

Original

La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio



Julia Bolívar Muñoz^{a,b,*}, Mariola Bernal Solano^b, Inmaculada Mateo Rodríguez^{a,b}, Antonio Daponte Codina^{a,b}, Cecilia Escudero Espinosa^a, Carmen Sánchez Cantalejo^a, Isis González Usera^c, Humbelina Robles Ortega^c, José Luis Mata Martín^c, M. Carmen Fernández Santaella^c y Jaime Vila Castellar^c

^a Área de Salud Pública, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2015

Aceptado el 1 de octubre de 2015

On-line el 6 de noviembre de 2015

Palabras clave:

Desahucios

Determinantes sociales de la salud

España

Poblaciones vulnerables

Recesión económica

Vivienda

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado de salud percibida, y otros indicadores relacionados con la salud, en personas adultas de Granada que se encuentran en un proceso de desahucio de su vivienda habitual, de alquiler o en propiedad, en comparación con la salud de la población general andaluza.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta administrada por personal entrenado que incluye instrumentos de la Encuesta Andaluza de Salud 2011 para la medición de variables de salud física y mental, y de hábitos relacionados con la salud. Se han comparado los resultados con los obtenidos sobre la población general andaluza mediante la Encuesta Andaluza de Salud. Se ha realizado un análisis bivariado utilizando la prueba de ji al cuadrado, y un análisis multivariado mediante regresión logística.

Resultados: Se ha obtenido una muestra total de 205 personas en proceso de desahucio. El 59,5% (122) son mujeres y el 40,5% (83) hombres. Presentan una mayor probabilidad de tener una salud deficiente (*odds ratio* [OR]: 12,63; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 8,74-18,27), enfermedad cardiovascular (OR: 3,08; IC95%: 1,54-6,16) o consumir tabaco (OR: 1,68; IC95%: 1,21-2,33), en comparación con la población general andaluza. La mayoría de los indicadores analizados muestran un peor resultado para las mujeres que experimentan un proceso de desahucio.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que las personas afectadas por un proceso de desahucio en Granada y su área metropolitana, en el actual contexto de crisis, expresan una peor salud en relación a la población general andaluza. Es necesario seguir investigando sobre la salud y los desahucios, desde diferentes aproximaciones metodológicas, para una mejor comprensión de este problema.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The health of adults undergoing an eviction process

ABSTRACT

Objective: To analyze perceived health status and other health-related indicators in the adult population in Granada (Spain) undergoing an eviction process from their homes, whether rented or owned, in comparison with health indicators in the general adult population in Andalusia.

Methods: A cross-sectional survey was administered by trained staff. The survey included instruments from the Andalusian Health Survey 2011 for measuring variables related to physical and mental health, as well as health-related habits. We compared the results with those obtained from the Andalusian general population through the Andalusian Health Survey. A bivariate analysis using the χ^2 test and a multivariate logistic regression analysis were conducted.

Results: We obtained a total sample of 205 people in the process of eviction. A total of 59.5% (n = 122) were women, and 40.5% (n = 83) were men. Participants were more likely to have poor health (*odds ratio* [OR]: 12.63, 95% confidence interval [95%CI]: 8.74-18.27), have cardiovascular diseases (OR: 3.08; 95%CI: 1.54-6.16), or to smoke (OR: 1.68; 95% CI: 1.21-2.33) compared with the Andalusian general population. Most of the health indicators analyzed showed a worse outcome for women undergoing an eviction process.

Conclusions: Our results suggest that, in the current context of economic crisis, people undergoing a process of eviction in Granada and its metropolitan area show poorer health than the Andalusian general population. Further research is needed on health and evictions from different methodological approaches, for a better understanding of the topic.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Evictions

Social determinants of health

Spain

Vulnerable groups

Economic recession

Housing

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Julia.bolivar.easp@juntadeandalucia.es (J. Bolívar Muñoz).

Introducción

En España, a diferencia de otros países europeos, las políticas de vivienda se han caracterizado por la utilización de la construcción como motor económico del país, y el fomento de la vivienda en propiedad en detrimento de la vivienda social en alquiler, dejando al mercado inmobiliario un amplio margen de actuación^{1,2}. En los años previos al inicio de la actual recesión, gran parte de la población se encontraba altamente endeudada debido a la vivienda, propiciado en gran medida por las facilidades en las condiciones de financiación y otras flexibilidades bancarias específicas para este sector^{3,4}. Con el estallido de la crisis en el año 2008, el aumento del desempleo y la reducción de las rentas de los hogares han supuesto la extensión, la intensificación y la cronificación de la pobreza^{5,6}, dando lugar al desalojo de familias y a una situación de emergencia habitacional⁷. Sólo en el primer trimestre de 2015 se han iniciado 11.250 certificaciones de ejecuciones hipotecarias sobre viviendas de personas físicas, el 78,2% correspondientes a primeras viviendas⁸.

Un proceso de desahucio es largo en el tiempo y las personas no sólo se ven sometidas a carencias por la situación de privación material, sino que además constituye en sí mismo un evento vital estresante, que impacta en la salud física y mental de las personas afectadas y en la propia comunidad^{9,10}. Es principalmente en los Estados Unidos y en algunos países europeos donde se ha analizado el impacto de la actual crisis en la vivienda y en la salud, centrándose en el impacto de los procesos de desahucio en la salud mental de las personas afectadas¹¹⁻¹⁵. Son escasos los estudios que analizan otros indicadores de salud, si bien se han puesto de manifiesto una peor salud percibida¹⁶ y un mayor riesgo de experimentar problemas cardiovasculares, entre otros problemas de salud^{17,18}.

