

03

SETEMBRE 2015



Informes Càritas


Càritas
Diocesana de
Barcelona
Un NO per a ningú.

Canvis en l'habitatge i salut en població vulnerable

Seguiment d'una mostra de persones
ateses per Càritas Diocesana de Barcelona

**AGÈNCIA DE SALUT
PÚBLICA DE BARCELONA**

**CÀRITAS DIOCESANA
DE BARCELONA**

**EN EL MARC DE:
Projecte SOPHIE**



Crèdits

Anàlisi i redacció:

Jordi Amat

Agència de Salut Pública de Barcelona

Davide Malmusi

Agència de Salut Pública de Barcelona
CIBER Epidemiologia i Salut Pública

Ana M. Novoa

Agència de Salut Pública de Barcelona

Fernando Díaz-Alpuente

Càritas Diocesana de Barcelona

Mercè Darnell

Càritas Diocesana de Barcelona

Marta Plujà

Càritas Diocesana de Barcelona

Carme Trilla

Càritas Diocesana de Barcelona

Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona
CIBER Epidemiologia i Salut Pública

Edita:

Càritas Diocesana de Barcelona

Fotografia de portada*:

See-ming Lee

Fotografies*:

TaxRebate.org, Mint Chip Designs, Greg Westfall, Festival experimentaclub,
Arne Jacobsen, Nesri i David Russo

(*) Totes les fotografies d'aquest informe compten amb llicència de Creative Commons

© Octubre 2015. Càritas Diocesana de Barcelona

ISBN:

Referència de citació del document:

Jordi Amat, Davide Malmusi, Ana M Novoa, Fernando Díaz-Alpuente,
Mercè Darnell, Marta Plujà, Carme Trilla, Carme Borrell. Canvis en
l'habitatge i salut en població vulnerable. Càritas Barcelona, 2015.

Agraïments:

Els autors i autores d'aquest informe volem agrair el suport i la feina realitzada per tot l'equip de treballadors i treballadores socials dels diferents equips de Càritas Diocesana de Barcelona; per l'equip d'entrevistadors del projecte Sophie, l'Eloisa Piñeiro, en Miquel Gómez i en Francesc Almacelles, que van fer les basals i la Blanca Bayas i la Marta Pons, les de seguiment i per l'equip d'estudiants de Treball Social de la UB, sense els qual hauria estat impossible la realització d'aquest estudi. Especialment volem agrair la col·laboració de les 232 persones ateses per Càritas que, d'una manera anònima i desinteressada, hi han participat per segona vegada. Aquest estudi només té sentit per i per a elles.





Índex

Resum	6
Presentació	8
<i>Estructura de l'informe i mètodes</i>	9
1. Característiques demogràfiques i situació socioeconòmica	10
<i>Característiques sociodemogràfiques de les persones adultes</i>	10
<i>Evolució socioeconòmica</i>	10
<i>Evolució socioeconòmica segons real·lotjament</i>	11
2. Tipus, condicions de l'habitatge, barri i comunitat	12
<i>Evolució de les condicions de l'habitatge i el barri</i>	12
<i>Evolució de l'habitatge i el barri segons real·lotjament</i>	13
3. Estat de la salut	14
<i>Evolució de l'estat de salut</i>	14
<i>Evolució de la salut segons real·lotjament</i>	15
4. Relació entre els canvis en les condicions de vida i la salut	16
Conclusions	19
Annex	21





Resum

Resumen

L'accés a un habitatge adequat ha esdevingut un gran problema social en els últims anys a l'Estat espanyol. L'any 2012, es van realitzar 320 entrevistes a persones ateses per Càritas Diocesana de Barcelona (CDB) amb problemes d'habitatge. Aquestes persones van respondre tres qüestionaris amb preguntes sobre les condicions d'habitatge, sobre el seu estat de salut i, en cas de que n'hi hagués, sobre l'estat de salut d'un dels infants de la llar. Es van detectar alts nivells de patiment físic i mental entre aquesta població atesa per Càritas, tant si es tractava de famílies ateses pels Equips d'Atenció Directa (EAD, serveis d'atenció social primària) amb necessitat prioritària de reallotjament, com d'usuaris del Servei de Mediació d'Habitatge (SMH, servei especialitzat) amb dificultats per pagar la hipoteca o el lloguer. En el present informe es presenten els resultats d'una segona entrevista, amb els mateixos qüestionaris, que es va realitzar un any després amb l'objectiu d'analitzar l'impacte en la salut dels canvis en les condicions econòmiques i d'habitatge. Van respondre 232 persones adultes, el 72% de les enquestades inicialment. La situació socioeconòmica continua sent molt precària, tot i detectar-se millores en alguns subgrups, especialment en el cas de les persones reallotjades per Càritas que van experimentar una millora substancial de les condicions d'habitatge, tant físiques com d'asequibilitat. Els indicadors de salut continuen sent molt pitjors que els mitjans de la població de Barcelona, però s'observa una millora relativa, principalment en indicadors de salut mental tant adulta com infantil. A més, la salut mental va millorar més en aquelles persones que van tenir millores econòmiques (com augment d'ingressos de la llar) o d'habitatge (com disminució del risc de perdre l'habitatge o dels problemes d'habitabilitat). Així doncs, les polítiques i intervencions que millorin la situació econòmica i l'accés a un habitatge assequible i adequat en les persones afectades per la crisi econòmica poden conduir a millores en la salut.

El acceso a una vivienda adecuada ha supuesto un gran problema social en los últimos años en el Estado español. El año 2012, se realizaron 320 entrevistas a personas atendidas por Cáritas Diocesana de Barcelona (CDB) con problemas de vivienda. Estas personas respondieron tres cuestionarios con preguntas sobre las condiciones de vivienda, sobre su estado de salud y, en caso de que hubiera, sobre el estado de salud de uno de los hijos del hogar. Se detectaron altos niveles de sufrimiento físico y mental entre esta población atendida por Cáritas, tanto si se trataba de familias atendidas por los Equipos de Atención Directa (EAD, servicios de atención social primaria) con necesidad prioritaria de realojo, como de usuarios del Servicio de Mediación de Vivienda (SMH, servicio especializado) con dificultades para pagar la hipoteca o el alquiler. En el presente informe se presentan los resultados de una segunda entrevista, con los mismos cuestionarios, que se realizó un año después con el objetivo de analizar el impacto en la salud de los cambios en las condiciones económicas y de vivienda. Respondieron 232 personas adultas, el 72% de las encuestadas inicialmente. La situación socioeconómica continúa siendo muy precaria, a pesar de detectarse 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. Los indicadores de salud continúan siendo mucho peores que la media de la población de Barcelona, pero se observa una mejora relativa, principalmente en indicadores de salud mental tanto adulta como infantil. Además, la salud mental mejoró más en aquellas personas que tuvieron mejoras económicas (como aumento de ingresos del hogar) o de vivienda (como disminución del riesgo de perder la vivienda o de los problemas de habitabilidad). Así pues, 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 a mejoras en la salud.

Abstract

Access to adequate housing has become a major social problem in recent years in Spain. In 2012, we interviewed 320 adults attended by Caritas Diocesan Barcelona (CBD) with housing problems. These people answered three questionnaires with questions about housing conditions, their health status and their children's health, in case they had any. We found high levels of physical and mental suffering among the population served by Caritas, both families attended by primary social care services with priority need of resettlement, and users of a specialist housing mediation service with difficulties for paying the mortgage or rent. In this report we present the results of a second interview with the same questionnaire, administered a year later in order to analyze the impact on health of changes in economic and housing conditions. 232 people, 72% of initial respondents. The socio-economic situation remains very precarious, despite detecting improvements in some subgroups, especially in the case of people rehoused by Caritas, who experienced a substantial improvement in housing conditions, both physical as affordability. The health indicators are still much worse than the Barcelona population average, but there was a relative improvement, particularly in mental health indicators of both adults and children. In addition, adults' mental health improved more in those who experienced economic improvements (such as increased household income) or housing improvements (such as decreased risk of losing home or habitability problems). Thus, policies and interventions that improve the economic situation and access to affordable and adequate housing of people affected by the economic crisis may lead to improvements in health.

7





Presentació

En el marc del projecte europeu Sophie (Avaluació de l'Impacte de les Polítiques Estructurals en les Desigualtats de Salut), l'Agència de Salut Pública de Barcelona i Càritas Diocesana de Barcelona (CDB) establien una col·laboració per tal d'avançar en l'estudi dels efectes en salut de les condicions d'habitatge i de les polítiques que les afectaven. El primer pas va ser analitzar les condicions socioeconòmiques, d'habitatge i salut d'una mostra d'usuaris de CDB. L'informe resultant, publicat el desembre de 2013 sota el títol "Salut i habitatge en població vulnerable"¹, mostrava unes condicions de vida en l'àmbit socioeconòmic, d'habitatge i salut molt pitjors que les del conjunt de la població de la ciutat de Barcelona així com en comparació a les persones dels mateixos estrats socioeconòmics. L'alt percentatge d'atur i les dificultats econòmiques que se'n deriven empenyien a molts d'aquests usuaris a viure en condicions d'infrahabitatge, sent freqüents els problemes de plagues (ratolins, paneroles, puces, etc.), humitats, amuntegament, i altres.

