



Cuadernos de Vivienda y Urbanismo

ISSN: 2027-2103

ISSN: 2145-0226

Pontificia Universidad Javeriana

Marcos, Mariana; Mera, Gabriela; Fernández Melián, María Clara; Chiara, Camila
Condiciones sociohabitacionales y de salud en áreas urbanas vulnerables*
Cuadernos de Vivienda y Urbanismo, vol. 13, 2020, Enero-Diciembre, pp. 1-25
Pontificia Universidad Javeriana

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cvu13.cssa>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=629774646012>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Condiciones sociohabitacionales y de salud en áreas urbanas vulnerables*

Fecha de recepción: 2 de enero de 2018 | Fecha de aprobación: 26 de junio de 2019 | Fecha de publicación: 29 de septiembre de 2020

Mariana Marcos

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (UBA), CONICET, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF), Argentina

ORCID: 0000-0002-2005-3076

marianamarcos.ar@gmail.com

Gabriela Mera

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (UBA), CONICET, Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF), Argentina

ORCID: 0000-0003-2532-2287

María Clara Fernández Melián

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF), Argentina

ORCID: 0000-0002-8745-5328

Camila Chiara

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires (UBA), CONICET, Argentina

ORCID: 0000-0001-8195-9739

Resumen El objetivo de este trabajo es desarrollar y aplicar una propuesta metodológica orientada a hacer emerger y visibilizar el entramado de factores territorialmente superpuestos que pueden condicionar el acceso pleno a la salud y la calidad de vida en áreas vulnerables, tomando como caso el área de servicio de un centro de salud ambiental en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Se propone un diseño metodológico cuantitativo —que articula técnicas mixtas de recolección de datos— de perspectiva microespacial, pensado para un territorio de tamaño reducido y basado en datos provenientes de fuentes secundarias y primarias. Por un lado, se indaga sobre las posibilidades y limitaciones de las fuentes de datos secundarios para dar cuenta de algunos elementos que permiten

Artículo de investigación

El presente trabajo es el resultado parcial del proyecto de investigación titulado "Desigualdades sociohabitacionales en áreas vulnerables: el entorno como condicionante de la calidad de vida en la Región Metropolitana de Buenos Aires" (Proyecto bianual 32/15 286, período 2016-2017), financiado por la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF).

Cómo citar este artículo: Marcos, M., Mera, G., Fernández Melián, M. C., y Chiara, C. (2020). Condiciones sociohabitacionales y de salud en áreas urbanas vulnerables. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*, 13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cvu13.cssa>

la presencia de condiciones socio-habitacionales saludables; y, por otro lado, se desarrolla una propuesta de relevamiento primario, en la que confluyen observaciones de campo y entrevistas estructuradas a un informante clave por cuadra.

hábitat, metodología, salud ambiental, vivienda

Health and Social-Habitational

Conditions in Vulnerable Urban Areas

Abstract This work aims to develop and apply a methodological proposal intended to make visible and disentangle the entanglement of factors that are overlapped in the territories and may impact the full access to health care and the quality of living in vulnerable areas. To do so, the health services of an environmental health center in the Buenos Aires metropolitan area (Argentina) was taken as a study case. A quantitative methodological design—articulating mixed techniques for the data gathering—is proposed herein under a micro-spatial perspective focusing on a reduced-size territory and based on data from both primary and secondary sources. On one hand, this work enquires into the potentialities and limitations of the secondary data sources to verify some of the factors that enable the presence of healthy social-habitational conditions. On the other hand, a proposal of primary relevance is set out including field observations and structured interviews targeting one respondent per block.

