

La Construcción Colectiva del Hábitat Social

Vulnerabilidad y Riesgos de Salud

En barrios periféricos de la Ciudad de La Plata

Becaria: Massa Formica, María Sofía

Beca: Iniciación (Fecha de inicio: 01-04-06)

sofmass@hotmail.com

UNLP – FAU – IDEHAB- UI 3 -

Calle 47 N° 167. La Plata Tel/Fax: 0221-4236587/90 Interno 251

Directora: Marsili, Luciana

lmarsili@yahoo.com

UNLP – FAU – IDEHAB- UI 3 –

Resumen

“Las condiciones de la vivienda han sido reconocidas desde hace tiempo como una de las principales determinantes sociales de la salud humana”. (WHO, 2005)

La falta de higiene, las malas condiciones sanitarias; la falta de diseños urbanos, como el de la vivienda misma, son inadecuados; el riesgo a los vectores; la mala utilización y la precariedad de materiales para la construcción; el ruido, la humedad, el monóxido de carbono, las partículas y compuestos volátiles orgánicos; el hacinamiento y la falta de ventilación; son algunos de los peligros a la salud a los que se está expuesto en la vivienda. (Foster H.D. 1992; Ineichen B. 1993; Krieger J. Higgins D. L. 2002). De esta manera se genera en los habitantes un estado de permanente vulnerabilidad sanitaria y graves riesgos para la salud psicofísica de los mismos.

Es menester “la construcción colectiva del hábitat social” con el fin de promover y proteger la salud de la población de los peligros a los que se está expuesta, por las precarias condiciones de la vivienda que habita, facilitando procesos para que las personas puedan mejorar su calidad de vida.

Palabras Claves: Actores y Procesos Urbanos – Construcción Colectiva – Vivienda Saludable.

Introducción

Los cambios políticos, económicos y sociales producidos durante los últimos años en nuestro país, fueron provocando el proceso de empobrecimiento y la pauperización de la clase media y el surgimiento de la “nueva pobreza”, además de pronunciar la exclusión social de la población con necesidades básicas insatisfechas.

Esta población -de escasos recursos- se localiza en zonas periféricas de las grandes ciudades, como La Plata, aumentando la segregación espacial y configurando nuevos sectores populares urbanos.

Agravados por el tipo de viviendas donde se ubican, generalmente, construidas sin ningún tipo de planeamiento: en zonas aldeañas a caños, con alto grado de contaminación ambiental, expuestas a factores de riesgo (como inundaciones); construidas con material generalmente reciclado, mal ventiladas y con un alto porcentaje de hacinamiento, puesto que es común encontrar que sólo cuentan con apenas una habitación multifuncional, la que es compartida por toda la familia. De tal forma, no cumplen con condiciones de seguridad, abrigo y protección para sus habitantes.

Estas viviendas y asentamientos carecen de servicios públicos como el de agua potable, alcantarillado, energía eléctrica domiciliaria; deficitario o nulo manejo adecuado de residuos -tanto líquidos como sólidos-, con presencia de insectos y roedores, donde la cría de animales domésticos -como los cerdos- es una de las fuentes principales de subsistencia.

La situación económica precaria -viviendo del “rebusque”-, con pérdida de autoestima, sumados a los conflictos intrafamiliares (el aumento de la violencia y del consumo de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas), al igual que la restricción de los alimentos y el hambre, así como el fuerte impacto psicosocial a que se ven enfrentados, son -todos- factores que contribuyen al aumento de la morbilidad y la mortalidad en esta población.

La OPS/OMS, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria Ambiental, cuyo objetivo fundamental es *“Proteger y mejorar la salud de la población y el ambiente, creando un ambiente sano mediante la promoción y ejecución de acciones básicas preventivas en el nivel local, con la participación de la comunidad”*, viene accionando a favor de estrategias educativas –comunitaria y familiar- para la toma de conciencia y la protección de la salud en la vivienda.

Esto contempla la utilización de metodologías participativas de capacitación de las personas en la identificación de sus propios problemas, así como el planeamiento, la realización de cambios y el monitoreo de sus avances.

Así, “promover el cambio en la comunidad es facilitar los medios para que puedan tomar mayor control de su destino, involucrándose en la identificación y selección de opciones alternativas para su desarrollo”¹.

La educación debe considerarse una herramienta fundamental para minimizar o eliminar los riesgos de salud tanto en el hogar, como en el barrio y en la ciudad.

Cómo resolver el problema de la vivienda para todos los sectores poblacionales es una de las tareas más difícil y compleja de resolver, aunque sea reconocida -tanto el Derecho a la Vivienda como el Derecho a la Salud²-, en nuestra Constitución Nacional.

En primer lugar, es trascendente destacar el análisis de la vinculación entre salud, calidad de vida y calidad de la vivienda; en tanto los riesgos de salud que enfrenta la población deben ser considerados bajo los impactos generados por la globalización económica y la hegemonía del modelo de desarrollo – subdesarrollo neoliberal.