8

Aquestes circumstàncies eren les més característiques del subgrup de la mostra d'aquells usuaris dels Equips d'Atenció Directa (EAD) de Càritas en el qual els tècnics havien identificat una necessitat prioritària de millorar les condicions d'habitatge d'aquestes persones real·lotjant-les en habitatges dignes. Un segon subgrup que s'analitzà fou el d'aquells individus que rebien el suport del Servei de Mediació en l'Habitatge (SMH), servei que té com a finalitat ajudar específicament a persones amb problemes per fer front als pagaments hipotecaris o de lloguer tot oferint una mediació entre els afectats i la propietat, ja sigui una entitat bancària o un propietari particular. Si bé, doncs, la perspectiva de perdre l'habitatge és la principal problemàtica d'aquest segon col·lectiu, alguns dels problemes assenyalats anteriorment en referència als usuaris d'EAD també els afectaven, i a la inversa. En aquest sentit, dues de cada tres persones entrevistades del total de la mostra creia que podia perdre l'habitatge en el transcurs de dos anys.

Aquestes males condicions socioeconòmiques i d'habitatge s'acompanyaven d'un estat de salut també deficient. Exemplificant, el 70% dels adults i el 42% dels menors tenia una mala salut mental enfront del 15% i del 5% respectivament en comparació amb el conjunt de Barcelona.

Transcorregut aproximadament un any, es va tornar a entrevistar les mateixes persones per tal d'analitzar els canvis esdevinguts en les condicions socioeconòmiques i d'habitatge així com les conseqüències en llur estat de salut. Aquest tipus d'investigació longitudinal permet establir relacions causals més fiables entre el pas pels serveis de Càritas, i especialment el de real·lotjament, i els canvis en les condicions de vida i d'habitatge. A més, ens ha permès també establir relacions de causalitat entre tals condicions de vida i habitatge i l'estat de salut. Així, si en l'anterior informe les comparacions s'efectuaven entre la mostra recollida i les dades referents al conjunt de Barcelona, aquí es realitzen entre les persones entrevistades a finals de l'any 2012 i aquestes mateixes persones aproximadament un any després, durant el qual han seguit rebent l'ajuda de CDB.

Per tant, els objectius d'aquest informe són tres:

- Estudiar l'evolució entre els anys 2012 i 2013 de les condicions de vida, d'habitatge i d'estat de salut de les persones usuàries de Caritas amb problemes d'habitatge.
- Analitzar si hi ha diferències en aquesta evolució segons si les persones han estat o no real·lotjades per Càritas.
- Analitzar els efectes dels canvis de les condicions de vida i habitatge en la salut de les persones entrevistades.

¹ L'informe està disponible a la web de CDB: <http://www.caritasbcn.org/ca/node/3160>.

Estructura de l'informe i mètodes

El present informe s'estructura en tres capítols. Primerament, es mostren les característiques demogràfiques de la mostra resultant així com l'evolució de la situació socioeconòmica. Seguidament es fa referència a l'evolució del tipus i qualitat de l'habitatge. Finalment, el tercer i últim capítol analitza els canvis en la salut tant de les persones adultes com de les menors i la influència dels anteriors factors en aquests canvis.

Els resultats que es comenten a continuació s'han obtingut a partir d'una mostra de 232 llars, el que suposa un seguiment de l'estudi del 72,5% respecte de la mostra de 320 en què es basava el primer informe. La resta de persones entrevistades l'any 2012 no es van poder localitzar o van declinar participar-hi². D'aquesta mostra total, 140 llars eren usuàries dels Equips d'Atenció Directa i les 92 restants exclusivament del Servei de Mediació en l'Habitatge.

Els qüestionaris utilitzats a l'hora de copsar les característiques socioeconòmiques, de condicions d'habitatge i salut foren els mateixos que es van emprar en el primer estudi per tal que els resultats fossin comparables. En aquest informe els indicadors que facin referència a les respostes donades a finals de l'any 2012 s'anomenen *basal* mentre que els que s'han obtingut un any després – a finals de 2013 – s'anomenen de *seguiment*.

Així, la informació s'ha obtingut a partir d'una persona adulta de cada llar, seleccionada aleatòriament abans de l'entrevista basal. Aquesta persona també ha donat la informació sobre aspectes de salut d'un menor (seleccionat també aleatòriament en cas que n'hi hagués més d'un a l'habitatge). Un cop finalitzades totes les entrevistes, s'ha obtingut dels registres de Càritas la informació sobre si les persones usuàries d'EAD havien estat reallotjades per l'entitat (sigui en un pis de lloguer social promogut per l'entitat o gràcies a una ajuda directa per llogar un nou pis en el mercat privat). De les 140 llars, se n'havien reallotjat un total de 41, encara que tres ho havien estat abans de la primera entrevista i es van excloure.³

S'ha volgut fer la diferenciació entre les persones ateses pels EAD i les que han rebut suport del SMH per diferents motius.

D'una banda, el perfil sociodemogràfic –com veurem més endavant– és lleugerament diferent. Però també, perquè les problemàtiques de les persones ateses pel SMH estan, principalment, relacionades amb l'habitatge, cosa que no passa amb el gruix de les persones ateses pels EAD. Ara bé, els resultats de l'enquesta no sempre són tan diferents entre les persones ateses pels EAD i el SMH. Les situacions de pobresa marquen tot el col·lectiu de persones ateses per CDB, sigui als EAD o al SMH, i això n'acosta els resultats.

Així doncs, en cada capítol, s'analitza la informació per separat en el grup d'EAD i de SMH, i es compara l'evolució entre aquelles persones d'EAD que s'han reallotjat i les que no. Per aquesta comparació, s'han construït variables agrupant les persones usuàries segons si la seva situació en cada un dels indicadors millorava o no (situació igual o pitjor), variables que també s'han utilitzat per determinar l'associació dels canvis socioeconòmics amb la salut.

² S'ha realitzat una comparació de les característiques en l'enquesta basal de les persones que s'han pogut seguir o no. Les úniques diferències rellevants eren la major proporció entre les pèrdues al seguiment de persones nascudes a l'Estat espanyol ($p < 0,05$) o amb menys temps a l'habitatge ($p < 0,1$).

³ S'ha realitzat una comparació de les característiques en l'enquesta basal de les persones d'EAD reallotjades i no reallotjades. Les úniques diferències destacables (totes amb $p < 0,1$) són la major proporció entre reallotjades de dones, menor freqüència de preocupació per no poder menjar i d'insatisfacció amb l'habitatge, i menys temps a l'habitatge.

10 Característiques demogràfiques i situació socioeconòmica

Característiques sociodemogràfiques de les persones adultes

Tal com s'explicava abans, s'han entrevistat 232 persones corresponents al mateix nombre de llars, de les quals una part (92) reben ajuda específica del SMH. Aquest col·lectiu mostra unes característiques sociodemogràfiques lleugerament diferents a les del conjunt d'atesses pels EAD.

Equips d'Atenció Directa (EAD)

De les 140 persones entrevistades, la gran majoria han estat dones (77,1%), situant-se majoritàriament en la franja d'edat compresa entre els 30 i els 44 anys (el 62,9%). En aquest col·lectiu, el 94,8% ha nascut a l'estranger. Pel que fa al nivell educatiu, el 15% havia cursat estudis superiors, el 53,6% ho havia fet en una modalitat d'estudis secundaris i el 31,4% restant posseïa estudis primaris o no els havien finalitzat. Pel que fa a la classe social⁴, basada en l'actual o última ocupació, la gran majoria formaven part de les classes socials IV (53,5%) o V (39,5%), que són les més desfavorides, mentre que el restant 7% se situa en les classes I-III (ocupacions no manuals).

10

Servei de Mediació en l'Habitatge (SMH)

A diferència del col·lectiu d'EAD, la distribució segons sexe és més equilibrada amb un 45,7% d'homes i un 54,3% de dones. L'edat en general se situa en franges superiors en aquest col·lectiu: tan sols el 3,3% té menys de 30 anys, el 46,7% en té 45 o més i el 50% se situa entre els 30 i els 44 anys. Pel que fa a l'origen, el 57,8% ha nascut a l'estranger. No obstant, en relació al nivell d'estudis, aquest és similar al del grup d'EAD. Així, el 14,1% té estudis superiors, el 53,3% secundaris i el 32,6% restant ha cursat estudis primaris o no els ha finalitzat. En canvi, s'observa una major proporció d'individus en les classes socials I-III on hi consten el 13,2% dels enquestats, i també un major pes en la classe IV on s'hi situa el 60,4%, amb un menor nombre d'individus en la classe V (26,4%).

