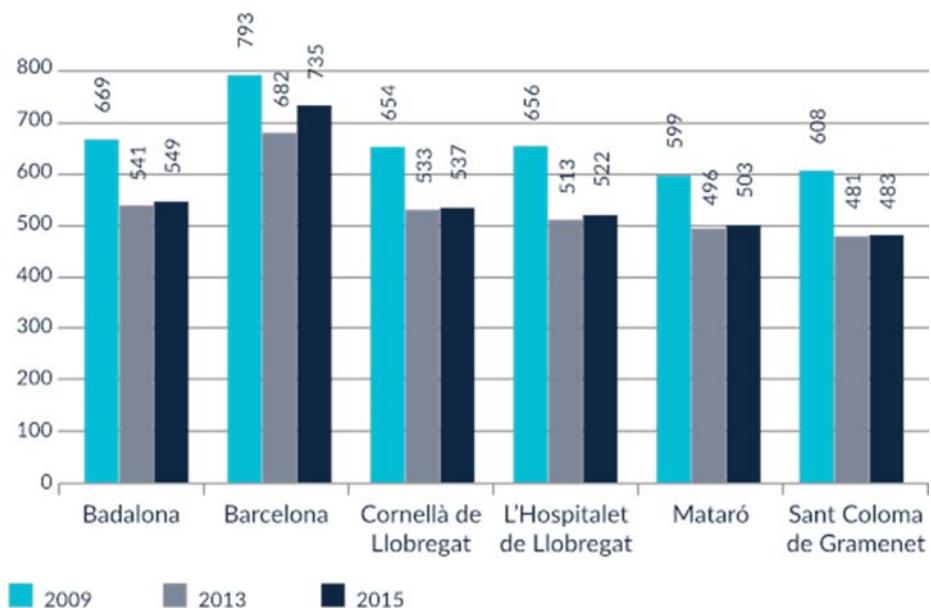
Tal como pasa en la mayor parte de Europa, la opción más fiable es el alquiler. En esto sí ha habido un cambio desde que se publicó el informe hasta ahora, y es que si en aquel momento

¹ ETHOS: sigla que responde a la denominación inglesa de TIPOLOGÍA EUROPEA DE SIN HOGAR Y EXCLUSIÓN RESIDENCIAL y que permite recoger de forma desagregada las diferentes situaciones con las que se puede encontrar una persona con problemáticas relacionadas con el mal alojamiento.

todavía era posible conseguir una hipoteca, ahora ya no lo es para la gran mayoría de personas de nuestro país. El crack financiero se ha llevado por delante el crédito fácil, pese a que el tipo de interés bancario aplicable, el euríbor, está más bajo que nunca. Pero los elevados precios del mercado de alquiler son todavía una barrera de acceso.

Gráfica 1. Comparativa de los precios del alquiler de viviendas en las principales ciudades de la diócesis (2009-2013-2015)

Euros/mes. Medias anuales.



FUENTE: Instituto de Estadística de Catalunya. Departamento de Territorio y Sostenibilidad. Secretaría de Vivienda y Mejora Urbana.

Como se puede observar en la Gráfica 1, en 2009 partíamos de una situación tremadamente alcista, que posteriormente, con la crisis, se moderó ligeramente pero que en estos momentos vuelve a subir como la espuma.

Fijémonos en Barcelona. Pese a que en el año 2015 todavía hay un alquiler medio por debajo del que partía en 2009, de 2013 hasta hoy ha vuelto a sufrir un incremento del 8%, cuando el descenso con relación a 2009 supone el -7%.

Estos precios suponen un lastre muy pesado para las economías familiares si tenemos en cuenta que el salario mínimo ha pasado de los 629 euros de 2009 a los 648,60 euros de 2015, un incremento del 4% –cuando todavía está un 1% por debajo del salario mínimo de 2013 (654,30 euros)–.

Ahora mismo, el acceso a la vivienda es muy difícil para muchas personas y familias que están al límite económicamente hablando. Son personas y familias sin ingresos o con ingresos mínimos procedentes de trabajos muy precarios y mal remunerados porque no tienen permiso de trabajo – o lo han perdido– o cobran pensiones exigüas, sobre todo personas mayores o en situación de paro de larga duración.