En España, trabajos recientes han puesto de manifiesto el deterioro del estado de salud de las personas en situación de exclusión habitacional¹⁹⁻²¹, así como el agravamiento de la salud mental según se va avanzando en un proceso de desahucio²². Pese a ello, el nivel de evidencia es insuficiente, en especial si tenemos en cuenta que España presenta particularidades respecto al contexto internacional en relación a los desahucios: por un lado, hay un mayor porcentaje de personas que optaron por la compra de una vivienda (por los incentivos a la compra) y que se hallan actualmente pagando hipotecas, y por otro lado tenemos un sistema que no permite la liquidación de la deuda con la entrega de la vivienda, entre otras características^{1,2,4}.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el estado de salud percibida, la presencia de enfermedades crónicas, el consumo de tabaco y otros hábitos relacionados con la salud en personas adultas que se encuentran en un proceso de desahucio, en comparación con la población general andaluza. Por «personas en proceso de desahucio» hacemos referencia a aquella población en riesgo de ser desalojada de su vivienda habitual, siendo su vinculación con esta el régimen de propiedad o de alquiler. Pueden encontrarse en cualquier etapa del proceso, desde las fases iniciales, en las cuales hay serias dificultades para afrontar el pago mensual de la hipoteca o del alquiler, hasta ya desalojadas de sus viviendas.

Métodos

Se ha realizado un estudio transversal, mediante encuesta administrada por personal entrenado. Se ha encuestado a una muestra de personas de 18 y más años de edad, afectadas por el proceso de pérdida de la vivienda habitual, sea esta de propiedad o de alquiler, asistentes en al menos una ocasión a las asambleas semanales de la Plataforma Stop Desahucios en la ciudad de Granada

y su área metropolitana. La Plataforma de Afectados por la Hipoteca (Stop Desahucios) es un movimiento social surgido en 2009, que actúa principalmente mediante concentraciones, protestas y negociaciones con los bancos, y se organiza mediante asambleas periódicas²³.

El cuestionario aplicado se componía de variables pertenecientes a la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2011: variables de salud percibida, enfermedades crónicas, consumo de fármacos, hábitos relacionados con la salud, uso de servicios sanitarios y caracterización de los hogares. La EAS 2011 está conformada por una muestra representativa de la población residente en Andalucía mayor de 16 años (N = 6511 personas)²⁴. También se incluyeron escalas validadas de salud mental (estrés postraumático, depresión, ansiedad, riesgo de suicidio) y preguntas diseñadas expresamente sobre el proceso de desahucio (fases y características del proceso, factores desencadenantes, redes de apoyo, etc.). El cuestionario está disponible contactando con las personas autoras.

El trabajo de campo se desarrolló entre abril de 2013 y mayo de 2014. Se realizaron encuestas en un total de siete asambleas celebradas semanalmente en los distintos barrios de la capital y su área metropolitana. La captación se realizaba en los instantes previos al inicio de las asambleas, presentando el estudio ante los/las asistentes con invitación a participar. A continuación se pasaba por la sala y se anotaban sus nombres y números de teléfono. A estas asambleas también acudían otros acompañantes, como amistades y profesionales voluntarios/as, por lo que un criterio de exclusión fue el encontrarse fuera del proceso. También se determinó entrevistar sólo a una persona por familia. En un posterior contacto telefónico se acordaba una cita para realizar la encuesta durante la hora previa al inicio de la próxima asamblea, en el lugar de celebración de esta. Al inicio de la encuesta se les entregaba una carta institucional presentando el estudio y demás información relevante del proyecto, y se obtenía el consentimiento informado. A partir del número total de ejecuciones hipotecarias en la provincia de Granada en el año 2012²⁵, se calculó una muestra de 278 personas a entrevistar para un nivel de confianza del 95% y un error máximo para estimaciones globales de $\pm 5,5\%$ para el supuesto de máxima indeterminación ($p = q = 50\%$).

Variables dependientes

1) Indicadores de salud:

- Salud percibida: buena salud (excelente, muy buena, buena) y deficiente (regular, mala).
- Enfermedad mental: sí o no le ha dicho el personal médico que tiene depresión o ansiedad u otros problemas mentales.
- Enfermedad cardiovascular: sí o no le ha dicho el personal médico que tiene trastornos cardiacos, infarto agudo de miocardio o angina inestable.
- Otras enfermedades crónicas: sí o no le ha dicho el personal médico que tiene otras enfermedades crónicas.

2) Hábitos relacionados con la salud:

- Consumo de tabaco: sí o no.
- Consumo de alcohol en las últimas 2 semanas: sí o no.
- Actividad física en tiempo libre: completamente sedentario/a y actividad física (moderada o intensa).
- Consumo de fruta y de verdura: a diario o tres veces y más a la semana frente a otra frecuencia de consumo.
- Índice de masa corporal: calculado a partir del peso y la altura.

Principal variable independiente

Población afectada por un proceso de desahucio (AD) y población representativa de Andalucía, obtenida de la EAS.

Otras variables independientes

- Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, situación de convivencia, número de personas viviendo en el hogar, situación laboral.
- Socioeconómicas: clase social ocupacional²⁶, nivel educativo, nivel de ingresos, percepción sobre la dificultad para llegar a fin de mes.