Evolució socioeconòmica

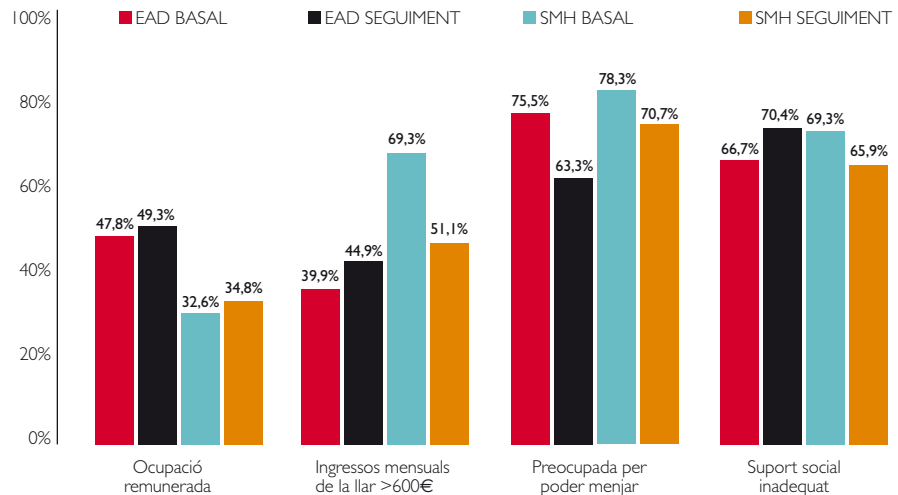
Una primera dada a comentar és l'evolució en la situació legal dels individus analitzats que és de major importància en el cas d'aquells que formen part del col·lectiu d'EAD atès que pràcticament tots han nascut a l'estranger. La informació obtinguda ens mostra com moltes han millorat la seva situació legal⁵ ja que el 48% es trobaven en situació irregular en el moment basal mentre que aquesta xifra es redueix al 34,7% un any després. Del col·lectiu de SMH tan sols una persona es trobava en situació irregular i l'ha regularitzat un any després.

Quant a la situació econòmica (Gràfic 1), en el cas de la situació laboral, les dades no mostren grans canvis ja que si en el moment basal el 47,8% de persones d'EAD treballaven, un any després ho feia el 49,3%. Similarment en el cas del grup de SMH tot i que en nivells inferiors, ja que l'evolució és del 32,6% al 34,8%.

⁴ Classificació de les persones segons classe social en base a l'actual o última ocupació de la persona, o en el seu defecte, de la persona sustentadora principal de la llar; utilitzant la proposta de la Societat Espanyola d'Epidemiologia (SEE) de l'any 2013 i la Classificació Nacional d'Ocupacions (CNO) de l'any 2011. **Classe social I i II** (Personal directiu d'empreses, professionals amb titulació universitària o de suport tècnic, esportistes i artistes), **classe social III** (Persones assalariades de tipus administratiu, persones que treballen per compte propi o que supervisen a treballadors/es manuals), **classe social IV** (Persones que realitzen un treball manual qualificat o semiqualicat) i **classe social V** (Persones que realitzen un treball manual no qualificat), sent aquesta última la més desavantatjada.

⁵ Els percentatges que es comenten pel què fa a la situació legal fan referència, en ambdós grups, a aquelles persones nascudes a l'estranger mentre que les nascudes a Espanya s'han exclòs per calcular aquesta dada.

Gràfic I. Evolució comparada (EAD i SMH) de característiques socioeconòmiques



Tot i aquestes diferències entre ambdós grups, són les llars de les persones que reben suport dels EAD les que tenen uns ingressos més baixos. Per bé que l'evolució en aquest col·lectiu és positiva, ja que les llars amb ingressos superiors a 600 euros mensuals augmenta del 39,9% al 44,9%, mentre que la dada empitjora per aquelles persones del SMH ja que es redueix del 69,3% al 51,1%. Una possible explicació és que els individus d'aquest segon col·lectiu que es trobaven desocupats han exhaurit la prestació d'atur o n'han passat a cobrar una de no contributiva.

Aquests baixos ingressos tenen com a conseqüència que un alt nombre de persones declari estar preocupada per poder menjar. No obstant, en el gràfic I s'observa com l'evolució és positiva tant en el col·lectiu d'EAD –ja que aquesta preocupació es redueix del 75,5% al 63,3%–, com en el grup de SMH, passant del 78,3% al 70,7%.

Comptar amb una xarxa de suport té conseqüències en la salut i la qualitat de vida. És important per això, conèixer i analitzar el suport social amb el qual compten les persones. L'evolució d'aquest suport no mostra grans canvis en cap dels dos grups. Així, el recolzament social inadequat augmenta lleugerament del 66,7% al 70,4% en el cas del grup d'EAD i disminueix en el de SMH passant del 69,3% al 65,9%.

Evolució socioeconòmica segons real·lotjament

Dintre del grup d'EAD, l'evolució dels indicadors socioeconòmics és similar entre les persones real·lotjades i no real·lotjades i no s'aprecien diferències significatives estadísticament (Taula 2 de l'Annex). Tot i així, de les persones que no han estat real·lotjades, un 13,4% ha millorat la seva situació laboral i un 35,1% ha augmentat els ingressos en la llar front a un 7,9% i un 21,1% respectivament en les persones real·lotjades. Sí es veu un increment més important en el recolzament social de les persones real·lotjades, amb un 18,4% front a un 12,8%.



25 Tipus, condicions de l'habitatge, barri i comunitat

Evolució de les condicions d'habitatge i barri

Una de les principals diferències entre el col·lectiu atès pels EAD i el del SMH és que la gran majoria de persones ateses pels EAD vivien, en el moment basal, en habitatges de lloguer (42,9%) o bé en una sola habitació (40,7%) tot compartint pis amb altres individus o famílies. Al seguiment, aquesta última circumstància ha disminuït al 15,7%. Mentre que en les ateses pel SMH, una gran proporció de persones vivien en habitatges de propietat en el moment basal (40,2%) i només el 5,4% ho feia en un pis compartit o habitació. Aquesta primera dada –persones en habitatges de propietat– disminueix un any després fins al 28,3% tot augmentant fins el 27,2% els que viuen en una “altra situació” (principalment un pis protegit o tutelat).

12

Un altre canvi important és el que ha succeït en relació al cost relatiu que es destina a l'habitatge. Tenint en compte que es considera desitjable per a l'economia domèstica destinar menys del 30% dels ingressos al pagament de l'habitatge, aquest llindar el superava el 88,1% de les persones ateses pels EAD, reduint-se en gairebé 10 punts percentuals un any després (veure Gràfic 2). Aquesta reducció és encara més marcada per aquelles persones que destinaven més de la meitat dels ingressos a l'habitatge, passant del 49,2% al 34,9%.

Pel que fa als usuaris del SMH, hi ha molt poca variació en els ingressos que es destinen al pagament de l'habitatge ja que el 53,8% dels usuaris d'aquest servei hi aportaven més de la meitat dels seus ingressos i un any després ho feia el 48,8%. L'evolució en la percepció de poder perdre l'habitatge es manté molt alta i en nivells similars (del 73% al 67%). A més, cinc persones més han hagut de viure alguna vegada en un alberg, barraca, cotxe o al carrer respecte del moment basal, augmentant així del 21,7% al 27,2%.

Sobre les característiques de l'habitatge (Gràfic 3), en les persones ateses pels EAD disminueix la percepció de poder perdre l'habitatge, en més d'onze punts (60,6% a 48,9%). Tot i aquestes millores, igual que en les persones ateses pel SMH, cinc persones més respecte del 2012 declaren haver viscut alguna vegada o bé al carrer, barraca, cotxe o en un alberg, assolint el 21,4% a finals del 2013.

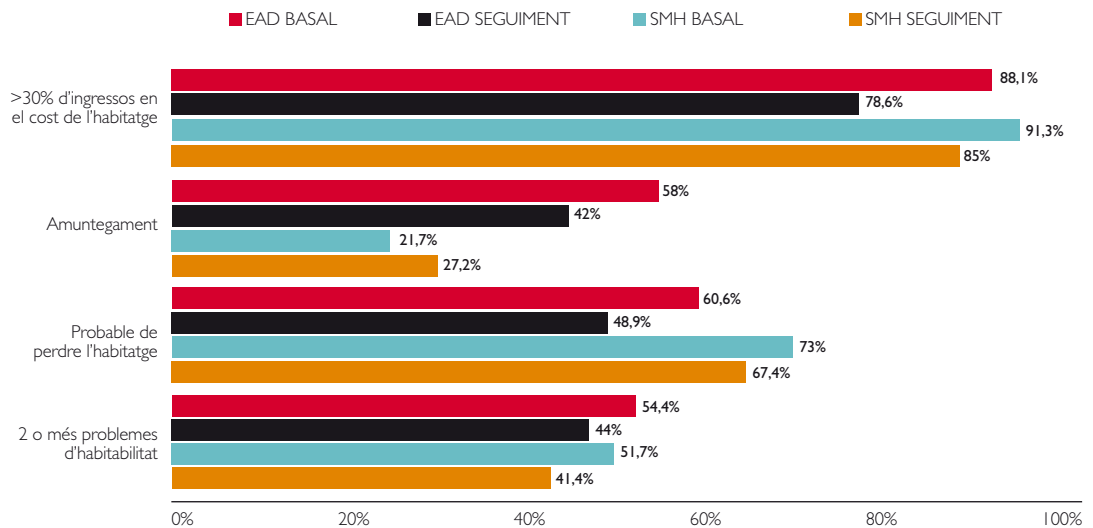
Com hem comentat anteriorment, la principal característica dels habitatges de les persones enquestades era les males condicions físiques en què es trobaven. En aquest sentit cal destacar les millores que s'han donat en el percentatge d'habitatges amb problemes de temperatura, que en el col·lectiu atès pels EAD ha passat del 53,3% al 37,2%, així com en aquells que havien patit alguna plaga greu⁶ en els darrers 12 mesos (del 59,4% al 38,4%). En canvi, es mantenen en nivells similars els habitatges amb algun dormitori i/o menjador sense ventilació (18,1% a 16,7%), problemes d'humitats o fongs (22,1% a 17,9%) i aquells que diuen haver d'encendre el llum de dia (31,1% a 28,8%).