Además, las personas que habían optado por comprar, en un momento en el que los precios eran relativamente asequibles y el nivel de paro era bajo (sobre todo en la construcción), se encontraron con que las hipotecas subieron y el trabajo se acabó, así que se han quedado con un piso que no pueden pagar, corriendo el riesgo de quedarse en la calle si no hallan una alternativa. En esta situación se encuentra una gran parte de los jóvenes y las familias con niños pequeños de este país.

De esta manera, el mercado de habitaciones de realquiler supone por un lado una alternativa a la pensión (que suele ser más cara) y por otro un negocio para algunos colectivos que lo han convertido en su modus vivendi. Para otros, supone solo una fuente extra de ingresos o la forma de no perder la propia vivienda.

En este contexto, la vivienda de alquiler social podría evitar el empeoramiento de las condiciones de habitabilidad de muchas familias y, también, ayudaría a mejorar las de muchas otras. Pero se construye poca vivienda social y la que hay es insuficiente. Es por este motivo que Cáritas ha apostado por la creación de un parque propio de viviendas de alquiler a un precio asequible. Durante 2016 se ha contado con 309 pisos unifamiliares –gestionados por la Fundación de la Vivienda Social promovida por Cáritas– y 55 centros residenciales y pisos compartidos, con un total de 1.292 plazas.

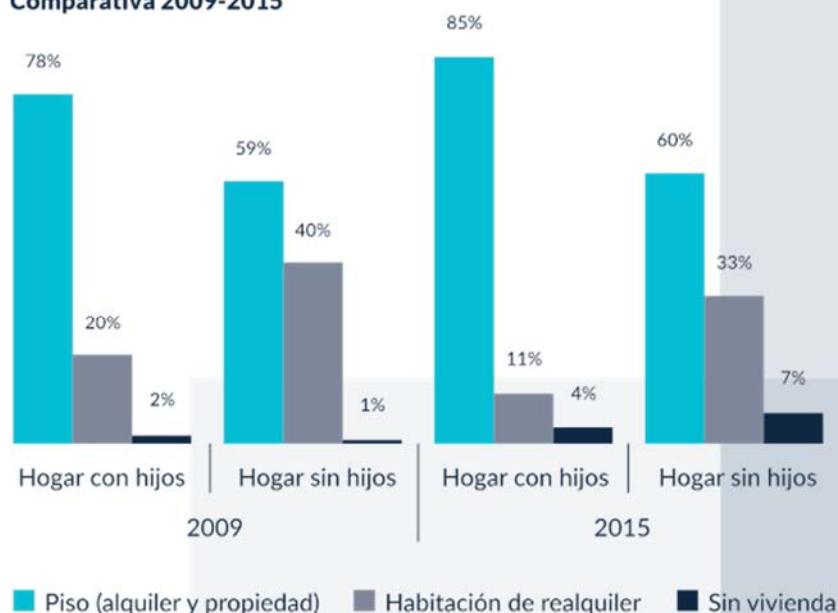
¿Quién vive bajo techos que no son hogares?

Las repercusiones de la falta de vivienda o de la vivienda precaria tienen diferentes grados de incidencia en función de quien las sufre. No es lo mismo una persona sola o una pareja sin hijos que una familia con hijos.

Cuando hay hijos, se opta mayoritariamente por la seguridad de una vivienda de alquiler o de propiedad, aunque las dificultades económicas para conseguirla y mantenerla se multiplican. A pesar de ello, hay que destacar que un 20% de las familias con hijos atendidas por Cáritas en 2009 –año que sirvió de base en la redacción del informe citado– se vieron obligadas a vivir en habitaciones realquiladas compartiendo piso con otras personas. Y que una quinta parte de las familias con hijos sufra esta precariedad puede causar que la factura social a pagar de aquí a veinte o treinta años sea enorme. Como se puede ver en la Gráfica 2, actualmente este porcentaje ha bajado considerablemente. No obstante, se mantiene en el 11%.

