



VIVIENDA Y SALUD

[MARCO CONCEPTUAL]

VIVIENDA Y SALUD: MARCO CONCEPTUAL

Existe una relación directa entre la vivienda, la salud y las oportunidades socioeconómicas de las personas que residen en ella. Esto es demostrado por un creciente volumen de evidencia científica en los últimos años, y reconocido por organizaciones como la OMS o Eurofound ([Nicol et al., 2015](#)). Y es que la vivienda afecta a nuestra salud en una miríada de formas, muchas de ellas relativamente menores, pero que en conjunto forman uno de los determinantes sociales clave sobre la salud ([Shaw, 2004](#)).

La OMS ([2011](#)) estima que condiciones inadecuadas de la vivienda causan más de 100 000 muertes y morbilidades significativas al año en Europa. El 15% de la población europea vive en una vivienda con goteras en cubierta, humedades en paredes, suelos o cimentación, y/o deterioro en carpinterías, suelos u elementos estructurales. El 20% dice no disponer de una vivienda que proteja del calor excesivo en verano, y el 13% de una vivienda que proporcione calor suficiente en invierno.

La actual crisis por la pandemia de la COVID-19 ha demostrado en mayor medida, si cabe, la importancia de unas condiciones saludables de la vivienda y su entorno inmediato. Si ya pasábamos en torno al 70% de nuestro tiempo en el hogar ([Baker et al., 2007](#)), la previsión es que este porcentaje aumente con la implantación cada vez mayor del teletrabajo y la educación a distancia, generando nuevos requisitos a la vivienda en cuanto a flexibilidad y espacios polivalentes capaces de cubrir las necesidades de todos sus residentes. A esto se unen los retos actuales de envejecimiento de la población y cambio climático, haciendo imperiosa la necesidad de procurar una vivienda asequible, accesible y confortable, en la que pasar cada vez mayor proporción de nuestro tiempo, y capaz de proteger ante el frío, el calor, y eventos meteorológicos extremos.

Vivienda, salud y desigualdad

La experiencia de un largo y estricto confinamiento durante esta crisis también ha puesto de manifiesto importantes deficiencias en el parque de viviendas español, así como las graves desigualdades que existen, y que sin duda se traducirán en mayores cargas sobre la salud física y mental de aquellos grupos sociales más desfavorecidos. Serán éstos quienes, al pasar más tiempo en su vivienda, asuman también mayores riesgos para su salud.

España tiene la mayor proporción de pisos en su parque de viviendas de toda Europa ([Eurofound, 2016](#)), natural suficiente. No sorprende, pues, que en España el principal problema en la vivienda detectado en la encuesta europea sobre calidad de vida (EQLS) sea la falta de acceso a espacios abiertos o exteriores.

Alcanzar la salud y el bienestar de todos (como proclama el ODS 3) es condición necesaria para un desarrollo sostenible. Invertir en la rehabilitación y mejora del parque de viviendas existente tiene, además, sentido desde el punto de vista económico. Modelos predicen que, en Europa, por cada 3€ invertidos en mejoras en la vivienda, 2€ se recuperarán en ahorro de servicios sanitarios y otros servicios públicos en un año ([Eurofound, 2016](#)). Para España, este modelo predice una amortización incluso más rápida.

Vemos, pues, que las condiciones y exposición a riesgos específicos de la vivienda sobre la salud no son solo prioridades de cara a la salud pública; también son prioridades de cara a la equidad en materia de salud y a la justicia ambiental, pues tienen un profundo impacto sobre la vida diaria de las personas ([OMS Oficina Regional para Europa, 2019](#)). Por ello, serán las medidas multifacéticas y con el amplio objetivo de implicar a los residentes y mejorar su calidad de vida, las que tengan más probabilidades de éxito.

Las cuatro dimensiones de la vivienda

La Organización Mundial de la Salud ([Bonney, 2007](#)), reconoce cuatro dimensiones interrelacionadas en torno a la vivienda (Fig.1):

- el **hogar**: donde se crea la estructura social, cultural y económica
- la **vivienda física**: con su estructura, espacios, elementos y materiales
- el **entorno físico** inmediato a la vivienda: espacios comunes, edificio, bloque, manzana y barrio
- la **comunidad**: entorno social, población y servicios del barrio

Cada uno de estos elementos tiene el potencial de afectar directa o indirectamente a la salud física, social y mental de las personas, mientras que dos o más de ellos pueden tener un efecto todavía mayor al combinarse.