Els problemes de temperatura que afectaven el 45,1% dels habitatges de les persones ateses pel SMH han disminuït en més de 14 punts percentuals, mentre que el fet d'haver patit alguna plaga greu que se situava en el 45,1% en el moment basal es manté un any després en el 43,5%.

D'altra banda, ha evolucionat favorablement l'amuntegament (més d'una persona per habitació) en el col·lectiu atès pels EAD, que s'ha reduït en el 16% dels casos, situant-se en el 42%, mentre en el col·lectiu atès pel SMH creix lleugerament del 21,7% al 27,2%. Igualment en el cas de les privacions

⁶ Haver patit en els darrers 12 mesos una de les següents plagues a l'habitatge: rates o ratolins, paneroles o escarabats, puces o xinxes, formigues, mosques.

Gràfic 2. Evolució comparada (EAD i SMH) d'algunes característiques de l'habitatge



materials⁷ que era de 3,04 però que ha evolucionat negativament augmentant fins a 3,22. Mentre la mitjana de nombre de privacions materials de les persones ateses pels EAD s'ha mantingut en valors similars donat que la dada mitjana se situava en 3,63 i un any després en 3,71.

Finalment, també es va preguntar sobre les condicions de l'entorn comunitari en el qual es trobava situat l'habitatge, millorant de manera significativa els problemes per dormir per culpa del soroll exterior: en el col·lectiu atès pels EAD ha passat del 41% al 25,2% i en el col·lectiu del SMH ha passat del 48,9% al 17,4%. També ha disminuït la percepció de la violència com a problema del barri (EAD: del 39,3% al 18,6% | SMH: del 40,2% al 32,2%) així com la percepció d'inseguretat al carrer durant la nit (EAD: del 28,3% al 15,9% | SMH: del 31,9% al 20,9%). L'avaluació positiva del barri com a lloc per viure es manté més o menys constant per sobre del 65% dels enquestats atesos pels EAD. En canvi evoluciona negativament (68,5% a 51,1%) per les persones ateses del SMH.

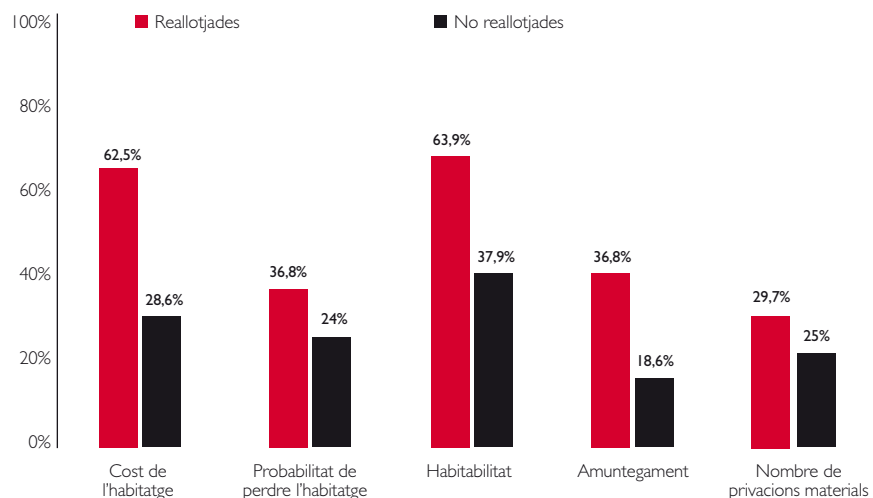
13

Evolució de l'habitatge i el barri segons reallojament

Tot i que algunes persones que no s'han real·lojades també han millorat la situació de l'habitatge, l'evolució és molt més positiva entre aquelles que s'han real·lojades (Gràfic 3). Es comprova com el 62,5% de les persones real·lojades han disminuït el percentatge d'ingressos que suposa el cost de l'habitatge enfront del 28,6% de les que no s'han real·lojades. En el mateix sentit pel que fa a problemes d'habitabilitat (63,9% i 37,9% respectivament), amuntegament (36,8% i 18,6%), satisfacció en l'habitatge (39,5% i 22,2%). Tot i que no és significativa, és també important la diferència en la percepció que es pot perdre l'habitatge (36,8% front 24%). També hi ha hagut millores en la resta d'indicadors però sense diferències importants entre grups.

En relació al barri, una major proporció de persones en el col·lectiu de real·lojades han vist disminuïts els problemes ocasionats pel soroll exterior a l'hora de dormir (39,5% i 20,4%) i avaluen més positivament el seu barri (31,6% i 20,2% tot i no ser una diferència estadísticament significativa). (Taula 2 de l'Annex).

Gràfic 3. Proporció de millora d'algunes característiques de l'habitatge segons reallojament.



⁷ Aquest índex es compon del sumatori de la manca dels següents elements: calefacció, aire condicionat, rentaplats, ordinador, i connexió a internet. La màxima privació material seria 5 (falta de tots els elements).

3P Estat de salut

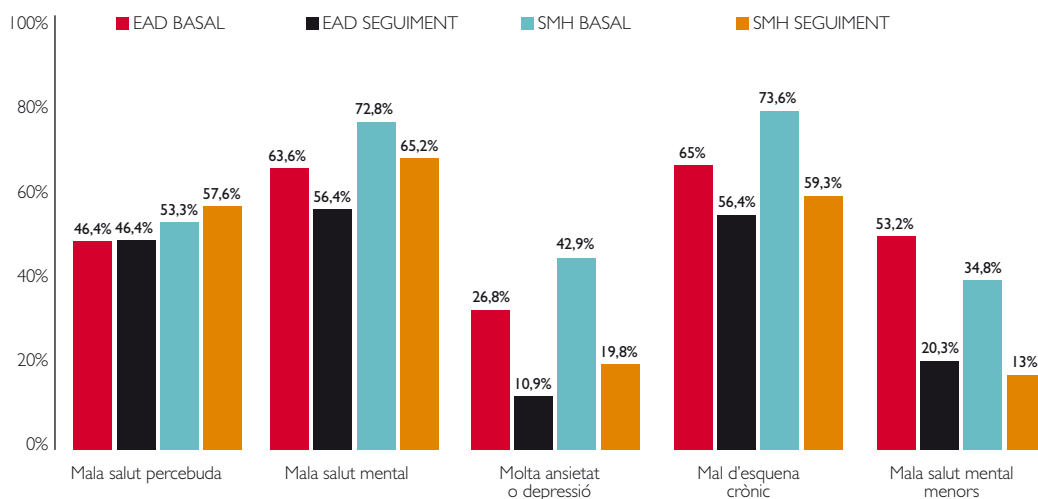
Evolució de l'estat de salut

Com s'ha comentat en la presentació del present informe, el mal estat de salut que presentaven els usuaris en el moment basal n'era una de les principals característiques. Aquesta situació ha millorat en diversos indicadors (Taula 1 de l'Annex). Per exemple, en el col·lectiu d'EAD, si bé l'autopercepció de l'estat de salut s'ha mantingut igual (46,4% declara tenir un estat de salut regular, dolent o molt dolent), la condició de patir una mala salut mental s'ha vist reduïda en 7,1 punts (del 63,6% al 56,4%), incrementant-se la puntuació mitjana de l'escala GHQ-12⁸ de 20,5 a 22,4, i en el mateix sentit ho ha fet la qualitat de vida relacionada amb la salut mesurat amb l'índex EuroQol⁹, principalment degut a la millora en la pregunta sobre ansietat o depressió, passant del 26,8% al 10,9% la proporció de persones que afirma tenir-ne molta, i del 29,7% al 51,4% que afirma no tenir-ne.

14

Els canvis en l'estat de salut en el grup de SMH també han estat importants tot i que en algun cas en indicadors diferents. Mentre que l'autovaloració regular o dolenta de la pròpia salut augmenta, de manera no significativa (del 53,3% a 57,6%), la mala salut mental es redueix (72,8% a 65,2%), tot i que la puntuació mitjana de l'escala es manté estable en 19,4. La qualitat de vida relacionada amb la salut (EuroQol) evoluciona molt favorablement, també en aquest cas per la disminució de l'ansietat o depressió referida (del 42,9% al 19,8% de "molta").