Más preocupante resulta el incremento del número de hogares que no tienen una vivienda propia. Los hogares con hijos se han doblado en porcentaje en este periodo, y los que no tienen hijos han crecido todavía más, pasando del 1% al 7%.

Gráfica 2: Tipos de tenencia de la vivienda según tipos de hogar en los hogares atendidos por Cáritas Diocesana de Barcelona.
Comparativa 2009-2015



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de hogares atendidos.

No podemos hablar de un único perfil de persona o familia que se halla en alguna de estas situaciones de gran precariedad habitacional, sino que existe un amplio abanico de situaciones y colectivos afectados, con un denominador común: recursos económicos insuficientes. Pero es que, además, la situación de crisis que no acaba está cambiando a marchas forzadas esta realidad.

Así, encontramos desde el colectivo de personas sin techo propiamente dicho, que según lo que se desprende el último recuento realizado en la ciudad de Barcelona (Romeu i Sales, 2015) está formado mayoritariamente por hombres que llevan dos o tres años en la calle, especialmente de nacionalidad no comunitaria (47%) –un 20% se encuentra sin autorización de residencia– y española (42%), con enfermedades orgánicas y mentales sin tratar, adicciones, sin ingresos (52%) o con ingresos mínimos.

En 2009 todavía hablábamos del fenómeno de las camas calientes, en pisos de los cascos viejos, en malas condiciones de habitabilidad; hoy ha crecido el acogimiento en casas de familiares o amigos. En la actualidad, al haberse reducido los flujos migratorios, el primero es un fenómeno prácticamente extinguido, pero el segundo se extiende entre más capas de la población.

Pero el fenómeno más acusado y que se ha alargado en el tiempo es el de las habitaciones realquiladas principalmente para personas extranjeras sin permiso de residencia que llevan entre uno y tres años en nuestro país, pero también para otros perfiles de personas solas (y, como hemos visto, también de familias con menores a su cargo). Son, sobre todo, en los casos conocidos por Cáritas, hombres solos, y ahora también madres solas con hijos.

Otros colectivos, como el magrebí, optan mayoritariamente por alquilar un piso o, en caso de necesidad, por compartir vivienda con la familia extensa, también en los barrios antiguos.

Consecuencias de los factores de riesgo de exclusión

Los factores de riesgo de exclusión, si se alargan en el tiempo, pueden tener consecuencias muy graves al incrementar el nivel de sufrimiento personal y las dificultades de relación en el seno de las familias y su entorno cercano, pero también a nivel social, haciendo crecer el grado de conflictividad y poniendo en peligro la cohesión y la convivencia.

Desde el punto de vista de Cáritas los factores determinantes son:

-Económicos: falta de ingresos o ingresos insuficientes para hacer frente a los gastos relacionados con el mantenimiento del hogar y los suministros, situación que empuja a las familias a recurrir a los servicios sociales y que crea una espiral de deudas muy difícil de romper; posibilidad de acceso a una vivienda (el impago es el atajo de la hipoteca al alquiler y de éste a la vuelta a casa de los padres o los hijos. También es el embrión del mercado negro de la vivienda y de la itinerancia, que tiene una repercusión directa en el acceso a los servicios sanitarios y de escolarización a través de la inscripción al Padrón).

-Sanitarios: enfermedades físicas que se agravan, somatizaciones, salud mental que se va deteriorando, cronificación de las adicciones, etc.

-Relacionales: soledad, falta de apoyo familiar y social, aislamiento y desvinculación social. A nivel familiar, crecen los conflictos conyugales y se incrementan las separaciones y la violencia. Crecen, también, los conflictos vecinales y se deteriora la convivencia y la cohesión social.

-Laborales y formativos: aumenta la economía sumergida, el trabajo mal remunerado y en precario, se alarga la situación de paro. Los jóvenes pierden la motivación por los estudios y crece el fracaso escolar y el abandono prematuro, con lo que baja la cualificación profesional y se abona el campo para las pensiones más bajas.

-Derechos sociales y de ciudadanía: lentitud en la aplicación de la ley de dependencia y el cobro de las prestaciones sociales.