Keywords **habitat, methodology, environmental health, housing**

Condições sóciohabitacionais

e de saúde em áreas urbanas vulneráveis

Resumo O objetivo deste trabalho é desenvolver e aplicar uma proposta metodológica orientada a fazer emergir e visibilizar o enredo de fatores territorialmente sobrepostos que pode condicionar o pleno acesso à saúde e qualidade de vida em áreas vulneráveis, tomando como caso a área de serviço de um centro de saúde ambiental na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Propõe-se um desenho metodológico quantitativo -que articula técnicas mistas de coleta de dados- de perspectiva microespacial, pensado para um território pequeno e com base em dados de fontes secundárias e primárias. Por um lado, indaga-se sobre as possibilidades e limitações das fontes de dados secundários para dar conta de alguns elementos que permitem a presença de condições sociohabitacionais saudáveis; e, por outro lado, coloca-se uma proposta de importância primária, na que convergem observações de campo e entrevistas estruturadas a um informador chave por bloco.

Palavras-chave **hábitat, metodología, saúde ambiental, moradia**

Introducción

En las últimas décadas, la cuestión de las desigualdades socioespaciales en las ciudades ha cobrado un renovado interés en el campo académico, así como en el ámbito de la gestión pública. En un contexto signado por la emergencia de nuevas desigualdades territoriales, formas espaciales discontinuas y la preeminencia de microdiferencias por sobre las continuidades, homogeneidades y macrodiferencias que solían primar en el pasado, se ha desarrollado, desde diferentes disciplinas sociales, un prolífico corpus que busca dar cuenta de las múltiples variables que atraviesan estos procesos.

La presente propuesta se inscribe en un extenso debate desarrollado en los estudios urbanos y en la epidemiología en torno a cómo los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, de conducta y biológicos pueden intervenir a favor (o en detrimento) de la salud. Se trata, sin duda, de una problemática compleja, que atraviesa los diversos entornos donde los individuos desarrollan sus actividades vitales, educativas, laborales y sociales, y que puede abordarse desde múltiples aristas —las condiciones macroestructurales de los modelos de acumulación, el rol del Estado, las dimensiones más subjetivas vinculadas a cómo se perciben y enfrentan estas condiciones, la correlación entre factores de riesgo e indicadores de morbilidad, entre muchas otras—, sumamente ricas para el análisis social. El presente trabajo se propone partir de un “recorte” específico: por un lado, centrar la mirada en la vivienda, para analizar la presencia (o no) de condiciones sociohabitacionales que puedan incidir en la salud; y, por otro, plantear un abordaje desde la geodemografía, de corte metodológico y exploratorio, orientado a hacer emerger

aquéllas condiciones del entorno residencial que puedan afectar la salud de las poblaciones, con el fin de constituir un aporte tanto para los actores locales gubernamentales y no gubernamentales comprometidos con la gestión territorial como para los trabajos académicos que aborden esta cuestión desde otros recortes analíticos.

En este sentido, el objetivo del estudio es desarrollar y aplicar una propuesta metodológica orientada a hacer emerger y visibilizar la presencia de condiciones sociohabitacionales que pueden condicionar el acceso pleno a la salud y la calidad de vida en áreas vulnerables de la región metropolitana de Buenos Aires (RMBA). Partiendo de un concepto de vivienda amplio, que trasciende el recinto de alojamiento para incluir el peridomicilio y la comunidad barrial, se propone indagar tanto a los condicionantes estructurales que imperan en el entorno residencial inmediato —vinculados con las características de las viviendas, la infraestructura y usos del suelo— como a los hábitos que desarrolla la población, y que pueden incidir en la promoción o preservación de condiciones sociohabitacionales saludables.

Para la aplicación de esta propuesta metodológica, se toma como caso el área de servicio de la Unidad Sanitaria Ambiental del municipio de Morón, operada y financiada por la Autoridad de la Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR) (figura 1). Se ha seleccionado este caso en particular por un doble motivo. Por un lado, en la medida en la que constituye un área que, a pesar de formar parte de un municipio próximo a la ciudad capital que se destaca por sus buenas condiciones de vida en el conjunto metropolitano, se

encuentra signada por procesos de vulneración históricos y actuales. Esto se vincula, en gran medida, con su ubicación en los intersticios de la mancha urbana —entre los ejes de crecimiento de la ciudad que se poblaron más tardíamente y que tienden a concentrar problemas ambientales, falta de infraestructuras y mala conectividad con los centros urbanos—, lo cual brinda interesantes posibilidades analíticas para problematizar las desigualdades urbanas a nivel microterritorial. Y, por otro lado, por la posibilidad de llevar a cabo una articulación con la Unidad de Salud Ambiental, que habilite la transferencia de herramientas (conceptuales, metodológicas y empíricas) que permitan a dicha entidad revisar críticamente la gestión del territorio analizado y orientar futuros cursos de acción.



