BUTLLETÍ de l'Atenció Primària de Catalunya

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

ARTICLE DE REVISIÓ

Open Acces

creative commons

HABITATGE I SALUT: REVISIÓ DE L'EVIDÈNCIA I IMPLICACIONS PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Antoni Sisó-Almirall[1], Josep Basora Gallisà[2], Mònica Solanes Cabús[3], Laia Gené Huguet[4], Núria Casado Pradas[5], Esther Limón Ramírez[6], Laura Conangla Ferrín[7], Xavier Bayona Huguet[8], Pau Vilurbina Pérez[9], Clara Ricart Planas[10], Jordi Mestres Lucero[11], Daniel Martínez Laguna[12], Yolanda Ortega Vila[13], Jordi Acezat Oliva[14], Eugeni J Paredes Costa[15], Betlem Salvador González[16], Juan José Montero Alia[17], Josep Montserrat Capdevila[18], Joan Deniel Rosanas[19], Mireia García-Villarrubia Muñoz[20], Anna Mª Rodríguez Ferré[21], Montserrat Castellet Sala[22] i Xavier Cantero Gómez[23]

[1] President de la CAMFiC. Director de Recerca, CAPSBE

[2] Director IDIAP Jordi Gol i Gurina. Institut Català de la Salut

[3] CAP Onze de Setembre, Lleida. Institut Català de la Salut

[4] EAP Les Borges del Camp, Tarragona. Institut Català de la Salut

[5] EAP Nova Lloreda, Badalona – 8

[6] CAP Ronda Prim, Mataró-7. Institut Català de la Salut

[7] CAP Vallcarca – Sant Gervasi. Barcelona

[8] Unitat Docent Badalona Serveis Assistencials

[9] CAP Ernest Lluch, CAPSBE. Barcelona

[10] EAP Jaume Soler. Cornellà del Llobregat. Institut Català de la Salut

[11] EAP Sanllehy. Barcelona. Institut Català de la Salut

[12] CAP Sant Martí de Provençals. Institut Català de la Salut

[13] CAP Salou, Tarragona. Institut Català de la Salut

[14] Cap d'Àrea Mèdica, Fundació Hospitalàries Barcelona

[15] ICS GAPIC Lleida. Facultat de Medicina, Departament de Medicina i Cirurgia. Universitat de Lleida

[16] USR Metro Sud. IDIAP Jordi Gol i Gurina

[17] Consultori Sant Cebrià de Vallalta. ABS Canet de Mar, Barcelona. Institut Català de la Salut

[18] Unitat Docent d'Atenció Familiar i Comunitària de Lleida

[19] Metge de Família jubilat.

[20] ABS Reus 2. Institut Català de la Salut

[21] EAP Calldetenes, Barcelona. Institut Català de la Salut

[22] EAP Caldes de Montbui. Institut Català de la Salut

[23] EAP Igualada Urbà. Institut Català de la Salut

Adreça per a correspondència:
Antoni Sisó-Almirall

Adreça electrònica:
asiso@camfic.org

RESUM

Objectiu. Sintetitzar l'evidència sobre la relació entre la inseguretat residencial, les condicions de l'habitatge i la salut, amb atenció especial a Espanya i a les implicacions per a l'atenció primària.

Mètodes. Revisió narrativa amb cerca sistemàtica a PubMed: una estratègia específica sobre desnonament i inseguretat residencial i una altra sobre habitatge i salut a Espanya. Un model de llenguatge va fer el cribratge i l'extracció per títol i resum; una altra instància del model en va verificar a cegues una mostra (kappa = 0,88) i les xifres extretes es van contrastar automàticament amb els resums.

Resultats. Es van seleccionar 866 registres i se'n van incloure 441 (340 estudis quantitatius primaris, 36 avaluacions de polítiques o intervencions, 26 revisions i 39 estudis qualitatius o mixtos). La majoria dels estudis descriuen associacions adverses. La inseguretat residencial s'associa amb més depressió, ansietat i alteracions del son, amb un risc més alt de suïcidi i de mortalitat, amb un control pitjor de les malalties cròniques i amb resultats perinatals i infantils adversos. Les avaluacions quasiexperimentals de moratòries de desnonaments i d'ajuts al lloguer suggereixen beneficis en salut. A Espanya, la prevalença de mala salut mental en persones ateses específicament a entitats socials per problemes d'habitatge va oscil·lar entre el 69,4% i el 90,6%.

Conclusions. La inseguretat residencial és un determinant de la salut rellevant. L'atenció primària pot detectar-la, registrar-la, vigilar-ne les conseqüències clíniques i coordinar-se amb els serveis socials i jurídics.

INTRODUCCIÓ

L'habitatge és un determinant social de la salut reconegut des de la Declaració d'Alma-Ata[1]. La Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va situar la millora de les condicions de vida quotidiana entre les seves recomanacions principals[2]; la Declaració d'Astana va reafirmar l'acció sobre els determinants socials i l'enfocament de salut en totes les polítiques[3], i l'informe mundial de l'OMS del 2025 sobre els determinants socials de l'equitat en salut identifica l'habitatge com un determinant de la salut[4]. El dret a un habitatge adequat forma part del dret a un nivell de vida adequat (article 11.1 del Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals)[5]. El Comitè que vetlla pel seu compliment n'ha definit set elements: seguretat jurídica de la tinença, disponibilitat de serveis, assequibilitat, habitabilitat, accessibilitat, ubicació i adequació cultural. I considera que els desallotjaments forçosos són, a primera vista, incompatibles amb el Pacte[5]. La Constitució espanyola reconeix el dret a gaudir d'un habitatge digne i adequat (article 47)[6].

Per altra banda el model de Swope i Hernández agrupa els efectes de l'habitatge en la salut en quatre pilars: el cost (assequibilitat), les condicions (qualitat física), la consistència (estabilitat residencial) i el context (oportunitats del barri)[7]. Les guies de l'OMS del 2018 se centren en les condicions físiques com l'amuntegament, temperatures interiors baixes i aïllament, calor, riscos de lesions i accessibilitat[8], mentre que la inseguretat residencial, entesa com el contínuum que va de les dificultats per pagar l'habitatge i l'amenaça de desnonament fins a la pèrdua de la llar, ha rebut una atenció creixent arran de la recessió del 2007 al 2009[9,10]. En l'extrem d'aquest contínuum, les revisions de *The Lancet* sobre sensellarisme i salut d'inclusió van documentar una morbiditat i una mortalitat molt superiors a les de la població general[11,12].

A Espanya, l'ús del sector immobiliari com a motor de creixement i la promoció de la propietat van afavorir que l'habitatge es tractés com un

bé especulatiu més que com un bé de primera necessitat[13]. Durant la crisi econòmica iniciada el 2007 van augmentar les famílies amb dificultats per pagar l'habitatge i els desnonaments[13,14], i el 2017 el Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals va dictaminar que el desnonament d'una família llogatera sense garantir-li un habitatge alternatiu havia vulnerat el seu dret a l'habitatge adequat[15]. Segons el Consell General del Poder Judicial, el 2025 es van practicar a Espanya més de 25.540 llançaments, 18.317 derivats de la Llei d'arrendaments urbans i 4346 d'execucions hipotecàries, 6814 dels quals (26,6%) a Catalunya[16]. La resposta normativa ha inclòs a Catalunya la modificació de la Llei 24/2015 per la Llei 1/2022[17] i, a l'Estat, la Llei 12/2023 pel dret a l'habitatge[18] i la suspensió dels procediments de desnonament de llars vulnerables introduïda el 2020[19] i prorrogada successivament. El febrer de 2026, el Congrés dels Diputats va derogar el Reial decret llei 2/2026, que n'ampliava la vigència fins al 31 de desembre de 2026[20,21].

El programa formatiu de l'especialitat de medicina familiar i comunitària del 2024 no esmenta específicament l'habitatge, però si inclou un domini transversal d'equitat i determinants socials de la salut que insta a registrar aquests determinants a la història clínica i aplicar un enfocament d'equitat a la consulta[22]. A més, a Espanya, les persones afectades per un procés de desnonament fan més visites mèdiques i a urgències[23], i en pacients de centres d'atenció primària espanyols les dificultats per pagar la hipoteca i els desnonaments es van associar a més risc de depressió major durant la crisi econòmica[14]. L'objectiu d'aquesta revisió és sintetitzar l'evidència sobre la relació entre la inseguretat residencial, les condicions de l'habitatge i el sensellarisme, d'una banda, i la salut i la qualitat de vida, de l'altra, amb èmfasi especial a l'atenció primària.