Se han comparado los resultados de la muestra de personas AD con la población general andaluza (EAS). Para ello, se han excluido de la muestra EAS las personas menores de 25 años y mayores de

74 años, ya que la muestra reclutada de personas afectadas no cuenta con ningún caso en estas edades. Se ha realizado un análisis bivariado utilizando la prueba de ji al cuadrado. Se elaboró un factor de ponderación acorde al sexo y a los grupos de edad a partir de la distribución de edad (grupos de 10 años) y sexo de la EAS, para ser aplicado a la muestra de nuestro estudio. Asimismo, se calcularon las *odds ratios* (OR) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) de todas las variables dependientes para cada variable independiente. Realizamos un primer modelo ajustado por sexo y edad. A continuación, en un modelo intermedio, ajustamos por la situación laboral al tratarse de una variable clave, dado el conocido impacto del desempleo en la salud en el actual contexto de

Tabla 1
Características sociodemográficas de la población afectada por un desahucio (AD) y la población andaluza según la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) 2011

| | AD N (%) | Hombres EAS N (%) | AD p | AD N (%) | Mujeres EAS N (%) | p |
|--|-------------|-------------------------|---------|-------------|-------------------------|----|
| <i>Edad (años)</i> | | | | | | |
| 25 a 35 | 29 (34,9) | 735 (28,9) | a | 29 (23,8) | 642 (25,4) | b |
| 36 a 50 | 36 (43,4) | 960 (37,8) | | 68 (55,7) | 926 (36,6) | |
| 51 a 74 | 18 (21,7) | 846 (33,3) | | 25 (20,5) | 959 (38,0) | |
| Total | 83 (100) | 2541 (100) | | 122 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Nº personas en el hogar</i> | | | | | | |
| <2 | 23 (28,0) | 762 (30,0) | NS | 33 (27,3) | 769 (30,4) | NS |
| 3 a 5 | 57 (69,5) | 1706 (67,1) | | 80 (66,1) | 1667 (66,0) | |
| Más de 5 | 2 (2,4) | 73 (2,9) | | 8 (6,6) | 91 (3,6) | |
| Total | 82 (100) | 2541 (100) | | 121 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Estado civil</i> | | | | | | |
| Casado/a | 43 (54,4) | 1707 (67,3) | b | 59 (49,2) | 1772 (70,2) | b |
| Soltero/a | 25 (31,6) | 661 (26,1) | | 27 (22,5) | 381 (15,1) | |
| Separado/a, divorciado/a | 11 (13,9) | 119 (4,7) | | 28 (23,3) | 175 (6,9) | |
| Viudo/a | 0 (0) | 48 (1,9) | | 6 (5,0) | 198 (7,8) | |
| Total | 79 (100) | 2535 (100) | | 120 (100) | 2526 (100) | |
| <i>Convivencia en pareja (personas no casadas)</i> | | | | | | |
| Sí | 19 (52,8) | 154 (18,9) | b | 17 (27,9) | 138 (18,7) | a |
| No | 17 (47,2) | 661 (81,1) | | 44 (72,1) | 600 (81,3) | |
| Total | 36 (100) | 815 (100) | | 61 (100) | 738 (100) | |
| <i>Situación laboral</i> | | | | | | |
| Con empleo | 13 (15,9) | 1262 (50,9) | b | 38 (33,0) | 795 (31,9) | b |
| Desempleo | 61 (74,4) | 702 (28,3) | | 62 (53,9) | 530 (21,2) | |
| Jubilación/incapacidad/invalidez | 7 (8,5) | 512 (20,7) | | 4 (3,5) | 228 (9,1) | |
| Ama de casa | 1 (1,2) | 2 (0,1) | | 11 (9,6) | 942 (37,8) | |
| Total | 82 (100) | 2478 (100) | | 115 (100) | 2495 (100) | |
| <i>Clase social ocupacional (CNO2011)^d</i> | | | | | | |
| I | 6 (7,5) | 379 (15,2) | b | 5 (4,5) | 246 (12,9) | b |
| II | 33 (41,3) | 555 (22,3) | | 28 (25,2) | 365 (19,1) | |
| III | 25 (31,3) | 862 (34,6) | | 36 (32,4) | 210 (11,0) | |
| IV | 16 (20,0) | 692 (27,8) | | 42 (37,8) | 1089 (57,0) | |
| Total | 80 (100) | 2488 (100) | | 111 (100) | 1910 (100) | |
| <i>Nivel educativo</i> | | | | | | |
| Estudios primarios o inferior | 42 (50,6) | 1359 (53,6) | c | 61 (50,8) | 1569 (62,1) | c |
| Estudios secundarios | 37 (44,6) | 758 (29,9) | | 42 (35,0) | 601 (23,8) | |
| Estudios universitarios | 4 (4,8) | 417 (16,5) | | 17 (14,2) | 355 (14,1) | |
| Total | 83 (100) | 2534 (100) | | 120 (100) | 2525 (100) | |
| <i>Nivel de ingresos actuales (euros)</i> | | | | | | |
| ≤500 | 48 (45,8) | 99 (4,8) | b | 51 (42,5) | 85 (4,0) | b |
| 501-1000 | 28 (33,7) | 432 (20,8) | | 49 (40,8) | 539 (25,2) | |
| >1000 | 17 (20,5) | 1547 (74,4) | | 20 (16,7) | 1516 (70,8) | |
| Total | 83 (100) | 2078 (100) | | 120 (100) | 2140 (100) | |
| <i>Percepción sobre cómo se llega a fin de mes (poca o mucha dificultad/facilidad)</i> | | | | | | |
| Dificultad | 79 (97,5) | 1519 (60,1) | b | 110 (98,2) | 1572 (62,5) | b |
| Facilidad | 2 (2,5) | 1010 (39,9) | | 2 (1,8) | 944 (37,5) | |
| Total | 81 (100) | 2529 (100) | | 112 (100) | 2516 (100) | |

NS: no significativo.