Figura 1. Localización del área de estudio

Fuente: elaboración propia con base en Google Earth, Google Maps, ACUMAR (s. f.) e Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2010)

La preocupación por las condiciones que brinda el ámbito físico y social en el que interactúan los individuos como un factor central que puede contribuir (u obstaculizar) al acceso a la salud y la calidad de vida, ha tenido una extensa presencia, tanto en documentos y programas de organismos internacionales —en particular en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, a nivel regional, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS)— como en el campo académico nacional e internacional. En este marco, se han propuesto diversos conceptos para abordar los

factores que influyen sobre el bienestar de los individuos, retomando debates históricos del campo de la epidemiología y la salud. Entre ellos, se destaca la noción —nacida en la década de 1970, con la emergencia de la epidemiología crítica y su apuesta por entender (y abordar) la problemática de la salud, poniendo el acento en la determinación estructural de los procesos de salud-enfermedad— de *determinantes sociales de la salud*, que considera que las desigualdades sociales en la salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos por sus aspectos sociales, económicos, demográficos o geográficos (Arellano, Escudero y Moreno, 2008; Solar e Irwin, 2010). Así entendida, la noción de los determinantes sociales de la salud corre el foco de la búsqueda de conexiones causales entre los factores de riesgo y la población enferma, para centrarse en el proceso o modo de devenir mediante el cual los grupos adquieren sus propiedades en materia de salud (Breilh, 2011). Ello conduce al análisis de las inequidades entre grupos sociales, mediante la identificación de aquellos elementos que condicionan la distribución de los problemas y de los actores protectores de la salud (Álvarez Castaño, 2009).

Esta perspectiva de los determinantes sociales de la salud, desarrollada a partir de los trabajos iniciales de Marc Lalonde (1974), ha sido retomada (y problematizada) desde enfoques diversos, entre los cuales cabe destacar el de la OMS en la década del 2000 —con la conformación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS)— y las miradas (más críticas) de la medicina social y la salud colectiva latinoamericanas.

En los documentos de la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, que representan un reposicionamiento político, teórico y epistemológico de la OMS, se destaca justamente que “los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes

sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (OMS, 2008, p. 1). En este sentido —y hasta aquí los epidemiólogos de la medicina social y la salud colectiva concuerdan—, estos elementos constituyen un avance fundamental para visibilizar las relaciones entre las desigualdades sociales y las desigualdades en la salud. Sin embargo, para los epidemiólogos, esto “es insuficiente para avanzar en la comprensión del origen de los problemas” (Arellano et al., 2008, p. 328) y preguntas “incómodas” como, ¿de qué manera la producción y la reproducción propias del capitalismo producen diferencias en la calidad de la vida de las distintas clases sociales, los géneros y las etnias?, ¿quiénes son los sectores beneficiados de estos procesos estructurales dinámicos?, son obviadas por los documentos de la OMS (Acero et al., 2013; Birn, 2009). Desde la medicina social y la salud colectiva, y desde la apuesta por un quehacer científico comprometido con la transformación de las condiciones de vida de las poblaciones, ante todo “se apunta a un cambio estructural, en tanto el problema de las inequidades sociales y sanitarias está en la esencia misma de la sociedad capitalista” (Arellano et al., 2008, p. 330).