MÈTODES

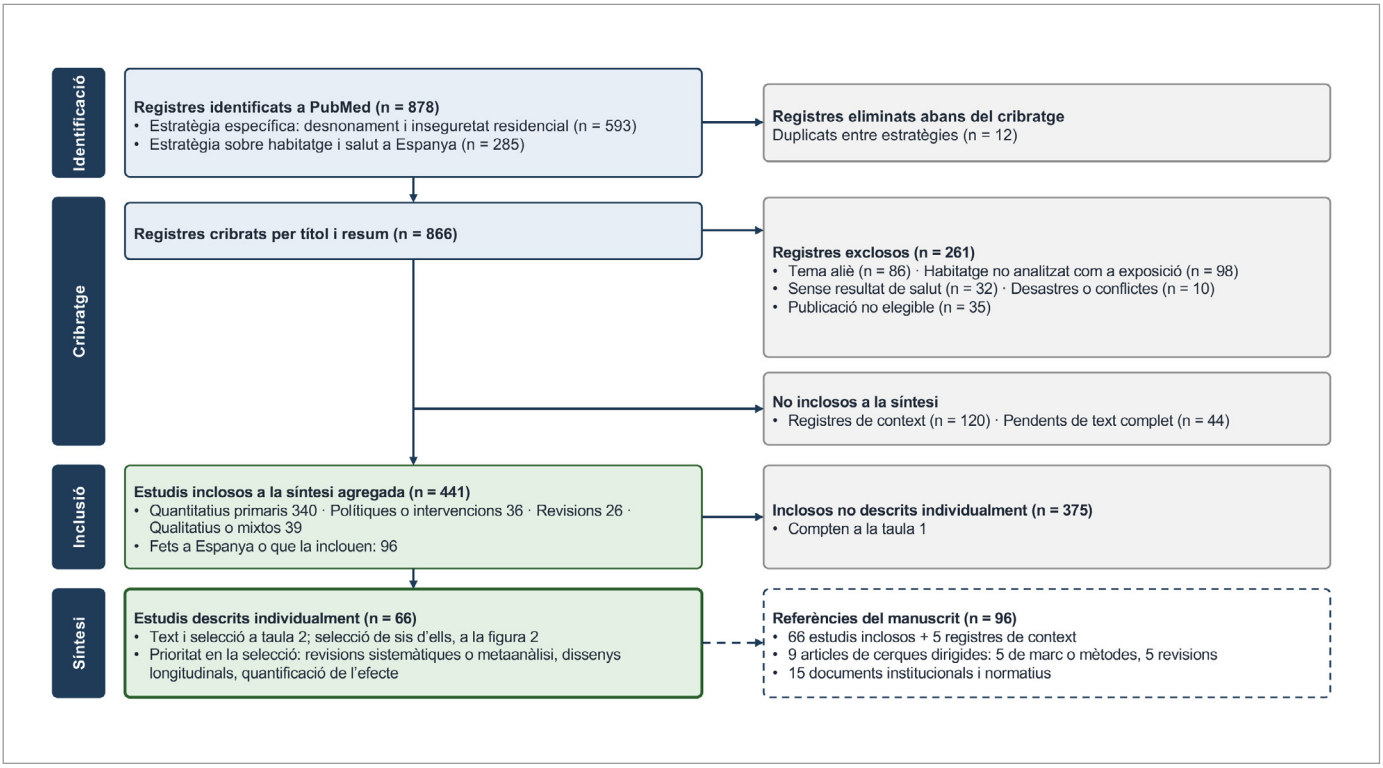
Disseny

Revisió narrativa amb cerca sistemàtica, elaborada d'acord amb els criteris de la Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA)[24]. El diagrama de flux (figura 1) segueix la declaració PRISMA 2020[25], amb una etapa addicional que distingeix la síntesi agregada de la descripció individual.

Fonts d'informació i estratègia de cerca

El 17 d'octubre de 2026 es va consultar PubMed (MEDLINE) amb dues estratègies. La primera, específica, combinava termes de desnonament i inseguretat residencial al títol (*eviction, foreclosure, housing insecurity, housing instability* i altres) o el descriptor MeSH *Housing Instability* com a tema principal, amb termes de resultats de salut física i mental, qualitat de

Figura 1. Diagrama de flux de la selecció d'estudis i origen de les referències.



vida i mortalitat, sense límit geogràfic. La segona combinava qualsevol dimensió de l'habitatge (inseguretat residencial, condicions, assequibilitat, pobresa energètica, sensellarisme i polítiques d'habitatge) amb els mateixos resultats i amb termes geogràfics d'Espanya. No es van aplicar límits de data ni d'idioma. Les referències conceptuals, metodològiques, institucionals i normatives i quatre revisions complementàries sobre sensellarisme i intervencions d'habitatge, no captades per les estratègies, es van identificar amb cerques dirigides i es van verificar a la font oficial.

Criteris d'elegibilitat

Es van incloure estudis en persones de qualsevol edat i país que analitzessin la relació entre un resultat de salut i alguna d'aquestes exposicions: amenaça, demanda o execució de desnonament; execució hipotecària; endarreriments de pagament; sobrecàrrega del cost de l'habitatge; mudances forçades o inestabilitat residencial; sensellarisme; condicions inadequades (amuntegament, humitat, fred o pobresa energètica), i polítiques o intervencions d'habitatge. S'hi van acceptar estudis quantitatius primaris, revisions sistemàtiques o d'abast i estudis qualitatius o mixtos. Es van excloure els desplaçaments per desastres o conflictes armats, els estudis en què l'habitatge era només una covariable i les publicacions sense dades.

Selecció, extracció i control de qualitat

Un model de llenguatge (Claude Opus 5.5, Anthropic; nivell de raonament: màxim) va fer el cribratge per títol i resum i l'extracció de dades en deu lots, seguint el protocol escrit. Cada registre es va classificar com a inclòs, de context (útil per a la discussió però sense dades sobre la relació entre habitatge i salut), pendent de text complet o exclòs. Dels inclosos se'n van extreure el disseny, el país, la mida mostral, l'exposició, el resultat, les mesures d'efecte copiades literalment del resum i la direcció de l'associació. Es van aplicar tres controls: a) verificació a cegues d'una mostra aleatòria estratificada de 55 registres per una altra instància del mateix model, aliena al cribratge; b) comprovació automàtica que totes les xifres d'efecte i de mida mostral extretes apareixien literalment al resum, i c) harmonització de les decisions incoherents entre lots, amb un registre de les decisions dubtoses revisades pels autors.

Síntesi

La síntesi té dos nivells. En el primer, tots els estudis inclosos es resumeixen de manera agregada (taula 1). En el segon, un subconjunt es descriu individualment al text i a la taula 2; es va seleccionar per judici, amb aquests criteris de prioritat: revisions sistemàtiques i metaanàlisis, avaluacions de polítiques o intervencions, dissenys longitudinals o quasiexperimentals, estudis fets a Espanya i estudis que quantificaven l'efecte, procurant representar tots els dominis de resultat. Per a la figura 2 es va triar, de cada domini, un estudi amb una estimació en forma de raó i el seu interval de confiança del 95% (IC95%) al resum, prioritzant les estimacions ajustades, el disseny més sòlid i l'exposició més propera al desnonament o a les dificultats de pagament. No es va avaluar formalment el risc de biaix ni es van combinar les estimacions, presentades tal com figuren als resums.

RESULTATS

Selecció i característiques dels estudis

Les dues estratègies van identificar 878 registres (593 i 285), 12 dels quals eren duplicats. Dels 866 cribrats, se'n van excloure 261 (per raó que l'habitatge no estava analitzat, sense resultats en salut, estudis de desastres naturals, entre altres), 120 es van classificar com a context, i 44 van quedar pendents de text complet, resultant un total de 441 inclosos (figura 1). La verificació a cegues va coincidir en 51 dels 55 registres (kappa = 0,88), i el control automàtic no va detectar discrepàncies en les xifres dels 485 registres inclosos o pendents.

Dels 441 estudis inclosos, 340 eren estudis quantitatius primaris, 36 avaluaven polítiques o intervencions (25 amb dissenys quasiexperimentals), 26 eren revisions i 39 eren qualitatius o mixtos (taula 1). El 70,3% (310/441) s'havia publicat des del 2020; 178 (40,4%) procedien dels Estats Units i 96 (21,8%) s'havien fet a Espanya o la incloïen. Malgrat les grans diferències metodològiques, el 75,5% (333/441) dels estudis descriuen una associació adversa (no ponderat per tipus de disseny, mida mostral o risc de biaix), el 10,9% (48) una associació mixta i el 4,1% (18) cap associació. Altres estudis analitzaven o bé la direcció inversa (és a dir, de la salut cap a l'habitatge) o bé bidireccionalment.

Del total d'estudis inclosos, 66 es descriuen individualment al text i una selecció a la taula 2. En aquest subconjunt, les revisions i les avaluacions de polítiques (23/66; 34,8%) i els estudis fets a Espanya (23/66; 34,8%) hi tenen més pes que en el conjunt (14,1% i 21,8%), d'acord amb els criteris de priorització; els 375 restants contribueixen només a la síntesi agregada. Les 95 referències del manuscrit inclouen, a més dels 66 estudis, 5 registres de context o pendents de text complet, 9 articles de cerques dirigides (5 de marc conceptual o mètodes i 4 revisions complementàries) i 14 documents institucionals i normatius. La taula 2 resumeix els estudis clau de cada domini, i la figura 2, una estimació d'una selecció dels autors.

Salut mental, estrès i son

Les revisions sistemàtiques coincideixen a associar la inseguretat residencial amb pitjor salut mental. Una revisió de 47 articles sobre l'amenaça de desnonament va trobar un consens general sobre els efectes adversos en la depressió,

Taula 1. Característiques dels 441 estudis inclosos a la síntesi

Característica	n	%
Total d'estudis inclosos	**441**	**100,0%**
Tipus d'estudi		
Quantitatiu primari	340	77,1%
Avaluació de política o intervenció	36	8,2%
Revisió sistemàtica, metaanàlisi o d'abast	26	5,9%
Qualitatiu o mixt	39	8,8%
Disseny		
Transversal	153	34,7%
Cohort	145	32,9%
Quasiexperimental	28	6,3%
Ecològic	22	5,0%
Cas-control	4	0,9%
Assaig aleatoritzat	2	0,5%
Revisió sistemàtica	13	2,9%
Metaanàlisi	2	0,5%
Revisió d'abast	8	1,8%
Qualitatiu	34	7,7%
Mixt	8	1,8%
Avaluació econòmica	1	0,2%
Altre	6	1,4%
No consta	15	3,4%
Any de publicació		
Fins el 2019	131	29,7%
2020-2023	155	35,1%
2024-2026	155	35,1%
Exposició (categories no excloents)		
Inestabilitat/inseguretat residencial	228	51,7%
Sensellarisme	101	22,9%
Desnonament	96	21,8%
Condicions inadequades	44	10,0%
Política o intervenció d'habitatge	41	9,3%
Execució hipotecària	37	8,4%
Sobrecàrrega de cost	27	6,1%
Endarreriments de pagament	23	5,2%
Pobresa energètica	14	3,2%
Amuntegament	11	2,5%
Desplaçament residencial/gentrificació	9	2,0%
Resultat (categories no excloents)		
Salut mental	171	38,8%
Ús de serveis i adherència	120	27,2%
Malaltia crònica o física	81	18,4%
Salut infantil i perinatal	74	16,8%
Consum de substàncies	74	16,8%
Salut autopercebuda	47	10,7%
Malalties infeccioses/COVID-19	46	10,4%
Violència	36	8,2%
Mortalitat	34	7,7%
Suïcidi	24	5,4%
Qualitat de vida i benestar	22	5,0%
Altres	49	11,1%
Direcció de l'associació descrita al resum		
Associació adversa	333	75,5%
Mixta	48	10,9%
Sense associació	18	4,1%