^a <0,010.

^b <0,001.

^c <0,005.

^d I: personal directivo, profesionales cualificados/as; II: administrativos/as, autónomos/as, supervisores/as; III: trabajadores/as manuales cualificados/as; IV: trabajadores/as manuales no cualificados/as.

Tabla 2

Salud percibida y otros indicadores de salud de la población afectada por un desahucio (AD) y de la población de la Encuesta Andaluza de Salud 2011 (EAS)

| | Hombres | | | Mujeres | | |
|--|-------------|--------------|----|-------------|--------------|----|
| | AD N (%) | EAS N (%) | p | AD N (%) | EAS N (%) | p |
| <i>Salud autopercebida</i> | | | | | | |
| Buena salud | 35 (42,7) | 2157 (85,1) | a | 21 (19,1) | 1906 (75,5) | a |
| Salud deficiente | 47 (57,3) | 378 (14,9) | | 89 (80,9) | 617 (24,5) | |
| Total | 82 (100) | 2535 (100) | | 110 (100) | 2523 (100) | |
| <i>Enfermedad crónica</i> | | | | | | |
| No | 15 (18,1) | 1483 (58,4) | a | 11 (9,0) | 1071 (42,4) | a |
| Sí | 68 (81,9) | 1058 (41,6) | | 111 (91,0) | 1456 (57,6) | |
| Total | 83 (100) | 2541 (100) | | 122 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Trastorno cardíaco (infarto agudo de miocardio, angina inestable)</i> | | | | | | |
| No | 74 (89,2) | 2436 (95,9) | b | 112 (91,8) | 2438 (96,5) | b |
| Sí | 9 (10,8) | 105 (4,1) | | 10 (8,2) | 89 (3,5) | |
| Total | 83 (100) | 2541 (100) | | 122 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales</i> | | | | | | |
| No | 59 (71,1) | 2418 (95,2) | a | 52 (42,6) | 2211 (87,5) | a |
| Sí | 24 (28,9) | 123 (4,8) | | 70 (57,4) | 316 (12,5) | |
| Total | 83 (100) | 2541 (100) | | 122 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Consumo de tabaco</i> | | | | | | |
| No | 35 (43,2) | 1460 (57,5) | b | 57 (51,8) | 1774 (70,2) | a |
| Sí | 46 (56,8) | 1080 (42,5) | | 53 (48,2) | 752 (29,8) | |
| Total | 81 (100) | 2540 (100) | | 110 (100) | 2526 (100) | |
| <i>Consumo de alcohol al menos una vez al mes</i> | | | | | | |
| No | 8 (14,8) | 41 (2,8) | a | 7 (17,1) | 66 (9,3) | c |
| Sí | 46 (85,2) | 1408 (97,2) | | 34 (82,9) | 643 (90,7) | |
| Total | 54 (100) | 1449 (100) | | 41 (100) | 709 (100) | |
| <i>Actividad física (AF) en tiempo libre</i> | | | | | | |
| Algún tipo de AF, regularmente, o entrenamiento | 52 (64,2) | 1955 (77,0) | b | 60 (49,6) | 1805 (71,4) | a |
| No hace ningún tipo de AF, totalmente sedentario/a | 29 (35,8) | 584 (23,0) | | 61 (50,4) | 722 (28,6) | |
| Total | 81 (100) | 2539 (100) | | 121 (100) | 2527 (100) | |
| <i>Consumo de fruta fresca</i> | | | | | | |
| A diario o tres o más veces a la semana | 41 (50,0) | 2123 (83,7) | a | 82 (68,3) | 2235 (88,5) | a |
| Menos de tres veces a la semana | 41 (50,0) | 414 (16,3) | | 38 (31,7) | 289 (11,5) | |
| Total | 82 (100) | 2537 (100) | | 120 (100) | 2524 (100) | |
| <i>Consumo de verduras y hortalizas</i> | | | | | | |
| A diario o tres o más veces a la semana | 52 (62,7) | 1847 (72,9) | b | 74 (62,2) | 2049 (81,2) | a |
| Menos de tres veces a la semana | 31 (37,3) | 688 (27,1) | | 45 (37,8) | 473 (18,8) | |
| Total | 83 (100) | 2535 (100) | | 119 (100) | 2522 (100) | |
| <i>Índice de masa corporal</i> | | | | | | |
| Normopeso (<25,0) | 24 (28,9) | 758 (30,3) | NS | 55 (47) | 1052 (43,2) | NS |
| Sobrepeso u obesidad (≥25) | 59 (71,1) | 1742 (69,7) | | 62 (53) | 1386 (56,8) | |
| Total | 83 (100) | 2500 (100) | | 117 (100) | 2438 (100) | |

Datos ponderados.