La pregunta por los factores que inciden en (las desigualdades en relación con) la salud de los pueblos constituye un interrogante que hunde sus raíces en condiciones estructurales y sociohistóricas, por lo que su abordaje debe ir de la mano de un horizonte de transformación igualmente estructural. Pero en este proceso —y aquí los epidemiólogos más críticos concuerdan— resultan imprescindibles estudios que permitan visibilizar (desde el conocimiento académico y de cara al quehacer político territorial) los factores de nivel estructural e intermedio que actúan en lo que Laurell (1982) denominó esa “caja negra” en la cual lo social entra de un lado y lo biológico sale del otro, sin que se sepa qué ocurre dentro de ella, [...] [y que constituye] el problema más candente

para la explicación causal social del proceso salud enfermedad” (p. 10).

El presente trabajo busca constituir un aporte en este sentido, poniendo la lupa sobre un determinante social de la salud en particular —dentro de un espectro de determinantes estructurales e intermedios mucho más amplio— vinculado con las condiciones sociohabitacionales de la población. Para ello, se retoma el concepto de *entornos saludables*, como aquellos que “ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud” (OMS, 1998), donde la *vivienda saludable* —en un sentido amplio que incluye la casa (el refugio físico donde residen individuo), el hogar (el grupo de individuos que viven bajo un mismo techo), el peridomicilio (el ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa) y la comunidad (el grupo de individuos identificados como vecinos por los residentes)— presenta (o carece de) factores de riesgo prevenibles para la salud y el bienestar (Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación y Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de Colombia, 2006). En el campo académico argentino, pueden destacarse los trabajos de Rojas (2004); Rojas, Ciuffolini y Meichtry (2005); y Rojas et al. (2013), quienes proponen una noción de vivienda saludable integral en torno de la cual se articulan los conceptos de *calidad de vida, vivienda, salud y riesgo*, trabajando desde un abordaje multidisciplinar enmarcado en el debate del desarrollo sostenible.

La vivienda no es sólo una unidad particular, como lo sostiene la definición de “vivienda particular” de las fuentes demográficas argentinas (Vapñarsky, 1998), sino que es parte de un colectivo que permite una mejor circulación de sus habitantes hacia los centros de la actividad laboral, los servicios educativos y de salud, y el

desarrollo de actividades dentro de las redes sociales. La vivienda —y su localización— implica todo el conjunto de servicios proporcionados por una estructura urbana que conlleva la accesibilidad relativa a los beneficios sociales y económicos de otras unidades y actividades urbanas, es decir, a una serie de externalidades —acceso a servicios públicos, transporte, educación, cercanía a la fuente de trabajo, etc.— en función de su ubicación en el espacio (Oszlak, 1991; Yujnovsky, 1984). Interpelar a la vivienda (en este sentido amplio) desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, implica preguntarse por la calidad del recinto de alojamiento en sí, pero también por la estructura demográfica de la población, sus condiciones de vida, la calidad de la infraestructura y los servicios urbanos, los usos del suelo en el peridomicilio y la salubridad de los hábitos de la población.

La vasta literatura sobre los determinantes de la salud ambiental abarca un proceso complejo que va desde la evaluación de riesgos (la identificación de peligros para la salud y la evaluación de la relación entre la dosis y la ocurrencia de los efectos; la evaluación de la exposición en poblaciones específicas), hasta el manejo de riesgos (Yassi, Kjellstrom, Dekok y Guidotti, 2002).

En la práctica, las autoridades y los organismos a nivel local no suelen disponer de datos esenciales para realizar una evaluación de riesgos que considere a las personas, los hogares y las viviendas como unidades de análisis. No obstante, aquí se postula que, sobre la base del conocimiento acumulado hasta este momento, se puede realizar un primer abordaje de costo reducido en términos económicos y operativos, plausible de ser ampliado con posterioridad, de acuerdo a las posibilidades.