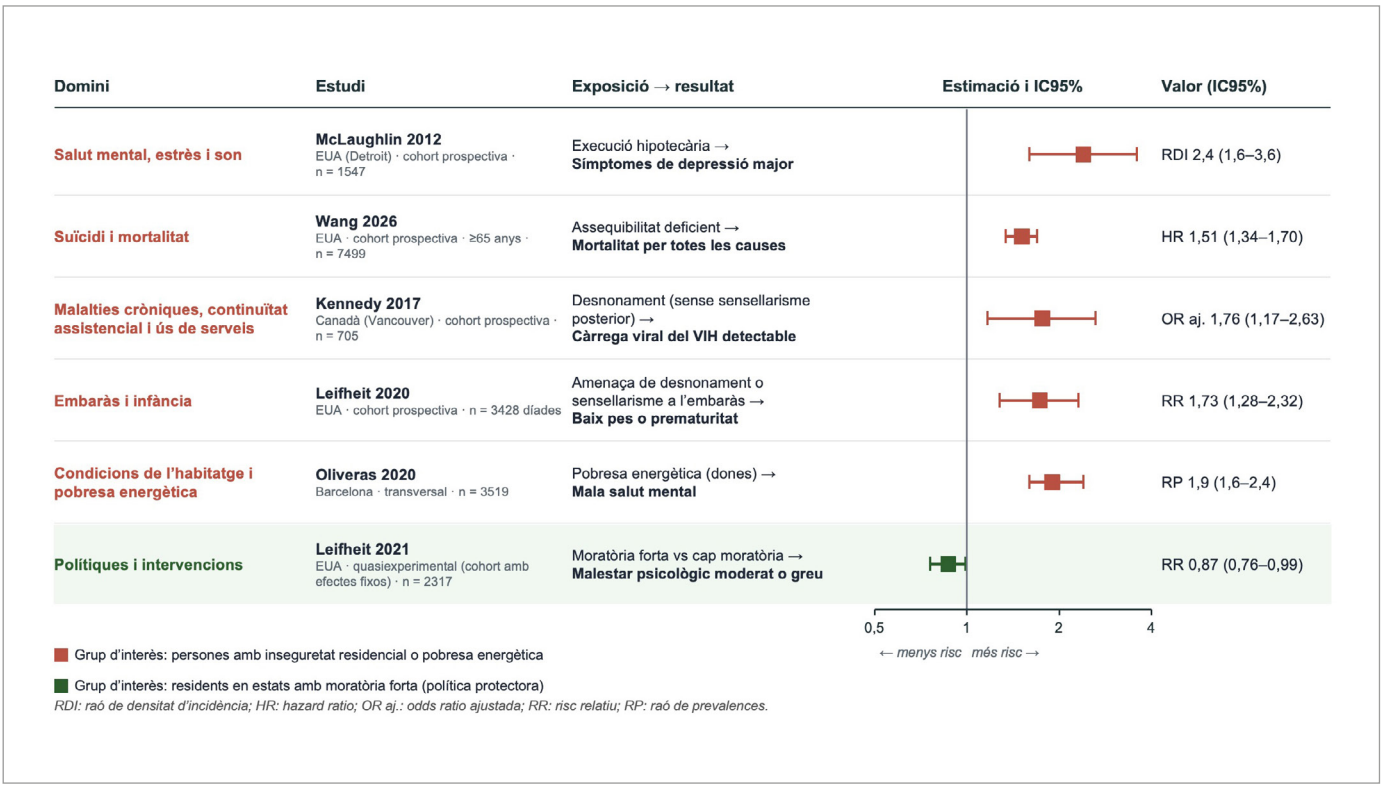
l'ansietat, el malestar psicològic i el suïcidi, a més de pitjor salut autopercebuda i pressió arterial elevada, amb diferències segons el gènere, l'edat, l'ètnia i el territori[9]. Pel que fa a les execucions hipotecàries, 32 de 35 estudis (91%) van concloure que tenien efectes adversos en la salut[10], i una altra revisió les va associar a ansietat, conducta violenta i menor ús de serveis sanitaris[26]. En persones llogateres de països de l'OCDE, sis de nou estudis van associar el lloguer inassequible i 12 de 14 la inestabilitat residencial a problemes de salut mental[27].

En estudis longitudinals es reforça la seqüència temporal: a Detroit, l'execució hipotecària va predir més símptomes de depressió major (raó de densitat d'incidència = 2,4; IC95%: 1,6-3,6), ajustant per la simptomatologia basal i els antecedents psiquiàtrics[28]; al Regne Unit, la pèrdua de l'habitatge en propietat per impagament es va associar a malaltia mental comuna (*odds ratio* [OR] ajustada = 1,61; IC95%: 1,10-2,36), amb un augment del risc ja en els anys previs, mentre que el desnonament de l'habitatge de lloguer no s'hi va associar[29]. En una cohort britànica posterior, els problemes per pagar el lloguer o la hipoteca es van associar a un risc més alt de trastorn mental comú (diferència de risc de 2,5 punts percentuals) i d'alteració del son per preocupacions (2,0 punts)[30]. En adults joves dels Estats Units, el desnonament recent es va associar a més símptomes depressius, i l'estrès social percebut en va explicar gairebé el 18%[31]. En perceptors d'ajuts socials de Califòrnia, no poder pagar el lloguer o la hipoteca s'associava a dormir menys cada nit[32]. El procés previ a la pèrdua de l'habitatge sembla tan rellevant com el desenllaç: en adolescents, l'associació amb la salut mental es mantenia per a la incapacitat de pagar el lloguer i s'atenuava per al desnonament[33], i en adults els endarreriments s'associaven a pitjor salut, però no el desnonament un cop ajustades les característiques de les persones afectades[34].

Taula 2. Selecció d'estudis clau per domini de resultat: disseny, població, exposició i efecte principal

Domini	Primer autor, any	Disseny	País	Població (n)	Exposició	Resultat	Troballa principal
Salut mental, estrès i son	Vásquez-Vera 2017	revisió sistemàtica	múltiples	Estudis sobre amenaça de desnonament i salut (86% de països anglosaxons) (47 articles)	Amenaça de desnonament i efectes indirectes	Salut mental, salut física i conductes relacionades amb la salut, amb perspectiva d'equitat	Consens general que l'amenaça de desnonament s'associa a pitjor salut mental (depressió, ansietat, malestar, suïcidis) i física (mala salut autopercebuda, hipertensió, maltractament infantil), amb distribució segons gènere, edat, ètnia i territori.
Salut mental, estrès i son	Talmatzky 2026	revisió sistemàtica	múltiples	Adults llogaters de països de l'OCDE (Twenty-two studies (total sample size of at least N = 336,775))	Lloguer inassequible (p. ex., ràtio lloguer-ingressos) i inestabilitat residencial (p. ex., mudances forçades)	Salut mental global, benestar i símptomes depressius	Sis de nou estudis sobre assequibilitat trobaren associació entre lloguer inassequible i pitjor salut mental en llogaters de renda baixa, i 12 de 14 sobre inestabilitat l'associaren a problemes de salut mental.
Salut mental, estrès i son	Mason 2024	cohort	Regne Unit	Població del UK Household Longitudinal Study (2009-2019) (11,164)	Problemes per pagar el lloguer o la hipoteca l'any anterior	Trastorn mental comú (GHQ-12), alteració del son per preocupació i nou diagnòstic d'hipertensió	Els problemes de pagament de l'habitatge augmenten el risc de trastorn mental comú i d'alteració del son, més en llogaters, joves, famílies amb infants i zones amb retallades d'austeritat.
Suïcidi i mortalitat	Rojas 2016	cohort	Suècia	Persones amb sol·licitud d'execució d'una ordre de desnonament a Suècia (2009-2012) (gairebé 22,000 llars sueques (títol); comparació amb mostra aleatòria del 10% de la població)	Pèrdua del dret legal a l'habitatge i sol·licitud d'execució del desnonament pel propietari	Suïcidi consumat	Les persones amb sol·licitud d'execució del desnonament tenien unes quatre vegades més probabilitat de suïcidi, controlant per factors demogràfics, socioeconòmics i de salut mental previs.
Suïcidi i mortalitat	Rojas 2017	cohort	Suècia	Persones d'edat mitjana desnonades a Suècia (2009-2011) vs mostra aleatòria poblacional (n = 2092 desnonats; n = 426,117 mostra aleatòria)	Desnonament executat (expedient tancat per desnonament a l'Agència d'Execució)	Mortalitat per qualsevol causa als 3 anys del desnonament	Les persones desnonades tenien aproximadament una vegada i mitja més probabilitat de morir per qualsevol causa, controlant per factors demogràfics, socioeconòmics i de salut previs.
Suïcidi i mortalitat	Aldridge 2018	revisió sistemàtica i metaanàlisi	països d'ingressos alts	Persones sense llar, persones preses, treballadores sexuals i persones amb trastorn per ús de substàncies (337 estudis)	Exclusió social extrema (salut d'inclusió), inclòs el sensellarisme	Morbiditat i mortalitat	Les raons de mortalitat estandarditzades per totes les causes estaven augmentades en 91 de 92 dades extretes, sobretot per causes externes.
Malalties cròniques, continuïtat assistencial i ús de serveis	O'Grady 2026	metaanàlisi	EUA	Persones que viuen amb el VIH als EUA (estudis 2014-2024) (43 met inclusion criteria and 21 contributed to the meta-analysis (total n = 46,291))	Sensellarisme o inestabilitat residencial vs persones amb habitatge	Supressió viral del VIH	Les persones sense llar tenien una probabilitat significativament menor de supressió viral que les allotjades, amb direcció consistent; la síntesi temàtica identificà cinc vies, com la disrupció de l'adherència al tractament antiretroviral.
Malalties cròniques, continuïtat assistencial i ús de serveis	Schwartz 2022	cohort	EUA	pacients de Medicaid de Nova York desnonats el 2017 i controls aparellats (1,300 evicted patients matched to 261,855 non-evicted patients)	Desnonament registrat el 2017, enllaçat amb dades de Medicaid	Visites agudes i ambulatòries, despesa sanitària, baixa de Medicaid i dispensació de medicaments als 6 mesos	El desnonament s'associava a més pèrdua de cobertura de Medicaid, menys dispensacions de medicaments i menys probabilitat de generar despesa; però, entre qui en generava, la despesa era un 20% superior.
Embaràs i infància	DiTosto 2021	revisió sistemàtica	EUA	Embarassades amb inestabilitat residencial o sense llar (estudis dels EUA) (14 studies)	Inestabilitat residencial, inclòs el sensellarisme, durant l'embaràs	Prematuritat, baix pes, ingrés a UCIN, complicacions del part, atenció prenatal i ús hospitalari	La inestabilitat residencial i el sensellarisme durant l'embaràs s'associen a prematuritat, baix pes, ingrés a UCIN i complicacions del part, i a atenció prenatal inadequada i més ús hospitalari.
Embaràs i infància	Hock 2024	revisió sistemàtica	Regne Unit	Infants i joves del Regne Unit amb inseguretat residencial i persones properes (59 estudis)	Desnonament o mudança forçada, allotjament temporal, habitatge amuntegat o en mal estat, mudances múltiples, reubicació per demolició	Salut física i mental i benestar percebuts, cansament i retard del desenvolupament	Es percep que la inseguretat residencial comporta problemes de salut mental i física, cansament i retard del desenvolupament; l'amistat, el suport, mantenir l'escola i l'esperança n'esmorteeixen l'impacte.
Condicions de l'habitatge i pobresa energètica	Thomson 2013	revisió sistemàtica (Cochrane)	múltiples	Residents d'habitatges amb millores físiques (39 estudis)	Millores de l'habitatge (calefacció i eficiència energètica, rehabilitació, reallotjament)	Salut i resultats socioeconòmics	Les millores de calefacció i eficiència energètica poden millorar la salut general, respiratòria i mental, sobretot en persones amb calor insuficient i malaltia respiratòria crònica.
Condicions de l'habitatge i pobresa energètica	Oliveras 2020	transversal	Espanya	Població resident a Barcelona (Enquesta de Salut de Barcelona 2016) (3519)	Pobresa energètica a la llar	26 indicadors de salut, d'ús de serveis sanitaris i de consum de medicaments	Patien pobresa energètica el 13.3% de les dones i l'11.3% dels homes. S'associà fortament amb pitjor estat de salut i més ús de serveis sanitaris i medicaments, amb un risc atribuïble poblacional elevat.