NS: no significativo.

a <0,001.

b <0,005.

c <0,010.

crisis. El modelo final se realizó incorporando variables socioeconómicas que pudieran asociarse con la salud y los desahucios^{16,17}, conservando las variables más influyentes. Se realizaron análisis conjuntos para hombres y mujeres, y desagregados según sexo en el modelo final. Se utilizó el programa SPSS 15.

Resultados

Se obtuvo una muestra total de 205 personas AD, con edades comprendidas entre los 25 y los 74 años, el 59,5% (122) de ellas mujeres y el 40,5% (83) hombres. El 43,4% de los hombres y el 55,7% de las mujeres tenían edades comprendidas entre los 36 y los 50 años, observándose más jóvenes y más mujeres en comparación con la población andaluza (EAS). También se observó un mayor porcentaje de personas en desempleo: 74,4% frente al 28,3% en los hombres y 53,9% frente al 21,2% en las mujeres. Hay más personas AD con estudios secundarios y, en el caso de las mujeres, también

universitarios. Para el 45,8% de los hombres y el 42,5% de las mujeres AD, los ingresos totales mensuales en el hogar eran inferiores a 500 euros (frente al 4,8% y al 4,0% respectivamente, de la muestra EAS) (tabla 1).

Son las mujeres AD quienes en mayor porcentaje informan de una salud percibida deficiente (80,9%) en comparación con las de la EAS (24,5%) y con los hombres de ambas muestras (57,3% y 14,9%, respectivamente). El 10,8% de los hombres y el 8,2% de las mujeres AD informa tener una enfermedad cardiovascular, frente al 4,1% y el 3,5%, respectivamente, de la población EAS ($p < 0,001$). También se observa una mayor proporción de personas con depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en la muestra AD ($p < 0,001$). Las mujeres AD, de nuevo, presentan una mayor prevalencia (57,4%) en comparación con las mujeres EAS (12,5%) y los hombres de ambas encuestas (28,9% y 4,8%, respectivamente) (tabla 2).

El consumo de tabaco es más frecuente en los hombres AD (56,8%) y en las mujeres AD (48,2%) en comparación con la EAS

Tabla 3
Modelo multivariado de varios indicadores de salud de la población afectada por un desahucio (AD)

| | Ambos sexos ^a | | Hombres | | Mujeres | |
|---|--------------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | OR (IC95%) | p | OR (IC95%) | p | OR (IC95%) | p |
| <i>Salud deficiente</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 12,63 (8,74-18,27) | <0,01 | 9,86 (5,77-16,85) | <0,01 | 16,9 (9,92-28,7) | <0,01 |
| <i>Tiene alguna enfermedad crónica</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 7,25 (4,71-11,17) | <0,01 | 8,9 (4,89-16,2) | <0,01 | 5,75 (3,07-10,76) | <0,01 |
| <i>Enfermedad cardiovascular</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 3,08 (1,54-6,16) | <0,01 | 2,73 (0,88-8,46) | 0,08 | 3,33 (1,36-8,13) | 0,01 |
| <i>Tiene alguna enfermedad mental crónica</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 7,57 (5,26-10,91) | <0,01 | 7,92 (4,29-14,65) | 0,00 | 7,34 (4,63-11,65) | <0,01 |
| <i>Consumo de tabaco</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 1,68 (1,21-2,33) | <0,01 | 1,19 (0,72-1,97) | 0,49 | 2,3 (1,48-3,57) | <0,01 |
| <i>Consumo de alcohol</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 0,36 (0,19-0,69) | <0,01 | 0,27 (0,1-0,72) | 0,01 | 0,41 (0,17-1,02) | 0,06 |
| <i>Consumo de fruta menos de tres veces a la semana</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 3,3 (2,34-4,64) | <0,01 | 3,21 (1,94-5,33) | <0,01 | 3,59 (2,24-5,77) | <0,01 |
| <i>Consumo de verdura menos de tres veces a la semana</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 1,3 (0,92-1,82) | 0,13 | 1,07 (0,65-1,76) | 0,8 | 1,56 (0,98-2,49) | 0,06 |
| <i>Sedentarismo</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 1,83 (1,31-2,55) | <0,01 | 2,33 (1,39-3,91) | <0,01 | 1,52 (0,98-2,35) | 0,06 |
| <i>Sobrepeso u obesidad</i> | | | | | | |
| EAS | 1 | | 1 | | 1 | |
| AD | 0,82 (0,58-1,14) | 0,23 | 0,99 (0,59-1,65) | 0,96 | 0,66 (0,42-1,03) | 0,07 |

Modelos ajustados por edad, situación laboral, nivel educativo, ingresos y número de personas que habitan en la vivienda. EAS: Encuesta Andaluza de Salud; IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^a Ajustado por sexo.

(42,5% y 29,8%, respectivamente), siendo la diferencia entre las mujeres de ambos grupos superior a la observada entre los hombres. Hay un mayor porcentaje de personas totalmente sedentarias en su tiempo libre entre las AD. Así, el 50,4% de las mujeres AD son sedentarias y el 35,8% de los hombres AD son sedentarios, frente al 28,6% de las mujeres EAS y el 23,0% de los hombres EAS. Es menos frecuente el consumo habitual de fruta entre las mujeres y los hombres AD (68,3% y 50%, respectivamente), con resultados similares para el consumo de verduras y hortalizas (62,2% y 62,7%, respectivamente).