En este sentido, el debilitamiento del Estado -con los sistemas de corrupción y burocratización extremos de la esfera política y el fuerte endeudamiento externo, entre otros- limita la inversión y el desarrollo social.

Es así que la calidad de vida que llevan las poblaciones de cualquier comunidad del 3er. Mundo depende hoy de la posibilidad de inclusión laboral de sus habitantes. La segregación, la marginalidad, el abandono y el desarraigo de enormes porciones de población trabajadora y de clases medias generan -y son la causa- del deterioro de las condiciones de vida y de salud.³

El objetivo principal del trabajo es indagar sobre los asentamientos informales y la relación salud – enfermedad de sus habitantes, en el área periférica de la ciudad de La Plata.

Y los particulares, Identificar factores de la construcción del hábitat social con capacidades potenciales a desarrollar para disminuir la vulnerabilidad y los riesgos de salud; Diseñar pautas de desarrollo de estas fortalezas; y Promover la participación activa de la Comunidad para favorecer el desarrollo de capital social que propicie un ambiente saludable, tanto en la vivienda como en el contexto físico de los elementos constructivos y geográficos de su entorno.

¹ Piedad Sánchez. “Hacia una vivienda saludable”. Estrategia integradora que permite cambios de actitudes favorables para el mejoramiento de la salud de las comunidades. OPS/OMS, Proyecto SADEC

² La salud es un derecho humano fundamental: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente por la ausencia de enfermedad.

³ Situación de Vivienda y Salud Ambiental Argentina. CEPIS, OPS-OMS. 2001

El punto de partida es **presentar el problema** sobre cómo inciden los elementos constructivos del hábitat social en la salud psicofísica de los habitantes de los barrios periféricos de la ciudad de La Plata.

Hipótesis del trabajo: La condición de precariedad del hábitat social incide directamente sobre la salud de sus habitantes.

Mejorar las condiciones de vivienda y de su entorno para promover y controlar los factores de riesgo y contribuir a la promoción de la salud.

Esta investigación se enmarca dentro del hábitat y el contexto en el que se desarrolla la vida cotidiana de los sectores populares, a través de los cuales se analizan los problemas habitacionales y sus posibles resoluciones constructivas.

Entiendo que este trabajo puede aportar a mejorar la calidad de vida de los habitantes porque, a partir de mediciones realizadas sobre habitabilidad en el marco del Proyecto Energía Solidaria⁴, se infiere que los materiales utilizados son inadecuados y se reconoce la urgencia de mejorar las condiciones de la vivienda y de su entorno para contribuir a la promoción de la salud; promoviendo la Participación de la Comunidad y el desarrollo del Capital Social⁵.

La **elección de los barrios** San Carlos de Villa Elvira, El Mercadito de La Plata y Libertad de Berisso, se basa en el trabajo de casi 4 años en los mismos, en el marco de Proyectos de Extensión Universitaria, del cual formé parte de los grupos de trabajo.

El amplio conocimiento de estos –familias, centros comunitarios, comedores, características generales, entre otros- me facilitó la **realización del trabajo de campo:** entrevistas, encuestas, charlas formales e informales, relevamientos; aplicación de instrumentos para la recolección de datos con posibilidad a analizar de acuerdo a la investigación.

Además, estos barrios se revelan como una de las posibles formas de hábitat en donde los sectores con escasos recursos se asientan.

Esta beca de iniciación en investigación consta de **dos etapas:**

La primera –2006- con sus objetivos parciales: Profundización en calidad de vida y sanitaria, los estándares mínimos de calidad en cuanto a los materiales, proyecto, habitabilidad, etc.; con el fin de relacionar las condiciones del hábitat con los riesgos de salud para sus habitantes.

Durante este período, las tareas desarrolladas fueron de recopilación de antecedentes con fuentes de información de primer orden, bibliografía, publicaciones e informes, y material de lectura de la Maestría en Hábitat y Vivienda⁶.

Y **la segunda etapa** – en desarrollo- Identificar los factores de riesgo de los materiales y relacionarlos con las enfermedades de sus habitantes. Lograr estrategias de identificación y reconocimiento colectivo de dichos factores.

La primera etapa -2006- fue de profundización, tanto del estado de la cuestión como del marco teórico o propio posicionamiento.

⁴ Repsol YPF. Mediciones–temperatura y humedad- en distintas casillas de barrios, incluido San Carlos. 2004-2005. Arq. Marsili, Jáuregui, García, Massa Formica, Mattarolo.

⁵Capital social: Población que asume la revalorización de su cultura y toma conciencia de sus derechos y sus capacidades.

⁶Maestría en Hábitat y vivienda Cursada 2005-06-07 Univ. Nac. De Mar del Plata. FADU.