Figura 2. Diagrama de bosc: una estimació seleccionada per a cada domini de resultat.



Suïcidi i mortalitat

En 16 estats dels Estats Units, els suïcidis relacionats amb desnonaments o execucions hipotecàries es van duplicar entre el 2005 i el 2010 (de 88 a 176); el 79% es va produir abans de la pèrdua efectiva de l'habitatge i el 37% de les persones havia viscut una crisi aguda del procés en les dues setmanes anteriors[35]. En l'àmbit dels estats, l'augment de la taxa d'execucions hipotecàries va explicar el 18% de la variància de la taxa de suïcidi en persones de 46 a 64 anys[36]. A Suècia, les persones amb una sol·licitud d'execució del desnonament tenien un risc de suïcidi unes quatre vegades superior (OR = 4,42), després d'ajustar pels antecedents de salut mental[37], i les persones desnonades tenien més probabilitat de morir per qualsevol causa en els tres anys següents (OR = 1,59)[38].

Durant la pandèmia, als Estats Units, la mortalitat de les persones llogateres amb una demanda de desnonament va ser un 106% superior a l'esperada, davant d'un excés del 25% als barris de característiques similars i del 9% en la població general[39]. En estudis ecològics dels Estats Units, la taxa de desnonaments es va associar a més mortalitat per totes les causes (9,32 morts més per 100.000 habitants per cada augment de l'1%)[40] i per intoxicació accidental per drogues i alcohol, sobretot en zones urbanes[41]. En persones de 65 anys o més, l'assequibilitat deficient de l'habitatge es va associar a més mortalitat (*hazard ratio* [HR] = 1,51; IC95%: 1,34-1,70) i a més risc de demència[42]. El sensellarisme n'és l'expressió extrema: en poblacions en situació d'exclusió social, incloses les persones sense llar, les raons de mortalitat estandarditzades van ser d'11,86 en dones i de 7,88 en homes[12], i en una cohort de persones sense llar de Girona l'edat mitjana de defunció va ser de 49,1 anys[43].

Malalties cròniques, continuïtat assistencial i ús de serveis

En persones amb infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) que consumien drogues a Vancouver, el desnonament va augmentar la probabilitat de càrrega viral detectable tant en les que quedaven sense llar (OR ajustada = 2,25) com en les que no (OR ajustada = 1,76), suggerint que l'associació passa per una adherència incompleta al tractament antiretroviral[44]; una metaanàlisi d'estudis dels Estats Units va trobar que les persones sense llar tenien menys probabilitat de supressió viral (OR = 0,38; IC95%: 0,33-0,45)[45]. A Nova York, el desnonament es va associar a un 63% més de probabilitat de perdre la cobertura sanitària pública i a menys dispensacions de medicaments (raó de taxes d'incidència = 0,68)[46]. Entre les persones en procés d'execució hipotecària de la regió de Filadèlfia, el 36,7% complia criteris de cribratge de depressió major, i era més

freqüent que en una mostra comunitària haver deixat de recollir algun medicament prescrit per motius econòmics (OR ajustada = 3,44)[47]. En 90.233 adults amb diabetis tipus 2, l'habitatge estable s'associava a diferències (malgrat petites) en l'hemoglobina glicada (0,12 punts) i en la pressió arterial sistòlica (0,77 mmHg)[48].

Embaràs i infància

Una revisió sistemàtica va trobar que 6 de 11 estudis que analitzaven el desnonament durant l'embaràs l'associaven a algun resultat advers del naixement, i que quatre dels cinc estudis en infants l'associaven a pitjors resultats de salut o de desenvolupament[49]; una altra revisió va trobar associacions semblants amb la prematuritat i el baix pes en néixer, malgrat cal dir amb estudis de qualitat moderada a baixa[50]. En una cohort de 3428 binomis mare-infant, l'amenaça de desnonament o el sensellarisme durant l'embaràs es va associar a baix pes o prematuritat (risc relatiu [RR] = 1,73; IC95%: 1,28-2,32)[51]. Els infants desnonats van obtenir als nou anys puntuacions cognitives inferiors a les d'infants comparables per edat[52], i la inseguretat residencial entre els 9 i els 16 anys es va associar a més símptomes d'ansietat i de depressió a la infància i a més símptomes depressius a l'edat adulta, després d'ajustar per la pobresa[53]. Una síntesi qualitativa identifica com a factors protectors el suport social i la continuïtat escolar[54].

Condicions de l'habitatge i pobresa energètica

Una revisió de 47 estudis sobre pobresa energètica en va trobar 46 amb una associació perjudicial amb la salut mental[55]. La revisió Cochrane sobre millores de l'habitatge va concloure que les intervencions de calefacció i eficiència energètica poden millorar la salut general, respiratòria i mental, sobretot en persones amb calor insuficient i malaltia respiratòria crònica[56], i una síntesi de revisions va considerar convincent l'evidència d'aquestes intervencions en persones vulnerables[57]. A Barcelona, la pobresa energètica afectava el 13,3% de les dones i l'11,3% dels homes el 2016 i s'associava a una freqüència de mala salut mental 1,9 vegades superior en dones i 2,1 vegades en homes[58]; el 10,6% dels infants hi vivia, amb més mala salut (RP = 7,70) i més asma (RP = 4,19)[59].

Estudis a Espanya

Els 96 estudis fets a Espanya o que l'han inclòs en anàlisis globals tracten sobretot del sensellarisme (42), les condicions inadequades (26) i la pobresa energètica (12); 11 analitzen la inseguretat residencial i 8 el desnonament, i 47 són transversals. En pacients de centres d'atenció primària, les dificultats per pagar la hipoteca (OR = 2,12) i els desnonaments (OR = 2,95) es van associar a depressió major independentment de l'atur14. En persones ateses per entitats socials, la prevalença de mala salut mental va ser del 90,6% en dones i del 84,4% en homes membres de la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca (PAH) a Catalunya, davant del 15,5% i el 10,2% de la població general[60]; del 69,4% en persones ateses per Càritas per problemes d'habitatge a Barcelona[61], i del 89% i el 85,3% en dones i homes amb inseguretat residencial atesos per la PAH o l'Aliança contra la Pobresa Energètica, amb un gradient en les dones segons el nombre d'inseguretats concurrents (residencial, energètica i alimentària)[62]. A Granada, les persones en procés de desnonament tenien més probabilitat de mala salut (OR = 12,63), de malaltia cardiovascular (OR = 3,08) i de tabaquisme (OR = 1,68) que la població andalusa[63], i en la mateixa mostra el 46,7% presentava algun grau de risc de suïcidi (alt en el 17,9%), que augmentava amb la durada del procés i amb les trucades de les entitats bancàries i disminuïa amb el suport social[64].

En població general, al barri d'Horta de Barcelona, l'estrès residencial i el risc de desplaçament forçós es van associar a pitjor salut general i mental, amb un gradient segons l'exposició sobretot en la salut mental[65], i en llogaters de l'àrea metropolitana de Barcelona, la inseguretat residencial de tipus econòmic es va associar a pitjor benestar mental (raó de prevalences [RP] = 1,17 en dones i 1,21 en homes)[66]. En el seguiment d'un any de persones ateses pel programa Treball als Barris, les dones que es mantenien en inseguretat residencial tenien més mala salut autopercebuda (RP = 2,29)[67]. Els estudis qualitatius identifiquen com a mediadors percebuts els canvis psicològics, les condicions materials, l'assetjament de les entitats financeres i la xarxa familiar i veïnal[68], i relacionen la gentrificació turística amb la pèrdua de xarxes socials, l'estrès, l'ansietat i la privació de son[69]. En persones sense llar s'han descrit, a Sevilla, estades hospitalàries 4,8 dies més llargues i una edat de defunció a l'hospital 23 anys inferior[70]; a València, pitjor qualitat de vida en qui dorm al carrer que en albergs i més d'una quarta part de la mostra sense targeta sanitària[71], i a Barcelona, barreres administratives, personals i professionals per accedir als serveis sanitaris[72].

Polítiques i intervencions

Als Estats Units, l'expiració de les moratòries de desnonaments de la pandèmia es va associar a una mortalitat per COVID-19 cinc vegades superior a les 16 setmanes (raó de taxes = 5,4; IC95%: 3,1-9,3), i els autors n'estimen uns 10.700 morts en excés a escala nacional només fins al setembre del 2020[73]; un altre estudi la va associar a un risc creixent de diagnòstic de COVID-19, més alt en persones amb comorbiditat i en zones amb sobrecàrrega de lloguer[74]. Les moratòries fortes, que bloquejaven el procés des de la notificació, es van associar a una reducció relativa del 12,6% del malestar psicològic (RR = 0,87; IC95%: 0,76-0,99), mentre que les febles, que només aturaven les fases finals, no van tenir un efecte significatiu[75]. Les moratòries també es van associar a millor salut mental en altres dues avaluacions[76,77] i a menys notificacions de maltractament físic (–16,04%), d'abús sexual

(–21,12%) i de negligència (–12,17%), tot i que l'associació amb el conjunt del maltractament infantil no va ser significativa[78]; la seva expiració, a més pacients amb prescripció de psicofàrmacs i amb atenció per trastorn mental greu, sense canvis en les visites relacionades amb el suïcidi[79]. En canvi, no es va observar un efecte clar en la mortalitat per sobredosi[80].