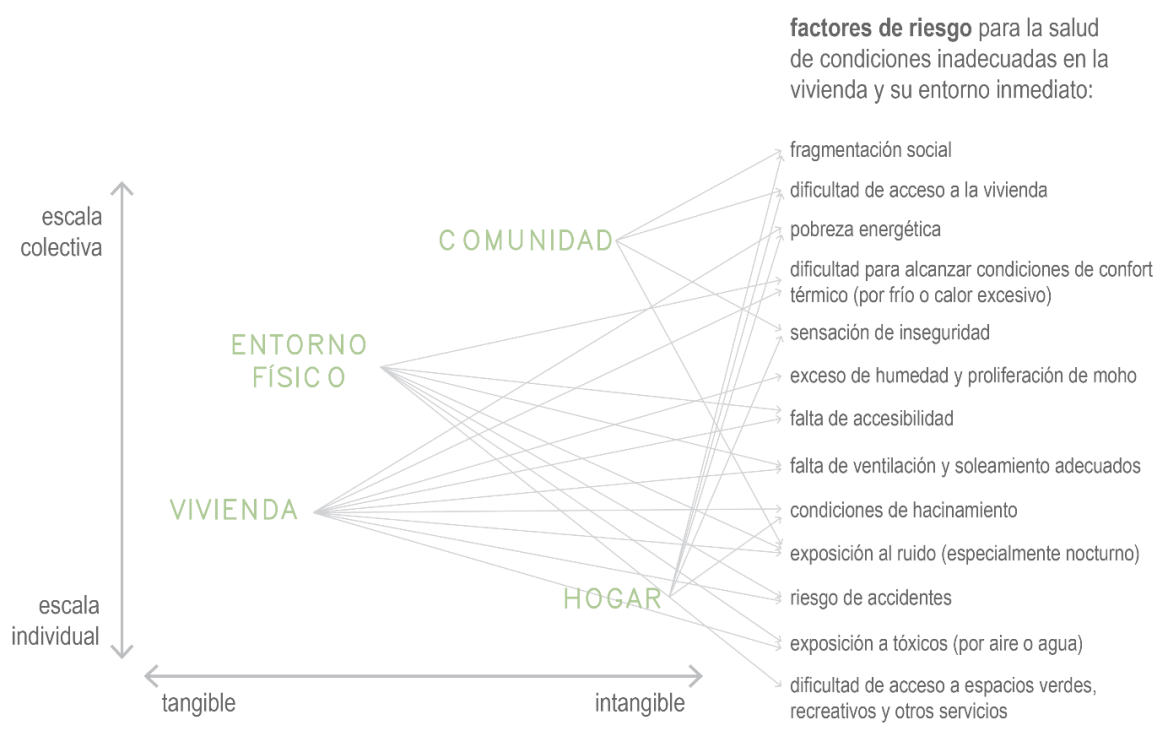


Figura 1: Esquema de las cuatro dimensiones de la vivienda (OMS) en función de su escala y tangibilidad. Relación de una serie de factores de riesgo con cada dimensión de la vivienda.

Y es que existen numerosos factores de riesgo para la salud de condiciones inadecuadas en la vivienda y su entorno inmediato. Analizar los efectos de un solo factor es sin duda una subestimación de la verdadera extensión de estas relaciones ([Thomson, Petticrew & Morrison, 2001](#)), pues es habitual que muchas viviendas conjuguen más de uno (como viviendas energéticamente ineficientes y bajas temperaturas interiores), en ocasiones produciendo un efecto sinérgico que aumenta el riesgo total (como en el caso de presencia de humo de tabaco y radón en la incidencia de cáncer de pulmón) ([OMS, 2018](#)). Encontramos, además, factores de riesgo que desembocan en otros factores de riesgo; por ejemplo, un hogar con bajos ingresos que sufra pobreza energética tendrá más riesgo de padecer frío en la vivienda por falta de calefacción, lo cual puede favorecer condiciones de humedad y crecimiento de moho, asociado a su vez a enfermedades respiratorias y alergias, entre otras afecciones.

Sobre el estado de la evidencia en ‘vivienda y salud’

Existen dificultades metodológicas importantes a la hora de estudiar los efectos de la vivienda sobre la salud. El enfoque experimental de la investigación en vivienda ha sido criticado por ser reduccionista e ignorar la naturaleza multifactorial de la causalidad en vivienda, pobreza y salud. Autores (e.g. [Thomson, Petticrew & Morrison, 2001](#)) apuntan a la falta de estudios que, con un enfoque más holístico, combinen métodos cuantitativos y cualitativos, atendiendo al amplio espectro de posibles influencias y mecanismos.