Aquests resultats són coherents amb el fet que la proporció de persones que dormen menys de sis hores en dies laborables ha disminuït (EAD: del 54% al 39,6% | SMH: del 61,5% al 60,4%), similarmet amb aquelles que pateixen de mal de cap o migranya de manera freqüent (EAD: del 53,6% al 37,9% | SMH: 56,5% al 38%), o de dolors a l'esquena (EAD: del 65% al 56,4% | SMH: del 73,6% al 59,3%). La sensació d'esgotament també s'ha reduït, tot i que no de manera significativa, (EAD: des del 40,7% al



Gràfic 4. Evolució comparada (EAD i SMH) dels principals indicadors de salut

⁸ L'escala GHQ-12 (General Health Questionnaire) és una eina de cribatge psicològic que serveix per detectar problemes de salut mental en la població general.

⁹ Índex compost a partir de cinc preguntes sobre mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar, i ansietat/depressió.



32,9% | SMH: del 59,3% al 50,6%). Pel que fa als problemes respiratoris, que probablement requereixen d'un seguiment més llarg per detectar millores, en les persones dels EAD es mantenen al voltant del 45% dels casos (del 46% al 43,9%) i en les del SMH es mantenen a nivells elevats (59,8% a 53,3%). En canvi en les ateses pels EAD ha augmentat el nombre de persones que han fet ús del servei d'urgències (42,1% a 48,6%) i en les del SMH es manté gairebé de manera idèntica (46,7 a 48,9%).

15

Un aspecte rellevant és el que fa referència a la salut dels menors. Cal destacar en aquest cas que la situació de mala salut mental disminueix de manera molt significativa (EAD: 53,2% al 20,3% | SMH: del 34,8% al 13%). També és significativa la reducció dels problemes d'otitis de repetició (EAD: del 25% al 15% | SMH: 19,6% al 10,9%). Com en el cas dels adults, la variació pel que fa a problemes respiratoris és lleugera tot i que positiva (EAD: del 37,5% al 32,5% | SMH: 37% a 26,1%). També es redueix la proporció de menors dels EAD que han fet ús del servei d'urgències passant del 49,4% al 37,7%, mentre en els del SMH es manté al voltant del 34%.

Evolució de la salut segons real·lotjament

No s'observen grans diferències en l'evolució de la salut dels individus segons si han estat o no real·lotjats (Taula 2 de l'Annex) a excepció de la sensació d'esgotament que ha tingut una millora més pronunciada en el cas dels no real·lotjats en un 22,2% dels casos vers el 7,9% entre aquells que sí han estat real·lotjats. No obstant, cal tenir en compte que alguns indicadors han evolucionat molt favorablement en ambdós col·lectius fet pel qual les diferències entre grups no són destacables. Per exemple, un 55,6% dels que no han estat real·lotjats i un 55,3% d'aquells que sí han estat real·lotjats han millorat la seva puntuació en l'escala de salut mental GHQ-12. De manera similar en el cas de l'ansietat o depressió referida en l'escala EuroQoL (39% i 43% respectivament).

En relació als infants, la principal diferència comparativa és la major proporció de menors que disminueixen l'ús dels serveis d'urgències entre els que han estat real·lotjats (36,4%) respecte dels que no (22,6%). També cal destacar la lleugerament major proporció d'infants real·lotjats que han millorat la seva salut mental (47,8%) front dels no real·lotjats (42,6%). En tot cas, la mostra és encara més petita (23 infants en famílies real·lotjades i 55 en no real·lotjades) no detectant-se cap significació estadística.

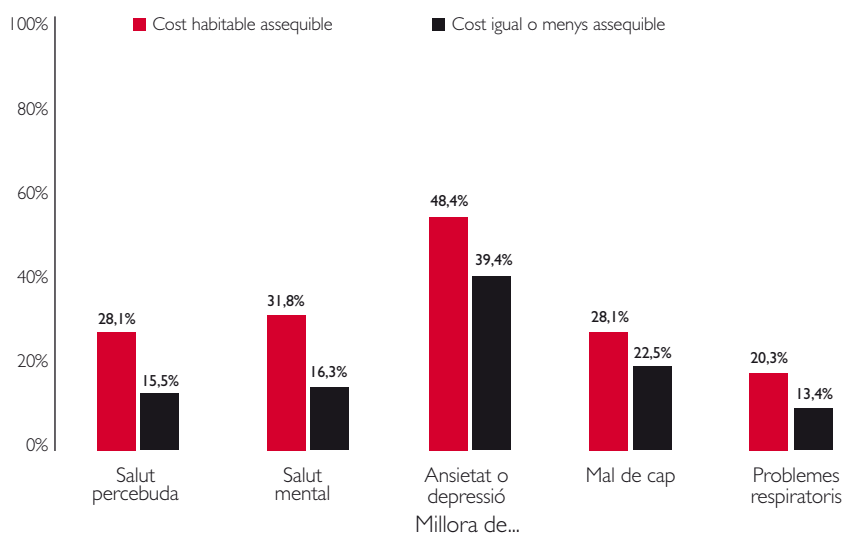
45 Relació entre els canvis en les condicions de vida i salut

En el capítol anterior hem vist com, tot i les millores en salut en els diferents grups, s'apreciaven poques diferències entre ells a l'hora de comparar-los. Això es deu probablement al fet que els usuaris que no s'han real·lotjat poden haver millorat la seva situació a partir d'altres ajudes de Càritas o a través d'altres organitzacions, serveis públics, o la consecució d'una feina.

16

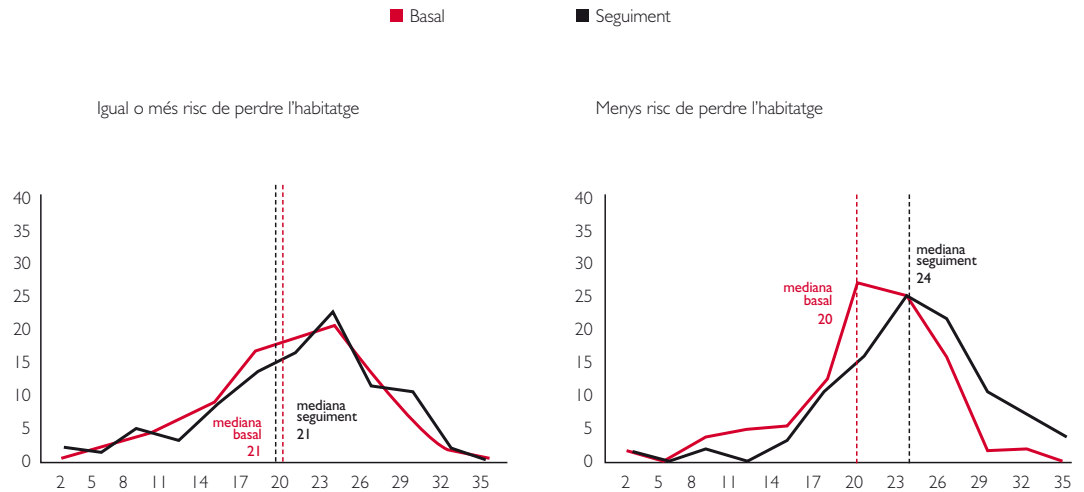
Precisament, durant l'any que ha passat entre una i altra onada de l'enquesta, hi ha un percentatge més elevat de llars participants que han accedit a ajudes de Càritas. S'ha incrementat el percentatge de llars que han rebut ajuda per a necessitats bàsiques (alimentació, deutes de lloguer i rebuts de subministraments, despeses escolars, medicació i tractaments mèdics, etc.). Però també ha crescut el percentatge de llars que han rebut suport específic pel manteniment o millora de l'habitatge o bé suport d'altres serveis de Càritas com assessoria d'estrangeria o atenció psicològica. També ha augmentat el percentatge de llars amb fills que han rebut serveis específics adreçats a la infància com el reforç educatiu o a les famílies, com el suport a la a la criança. Donada aquesta circumstància, s'han realitzat anàlisis d'associació bivariada per comprovar si les persones que havien millorat la seva situació en els indicadors socioeconòmics i d'habitatge havien vist el seu estat de salut millorat en major proporció que els usuaris que tenien una situació igual o pitjor en els mateixos indicadors de condicions de vida. Els resultats que es mostren en aquest apartat, doncs, es basen en la mostra total dels individus enquestats, independentment del grup del qual formaven part (232 casos).