L'ajut d'emergència al lloguer va reduir la insuficiència alimentària i els símptomes d'ansietat i de depressió, i aproximadament la meitat de l'efecte es va explicar per la reducció dels endarreriments[81]. En un estudi mixt a l'estat de Washington, els llogaters amb assistència jurídica gratuïta van percebre menys estrès, però en conjunt tenien aproximadament la meitat de probabilitat que els propietaris de disposar de representació legal[82]. Els programes Housing First milloren l'estabilitat residencial (RR d'estar allotjat als 18-24 mesos = 2,46) i redueixen les visites a urgències i les hospitalitzacions sense augmentar el consum problemàtic de substàncies, però els efectes en la salut són imprecisos i els quatre assaigs tenien risc de biaix alt[83].

A Espanya, en famílies ateses per Càritas a Barcelona, la salut mental va millorar en les que van augmentar els ingressos, van reduir el risc percebut de perdre la llar i van tenir menys privacions materials[84]. El trasllat a habitatges cooperatius en cessió d'ús a Catalunya es va acompanyar de millores en la salut percebuda, la salut mental i el suport social, en una mostra petita i amb un seguiment curt[85]. Un programa d'assessorament energètic a domicili a Barcelona va millorar el manteniment d'una temperatura adequada i va reduir les visites a l'atenció primària, sense efectes en la salut autopercebuda[86]. No s'ha identificat cap avaluació dels efectes en la salut de la suspensió de desnonaments.

DISCUSSIÓ

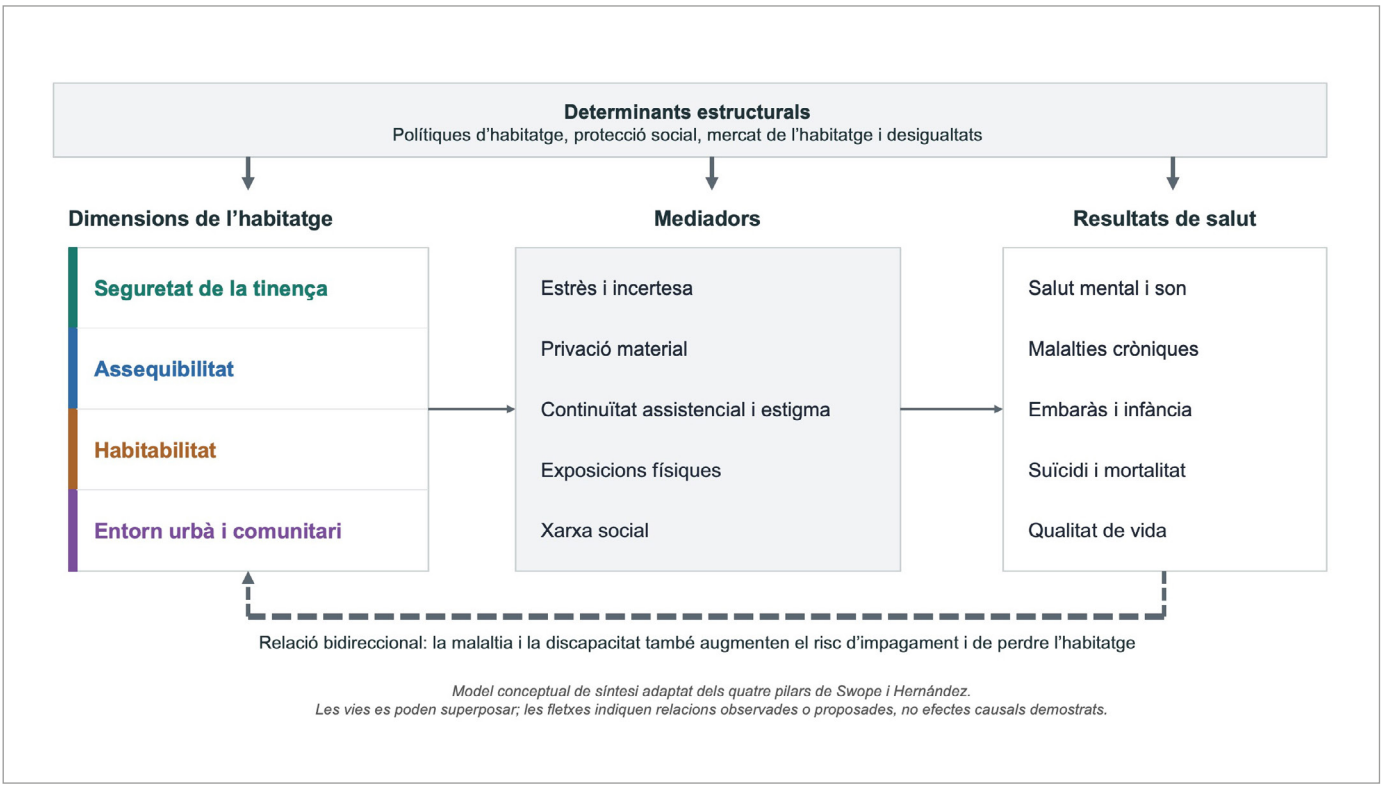
Aquesta revisió mostra una associació consistent entre la inseguretat residencial i un ampli ventall de resultats de salut. Per interpretar-la convé distingir tres nivells de certesa. Primer, el que s'observa de manera reiterada: les persones amb dificultats per pagar l'habitatge, amenaçades de desnonament o sense llar tenen pitjor salut, sobretot mental, en la gran majoria de contextos i dissenys revisats, i alguns estudis descriuen gradients segons la intensitat de l'exposició[40,62,65]. Segon, el que es pot inferir amb una seguretat raonable: els estudis longitudinals que ajusten per la salut prèvia[28,87] o que comparen canvis dins de les mateixes persones[29] i les avaluacions quasiexperimentals de moratòries i d'ajuts al lloguer[73,75,81] indiquen que la relació no s'explica només perquè les persones amb pitjor salut perdin més sovint l'habitatge, i que és, almenys en part, modificable per les polítiques. Tercer, el que continua sent una hipòtesi: la magnitud d'aquests efectes a Espanya, amb un sistema sanitari de cobertura universal —tot i les barreres d'accés en persones sense llar[71,72]— i un marc jurídic diferent del nord-americà, i l'efecte en salut de les polítiques estatals recents, que no s'ha avaluat.

La figura 3 pretén resumir de forma esquemàtica els mecanismes proposats. El primer és l'estrès crònic i la incertesa: l'estrès social percebut explica una part de l'efecte del desnonament en la depressió[31], el malestar sembla començar ja amb la notificació i la demanda[75] i la majoria dels suïcidis relacionats es produeixen abans de perdre l'habitatge[35]. El segon és la privació material i l'obligació de triar entre l'habitatge i altres necessitats bàsiques, com mostren la renúncia a medicaments per motius econòmics[47] i la concurrència d'inseguretats residencial, energètica i alimentària[62]. El tercer és la interrupció de la continuïtat assistencial i terapèutica[44,46], que a Espanya pot expressar-se en barreres administratives, com no tenir targeta sanitària, i en l'estigma en els serveis sanitaris[71,72,88]. El quart és l'exposició a condicions inadequades, com el fred, la calor excessiva, l'amuntegament o la pobresa energètica[8,55]. El cinquè és la xarxa social: els estudis qualitatius descriuen la família, el veïnat i la xarxa social com a mediadors i la pèrdua de xarxes com a via d'afectació[68,69], mentre que el suport social actua com a amortidor[54,64]. Finalment, la relació és bidireccional: la malaltia i la discapacitat retroalimenten el cercle, augmentant el risc d'impagament i d'execució hipotecària[89], i el baix pes en néixer o la prematuritat, el de desnonament de la família[90], cosa que dibuixa un cercle en què la pèrdua de salut i la d'habitatge es reforcen mútuament.

L'evidència a Espanya és coherent amb la internacional, però té limitacions pròpies: predominen els dissenys transversals en mostres reclutades per entitats socials, que reflecteixen situacions greus i no permeten estimar l'efecte poblacional; els estudis en població general[65,66] i els longitudinals sobre inseguretat residencial[67,84] són pocs i recents, i una mateixa mostra pot generar diverses publicacions[63,64].

Per a l'atenció primària, i a nivell internacional, l'evidència suggereix sis línies d'acció, detallades a la taula 3, amb el grau de suport: preguntar per la situació residencial i registrar-la, perquè els mètodes automàtics aplicats a la història clínica electrònica la detecten malament (sensibilitat del 3,1% al 29,0% en un estudi canadenc)[22,91,92]; vigilar la salut mental i el risc de suïcidi durant el període d'amenaça, quan el risc es concentra[35,64]; protegir la continuïtat assistencial i l'adherència davant d'un desnonament o d'un canvi de domicili forçat[44,46]; coordinar-se amb el treball social i amb recursos jurídics mitjançant derivació activa[93,94]; prioritzar les dones embarassades, els infants i les persones amb malalties cròniques o trastorns mentals greus[51,53,79], i participar en l'acció comunitària i en el debat de polítiques de barri, d'acord amb l'enfocament de salut en totes les polítiques[3]. Preguntar sistemàticament per la vivenda, registrar la situació o vigilar específicament el risc de suïcidi, són accions on es demostra sobretot associació i plausibilitat clínica, però no són sinònim que necessàriament que aquestes intervencions, des de

Figura 3. Model conceptual de les vies entre l'habitatge i la salut.