En la **tabla 3** se presenta un modelo final para diversos indicadores de salud, mostrando las probabilidades del grupo AD en comparación con las de la población EAS. Una vez ajustado por sexo, edad, número de convivientes, nivel educativo, situación laboral e ingresos, la población AD tiene una probabilidad casi 13 veces mayor de tener una salud deficiente (OR: 12,63; IC95%: 8,74-18,27) y tres veces mayor de tener una enfermedad cardiovascular (OR: 3,08; IC95%: 1,54-6,16), en comparación con la probabilidad del conjunto de la población andaluza. También es más probable en este grupo el consumo de tabaco (OR: 1,68; IC95%: 1,21-2,33), y comer fruta menos de tres veces por semana (OR: 3,3; IC95%: 2,34-4,64). Por el contrario, el consumo de alcohol es menor entre el grupo AD (OR: 0,36; IC95%: 0,19-0,69).

Discusión

Este trabajo realiza un amplio abordaje del estado de salud de la población adulta AD en Andalucía, una de las comunidades

autónomas con mayor número, en términos absolutos, de ejecuciones hipotecarias^{8,25}. Todo parece indicar que el número de familias afectadas va a seguir aumentando²⁵, y nuestros principales resultados muestran que la salud de esta población es peor que la de la población general, lo que puede traducirse, de no producirse cambios, en un empeoramiento de la salud de la población en los próximos años.

Según nuestros resultados, las personas AD tienen 13 veces más probabilidades de tener mala salud percibida: el 57,3% de los hombres y el 80,9% de las mujeres informan de mala salud. En un reciente estudio publicado sobre desahucios en Cataluña, el 40% de los hombres y el 57% de las mujeres refirieron mala salud general²¹. En el contexto internacional, Cannuscio et al., en los Estados Unidos, observan una mayor prevalencia de salud deficiente (22,9%) en las personas en situación de ejecución hipotecaria o retrasos en los pagos que en otros propietarios sin estrés causado por la vivienda (9,2%) o con estrés moderado (14,4%) (p=0,031). La probabilidad de tener una salud deficiente fue de 2,5 veces más en estas personas (OR: 2,49; IC95%: 1,32-4,69), una vez ajustado por edad, sexo, raza/etnia, educación, estado civil e ingresos¹⁷. Resultados similares observan Burgard et al. (OR ajustada: 3,09; IC95%: 0,76-12,9), y concluyen que, si bien el impacto en la salud se explica en algunos casos por el nivel socioeconómico, los procesos de desahucio en el actual contexto de crisis tienen un impacto independiente en la salud de las personas¹⁶.

También encontramos una mayor probabilidad de tener problemas cardiovasculares, al igual que lo observado en el contexto internacional^{17,18}. De hecho, se ha encontrado que la propia

exposición a los desahucios en el barrio puede conllevar un aumento de la presión arterial entre sus residentes, con independencia del impacto en las condiciones del barrio^{27,28}; no obstante, nosotros no hemos explorado esa relación. En la relación entre los procesos de pérdida de la vivienda y la salud operan tanto factores individuales como del entorno. Individualmente, el propio estrés de la vivencia, ya desde las fases iniciales, impacta en los hábitos relacionados con la salud y en la propia salud física y mental. En la comunidad, la presencia de desahucios en el barrio también puede impactar en la salud por el deterioro de los entornos¹⁵.

El hábito tabáquico, mayor en el caso de las mujeres AD, puede ser una estrategia de afrontamiento del estrés generado por estas situaciones^{10,18}. El menor consumo de fruta y verdura observado también en estas personas puede estar relacionado con los recursos económicos y con el hecho de que, aun conservando un empleo e ingresos, tienen que realizar todo tipo de ajustes y comprar alimentos más económicos en coste y en elaboración, o menos saludables^{29,30}. En nuestro estudio es mayor el consumo de legumbres, pasta, arroz y patatas en el grupo AD, y menor para el resto de alimentos (carne, pescado, huevos, etc.), en comparación con la población EAS.

Este estudio presenta diversas consideraciones metodológicas y limitaciones, relacionadas principalmente con posibles sesgos de selección. En primer lugar, decidimos utilizar el conjunto de la población andaluza de la EAS para la comparación por no observar diferencias estadísticas en las principales variables del estudio en comparación con la población granadina, aportando un número mayor y más estable de personas. Podría influir en los resultados el hecho de que ambas encuestas se hayan realizado en períodos diferentes.

El estudio está centrado en las personas que acuden a las asambleas de la plataforma Stop Desahucios, el único movimiento que facilita asesoramiento y apoyo mutuo, motivo por el cual aglutina a la mayoría de las personas afectadas. Desconocemos si las personas que, pese a estar pasando por este proceso, no acuden a estas asambleas, difieren en sus características de las que sí lo hacen y por tanto podrían presentar otros resultados de salud. Un estudio realizado en Málaga sobre el perfil de las familias AD, a partir principalmente de la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, pero también de organismos como la Oficina de Intermediación Hipotecaria, Servicios Sociales Comunitarios, Cáritas Diocesanas y Cruz Roja, presenta un perfil muy similar al encontrado en nuestro estudio³¹ y en el realizado en Cataluña²¹. Por otro lado, dado el papel de apoyo mutuo y solidaridad que ejerce la plataforma, creemos que aquellas personas que (perdiendo su vivienda habitual) no están formando parte de esta podrían presentar peor salud, por lo que nuestros resultados podrían estar infrarrepresentando el estado real de salud de las personas AD.