La segunda -2007- etapa de análisis, vinculación, sistematización de información; elaboración de conclusiones.

Los trabajos de investigación fueron desarrollados en la Unidad de Investigación -UI 3- del Instituto de Estudios del Hábitat –**IDEHAB**- de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo –**FAU**- de la Universidad Nacional de La Plata –UNLP-, con el apoyo y la dirección de mi tutora Arq. Luciana Marsili y de los demás integrantes de la misma.⁷ Además de enmarcarse dentro del Proyecto de Investigación “Gestión habitacional siglo XXI. Emergentes y Tendencias”.

La **unidad de análisis** de esta investigación - elección de las familias / unidades domésticas, como foco de análisis de las relaciones entre condiciones de vida y procesos de salud-enfermedad - se justifica por ser una instancia en la que pueden observarse las interrelaciones entre los individuos y la estructura social⁸. Su elección como objeto de esta investigación se hace a partir de asumir que la familia/grupo doméstico constituye el grupo social, institución y/o unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud-enfermedad.

Se entiende por unidad familiar o doméstica “un grupo de personas que interactúa en forma cotidiana, regular y permanente, a fin de asegurar mancomunadamente el logro de los siguientes objetivos: su reproducción biológica, la preservación de su vida, el cumplimiento de todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de sus condiciones materiales y no materiales de existencia”.⁹

Elección de “las mujeres” como unidad de descripción y análisis respecto del proceso de salud-enfermedad: Si bien las familias/unidades domésticas se constituye como unidad de descripción y análisis, es importante señalar que son determinados sujetos de estas familias los encargados de generar mayor número de actividades específicas en cuanto al proceso salud-enfermedad; más precisamente, la mujer es la encargada de asumir dichas actividades.

Como foco de análisis: 20 familias -elección al azar- de cada uno de los tres barrios, con diferentes situaciones habitacionales, formas de vivir y de desarrollarse. Es decir, las familias, su vivienda y su condición de salud.

⁷ IDEHAB- UI 3- FAU. Director. A. Jorge Lombardi, Co- Director: Gustavo Cremaschi. Luciana Marsili, y becarios de investigación CONICET-CIC-UNLP.

⁸ Se utiliza como equivalentes los términos familia y unidad doméstica, es importante enfatizar las diferencias conceptuales que existen entre ambos. Si bien en las unidades domésticas suelen habitar familias, la familia tiene un sustrato biológico, sexualidad y procreación, y está incluida en una red más amplia de relaciones, obligaciones y derechos. El concepto de unidad doméstica implica que sus miembros compartan necesaria pero no suficientemente la unidad de residencia, que algunos estén vinculados por el parentesco; implica también que los miembros del grupo constituyan una unidad de consumo (con ingresos y gastos comunes) o una unidad de funcionamiento doméstico (ayuda mutua en diversos aspectos de la vida cotidiana sin que ello incluya ingresos y gastos comunes)

⁹ Mercedes di Virgilio. “Hábitat y salud” Estrategia de las familias pobres. Ed. Lumiere. 2003

Bibliografía:

1. Hábitat II -Conferencia de las Naciones Unidas, “Asentamientos Humanos”. Estambul, 1996.
2. Vivienda Saludable. Reto del Milenio en los Asentamientos Precarios de América Latina y el Caribe. Guía para autoridades Nacionales y Locales. Lima, Perú 2005
3. Ministerio de Infraestructura y Vivienda, la Secretaría de Obras Públicas y la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda de la República Argentina, 2000. Dirección de tecnología e industrialización. Comisiones Técnicas de la Disposición 18/2000
4. CLICHEVSKY N., Informalidad y segregación urbana en América Latina. Una aprox. CEPAL, 2000
5. DI VIRGILIO M., “Hábitat y salud”, Estrategia de las familias pobres. Ed. Lumiere. 2003
6. MARSILI L., “Arquitectura y comunidad. Crónicas de problemas y sonrisas”. Ed. Edulp 2006. UNLP.
7. CEVE, “Los que habitan tienen la palabra” Córdoba.
8. GUTIERREZ A., “Pobre’ como siempre... “Estrategias de reproducción social en la pobreza. ED. Ferreyra. 2005. Córdoba.
9. CRAVINO C., “El barrio concebido como comunidad”, Cuaderno 4, UNNE, 2004
10. SÁNCHEZ P. “Hacia una vivienda saludable”. Estrategia integradora que permite cambios de actitudes favorables para el mejoramiento de la salud de las comunidades. OPS/OMS, Proyecto SADEC
11. PELLI, V. “Habitar, Participar, Pertenecer. Acceder a la vivienda –incluirse en la sociedad” Ed. Nobuko, enero 2007.
12. TEDESCHI, S. “El derecho a la vivienda a diez años de la reforma de la Constitución”. Material Módulo Maestría en Hábitat y Vivienda 2006-2007.