Taula 3. Implicacions per a l'atenció primària i grau de suport de l'evidència

Línia d'acció	Què es pot fer a la consulta i al centre	Base empírica (resum)	Referències (núm.)	Què no se sap
1. Preguntar per la situació residencial i registrar-la	Preguntes breus sobre dificultats per pagar l'habitatge, amenaça de desnonament, mudances forçades i condicions (fred, humitat, amuntegament); registre estructurat com a determinant social a la història clínica.	En un estudi canadenc, els mètodes automàtics aplicats a la història clínica electrònica van identificar malament la inestabilitat residencial (sensibilitat 3,1-29,0 %); professionals entrevistats als Estats Units van referir que dues preguntes de cribratge a la història clínica els ajudaven a tenir-la en compte. El programa de l'especialitat inclou el registre dels determinants socials.	91, 92, 22	Efecte del cribratge sistemàtic en resultats de salut a l'atenció primària espanyola: no avaluat.
2. Vigilar el període d'amenaça	Davant d'un procés de desnonament o d'impagament: valorar la salut mental, el son i el risc de suïcidi; oferir seguiment proactiu.	La majoria dels suïcidis relacionats es produeixen abans de perdre l'habitatge (79 %); el 46,7 % de les persones en procés de desnonament a Granada presentava algun grau de risc de suïcidi (alt en el 17,9 %); el malestar sembla començar amb la notificació.	35, 64, 75	Eficàcia del cribratge del risc de suïcidi en aquest context: no avaluada.
3. Protegir la continuïtat assistencial i l'adherència	Revisar el pla terapèutic i les dispensacions davant d'un desnonament o un canvi de domicili forçat; evitar la pèrdua de la targeta sanitària o de l'adscripció al centre; facilitar el seguiment de les malalties cròniques.	El desnonament s'associa a càrrega viral detectable per menor adherència, a pèrdua de cobertura i menys dispensacions (EUA); deixar de recollir medicaments per motius econòmics; més d'una quarta part de les persones sense llar de la mostra de València, sense targeta sanitària.	44, 46, 47, 71	Magnitud de la interrupció assistencial a Espanya: no mesurada.
4. Coordinar-se amb el treball social i amb recursos jurídics i municipals	Derivació activa (no només informativa) a treball social i gestió de casos; coordinació amb serveis jurídics i d'habitatge; derivació a programes d'assessorament energètic.	Les intervencions eficaces des dels serveis sanitaris comparteixen derivació activa, abordatge multicomponent i gestió de casos; les aliances entre serveis sanitaris i jurídics són factibles; l'assistència jurídica es percep com a reductora d'estrès; l'assessorament energètic a Barcelona va reduir les visites a l'atenció primària.	93, 94, 82, 86	Efectivitat de circuits de derivació des de l'atenció primària catalana: no avaluada.
5. Prioritzar els grups més vulnerables	Seguiment reforçat de dones embarassades, infants, persones amb malalties cròniques i persones amb trastorn mental en situació d'inseguretat residencial.	La inseguretat residencial durant l'embaràs s'associa a baix pes o prematuritat; a la infància, a ansietat i depressió fins a l'edat adulta; en persones amb VIH, a pitjor control virològic; l'expiració de les moratòries s'associa a més atenció per trastorn mental greu.	51, 53, 52, 44, 79	Intervencions específiques des de l'atenció primària en aquests grups: no avaluades.
6. Acció comunitària i participació en el debat de polítiques	Aportar dades i experiència clínica al debat públic; col·laborar amb entitats i serveis municipals; enfocament de salut en totes les polítiques.	Les moratòries de desnonaments i els ajuts al lloguer s'associen a millor salut mental i a menys COVID-19 (EUA); la Declaració d'Astanà promou la salut en totes les polítiques.	3, 75, 81	Efecte en salut de les polítiques espanyoles (suspensió de desnonaments des del 2020): no avaluat.

l'atenció primària, millorin els resultats finals. Cal diferenciar entre evidència directa d'efectivitat, evidència indirecta i recomanació de bona pràctica.

Pel que fa a les polítiques, un estudi quasiexperimental suggereix que prevenir el desnonament des de les primeres fases del procés protegeix la salut mental[75], i un altre, que els ajuts al lloguer milloren la salut mental i la seguretat alimentària, en bona part perquè redueixen els endarreriments[81]. Els canvis normatius recents, com la derogació de la pròrroga de la suspensió de desnonaments el febrer de 2026[21], ofereixen l'ocasió d'estudiar-ne l'impacte en la salut amb dades locals. En aquest sentit, es especialment pertinent la recent revisió de Buffardi et al perquè s'endinsa en el punt on l'evidència és més feble: no tant en demostrar que la inseguretat residencial s'associa a pitjor salut (evidència àmpliament demostrada en aquesta revisió), sinó en identificar quines polítiques i intervencions sobre l'habitatge han estat avaluades i amb quins resultats en salut[95].

Una menció final al cas de Catalunya. Segons dades de la Fundació Arrels, entre el 2015 i el 2025, 682 persones que vivien o havien viscut al carrer van morir a la ciutat de Barcelona. D'aquestes, 204 (86% homes i 14% dones) vivien al carrer en el moment de morir, amb una edat mitjana dei en 49 anys, és a dir, 34 anys abans que el conjunt de la població barcelonina[96].

Com succeeix amb moltes revisions, aquesta també té limitacions. Es va consultar una sola base de dades, sense literatura grisa ni informes institucionals. Un model de llenguatge va fer el cribratge i l'extracció amb el títol i el resum; la concordança amb la verificació a cegues d'una altra instància del mateix model va ser alta i les xifres es van contrastar amb els resums, però aquesta verificació no és independent dels possibles biaixos del model. Malgrat tot, el recompte va ser objecte de verificació humana. No es va avaluar el risc de biaix, i la direcció de les associacions es basa en els resums atenent a que no tots els manuscrits estaven disponibles a text complert, cosa que pot augmentar la proporció de resultats positius. La descripció individual es limita a un subconjunt seleccionat per judici, cosa que pot introduir un biaix de selecció, atenuat perquè tots els estudis inclosos figuren a la síntesi agregada i a la taula d'evidència. Les definicions d'inseguretat residencial són heterogènies, els estudis transversals (35%) i els dels Estats Units (40%) són els més freqüents, i alguns estudis comparteixen mostra. Entre les fortaleses hi ha una cerca reproduïble, l'atenció a l'evidència espanyola i la traçabilitat de cada referència i de cada xifra.

Calen cohorts espanyoles que vinculin els registres judicials de desnonaments amb les dades sanitàries, avaluacions de l'efecte en salut de les polítiques d'habitatge i assaigs d'intervencions des de l'atenció primària, com el cribratge sistemàtic amb derivació activa. La detecció automàtica en les notes clíniques amb eines d'intel·ligència artificial podria ser una línia emergent, però el seu rendiment encara està per definir[91].

CONCLUSIONS

Malgrat les limitacions esmentades, podem concloure que la inseguretat residencial, des de les dificultats per pagar l'habitatge fins a la pèrdua de la llar, s'associa de manera consistent amb pitjor salut mental, més risc de suïcidi i de mortalitat, pitjor control de les malalties cròniques i resultats adversos en l'embaràs i la infància. Les avaluacions de moratòries de desnonaments i d'ajuts al lloguer suggereixen que les intervencions que protegeixen l'estabilitat residencial poden produir beneficis en salut. L'evidència espanyola és coherent amb la internacional, però és sobretot transversal i no inclou avaluacions de les polítiques recents. Des de l'atenció primària es pot preguntar per la situació residencial, registrar-la, vigilar el risc durant els processos de desnonament i protegir la continuïtat assistencial, amb especial èmfasi en la coordinació sanitària i social, i si és possible, amb els serveis jurídics. L'evidència avala considerar les polítiques d'habitatge com a part de les polítiques de salut.

DECLARACIONS

Conflicte d'interessos. Els autors declaren no tenir conflictes d'interès.

Finançament. Estudi propi de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, sense finançament de cap organització aliena.

Contribució dels autors. Els autors són responsables de la formulació de la pregunta, la revisió, l'extracció i anàlisi de les dades. També de la discussió i de les seves conclusions.

Ús d'intel·ligència artificial. En l'elaboració d'aquest article s'ha utilitzat un model de llenguatge (Claude Opus 5.5, Anthropic; nivell de raonament: màxim) per al disseny de les estratègies de cerca i la mesura dels registres que recuperaven, el cribratge de dades, les taules i les figures, i la verificació de les referències i de les xifres. Els autors han revisat tot el contingut i n'assumeixen la responsabilitat.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata (USSR) [Internet]. Geneva: WHO; 1978 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://fctc.who.int/resources/publications/i/item/declaration-of-alma-ata
2. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S; Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-9. doi:10.1016/S0140-6736(08)61690-6. PMID: 18994664.

3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care; 2018 Oct 25-26; Astana (Kazakhstan) [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citat 17 oct 2026]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.61. Disponible a: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61
4. World Health Organization. World report on social determinants of health equity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588
5. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 4: The right to adequate housing (art. 11 (1) of the Covenant). 13 Dec 1991. UN Doc E/1992/23 [Internet]. [citat 24 oct 2026]. Disponible a: https://www.refworld.org/node/53157
6. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311 (29 de desembre de 1978). BOE-A-1978-31229 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229
7. Swope CB, Hernández D. Housing as a determinant of health equity: A conceptual model. Soc Sci Med. 2019;243:112571. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112571. PMID: 31675514.
8. World Health Organization. WHO Housing and health guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376
9. Vásquez-Vera H, Palència L, Magna I, Mena C, Neira J, Borrell C. The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. Soc Sci Med. 2017;175:199-208. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.010. PMID: 28107704.
10. Tsai AC. Home foreclosure, health, and mental health: a systematic review of individual, aggregate, and contextual associations. PLoS One. 2015;10(4):e0123182. doi:10.1371/journal.pone.0123182. PMID: 25849962.
11. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6. PMID: 25390578.
12. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018;391(10117):241-50. doi:10.1016/S0140-6736(17)31869-X. PMID: 29137869.
13. Novoa AM, Bosch J, Díaz F, Malmusi D, Darnell M, Trilla C. [Impact of the crisis on the relationship between housing and health. Policies for good practice to reduce inequalities in health related to housing conditions]. Gac Sanit. 2014;28 Suppl 1:44-50. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.018. Spanish. PMID: 24863993.
14. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013;23(1):103-8. doi:10.1093/eurpub/cks035. PMID: 23132877.
15. Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides. Comunicació núm. 5/2015, Mohamed Ben Djazia i Naouel Bellili c. Espanya. Dictamen de 20 de juny de 2017. E/C.12/61/D/5/2015 [Internet]. [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://digitallibrary.un.org/record/3994251
16. Consejo General del Poder Judicial. Efectos de la crisis económica en los órganos judiciales: nota sobre los datos de 2025 [Internet]. Madrid: CGPJ; 20 de març de 2026 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/Las-ejecuciones-hipotecarias-y-los-concursos-registrados-en-los-organos-judiciales-crecieron-en-2025-un-30--respecto-al-ano-anterior
17. Ley 1/2022, de 3 de marzo, de modificación de la Ley 18/2007, la Ley 24/2015 y la Ley 4/2016, para afrontar la emergencia en el ámbito de la vivienda. Boletín Oficial del Estado, núm. 65 (17 de març de 2022). BOE-A-2022-4208 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2022/03/03/1
18. Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda. Boletín Oficial del Estado, núm. 124 (25 de maig de 2023). BOE-A-2023-12203 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/eli/es/l/2023/05/24/12
19. Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19. Boletín Oficial del Estado, núm. 91 (1 d'abril de 2020). BOE-A-2020-4208 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/11/con
20. Real Decreto-ley 2/2026, de 3 de febrero, por el que se adoptan medidas urgentes para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social, en materia tributaria y relativas a los recursos de los sistemas de financiación territorial. Boletín Oficial del Estado, núm. 31 (4 de febrer de 2026). BOE-A-2026-2547 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/boe/dias/2026/02/04/pdfs/BOE-A-2026-2547.pdf
21. Resolución de 26 de febrero de 2026, del Congreso de los Diputados, por la que se ordena la publicación del Acuerdo de derogación del Real Decreto-ley 2/2026, de 3 de febrero, por el que se adoptan medidas urgentes para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social, en materia tributaria y relativas a los recursos de los sistemas de financiación territorial. Boletín Oficial del Estado, núm. 53 (28 de febrer de 2026). BOE-A-2026-4667 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2026-4667
22. Orden PJC/798/2024, de 26 de julio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad

de Medicina Familiar y Comunitaria, los criterios de evaluación de los especialistas en formación y los requisitos de acreditación de las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 183 (30 de juliol de 2024). p. 97152-210. BOE-A-2024-15685 [citat 17 oct 2026]. Disponible a: https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798