Efectos en la cotidianidad

Hasta ahora hemos visto las consecuencias generales, a medio y largo plazo, pero vivir en condiciones tan precarias tiene efectos claros en la vida cotidiana de las personas que las sufren. Algo tan normal y simple como tener un domicilio donde empadronarse puede ser la frontera entre la integración y la exclusión social, porque este trámite administrativo determina la cobertura sanitaria y de los servicios sociales, pero también la escolarización de los hijos.

Por otro lado, la vida en estas condiciones también comporta prácticas que repercuten (o repercutirán) en el desarrollo personal y familiar: la convivencia con personas extrañas, en espacios minúsculos, el amontonamiento, no disponer de espacio en el que recopilar la historia personal y familiar o no tener suficiente espacio vital tiene efectos sobre la forma de organizar la vida diaria: de cuántos objetos personales podemos disponer, cómo se guardan, cómo y cuándo se puede poner una lavadora aunque se tengan hijos pequeños, cuándo se puede disponer de la cocina o el baño; cómo y dónde hacer los deberes del colegio, en quién delegar el cuidado de los hijos para ir a trabajar o a buscar trabajo. Y no solo eso, vivir en precario también repercute seriamente en la salud.

A través de la experiencia de Cáritas, detectamos que hay una relación directa entre el índice de ocupación de una vivienda y determinadas enfermedades relacionadas con la higiene y la salubridad, la humedad y la falta de ventilación, como la tuberculosis y otras enfermedades respiratorias como el asma o la bronquitis, o infecciones causadas por el contacto con chinches, pulgas, cucarachas o ratas. Y otras más relacionadas con los hábitos alimenticios: problemas de estómago, desajustes intestinales, problemas en el crecimiento, falta de vitaminas y proteínas, sobrepeso y obesidad. Problemas que, al mismo tiempo, pueden ser los causantes de otras afecciones como los trastornos musculo-esqueléticos, la hipertensión o la diabetes.

Por no hablar de las personas que ya tienen alguna enfermedad y a las que resulta muy complicado seguir el régimen de visitas médicas o el tratamiento prescrito.

Sin embargo, si hay un tipo de trastornos que pueden ser representativos en las personas que viven bajo techos que no son hogares, esos son los trastornos mentales.

El equipo de psicólogos del programa de salud mental de Cáritas advierte que vivir en estas situaciones no tiene por qué generar, por sí mismo, ninguna enfermedad mental, pero sí es un factor estresante que puede llevar a depresiones y somatizaciones diversas. Es decir, vivir en condiciones de infravivienda contribuye a desencadenar problemas relacionados, sobre todo, con el estrés y la angustia, dependiendo de las personas.

Y a eso hay que añadir el hecho de que una gran parte de las personas atendidas por Cáritas que viven en estas condiciones son inmigrantes, por lo que son candidatas a sufrir el Síndrome de Ulises que establece una relación directa e inequívoca entre el grado de estrés límite que viven los inmigrantes y la aparición de síntomas psicopatológicos.

No hay duda de que el Síndrome de Ulises² se daría en la situación más extrema en el caso de la población atendida por Cáritas: cuando se deja atrás a la familia, sobre todo cuando hay hijos y familiares ancianos o enfermos, y no existe la posibilidad de volver ni siquiera para visitarlos o

² Descrito por primera vez como tal por el doctor Joseba Atxotegi, director del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del Hospital Sant Pere Claver en 2002.

poder ayudarlos; esto unido al hecho de una vida en soledad, sin familia ni red social, y en permanente lucha por la supervivencia en un entorno hostil.

Mayor impacto en la infancia y la adolescencia

Pero de todos, en los que más importante es la huella que deja vivir en estas situaciones tan precarias es en los más jóvenes, ya que lo que viven en la infancia seguramente les acompañará el resto de su vida. Por eso es tan importante velar por su bienestar y su seguridad. Por eso son una prioridad para Cáritas.