Nuestro trabajo también presenta las limitaciones propias de los estudios transversales para el establecimiento de relaciones causales. El hecho de desarrollar una enfermedad puede aumentar el riesgo de una ejecución hipotecaria, en parte debido al riesgo de perder el puesto de trabajo y la disminución de los ingresos³². No obstante, sabemos que la principal causa de inicio de la situación fue la pérdida de trabajo (el 58,1%) o la pérdida de ingresos (17,7%) en el contexto actual de crisis, en concordancia con resultados similares de otros análisis en nuestro contexto⁷.

Finalmente, cabe señalar que la encuesta aplicada perseguía conocer la salud individual, por lo que el número de personas entrevistables se redujo considerablemente en tanto que a las asambleas acuden varios miembros de una misma familia, y de ahí que no alcanzáramos las encuestas previstas. Por otro lado, las personas que acuden a las asambleas varían cada semana, lo que ha imposibilitado determinar una tasa de respuesta. La experiencia desde el trabajo de campo fue positiva; la principal negativa a responder la encuesta fue por falta de tiempo, y entonces citábamos a la persona

en otro momento, facilitando así la participación. La dilatación del trabajo de campo durante tantos meses, y la asistencia semanal del personal entrevistador a las asambleas, favoreció que se encuestara a la práctica totalidad de las personas que habitualmente asisten.

Nuestros resultados indican que las personas AD en Granada y su área metropolitana, en el actual contexto de crisis, expresan una peor salud en comparación con la población general andaluza. Dada la importancia de la vivienda y de las políticas vinculadas a ella como determinantes de la salud, resulta necesario seguir investigando y generando nueva evidencia sobre la salud y los desahucios desde diferentes aproximaciones metodológicas para una mejor comprensión del fenómeno.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Pese al importante número de personas que pierden su vivienda principal, son escasos los estudios que analizan el impacto de estos procesos en la salud de las personas afectadas en España.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Las personas afectadas por un proceso de desahucio en Granada muestran una peor salud y un mayor deterioro de sus determinantes más inmediatos, en comparación con la población adulta andaluza. Son necesarios nuevos estudios desde diversas aproximaciones metodológicas para una mejor comprensión de la relación entre desahucios y salud.

Financiación

Ninguna.

Contribuciones de autoría

J. Bolívar Muñoz ha participado en todas y cada una de las etapas de la investigación realizada y de manera importante en el diseño del instrumento (cuestionario), el trabajo de campo (coordinación del equipo encuestador y realización de encuestas), el análisis estadístico de los datos y la interpretación de los resultados; ha escrito el manuscrito presentado y es la responsable de su envío y del seguimiento de todo el proceso de revisión. El resto de personas firmantes han contribuido, en diverso grado, en las distintas fases de la investigación y en la redacción o la revisión del manuscrito. Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública: M. Bernal Solano ha contribuido al diseño del estudio, la recogida de datos y su análisis posterior, y ha revisado el artículo, aportando valiosas sugerencias; I. Mateo Rodríguez y A. Daponte Codina han coordinado el proyecto,

han participado en la concepción y el diseño del trabajo, y en la elaboración de los instrumentos, y han contribuido a la determinación de los objetivos de este primer manuscrito y a la interpretación de los resultados, así como a su revisión crítica; C. Escudero Espinosa y C. Sánchez Cantalejo han colaborado en el diseño del trabajo, la elaboración de instrumentos y la recogida de datos, y han revisado críticamente el manuscrito, realizando sugerencias de mejora. El equipo de la Facultad de Psicología: I. González Usera, H. Robles Ortega y J.L. Mata Martín han contribuido de la misma forma al diseño del estudio, la elaboración del instrumento (escalas de salud mental) y la recogida de datos. Finalmente, C. Fernández Santaella y J. Vila-Catellar han participado también en la concepción y el diseño del trabajo, y han coordinado el trabajo de campo. Todas estas personas han realizado valiosas aportaciones en la fase de revisión del manuscrito en sus diferentes versiones.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos a Antonio Redondo Aguado, de Stop Desahucios Granada, por facilitar la realización del estudio. También a M. Teresa Alonzo Castillo, Alba Asensio Palma, Rafael Beato Ortega, Laura Cabeza Medina, Ana María Carrillo Pareja, Saray Cimadevilla Esteban, Alba Garrido Muñoz, Miguel Ángel Íñiguez Solier, Miriam Ferrer Serrano, Laura López Rivas, Marta Llergo Re, Laura Mas Cuesta, M. Estefanía Martínez Morillas, Nerea Martínez Parra, Celia Moreno Jiménez, Lisa Andrea Mazzoni Catterino, Ana María Perandrés Gómez, Alejandra Ortega Amo, Irene Pacheco Yepes, Jessica Pérez Calvente, Elia Quesada Ronco, María Rodríguez Bocanegra, Joana Romero Mancera, María Rubín de Célix Fernández y Carolina Salvador Robles, por su disponibilidad para la realización de encuestas. A la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, por su apoyo al proyecto.