Factores de gran influencia en el control de las enfermedades transmisibles —como el abastecimiento de agua seguro y adecuado, la disposición

sanitaria de excretas y, en menor medida, el drenaje de aguas superficiales y la disposición de desechos sólidos— son habitualmente relevados por censos de población, y la información puede ser complementada mediante consultas a las empresas proveedoras de servicios y mediante observaciones y entrevistas de campo. Se encuentra ampliamente documentado que el agua utilizada para el consumo doméstico constituye un vehículo para la transferencia del peligro biológico, puesto que bacterias, virus y parásitos pueden difundirse a través de ella y causar enfermedades transmisibles como la diarrea, la cólera, la fiebre tifoidea y la paratifoidea, la salmonelosis, la giardiasis, la criptosporidiosis, etc. A su vez, la mayoría de los agentes contaminantes del agua son biológicos y provienen de las heces humanas como resultado de la disposición insalubre de excretas. La calidad del agua también puede verse degradada por desechos industriales que son arrojados sin métodos apropiados de disposición, en especial cuando estos contienen metales pesados y sustancias químicas orgánicas de persistencia y efectos dañinos a bajas concentraciones (Hesparol y Helmer, 1993), de lo cual se deriva la importancia de relevar información sobre los usos no residenciales del suelo. Finalmente, existen enfermedades no transmitidas por el agua, pero sí relacionadas con ella, en la medida en que el agua —al igual que la acumulación de residuos sólidos— puede proporcionar un hábitat para vectores de enfermedades. En ello radica la importancia de que el peridomicilio cuente con un sistema eficiente de drenaje de agua superficial y de disposición de desechos sólidos, acompañado por hábitos de la comunidad que tiendan a preservar la higiene en los espacios exteriores de las viviendas.

En áreas urbanas vulnerables, donde la presencia del Estado como proveedor de servicios y regulador se relaja, también es vital indagar acerca de las prácticas de quema de residuos, el uso industrial del suelo y las rutas de tráfico intenso, que

pueden conjugarse para afectar la calidad del aire exterior de las viviendas. La quema de residuos sólidos por parte de la población aparece ante la inexistencia o la deficiencia del servicio público de recolección y disposición, mientras que las emisiones industriales y vehiculares no suelen ser debidamente controladas en estos contextos. También debe considerarse la calidad del aire interior de las viviendas. En este punto, son fundamentales la utilización de combustibles eficientes que no generen humo para cocinar o calefaccionar y la existencia de una adecuada ventilación que permita la penetración de los rayos del sol y evite la retención de microorganismos en el interior de la vivienda por mucho tiempo y en gran cantidad. La deficiente calidad del aire interior y exterior, causada por la presencia de partículas en suspensión, comúnmente producen síntomas respiratorios, que incluyen tos, irritación de la nariz y la faringe y la falta de aire leve o moderada; igualmente, a estos factores se asocian la irritación ocular, la sensación de cansancio o fatiga y la exacerbación de síntomas de alergia. En casos más severos, la deficiente calidad del aire puede contribuir a la aparición de infecciones respiratorias agudas en niños pequeños, a la exacerbación de enfermedades en adultos (asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer pulmonar) o a la acumulación de tóxicos por exposición prolongada.

La estructura y el mantenimiento de las viviendas y su utilización para actividades no domésticas también pueden ejercer presión sobre la salud ambiental, en la medida en que la calidad constructiva del recinto de alojamiento favorezca la reproducción de vectores, no proporcione una protección adecuada ante las inclemencias climáticas, tenga una cantidad de habitaciones inadecuada para el tamaño del hogar —cuyos habitantes deberían poder disponer de espacio suficiente para, eventualmente, separar a las personas enfermas del resto de la familia— o que

haya un riesgo de exposición a contaminantes y desechos de actividades industriales caseras. Estas cuestiones son relevantes para la reducción de infecciones —incluyendo enfermedades de la piel como sepsis, dermatitis y eczema; enfermedades de los ojos como tracoma y conjuntivitis; o enfermedades contagiosas como tuberculosis y meningitis— y para evitar la exposición a sustancias tóxicas. Pero también son relevantes para el bienestar emocional de las personas y la salud psicosocial. El espacio para vivir debería ser un ámbito limpio que brinde confort, privacidad, seguridad y protección de las condiciones externas. A su vez, su localización puede condicionar la interacción con la comunidad y el acceso a otros bienes y servicios imprescindibles para el bienestar, como el espacio recreacional, cultural y religioso; la educación; la salud; las vías de comunicación y el transporte público; los centros de producción y distribución de artículos para el consumo; la ropa; los alimentos; y los servicios de atención a los grupos más vulnerables.