Los niños, los adolescentes y los jóvenes se enfrentan a situaciones que les impiden el desarrollo normal: por ejemplo, la falta de espacio vital, que determina las relaciones intrafamiliares, el espacio de juego y de estudio, y las relaciones de grupo entre iguales. También favorece dinámicas inadecuadas en el seno de la familia: tienen que dormir con los padres (en la misma habitación y, a menudo, en la misma cama), lo que les obliga a vivir situaciones que no pueden entender ni digerir. También se ven sometidos a situaciones poco seguras, ya que conviven con personas con las que no tienen vínculos de confianza; viven en entornos con riesgo elevado de accidente porque los padres son invisibles, es decir, pasan muchas horas solos, sin la supervisión de ningún adulto porque los padres trabajan muchas horas, y en horarios imposibles, o buscan trabajo. Eso hace que se conviertan en adultos prematuramente. También se da una gran movilidad, y cambiar constantemente de grupo puede generar conflictos con la familia y de personalidad, sobre todo en los adolescentes y los jóvenes. En los niños, el cambio continuado de escuela puede provocar, también, dificultades cognitivas y de relación, derivando, por ejemplo, en aislamiento o problemas de socialización.

Ahora bien, lo más preocupante es el impacto sobre el estado de salud en los niños, los adolescentes y los jóvenes.

Es muy probable que algunas patologías adquiridas en la infancia se conviertan en crónicas. Hablamos, por ejemplo, de algunas afecciones respiratorias, como la bronquitis o el asma, y algunas de piel, que pueden tener su origen en viviendas mal ventiladas y con unas condiciones higiénicas deficientes. Otras patologías quizá desaparecerán, pero mientras se sufren no dejan de poner en evidencia la fragilidad que comporta la primera edad.

También hablamos de trastornos relacionados con el sueño: no pueden conciliar el sueño, lo interrumpen varias veces durante la noche de forma repentina, tienen pesadillas, insomnio... Como consecuencia sufren dolores de cabeza, falta de concentración, dificultades cognitivas (pérdida de memoria, disminución de los reflejos, etc.), así como síntomas diversos como miedo, angustia, enuresis, irritabilidad e incluso depresión. Y acaban repercutiendo en su relación con el entorno, sobre todo en la escuela y en el ámbito familiar, al mismo tiempo que repercutirá en cómo se enfrentarán como adultos a su futuro en sociedad.

También hay que valorar, tanto en el caso de las personas adultas como en los niños, los adolescentes y los jóvenes, que si bien hay muchos factores que contribuyen al deterioro de su salud que son difíciles de controlar porque son internos (la resiliencia, las competencias personales, las habilidades sociales...), en cambio hay otros, externos, que pueden mitigar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida: facilitar el acceso a una vivienda digna, garantizar la atención sanitaria y de servicios sociales, implementar medidas de conciliación, etc.

El coste, tanto sanitario como social y económico, que generará para nuestra sociedad tener una parte tan importante de población en estado de desesperación, fragilidad y precariedad es difícil de predecir. Sin embargo, actualmente, los servicios sociales y los centros de salud mental para personas adultas y niños ya han notado un aumento en la demanda de atención.

Profundizando en los efectos sobre la salud

El informe *Con techo y sin hogar*, que ahora refrescamos, se publicó en 2010 y, a la luz de sus resultados, se abría la puerta a profundizar sobre las consecuencias en la salud de las personas atendidas. Por un lado, es bueno saber para ayudar a dar una respuesta adecuada a las necesidades. Por otro lado, este conocimiento contribuye a uno de los aspectos destacados de nuestra acción institucional: la denuncia de las situaciones de injusticia.