Així doncs, tal i com es pot veure en el Gràfic 5, es veu una relació entre l'increment de l'accessibilitat econòmica de l'habitatge i la millora de la salut general de la persona entrevistada. Les persones que es troben en una situació millorada quant a assequibilitat de l'habitatge (relació cost/ingressos que ha baixat per sota del 50% o per sota del 30%) han experimentat amb més freqüència millores en salut que les que han quedat en una situació igual o pitjor:



Gràfic 5. Millora d'indicadors de salut segons canvi en l'assequibilitat de l'habitatge

Gràfic 6. Puntuació de salut mental (més alta indica millor salut) segons canvi en el risc de perdre l'habitatge



La Taula 3 de l'Annex mostra la relació entre totes les variables de millora d'habitatge i de salut. És amb la puntuació continuada de salut mental on s'han detectat més associacions significatives amb les millores socioeconòmiques i d'habitatge: per exemple, el 68% dels qui han millorat l'equipament de la llar han vist com la seva salut mental també millorava vers el 47,2% dels qui es troben en una situació igual o pitjor. Altres associacions significatives s'han trobat entre la millora de la salut mental i la millora en els ingressos a la llar i situació laboral, possibilitat de perdre l'habitatge, assequibilitat i habitabilitat, avaluació general del barri i percepció de violència al barri. Pel que fa a la salut general percebuda, la millora és més acusada en aquelles persones que han trobat feina, disminuït els problemes per fer front als costos de l'habitatge, i millorat l'assequibilitat de l'habitatge.

Els gràfics 6 i 7 mostren una altra aproximació, en la qual estudiem com la distribució de la puntuació de salut mental canvia entre l'enquesta basal i de seguiment, segons l'haver millorat o no una determinada situació socioeconòmica o d'habitatge. En el Gràfic 6 veiem com en el grup d'usuaris que tenen una situació igual o pitjor quant a la possibilitat de perdre l'habitatge, la salut mental es manté estable; i com, en les que han millorat la situació respecte d'aquest aspecte de l'habitatge, la distribució de les puntuacions ha millorat de manera important desplaçant-se cap a valors majors que són els que marquen un millor estat de salut mental.

Un segon exemple és el que fa referència als ingressos (Gràfic 7), ja que la distribució dels que no han millorat aquesta situació és pràcticament idèntica, mentre que els que han augmentat els ingressos passen de situar-se sobretot al voltant del 20 en el basal a rangs superiors (23-29) un any després.

Gràfic 7. Puntuació de salut mental segons canvi en els ingressos familiars







Conclusions

Tot i que el temps que va passar entre les entrevistes basals i les de seguiment va ser molt curt, l'estudi permet demostrar els beneficis per a la salut a conseqüència de les millores econòmiques i en l'habitatge, de manera que les intervencions de Càritas que aconsegueixen incidir sobre aquests aspectes poden redundar en impactes en el benestar psicològic i la salut física de les persones.

Evolució de les condicions de vida i salut de les persones entrevistades de CDB

La situació laboral i econòmica de les persones entrevistades de nou l'any 2013 continuava sent dolenta, sense experimentar canvis sensibles, per bé que les condicions d'habitatge tendien a millorar en general. Diversos indicadors de salut milloraven de manera significativa en el conjunt de les persones entrevistades com ara l'autodeclaració d'ansietat o depressió, de mals de cap i d'esquena entre les persones adultes, i la salut mental entre els infants.

Diferències segons reallojament

Les persones entrevistades que CDB va reallojar entre l'estudi basal i el de seguiment, van experimentar millores substancials en les seves condicions d'habitatge. També van millorar en diferents indicadors de salut, encara que ho van fer de la mateixa manera les persones no reallojades, que van seguir percebent altres ajuts, i algunes de les quals també van experimentar millores econòmiques i d'habitatge.

Efectes en salut dels canvis en les condicions de vida i habitatge

Diversos indicadors de salut, principalment de salut mental, van millorar més en les persones ateses per CDB que van veure alleujada la seva situació socioeconòmica precària (gràcies a les ajudes econòmiques) i van millorar les seves condicions d'habitatge (per exemple amb un reallojament, arranjament o ajuda al lloguer) que en les que no ho van fer. La percepció de salut general ha millorat en aquelles persones que havien trobat feina o tenien menys problemes per fer front als costos de l'habitatge.

Implicacions i recomanacions

Aquests resultats confirmen el mal estat de salut general que pateixen les persones que viuen en situacions precàries d'habitatge, mostrant alhora que en aquesta població, **una millora de la situació econòmica o en l'accés a habitatges assequibles i adequats pot derivar en millores de la salut.**

Així doncs, amb aquestes dades, es mostra que les intervencions i les polítiques que aconsegueixen incidir sobre aquests aspectes poden redundar en impactes en el benestar psicològic i la salut física de col·lectius vulnerables.

De cara a la millora de les condicions de vida de les persones que estan en risc d'exclusió social o de pobresa, des de CDB insistim en la necessitat de garantir-los uns **ingressos mínims**. És imprescindible assegurar l'autonomia i la seguretat i l'estabilitat econòmica, alimentària, així com l'estabilitat en l'habitatge, d'aquestes persones, especialment a les llars on hi ha infants.

Per millorar la situació residencial, des de CDB veiem com cal **augmentar el parc d'habitatges de lloguer social**, així com les ajudes al lloguer quan es paga a preu de mercat, realitzar esforços perquè el mercat de lloguer privat sigui més assequible i tingui millors condicions d'habitabilitat, i establir una **moratòria en els desnonaments**, acompanyada de processos de quitança que actualitzin els preus de l'habitatge per als compradors que no poden assolir el pagament de les quotes.

També és necessari **reforçar la xarxa d'atenció en salut mental, especialment la infantil i juvenil**, per reduir les llistes d'espera i augmentar la freqüència de visites. Les situacions de pobresa i exclusió social no són únicament monetàries, sinó que, tal i com els dos estudis de CDB emmarcats en el projecte Sophie demostren, tenen un impacte directe en la salut mental de les persones. Sortir d'aquestes situacions no és pas exclusivament un fet econòmic, sinó que és necessari reconstruir la xarxa social perduda o la salut mental deteriorada.

Per últim, cal pensar que totes les mesures s'han d'adreçar a establir condicions de seguretat i estabilitat a la vida de les persones que pateixen situacions de pobresa i exclusió social. Aquestes persones estan instal·lades en la vida precària, amb feines que no arriben per pagar les despeses habituals de la llar, i que tampoc no permeten desenvolupar una vida estable. Sense aquests tipus d'intervencions, aquestes persones estan condemnades a la lluita diària per la supervivència, tancades en cercles que els requereixen tots els seus esforços per cobrir les seves necessitats bàsiques, sense esperança de tenir projecte de futur i amb cap garantia de realitzar el present.



Taula I. Característiques de les persones entrevistades i evolució de les variables socioeconòmiques, d'habitatge i salut.

Característiques sociodemogràfiques de les persones entrevistades

	EAD (N=140)				SMH (N=92)			
	BASAL		SEGUIMENT		BASAL		SEGUIMENT	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe								
Home	32	22,9	32	22,9	42	45,7	42	45,7
Dona	108	77,1	108	77,1	50	54,3	50	54,3
Edat								
16 -29	35	25	27	19,3	3	3,3	3	3,3
30 - 44	84	60	88	62,9	48	52,2	46	50,0
45 +	21	15	25	17,9	41	44,6	43	46,7
Nivell d'estudis								
Estudis primaris o menys	44	31,4	44	31,4	30	32,6	30	32,6
Estudis Secundaris	75	53,6	75	53,6	49	53,3	49	53,3
Estudis superiors	21	15	21	15,0	13	14,1	13	14,1
Classe social								
Classe I-III	9	7,0	9	7,0	12	13,2	12	13,2
Classe IV	69	53,5	69	53,5	55	60,4	55	60,4
Classe V	51	39,5	51	39,5	24	26,4	24	26,4
Sense informació	11		11		1		1	

	EAD (N=140)					SMH (N=92)				
	BASAL		SEGUIMENT			BASAL		SEGUIMENT		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Ingressos familiars					NS					**
Sense ingressos	13	9,4	10	7,3		9	10,2	6	6,8	
< 300€ mensuals	16	11,6	14	10,1		0	0	8	9,1	
301 - 600	54	39,1	52	37,7		18	20,5	29	33,0	
601 - 900	34	24,6	39	28,3		34	38,6	24	27,3	
901 - 1.200	13	9,4	12	8,7		17	19,3	11	12,5	
1.201 - 1.500	4	2,9	4	2,9		5	5,7	5	5,7	
1.501 - 1.800	3	2,2	6	4,4		1	1,1	2	2,3	
1.801 - 3.000	1	0,7	1	0,7		4	4,6	2	2,3	
3.001 - 6.000	0	0	0	0,0		0	0,0	1	1,1	
Sense informació	2		2			4		4		
Nascudes a l'estranger	128	94,8	128	94,8		52	57,8	52	57,8	
Sense informació	5		5			2		2		
Situació legal					***					NS
Espanyola o comunitària	12	9,5	14	11,0		18	34,6	19	36,5	
Immigrada amb autorització	54	42,5	69	54,3		33	63,5	33	63,5	
Immigrada sense autorització	61	48,0	44	34,7		1	1,9	0	0,0	
Sense informació	13		13			40		40		
Situació laboral					NS					NS
Treballa	66	47,8	68	49,3		30	32,6	32	34,8	
Aturada amb/sense prestació	64	46,4	55	39,9		55	59,8	53	57,6	
Altra situació	8	5,8	15	10,9		7	7,6	7	7,6	
Sense informació	2		2			0		0		
Recolzament social inadequat	90	66,67	95	70,4	NS	61	69,3	58	65,9	NS
Sense informació	5		5			4		4		