Bibliografía

- Alguacil A, Alguacil J, Arasanz J, et al. Housing in Spain in the twenty-first century. En: *Diagnosis of the residential model and proposals for another housing policy. Executive Summary*. Madrid: Fundación Foessa; 2015.
- Rodríguez R. La política de vivienda en España en el contexto europeo. *Deudas y retos*. Boletín CF+S. 2011;47/48:125–72 [Edición electrónica]. (Consultado el 29/07/2015.) Disponible en: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n47/arrodd.1.html>
- Banco de España. El endeudamiento de la economía española: características, corrección y retos. Informe anual. 2013. (Consultado el 29/07/2015.) Disponible en: <http://www.bde.es/fi/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/13/Fich/cap2.pdf>.
- Del Río A. El endeudamiento de los hogares españoles. Banco de España. Servicio de Estudios; Documento de Trabajo N° 0228.
- OECD. Panorama de la sociedad 2014. En: *Resultados clave: España. La crisis y sus consecuencias*. OECD Publishing; 2014 (Consultado el 01/09/2014.) Disponible en: <http://www.oecd.org/spain/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Spain.pdf>
- Escribà-Agüir V, Fons-Martinez J. Crisis económica y condiciones de empleo: diferencias de género y respuesta de las políticas sociales de empleo. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Suppl 1):37–43.
- Valiño V, Alemany A, Colau A, et al. Emergencia habitacional en el estado español: la crisis de las ejecuciones hipotecarias y los desalojos desde una perspectiva de derechos humanos. *Barcelona: Observatorio DESC y PAH*; 2013. p. 9–13.
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística sobre ejecuciones hipotecarias (EH). Primer trimestre de 2015. Datos provisionales: 2015. (Consultado el 30/07/2015.) Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/eh/eh0115.pdf>
- Houle JN. Mental health in the foreclosure crisis. *Soc Sci Med*. 2014;118:1–8.
- Bennett GG, Scharoun-Lee M, Tucker-Seeley R. Will the public's health fall victim to the home foreclosure epidemic? *PLoS Med*. 2009;6:e1000087.
- Pevalin DJ. Housing repossessions, evictions and common mental illness in the UK: results from a household panel study. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63:949–51.
- McLaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, et al. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. *Psychol Med*. 2012;42:1441–8.
- Ospuyk TL, Caldwell CH, Platt RW, et al. The consequences of foreclosure for depressive symptomatology. *Ann Epidemiol*. 2012;22:379–87.
- Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, et al. 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*. 2014;17:e1–6.
- Tsai AC. Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. *PLoS One*. 2015;7:e0123182.
- Burgard SA, Seefeldt KS, Zelnor S. Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study. *Soc Sci Med*. 2012;75:2215–24.
- Cannuscio CC, Alley DE, Pagán JA, et al. Housing strain, mortgage foreclosure, and health. *Nurs Outlook*. 2012;60:134–42.
- Pollack CE, Lynch J. Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region. *Am J Public Health*. 2009;99:1833–9.
- Novoa A, Ward J. Habitatge i salut en població vulnerable. En: *Llar, habitatge i salut, acció i prevenció residencial*. Col·lecció Informes, núm. 2. Barcelona: Càritas Diocesana de Barcelona; 2013.
- Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103–8.
- Observatori DESC i PAH. Impactes de la crisi hipotecària en la salut. En: Valiño V, coordinadora. *Emergència habitacional a Catalunya. Impacte de la crisi hipotecària en el dret a la salut i els drets dels infants*. Barcelona: Observatori DESC i PAH; 2015. p. 96–103.
- Ramis-Pujol J. Una aproximació multidisciplinària al desahucio hipotecari basada en estudis de cas. *Fundación Innovación, Acció i Conociment, i Universitat Ramon Llull*. 2014. (Consultado el 15/09/2014.) Disponible en: <http://www.fiayc.org/files/2014/06/1753948DesahuciosHipotecarios.EstudiosCaso.Ramis.Vcorta.pdf>
- Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH). (Consultado el 03/06/2015.) Disponible en: <http://afectadosporlahipoteca.com/>
- Sánchez JJ, García LI, Mayoral JM. Encuesta Andaluza de Salud 2011–2012. Muestra de adultos. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2013 (Consultado el 06/06/2014.) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csald/galerias/documentos/c_3.c.1_vida_sana/EAS_2011_2012_Adultos.pdf
- Consejo General del Poder Judicial (España). Sección de Estadística Judicial. Datos sobre el efecto de la crisis en los órganos judiciales – Datos desde 2007 hasta primer trimestre de 2015. (Consultado el 30/07/2015.) Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/portal/site/cgpi/menuitem.65d2c4456b6db628e635fc1dc432ea0/?vgnnextoid=311600fe2aa03410VgnVCM1000006f48a0aRCD&vgnnextchannel=a64e3da6cbe0a210VgnVCM100000cb34e20aRCD&vgnnextfmt=default>
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gac Sanit*. 2013;27:263–72.
- Arcaya M, Glymour MM, Chakrabarti P, et al. Effects of proximate foreclosed properties on individuals' systolic blood pressure in Massachusetts, 1987 to 2008. *Circulation*. 2014;129:2262–8.
- Diez AV. The foreclosure crisis and cardiovascular disease. *Circulation*. 2014;129:2248–9.
- Antentas JM, Vivas E. Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Suppl 1):58–61.
- Kirkpartrick S, Tarasuk V. Housing circumstances are associated with household food access among low income urban families. *Journal of Urban Health*. 2011;88:284–96.
- Arredondo R, Palma MO. Aproximación a la realidad de los desahucios. Perfil y características de las familias en proceso de desahucios en la ciudad de Málaga. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 2013;20:113–40.
- Houle JN, Keene DE. Getting sick and falling behind: health and the risk of mortgage default and home foreclosure. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69:382–7.