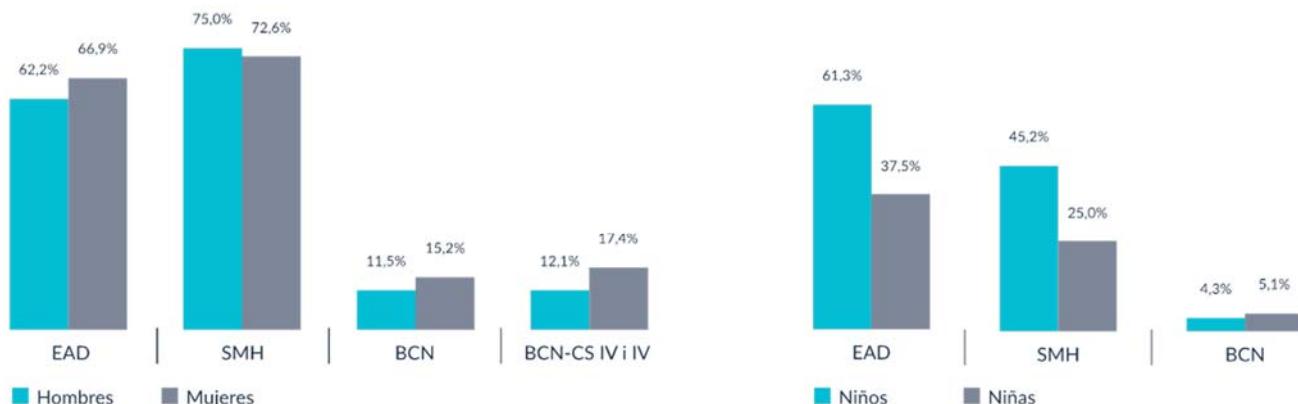
Con este horizonte, es como, en el marco del proyecto europeo Sophie (Evaluación del Impacto de las Políticas Estructurales en las Desigualdades de Salud), la Agencia de Salud Pública de Barcelona y Cáritas Diocesana de Barcelona estableceremos una colaboración para avanzar en el estudio de los efectos en la salud de las condiciones de la vivienda y de las políticas que les afectaban. El primer paso fue analizar las condiciones socioeconómicas, de vivienda y salud de una muestra de usuarios de Cáritas. El informe resultante, publicado en diciembre de 2013 bajo el título *Salud y vivienda en población vulnerable*³ (Novoa, Ward et al.; 2013), mostraba unas condiciones de vida en el ámbito socioeconómico, de vivienda y salud mucho peores que las del conjunto de la población de la ciudad de Barcelona, así como en comparación con las personas de los mismos estratos socioeconómicos.

Las situaciones de infravivienda como los problemas de plagas (ratones, cucarachas, pulgas, etc.), humedades, amontonamiento y otros eran los más característicos del subgrupo de la muestra de aquellos usuarios de los Equipos de Atención Directa (EAD) de Cáritas en el que los técnicos habían identificado una necesidad prioritaria de mejorar las condiciones de habitabilidad de estas personas realojándolas en viviendas dignas. Un segundo subgrupo que se analizó fue el de aquellos individuos que recibían el apoyo del Servicio de Mediación en la Vivienda (SMH), servicio que tiene como finalidad ayudar específicamente a personas con problemas para hacer frente a los pagos hipotecarios o de alquiler, ofreciendo una intermediación entre los afectados y la propiedad, ya sea una entidad bancaria o un propietario particular. Si bien la perspectiva de perder la vivienda es la principal problemática de este segundo colectivo, algunos de los problemas señalados anteriormente en referencia a los usuarios de EAD también les afectaban, y a la inversa. En este sentido, dos de cada tres personas entrevistadas del total de la muestra creían que podían perder la vivienda en el transcurso de dos años.

Estas malas condiciones socioeconómicas y de vivienda iban acompañadas de un estado de salud también deficiente. Ejemplificando, el 70% de los adultos y el 42% de los menores tenían mala salud mental frente al 15% y el 5% respectivamente en comparación con el conjunto de Barcelona. En la Gráfica 3 se pueden ver los resultados desagregados por sexo tanto de las personas adultas como de las menores.

³ Se publicó por primera vez como tercer capítulo de un informe más extenso, *Hogar, vivienda y salud. Acción y prevención residencial*. Además de fijarse en la salud, analizaba el contexto socioeconómico, la base social de Cáritas Diocesana de Barcelona y su acción social en materia de vivienda.

Gráfica 3. Proporción de adultos y de niños de Barcelona y atendidos por Cáritas Diocesana de Barcelona con mala salud mental, según sexo.



Los datos de Barcelona están estandarizados según la distribución de edad de la muestra de Cáritas. BCN: Barcelona; CS: Clase social; EAD: Equipos de Atención Directa; SMH: Servicio de Mediación en Vivienda.