Característiques de l'habitatge

	EAD (N=140)				***	SMH (N=92)				***
	BASAL		SEGUIMENT			BASAL		SEGUIMENT		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tipus d'habitatge										
De lloguer	60	42,86	51	36,4		40	43,5	34	37,0	
De propietat	2	1,429	5	3,6		37	40,2	26	28,3	
Habitació de relloguer	57	40,71	22	15,7		5	5,43	7	7,6	
Altra situació	21	15	62	44,3		10	10,9	25	27,2	
Problemes per fer front als costos mensuals de l'habitatge					NS					NS
Ni d'acord ni en desacord o menys	23	17,29	27	20,3		11	12,2	10	11,1	
D'acord	41	30,83	35	26,3		23	25,6	14	15,6	
Molt d'acord	69	51,88	71	53,4		56	62,2	66	73,3	
Sense informació	7		7			2		2		
Assequibilitat de l'habitatge					**					NS
<=30% ingressos	15	11,9	27	21,4		7	8,8	12	15,0	
>30% - <50% ingressos	49	38,9	55	43,7		30	37,5	29	36,3	
>50% ingressos	62	49,2	44	34,9		43	53,8	39	48,8	
Sense informació	14		14			12		12		
Preocupació per no poder menjar	105	75,5	88	63,3	**	72	78,3	65	70,7	NS
Sense informació	1		1			0		0		
Ha viscut alguna vegada en alberg, barraca, cotxe, carrer	25	17,86	30	21,4	NS	20	21,7	25	27,2	NS
Satisfacció amb l'habitatge¹⁰					NS					NS
Tercil inferior	44	31,4	36	25,7		25	27,2	23	25,0	
Tercil mitjà	37	26,4	46	32,9		28	30,4	31	33,7	
Tercil alt	59	42,1	58	41,4		39	42,4	38	41,3	

¹⁰ Combinació de sis ítems que recullen el grau de satisfacció (1=molt insatisfet/a a 5=molt satisfet/a) amb diferents aspectes de l'habitatge (en global, espai, vistes, aprovació per altres persones, sensació de seguretat, representa la seva personalitat i valors).

Condicions de salut

	EAD (N=140)					SMH (N=92)				
	BASAL		SEGUIMENT			BASAL		SEGUIMENT		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Salut percebuda regular o dolenta	65	46,4	65	46,4	NS	49	53,3	53	57,6	NS
Salut mental dolenta ¹⁴	89	63,6	79	56,4	NS	67	72,8	60	65,2	NS
Salut mental (puntuació total 1-36)					***					NS
Mediana	21		23			20		20		
EuroQol-5D ¹⁵					***					***
Mediana	0,83		0,8771			0,54		0,83		
EuroQol: dolor o malestar					NS					NS
No té	63	45	65	46,4		28	32,2	28	32,2	
Moderat	59	42,14	64	45,7		39	44,8	46	52,9	
Molt	18	12,86	11	7,9		25	28,7	18	20,7	
Sense informació	0		0			0		0		
EuroQol: ansietat o depressió					***					***
No en té	41	29,71	71	51,4		18	19,8	28	30,8	
Moderada	62	44,93	54	39,1		35	38,5	46	50,5	
Molta	37	26,81	15	10,9		39	42,9	18	19,8	
6 o menys hores de son en dia laborable	75	54	55	39,6	***	56	61,5	55	60,4	NS
Esgotament (sovint o més)	57	40,7	46	32,9	NS	54	59,3	46	50,6	NS
Migranya o mal de cap freqüent	75	53,6	53	37,9	***	52	56,5	35	38,0	***
Mal d'esquena cervical, dorsal o lumbar freqüent	91	65	79	56,4	*	67	73,6	54	59,3	***
Problemes respiratoris (índex) ¹⁶	64	46	61	43,9	NS	55	59,8	49	53,3	NS
Ha usat el servei d'urgències	59	42,1	68	48,6	NS	43	46,7	45	48,9	NS

¹⁴ Mesurada amb l'escala de cribatge d'ansietat o depressió General Health Questionnaire de 12 ítems. Es considera com a salut mental dolenta la presència de 3 o més símptomes "més que habitualment".

¹⁵ Escala de qualitat de vida relacionada amb la salut basada en 5 ítems (problemes de mobilitat, cura personal, activitats habituals, dolor/malestar; ansietat/depressió). Les combinacions de resposta es recodifiquen en un total de 0 a 1 segons el manual de l'escala.

¹⁶ Xiulets o atac d'asma alguna vegada o més o ulls plorosos o esternuts, nas tapat o mocs sense estar refredat sovint o més.

Infants

	EAD (N=80)				SMH (N=46)					
	BASAL		SEGUIMENT		BASAL		SEGUIMENT			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexe										
Nen	41	51,3	41	51,3	24	52,2	24	52,2		
Nena	39	48,8	39	48,8	22	47,8	22	47,8		
Edat										
3 -5	32	40,0	23	28,8	9	19,6	7			
6 - 10	29	36,3	34	42,5	27	58,7	24			
11 - 15	19	23,8	23	28,8	10	21,7	15			
Salut mental¹⁷										
Normal	29	36,7	54	68,4	27	58,7	38	82,6		
Límit	8	10,1	9	11,4	3	6,5	2	4,4		
Anormal	42	53,2	16	20,3	16	34,8	6	13,0		
Otitis de repetició (darrer any)	20	25,0	12	15,0	*	9	19,6	5	10,9	NS
Problemes respiratoris (index)¹⁸	30	37,5	26	32,5	NS	17	37,0	12	26,1	NS
Sense informació	0		0			0		0		

25

NS; * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01

Proves utilitzades:

Exact McNemar (taules 2*2)

Marginal homogeneity (Stuart-Maxwell) (taules k*k)

Wilcoxon signed-rank (comparació de mitjanes no paramètriques)

t test (comparació de mitjanes)

¹⁷ Mesurada a partir de l'escala global de dificultats del qüestionari SDQ, que inclou quatre escales que mesuren símptomes emocionals, problemes de conducta, hiperactivitat i problemes amb els companys.

¹⁸ Xiulets o atac d'asma alguna vegada o més o ulls plorosos o esternuts, nas tapat o mocs sense estar refredat sovint o més.

Taula 2. Millora d'indicadors socioeconòmics, d'habitatge i salut segons reallotjament en persones ateses pels Equips d'Atenció Directa.

	Millores en...				
	No reallotjades (99)		Reallotjades (38)		P
	N	%	N	%	
Característiques sociodemogràfiques					
Situació legal	15	16,3	4	12,5	NS
Situació laboral ¹⁹	13	13,4	3	7,9	NS
Ingressos	34	35,1	8	21,1	NS
Recolzament social global	12	12,8	7	18,4	NS
Característiques de l'habitatge					
Tipus d'habitatge ²⁰	29	29,3	13	34,2	NS
Problemes per fer front als costos mensuals	17	17,7	14	41,2	***
Assequibilitat de l'habitatge	26	28,6	20	62,5	***
Preocupació per no poder menjar	18	18,4	10	26,3	NS
Satisfacció amb l'habitatge	22	22,2	15	39,5	**
Percepció de que es pot perdre l'habitatge	23	24,0	14	36,8	NS
Nombre de problemes d'habitabilitat ²¹	33	37,9	23	63,9	***
Amuntegament (>1 persona per habitació)	18	18,6	14	36,8	**
Nombre de privacions materials ²¹	24	25	11	29,7	NS
Característiques del barri					
Problemes per dormir pel soroll exterior	20	20,4	15	39,5	**
Avaluació del barri com a lloc per viure	20	20,2	12	31,6	NS
La violència no és un problema al barri	27	27,3	11	29,0	NS
Percepció de seguretat tornant a casa de nit	23	23,7	7	18,4	NS

¹⁹ Passar d'estar a l'atur o en altra situació a tenir una feina.

²⁰ Passar de viure en una habitació, alberg, acollits per familiars, al carrer... a viure en un pis (sigui de lloguer, propietat o protegit).

²¹ Reducció en el nombre de problemes.

	Millors en...					P
	No reallotjades (99)		Reallotjades (38)		P	
	N	%	N	%		
Salut						
Salut percebuda	18	18,2	7	18,4	NS	
Salut mental (bona/dolenta)	24	24,2	8	21,1	NS	
Salut mental (puntuació total)	55	55,6	21	55,3	NS	
Dolor o malestar	25	25,3	6	14,6	NS	
Ansietat o depressió	43	43,4	16	39,0	NS	
Hores de son en dia laborable	22	22,4	9	23,7	NS	
Esgotament	22	22,2	3	7,9	*	27
Migranya o mal de cap freqüent	24	24,2	7	18,4	NS	
Mal d'esquena cervical, dorsal o lumbar	15	15,2	6	15,8	NS	
Problemes respiratoris (índex)	13	13,3	7	18,4	NS	
Ús del servei d'urgències	16	16,2	4	10,5	NS	

	No reallotjades (55)		Reallotjades (23)		P
	N	%	N	%	
	Salut de menors				
Salut mental (escala de dificultats)	23	42,6	11	47,8	NS
Otitis de repetició (darrer any)	8	14,6	4	17,4	NS
Problemes respiratoris (índex)	9	18,0	4	18,2	NS
Ús del servei d'urgències	12	22,6	8	36,4	NS

Una "millora" es defineix com a canvi cap a una categoria de resposta més favorable entre les mostrades en la taula anterior (siguin 2, 3 o més), tret de que no s'especifiqui altrament en una nota a peu de pàgina.