23. Jiménez-Picón N, García-Reposo A, Romero-Martín M. [Biopsychosocial consequences in Spanish population affected by an eviction process]. Gac Sanit. 2020;34(3):289-96. doi:10.1016/j.gaceta.2019.03.008. Spanish. PMID: 31474382.
24. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8. PMID: 30962953.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057.
26. Downing J. The health effects of the foreclosure crisis and unaffordable housing: A systematic review and explanation of evidence. Soc Sci Med. 2016;162:88-96. doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.014. PMID: 27343818.
27. Talmatzky M, Nohr L, Knaevelsrud C, Niemeyer H. Exploring the association between housing insecurity and mental health among renters: A systematic review of quantitative primary and secondary studies. PLoS One. 2026;21(1):e0294222. doi:10.1371/journal.pone.0294222. PMID: 41544000.
28. McLaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, Uddin M, Aiello AE, Galea S, et al. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. Psychol Med. 2012;42(7):1441-8. doi:10.1017/S0033291711002613. PMID: 22099861.
29. Pevalin DJ. Housing repossessions, evictions and common mental illness in the UK: results from a household panel study. J Epidemiol Community Health. 2009;63(11):949-51. doi:10.1136/jech.2008.083477. PMID: 19578031.
30. Mason KE, Alexiou A, Li A, Taylor-Robinson D. The impact of housing insecurity on mental health, sleep and hypertension: Analysis of the UK Household Longitudinal Study and linked data, 2009-2019. Soc Sci Med. 2024;351:116939. doi:10.1016/j.socscimed.2024.116939. PMID: 38749252.
31. Hoke MK, Boen CE. The health impacts of eviction: Evidence from the national longitudinal study of adolescent to adult health. Soc Sci Med. 2021;273:113742. doi:10.1016/j.socscimed.2021.113742. PMID: 33607393.
32. Bozick R, Troxel WM, Karoly LA. Housing insecurity and sleep among welfare recipients in California. Sleep. 2021;44(7):zsab005. doi:10.1093/sleep/zsab005. PMID: 33523227.
33. Schwartz GL, Harriman NW, Ramphal B, Slopen N. Eviction, inability to pay rent, and youth mental health: a fixed effects study. Am J Epidemiol. 2025;194(12):3501-9. doi:10.1093/aje/kwaf212. PMID: 41025967.
34. Burgard SA, Seefeldt KS, Zelner S. Housing instability and health: findings from the Michigan Recession and Recovery Study. Soc Sci Med. 2012;75(12):2215-24. doi:10.1016/j.socscimed.2012.08.020. PMID: 22981839.
35. Fowler KA, Gladden RM, Vagi KJ, Barnes J, Frazier L. 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. 2015;105(2):311-6. doi:10.2105/AJPH.2014.301945. PMID: 25033148.
36. Houle JN, Light MT. The home foreclosure crisis and rising suicide rates, 2005 to 2010. Am J Public Health. 2014;104(6):1073-9. doi:10.2105/AJPH.2013.301774. PMID: 24825209.
37. Rojas Y, Stenberg SÅ. Evictions and suicide: a follow-up study of almost 22,000 Swedish households in the wake of the global financial crisis. J Epidemiol Community Health. 2016;70(4):409-13. doi:10.1136/jech-2015-206419. PMID: 26537566.
38. Rojas Y. Evictions and short-term all-cause mortality: a 3-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. Int J Public Health. 2017;62(3):343-51. doi:10.1007/s00038-016-0931-8. PMID: 27942747.
39. Graetz N, Hepburn P, Gershenson C, Porter SR, Sandler DH, Lemmerman E, et al. Examining Excess Mortality Associated With the COVID-19 Pandemic for Renters Threatened With Eviction. JAMA. 2024;331(7):592-600. doi:10.1001/jama.2023.27005. PMID: 38497697.
40. Rao S, Essien UR, Powell-Wiley TM, Maddineni B, Das SR, Halm EA, et al. Association of US County-Level Eviction Rates and All-Cause Mortality. J Gen Intern Med. 2023;38(5):1207-13. doi:10.1007/s11606-022-07892-9. PMID: 36344645.
41. Bradford AC, Bradford WD. The effect of evictions on accidental drug and alcohol mortality. Health Serv Res. 2020;55(1):9-17. doi:10.1111/1475-6773.13256. PMID: 31889303.
42. Wang Y, Davis-Plourde K, Vander Wyk B, Paredes LG, Gill TM, Becher RD. Housing Insecurity, Incident Geriatric Conditions, and Mortality in Community-Living Older Persons. JAMA Netw Open. 2026;9(5):e269335. doi:10.1001/jamanetworkopen.2026.9335. PMID: 42065888.
43. Calvo F, Turró-Garriga O, Fàbregas C, Alfranca R, Calvet A, Salvans M, et al. Mortality Risk Factors for Individuals Experiencing Homelessness in Catalonia (Spain): A 10-Year Retrospective Cohort Study. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1762. doi:10.3390/ijerph18041762. PMID: 33670288.
44. Kennedy MC, Kerr T, McNeil R, Parashar S, Montaner J, Wood E, et al. Residential Eviction and Risk of Detectable Plasma HIV-1 RNA Viral Load Among HIV-Positive

People Who Use Drugs. AIDS Behav. 2017;21(3):678-87. doi:10.1007/s10461-016-1315-z. PMID: 26906022.
45. O'Grady T, Eisenberg M, Weinberg S, Kussainova A, Tesoriero J, Leung SJ. Housing Instability as a Barrier to HIV Viral Suppression: Evidence from a U.S. Systematic Review and Meta-analysis. AIDS Behav. 2026. doi:10.1007/s10461-026-05177-4. Epub ahead of print. PMID: 42168709.
46. Schwartz GL, Feldman JM, Wang SS, Glied SA. Eviction, Healthcare Utilization, and Disenrollment Among New York City Medicaid Patients. Am J Prev Med. 2022;62(2):157-64. doi:10.1016/j.amepre.2021.07.018. PMID: 35000688.
47. Pollack CE, Lynch J. Health status of people undergoing foreclosure in the Philadelphia region. Am J Public Health. 2009;99(10):1833-9. doi:10.2105/AJPH.2009.161380. PMID: 19696373.
48. Berkowitz SA, Ochoa A, Kuhn ML, Dankovchik J, Donovan JM, LaPoint M, et al. Housing Instability and Type 2 Diabetes Outcomes. JAMA Netw Open. 2025;8(4):e254852. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.4852. PMID: 40227681.
49. Ramphal B, Keen R, Okuzuno SS, Ojogho D, Slopen N. Evictions and Infant and Child Health Outcomes: A Systematic Review. JAMA Netw Open. 2023;6(4):e237612. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.7612. PMID: 37040110.
50. DiTosto JD, Holder K, Soyemi E, Beestrum M, Yee LM. Housing instability and adverse perinatal outcomes: a systematic review. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021;3(6):100477. doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100477. PMID: 34481998.
51. Leifheit KM, Schwartz GL, Pollack CE, Edin KJ, Black MM, Jennings JM, et al. Severe Housing Insecurity during Pregnancy: Association with Adverse Birth and Infant Outcomes. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(22):8659. doi:10.3390/ijerph17228659. PMID: 33233450.
52. Schwartz GL, Leifheit KM, Chen JT, Arcaya MC, Berkman LF. Childhood eviction and cognitive development: Developmental timing-specific associations in an urban birth cohort. Soc Sci Med. 2022;292:114544. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114544. PMID: 34774367.
53. Keen R, Chen JT, Slopen N, Sandel M, Copeland WE, Tiemeier H. Prospective Associations of Childhood Housing Insecurity With Anxiety and Depression Symptoms During Childhood and Adulthood. JAMA Pediatr. 2023;177(8):818-26. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.1733. PMID: 37338896.
54. Hock ES, Blank L, Fairbrother H, Clowes M, Cuevas DC, Booth A, et al. Exploring the impact of housing insecurity on the health and wellbeing of children and young people in the United Kingdom: a qualitative systematic review. BMC Public Health. 2024;24(1):2453. doi:10.1186/s12889-024-19735-9. PMID: 39251944.
55. Khavandi S, Mccoll L, Leavey C, McGowan VJ, Bennett NC. The Mental Health Impacts of Fuel Poverty: A Global Scoping Review. Int J Public Health. 2024;69:1607459. doi:10.3389/ijph.2024.1607459. PMID: 39629014.
56. Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(2):CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.pub2. PMID: 23450585.
57. Gibson M, Petticrew M, Bambra C, Sowden AJ, Wright KE, Whitehead M. Housing and health inequalities: a synthesis of systematic reviews of interventions aimed at different pathways linking housing and health. Health Place. 2011;17(1):175-84. doi:10.1016/j.healthplace.2010.09.011. PMID: 21159542.
58. Oliveras L, Artazcoz L, Borrell C, Palència L, López MJ, Gotsens M, et al. The association of energy poverty with health, health care utilisation and medication use in southern Europe. SSM Popul Health. 2020;12:100665. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100665. PMID: 33195789.
59. Oliveras L, Borrell C, González-Pijuan I, Gotsens M, López MJ, Palència L, et al. The Association of Energy Poverty with Health and Wellbeing in Children in a Mediterranean City. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(11):5961. doi:10.3390/ijerph18115961. PMID: 34199387.
60. Vásquez-Vera H, Rodríguez-Sanz M, Palència L, Borrell C. Foreclosure and Health in Southern Europe: Results from the Platform for People Affected by Mortgages. J Urban Health. 2016;93(2):312-30. doi:10.1007/s11524-016-0030-4. PMID: 26940706.
61. Novoa AM, Ward J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, et al. How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. Int J Equity Health. 2015;14:120. doi:10.1186/s12939-015-0238-z. PMID: 26530721.
62. Carrere J, Vásquez-Vera H, Pérez-Luna A, Novoa AM, Borrell C. Housing Insecurity and Mental Health: the Effect of Housing Tenure and the Coexistence of Life Insecurities. J Urban Health. 2022;99(2):268-76. doi:10.1007/s11524-022-00619-5. PMID: 35303243.
63. Bolívar Muñoz J, Bernal Solano M, Mateo Rodríguez I, Daponte Codina A, Escudero Espinosa C, Sánchez Cantalejo C, et al. [The health of adults undergoing an eviction process]. Gac Sanit. 2016;30(1):4-10. doi:10.1016/j.gaceta.2015.10.002. Spanish. PMID: 26548977.
64. Mateo-Rodríguez I, Miccoli L, Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J, Escudero-Espinosa C, Fernández-Santaella MC, et al. Risk of suicide in households threatened with eviction: the role of banks and social support. BMC Public Health. 2019;19(1):1250. doi:10.1186/s12889-019-7548-9. PMID: 31510963.
65. Vásquez-Vera H, León-Gómez BB, Palència L, Pérez K, Borrell C. Health Effects of Housing Insecurity and Unaffordability in the General Population in Barcelona, Spain. J Urban Health. 2021;98(4):496-504. doi:10.1007/s11524-021-00546-x. PMID: 34231119.
66. Vásquez-Vera C, Carrere J, Borrell C, Vásquez-Vera H. Neglected housing insecurity and its relationship with renters health:

the case of Barcelona, Spain. Gac Sanit. 2022;36(3):207-13. doi:10.1016/j.gaceta.2021.08.005. PMID: 34742601.
67. Reyes A, Vásquez-Vera H, Novoa A, González-Marín P, Puig-Barrachina V, Borrell C. [How does the employment status influence the effects of residential insecurity on health?]. Gac Sanit. 2021;35(1):60-6. doi:10.1016/j.gaceta.2019.07.007. Spanish. PMID: 31732187.
68. Vásquez-Vera H, Fernández A, Novoa AM, Delgado L, Barcala J, Macías C, et al. Our lives in boxes: perceived community mediators between housing insecurity and health using a PHOTOVOICE approach. Int J Equity Health. 2019;18(1):52. doi:10.1186/s12939-019-0943-0. PMID: 30917833.
69. Sánchez-Ledesma E, Vásquez-Vera H, Sagarra N, Peralta A, Porthé V, Díez È, et al. Perceived pathways between tourism gentrification and health: A participatory Photovoice study in the Gòtic neighborhood in Barcelona. Soc Sci Med. 2020;258:113095. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113095. PMID: 32559574.
70. Tornero Patricio S, Fernández Ajuria A, Charris Castro L. [Characteristics of Hospitalizations of Homeless Persons in Seville, Spain]. Rev Esp Salud Publica. 2016;90:E12. Spanish. PMID: 26861913.
71. Botija M, Vázquez-Cañete AI, Esteban-Romaní L. [Homelessness as a determinant of health and its impact on quality of life]. Gac Sanit. 2024;38:102388. doi:10.1016/j.gaceta.2024.102388. Spanish. PMID: 38608386.
72. Cernadas A, Fernández Á. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). Int J Equity Health. 2021;20(1):84. doi:10.1186/s12939-021-01409-2. PMID: 33743729.
73. Leifheit KM, Linton SL, Raifman J, Schwartz GL, Benfer EA, Zimmerman FJ, et al. Expiring Eviction Moratoriums and COVID-19 Incidence and Mortality. Am J Epidemiol. 2021;190(12):2503-10. doi:10.1093/aje/kwab196. PMID: 34309643.
74. Sandoval-Olascoaga S, Venkataramani AS, Arcaya MC. Eviction Moratoria Expiration and COVID-19 Infection Risk Across Strata of Health and Socioeconomic Status in the United States. JAMA Netw Open. 2021;4(8):e2129041. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.29041. PMID: 34459904.
75. Leifheit KM, Pollack CE, Raifman J, Schwartz GL, Koehler RD, Rodriguez Bronico JV, et al. Variation in State-Level Eviction Moratorium Protections and Mental Health Among US Adults During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2021;4(12):e2139585. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.39585. PMID: 34919134.
76. Ali AK, Wehby GL. State Eviction Moratoriums During The COVID-19 Pandemic Were Associated With Improved Mental Health Among People Who Rent. Health Aff (Millwood). 2022;41(11):1583-9. doi:10.1377/hlthaff.2022.00750. PMID: 36343323.
77. Boen CE, Keister LA, Gibson-Davis CM, Luck A. The Buffering Effect of State Eviction and Foreclosure Policies for Mental Health during the COVID-19 Pandemic in the United States. J Health Soc Behav. 2026;67(3):373-92. doi:10.1177/00221465231175939. PMID: 37334797.
78. Zhang L, Wang Y, Berger LM. State-Based Eviction Moratoria and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics. 2025;155(5):e2024068174. doi:10.1542/peds.2024-068174. PMID: 40194787.
79. Ge Y, Leifheit KM, Kennedy-Hendricks A, Qureshi I, Linton S, Fingerhood M, et al. Mental Health Care Utilization Following Eviction Moratorium Expirations. JAMA Health Forum. 2026;7(5):e261212. doi:10.1001/jamahealthforum.2026.1212. PMID: 42172005.
80. Rivera-Aguirre A, Díaz I, Routhier G, McKay CC, Matthay EC, Friedman SR, et al. The effect of lifting eviction moratoria on fatal drug overdoses in the context of the COVID-19 pandemic in the United States. Am J Epidemiol. 2025;194(10):2896-904. doi:10.1093/aje/kwaf105. PMID: 40391744.
81. Fusaro VA, Baidoo C, Carey N, Coley RL. Rental assistance, housing insecurity, & well-being: Spillover effects of emergency rental assistance during the COVID-19 pandemic. Soc Sci Med. 2026;389:118795. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118795. PMID: 41338044.
82. von Geldern W. Evictions, legal counsel, and population health: A mixed methods study. Soc Sci Med. 2025;377:118134. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118134. PMID: 40319739.
83. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. J Epidemiol Community Health. 2019;73(5):379-87. doi:10.1136/jech-2018-210981. PMID: 30777888.
84. Novoa AM, Amat J, Malmusi D, Díaz F, Darnell M, Trilla C, et al. Changes in Health Following Housing Improvement in a Vulnerable Population in Spain: A Follow-up Study. Int J Health Serv. 2017;47(1):83-107. doi:10.1177/0020731416676228. PMID: 27799593.
85. Reyes A, Macaya Munell I, Borrell C, Carmezim Correia JP, Fernández A, Vásquez-Vera C, et al. Cooperative housing under a grant-of-use in Catalonia and health: pre-post analysis. BMC Public Health. 2024;24(1):1835. doi:10.1186/s12889-024-19214-1. PMID: 38982448.
86. Carrere J, Belvis F, Peralta A, Marí-Dell'Olmo M, López MJ, Benach J, et al. Effectiveness of an Energy-Counseling Intervention in Reducing Energy Poverty: Evidence from a Quasi-Experimental Study in a Southern European City. J Urban Health. 2022;99(3):549-61. doi:10.1007/s11524-022-00642-6. PMID: 35622196.
87. Bhat AC, Almeida DM, Fenelon A, Santos-Lozada AR. A longitudinal analysis of the relationship between housing insecurity and physical health among midlife and aging adults

in the United States. SSM Popul Health. 2022;18:101128. doi:10.1016/j.ssmph.2022.101128. PMID: 35652088.
88. Llobet-Estany M, Serrano-Miguel M, Muñoz A, Boixadós-Porquet A, Campomar B. Stigma in homelessness and health care: reflections from a Housing First program in Barcelona, Spain. Salud Colect. 2024;20:e4826. doi:10.18294/sc.2024.4826. PMID: 38967971.
89. 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(4):382-7. doi:10.1136/jech-2014-204637. PMID: 25430548.
90. Schwartz GL, Leifheit KM, Berkman LF, Chen JT, Arcaya MC. Health Selection Into Eviction: Adverse Birth Outcomes and Children's Risk of Eviction Through Age 5 Years. Am J Epidemiol. 2021;190(7):1260-9. doi:10.1093/aje/kwab007. PMID: 33454765.
91. Garies S, Meaney C, Weyman K, Bloch G, Gronsbell J, Vahidi-Williams N, et al. Testing regular expression searches and machine learning models to determine housing instability and low income status from primary care electronic medical record data in Toronto, Ontario. BMC Public Health. 2025;25(1):3172. doi:10.1186/s12889-025-23960-1. PMID: 41029557.
92. Chhabra M, Sorrentino AE, Cusack M, Dichter ME, Montgomery AE, True G. Screening for Housing Instability: Providers' Reflections on Addressing a Social Determinant of Health. J Gen Intern Med. 2019;34(7):1213-9. doi:10.1007/s11606-019-04895-x. PMID: 30993632.
93. Yan H, Gallant AJ, Delahunty-Pike A, Langley JE, Zsager A, Abaga E, et al. Addressing housing insecurity as a social determinant of health: A systematic review of interventions in healthcare settings. Soc Sci Med. 2025;384:118557. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118557. PMID: 40946591.
94. Arora N, Terry S, Stevens HR, Davis VW, Sorto G, Hamilton B, et al. Health, Housing, and Justice: Two-Year Implementation Evaluation of a Health System's Multi-State Medical-Legal Partnership to Address Housing Instability. Health Serv Res. 2025;60 Suppl 3:e14620. doi:10.1111/1475-6773.14620. PMID: 40137861.
95. Buffardi AL, Pascall Jones P, Begault L. Policy interventions to improve health through housing: A scoping review. PLoS One. 2026 Sep 29;21(9): e0358689. doi: 10.1371/journal.pone.0358689 PMID: 42809543.
96. Arrels Fundació 2026. Viure al carrer mata. Persones en situació de carrer mortes a Barcelona 2015 – 2025. (Monogràfic núm. 3). Barcelona: Arrels Fundació. Disponible a: https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2026/10/Viurealcarrermata.pdf