FUENTE: Elaboración propia para el informe *Salud y vivienda en población vulnerable*.

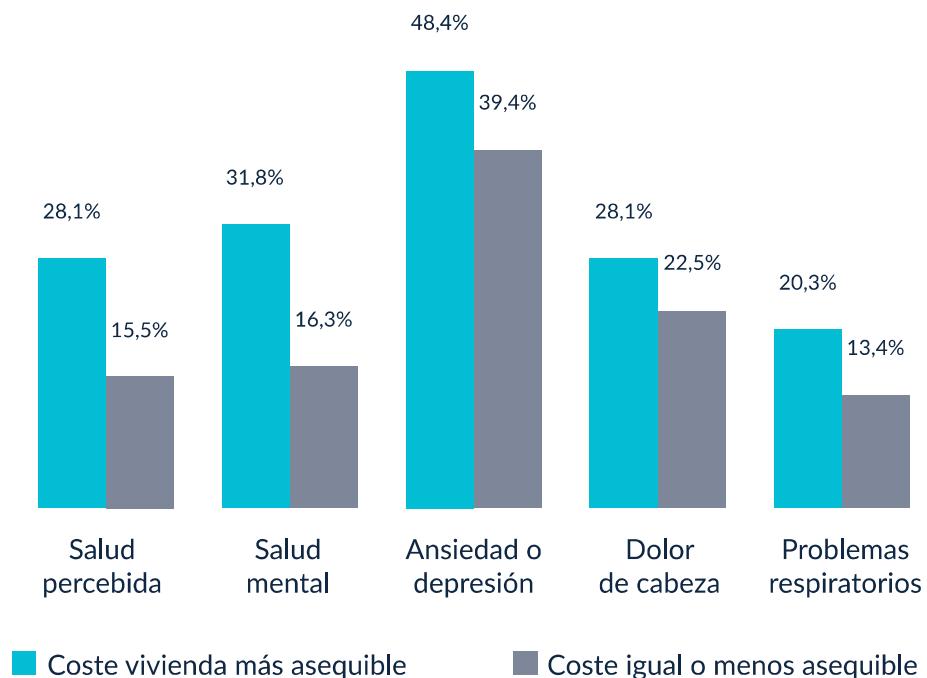
Transcurrido aproximadamente un año, se volvió a entrevistar a las mismas personas para analizar los cambios producidos en las condiciones socioeconómicas y de vivienda, así como las consecuencias en su estado de salud.

Este tipo de investigación longitudinal permite establecer relaciones causales más fiables entre el paso por los servicios de Cáritas, y especialmente el de realojamiento, y los cambios en las condiciones de vida y de vivienda. Además, también ha permitido establecer relaciones de causalidad entre tales condiciones de vida y vivienda y el estado de salud.

Así, si en el anterior informe las comparaciones se efectuaban entre la muestra recogida y los datos referentes al conjunto de Barcelona, en el segundo (Amat, Malmusi et al., 2015), publicado en 2015, se comparan las personas entrevistadas a finales del año 2012 y estas mismas personas aproximadamente un año después, durante el cual siguieron recibiendo ayuda CDB.

En esta segunda oleada de encuestas respondieron 232 personas adultas, el 72% de las encuestadas inicialmente. La situación socioeconómica continuaba siendo muy precaria, pese a que se detectaron mejoras en algunos subgrupos, especialmente en el caso de las personas realojadas por Cáritas, que experimentaron una mejora sustancial de las condiciones de vivienda, tanto físicas como de asequibilidad.

Gráfica 4. Mejoras en la salud y la salud mental de las personas atendidas por Cáritas Diocesana de Barcelona encuestadas por segunda vez para el proyecto Sophie según cambios en la asequibilidad de la vivienda.



FUENTE: Elaboración propia para el informe *Cambios en la vivienda y salud en población vulnerable. Seguimiento de una muestra de personas atendidas por Cáritas Diocesana de Barcelona*.