La literatura en torno a vivienda y salud es muy abundante y se encuentra muy dispersa. La mayor parte de estudios manejan poblaciones pequeñas y demasiados factores que confunden la causalidad, haciéndolos poco generalizables. Existe, además, una gran variabilidad metodológica, que dificulta la comparación entre estudios ([Shaw, 2004](#)). No obstante, la Organización Mundial de la Salud, en un esfuerzo por sintetizar gran parte de la evidencia científica existente en un documento, así como traducirlo a una serie de recomendaciones de intervención en la vivienda, publica en 2018 [WHO Housing and Health Guidelines](#). Este documento realiza una serie de revisiones de la evidencia, también reuniendo y actualizando información contenida en otras guías y revisiones de la OMS, tanto globales como de oficinas regionales; entre ellas, el documento de 2011 de la Oficina Regional para Europa titulado [Environmental burden of disease associated with inadequate housing](#).

El documento de 2018 lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura en torno a cinco determinantes: hacinamiento; frío y aislamiento; calor en interiores; seguridad y traumatismos; y accesibilidad. Revisa y recoge, asimismo, información relativa a otros determinantes (agua, componentes tóxicos, ruido...) contenida en documentos de referencia de la OMS publicados con anterioridad. Junto a los ya mencionados, otras revisiones recientes incluyen otros determinantes, de carácter transversal y asociados principalmente a las dimensiones psicosociales de la vivienda y su entorno inmediato: vulnerabilidad y acceso a la vivienda, y hogar, comunidad y entorno (Fig.2).

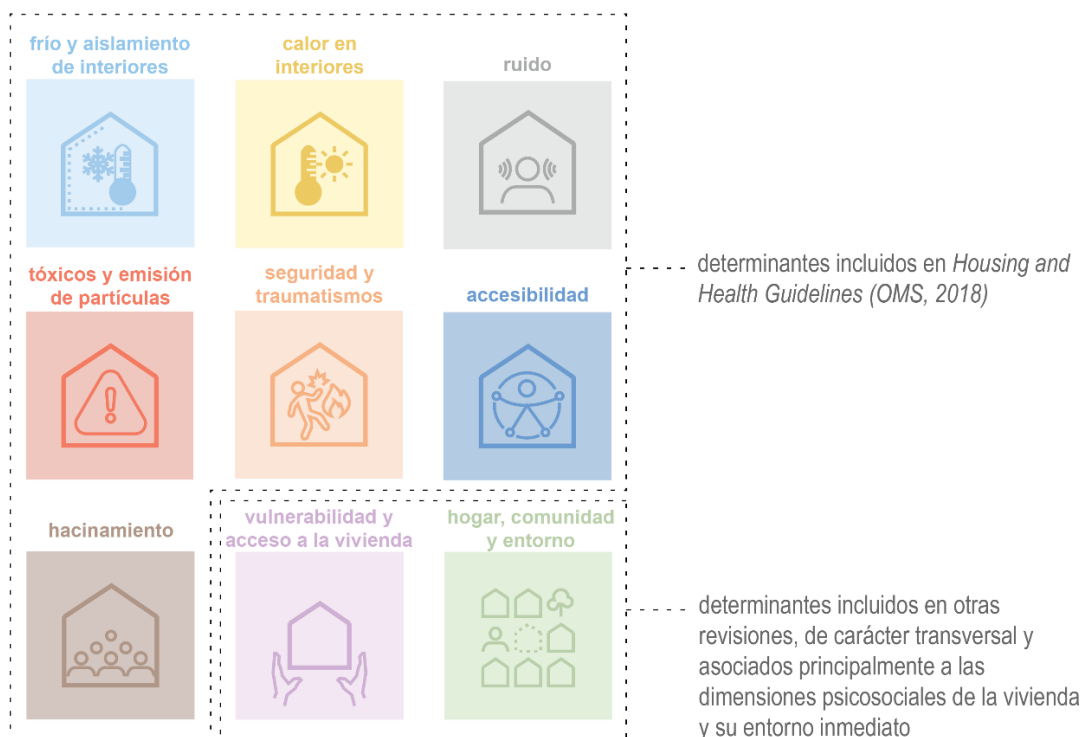


Figura 2: Mapa de los principales determinantes de la salud en la vivienda.