NS: no significatiu ; * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Proves de significació de les taules: Khi-quadrat o Fisher (en aquelles taules amb més d'un 25% de caselles amb una freqüència esperada inferior 5 casos)

²² Passar de dolenta a regular o més, o de regular a bona o més.

²³ Millora en la puntuació total.

Taula 3. Associació entre la millora en situació socioeconòmica i d'habitatge i la millora en salut.

Característiques sociodemogràfiques

% en files	Millores en...									
	Salut percebuda		Salut mental (de dolenta a bona)		Salut mental (puntuació total)		Dolor o malestar		Ansietat o depressió	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Situació legal		*		*						
Millor	1	4,2	2	9,1	10	45,5	4	16,7	10	41,7
Iguall / pitjor	31	19,1	41	26,5	92	59,4	35	22,6	64	41,3
Situació laboral		*				*				
Millor	9	30	9	30	20	66,7	6	20,0		
Iguall / pitjor	33	16,5	39	19,7	99	50	43	21,5		
Ingressos				***		***				
Millor	11	19,3	21	36,8	39	68,4	12	21,1	25	43,9
Iguall / pitjor	30	17,8	24	14,4	79	47,3	35	20,7	69	40,8
Preocupació per no poder menjar										
Millor	9	19,6	13	28,9	27	60,0	13	28,3	22	47,8
Iguall / pitjor	34	18,4	35	19,0	93	50,5	37	20,0	75	40,5
Recolzament social global										
Millor	9	25,7	7	20,0	17	48,6	5	14,3	18	51,43
Iguall / pitjor	34	18,1	39	21,0	97	52,2	43	22,9	75	39,89

Millores en...									
Hores de son		Migranya o mal de cap		Problemes respiratoris		Salut mental (menors)		Ús urgències (menors)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4	16,7	4	16,7	5	20,8	6	40	6	40
32	20,9	38	24,5	23	14,9	31	36,1	19	22,9
3	10,7	9	30	6	20	6	28,6	8	38,1
38	19	46	23	30	15,1	40	38,8	21	21,0
	*								
15	26,8	12	21,1	9	15,8	10	33,3	8	26,7
27	16,0	43	25,4	26	15,4	34	37,0	20	22,5
	*								
13	28,3	12	26,1	10	21,7	9	40,9	3	13,6
29	15,8	43	23,2	27	14,6	37	35,9	26	26,0
5	14,7	10	28,6	6	17,1	5	31,3	6	37,5
36	19,3	43	22,9	30	16,0	40	38,8	21	21,2

Taula 3. Associació entre la millora en situació socioeconòmica i d'habitatge i la millora en salut.

Característiques de l'habitatge

% en files	Millores en...									
	Salut percebuda		Salut mental (de dolenta a bona)		Salut mental (puntuació total)		Dolor o malestar		Ansietat o depressió	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipus d'habitatge										
Millor	11	23,91	113	28,3	26	56,5	13	28,3	23	50
Iguall / pitjor	32	17,2	36	19,6	95	51,6	37	19,9	74	39,78
Problemes per fer front als costos de l'habitatge		**		**						
Millor	14	29,8	15	33,3	28	62,2	11	23,4	24	51,1
Iguall / pitjor	28	15,9	32	18,2	89	50,6	37	21,0	69	39,2
Assequibilitat de l'habitatge		**		**		*				
Millor	18	28,1	20	31,8	40	63,5	12	18,8	31	48,4
Iguall / pitjor	22	15,5	23	16,3	72	51,1	31	21,8	56	39,4
Satisfacció amb l'habitatge						*				
Millor	13	22,4	16	28,6	35	62,5	15	25,9	27	46,6
Iguall / pitjor	30	17,2	33	19,0	86	49,4	35	20,1	70	40,2
Risc de perdre l'habitatge				*						
Millor	12	21,1	17	30,4	34	60,7	9	15,8	22	38,6
Iguall / pitjor	29	17,2	31	18,5	84	50,0	39	23,1	73	43,2
Problemes d'habitabilitat						**				**
Millor	15	16,5	24	26,4	58	63,7	15	16,5	46	50,6
Iguall / pitjor	23	19,0	23	19,2	55	45,8	31	25,6	44	36,4
Amuntegament				*						
Millor	7	18,4	12	31,6	24	63,2	9	23,7	20	52,6
Iguall / pitjor	36	18,8	36	19,0	95	50,0	41	21,4	77	40,1
Nombre de privacions				**		***				**
Millor	9	18	16	32,7	34	69,4	10	20	28	56
Iguall / pitjor	33	18,5	31	17,5	85	48,0	40	22,5	67	37,6

		Milliores en...									
Hores de son		Migranya o mal de cap		Problemes respiratoris		Salut mental (menors)		Ús urgències (menors)			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	**										
14	30,43	13	28,26	10	21,74	10	50	6	30		
28	15,22	42	22,58	27	14,59	36	34,3	23	22,55		
	**										
14	29,8	14	29,8	10	21,3	10	38,5	7	28,0		
26	14,9	39	22,2	26	14,8	34	36,2	19	20,7		
15	23,8	18	28,1	13	20,3	14	37,8	8	21,6		
24	16,9	32	22,5	19	13,4	26	34,7	16	22,2		
13	22,4	11	19,0	7	12,1	12	38,7	9	31,0		
29	16,9	44	25,3	30	17,3	34	36,2	20	21,5		
14	24,6	11	19,3	12	21,1	15	40,5	11	30,6		
27	16,2	43	25,4	24	14,2	31	35,6	18	21,2		
21	23,1	21	23,1	13	14,4	19	38,8	11	22,4		
18	15,1	27	22,3	17	14,0	24	35,8	15	23,4		
	**										
12	32,4	8	21,1	9	23,7	7	36,8	6	31,6		
30	15,7	46	24,0	28	14,6	39	37,1	23	22,3		
	*						*				
14	28	13	26	7	14	7	25,9	8	29,63		
28	15,9	41	23,0	28	15,7	39	41,1	19	20,7		

Taula 3. Associació entre la millora en situació socioeconòmica i d'habitatge i la millora en salut.

Característiques del barri

% en files	Milliores en...									
	Salut percebuda		Salut mental (de dolenta a bona)		Salut mental (puntuació total)		Dolor o malestar		Ansietat o depressió	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Problemes per dormir pel soroll exterior										**
Millor	11	15,5	17	23,9	40	56,3	12	16,9	37	52,1
Iguall / pitjor	32	20	32	20,3	81	51,3	38	23,8	59	36,9
Avaluació del barri com a lloc per viure						*				
Millor	11	25,6	8	19,5	27	65,9	11	25,6	20	46,5
Iguall / pitjor	32	16,9	41	21,7	94	49,7	39	20,6	77	40,7
La violència no és un problema al barri						**				
Millor	14	22,6	15	24,2	41	66,1	11	17,7	29	46,77
Iguall / pitjor	29	17,2	34	20,4	80	47,9	39	23,1	68	40,2
Percepció de seguretat tornant a casa de nit				*						
Millor	9	18,4	15	31,3	27	56,3	11	22,5	21	42,9
Iguall / pitjor	33	18,3	34	19,0	93	52,0	38	21,1	73	40,6

32

Una "millora" es defineix com a canvi cap a una categoria de resposta més favorable (veure Taula 2 per més detall).

NS: no significatiu ; * p<0,1 ; ** p<0,05 ; *** p<0,01

Proves de significació de les taules: Khi-quadrat o Fisher (en aquelles taules amb més d'un 25% de caselles amb una freqüència esperada inferior 5 casos)

Millors en...

Hores de son		Migranya o mal de cap		Problemes respiratoris		Salut mental (menors)		Ús urgències (menors)	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14	19,7	14	19,7	12	16,9	19	45,2	10	23,3
28	17,7	40	25	25	15,7	27	32,9	19	24,36
10	23,3	8	18,6	5	11,6	10	47,6	8	42,1
32	17,1	47	24,9	32	17,0	36	34,6	21	20,4
13	21,7	13	21,0	12	19,4	14	42,4	8	25,8
29	17,2	42	24,85	24	14,3	32	35,2	21	23,3
12	25	10	20,4	7	14,6	7	28	5	22,7
30	16,8	44	24,4	30	16,7	38	38,8	24	24,5



Un NO per a ningú.

Càritas Diocesana de Barcelona

Pl. Nova, 1

08002 Barcelona

Tel. 933 013 550

Fax 933 013 961

infocaritas@caritasbcn.org

www.caritasbcn.org

www.facebook.com/caritasbarcelona

www.twitter.com/caritasbcn