Los indicadores de salud continuaban siendo mucho peores que los indicadores medios de la población de Barcelona, pero se observa una mejora relativa, principalmente en indicadores de salud mental tanto en gente adulta como en niños. Además, la salud mental mejoró más en aquellas personas que tuvieron mejoras económicas (como un aumento de los ingresos del hogar) o de vivienda (como una disminución del riesgo de perder la vivienda o de los problemas de habitabilidad).

En la Gráfica 4 se puede observar cómo hay una relación entre el incremento de la accesibilidad económica a la vivienda y la mejora de la salud general de la persona entrevistada. Las personas que han llegado a una mejor situación en cuanto a asequibilidad de la vivienda (relación coste/ingresos que había bajado por debajo del 50% o por debajo del 30%) han experimentado con más frecuencia mejoras en salud que las que habían quedado en una situación igual o peor.

Así, parece claro que las políticas e intervenciones que mejoren la situación económica y el acceso a una vivienda asequible y adecuada en las personas afectadas por la crisis económica pueden conducir no solo a mejorar las condiciones de vida, sino que pueden afectar positivamente a la salud.

Actitud propositiva

Cáritas ha establecido como prioridad para los próximos años velar por la mejora de las condiciones de vida de la infancia, una capa de población que sufre los estragos de la pobreza de forma subsidiaria y sin posibilidad de luchar en contra.

Para conseguirlo se ha marcado diversos objetivos. Algunos son de implementación interna, como los destinados a proteger a la infancia: seguir ampliando la red de centros abiertos infantiles y juveniles, el refuerzo educativo y el apoyo a la escolarización, también el apoyo materno-infantil,

incrementar los espacios de guarda o el fomento del deporte. O los dirigidos a mejorar el parque de viviendas unifamiliares o compartidas para diferentes situaciones familiares.

Otros, en cambio, son objetivos que se escapan al control de la propia institución, porque dependen de las diferentes administraciones públicas y tienen que ver, fundamentalmente, con la legislación vigente:

- Garantizar unos ingresos mínimos para que las personas mantengan su dignidad, la autonomía económica y alimentaria, y la estabilidad en la vivienda. Con especial atención a las familias con hijos.
- Unificar y simplificar las prestaciones sociales, desligándolas de presupuesto para que sean un derecho subjetivo.
- Incrementar el parque de viviendas de alquiler social y ampliar las ayudas al alquiler cuando se paga a precio de mercado.
- Rechazar la decisión del Gobierno central de llevar al Tribunal Constitucional la ley 24/2015, de 29 de julio, conocida como de Emergencia habitacional y pobreza energética, ya que es el único instrumento legal del que disponemos actualmente para evitar los desahucios y la posterior pérdida de la vivienda.
- Reforzar la red de atención en salud mental, especialmente la infantil y juvenil (reduciendo listas de espera y aumentando la frecuencia de visitas).

Son medidas que Cáritas no puede perder de vista y debe exigir, atendiendo, como ya hemos dicho, a uno de sus ejes de acción prioritarios, la denuncia. Y en este sentido, informes como estos resultan de gran ayuda.

Bibliografía

Amat, Jordi; Malmusi, Davide et al. Cambios en la vivienda y salud en población vulnerable. Seguimiento de una muestra de personas atendidas por Cáritas Diocesana de Barcelona. Barcelona: Cáritas Diocesana de Barcelona, 2015.

Novoa, Ana M; Ward, Julia et al. Condiciones de vida, vivienda y salud. Muestra de personas atendidas por Cáritas Diocesana de Barcelona. Barcelona: Cáritas Diocesana de Barcelona, 2013.

Olea Farreras, Sonia: No tener hogar significa mucho más que estar sin techo. Servicios Generales. Cáritas Española. Madrid, 2008.

Sales, Albert; Uribe, Joan; Marco, Inés: Diagnosis 2015. La situación del sinhogarismo en Barcelona. Evolución y políticas de intervención. Red de Atención a Personas sin Hogar de Barcelona. Barcelona, 2015.

Atxotegi, Joseba. «Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)». Revista Norte de Salud Mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría, vol. V, núm. 21 (2005). P. 39-532005.

Cáritas Diocesana de Barcelona. Sensibilización. Publicaciones.
http://www.caritasbcn.org/es/informes_caritas [Consulta: 26 abril 2016]