Así concebido —y operacionalizado en dimensiones básicas plausibles de ser relevadas aún en contextos de bajo presupuesto—, el enfoque conceptual de los determinantes sociales de la salud constituye un abordaje que permite desbordar, en palabras de Castells (1977),

la simple desigualdad de la distribución de las residencias en el espacio, a partir del momento en que la fusión de las situaciones sociales y de las situaciones espaciales produce efectos pertinentes —o sea, algo nuevo, específico de los datos espaciales— sobre las relaciones de clases, y de este modo sobre el conjunto de la dinámica social. (p. 212)

En este sentido, esto permite visibilizar nuevas aristas del entramado de dinámicas territoriales que contribuyen a la producción y reproducción de la desigualdad urbana.

Ahora bien, la preocupación por la incidencia del entorno habitacional a favor (o en detrimento) de la salud cobra particular relevancia cuando esta se refiere a la población que se encuentra en la base de la estructura social, y en lo que en el presente proyecto denominamos como áreas vulnerables. La noción de *vulnerabilidad* constituye una categoría analítica frecuentemente utilizada en los estudios preocupados por la problemática de la desigualdad social. En su acepción más clásica, remite a la idea de riesgo o indefensión y se vincula con la posibilidad de identificar grupos socialmente propensos a padecer diversas formas de daño o perjuicio social (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2002). Pero se trata de una categoría polisémica, que ha sido conceptualizada (y aplicada) de diversas formas. En este sentido, se pueden encontrar, como lo sintetiza Moreno Crossley (2008), desde estudios que identifican este concepto con la vivencia de situaciones de fragilidad e incertidumbre, *a raíz de trayectorias fluctuantes entre la pobreza y la no pobreza*, hasta conceptualizaciones de la vulnerabilidad ligadas a la noción de *riesgo*, que se expresa en la mayor o menor probabilidad de que ciertas consecuencias negativas puedan materializarse como efecto de decisiones tomadas individual o colectivamente.

En el presente estudio, se retoma —desde una perspectiva territorial— la noción de vulnerabilidad como una categoría esencialmente dinámica orientada a captar los procesos por los que las personas entran y salen de la pobreza (Moser, 1998). La vulnerabilidad de una comunidad, así, “depende de los riesgos a los que, en tanto colectivo, está expuesta y de las capacidades de respuesta y de adaptación comunitarias” (Cepal, 2002), y, en este sentido, se va más allá de la dicotomía pobre/no pobre, para pensar esta problemática social en términos de *configuraciones vulnerables* —proclives a trayectorias descendentes o poco susceptibles al ascenso social—, las cuales pueden encontrarse en sectores pobres y no pobres

(Filgueira, 2001). Y, en la medida que estos procesos dejan sus huellas en el territorio —en tanto producto y productor de las diferencias, distancias y jerarquías que se desarrollan en el campo social (Lefebvre, 1972)—, la pregunta por la relación entre la vivienda y la salud en áreas signadas por procesos de vulneración (históricos y coyunturales) abre nuevos desafíos para la investigación y la gestión.

Hacia la medición de las condiciones sociohabitacionales saludables

El diseño metodológico es cuantitativo y tiene una perspectiva microespacial, fue pensado para un territorio de tamaño reducido y está basado en datos georreferenciados, provenientes tanto de fuentes secundarias como primarias. En este sentido, por un lado, se indaga sobre las posibilidades y limitaciones de las fuentes de datos estadísticos secundarios para dar cuenta de algunos elementos que contribuyen a la presencia de condiciones sociohabitacionales saludables; y, por otro lado, se desarrolla una propuesta de relevamiento primario —procurando que cumpla con los requisitos de replicabilidad, fácil relevamiento y bajo costo, de modo que contribuya a una metodología transferible a ámbitos de gestión territorial— a partir de observaciones de campo, con la aplicación de un instrumento de recolección de datos estandarizado y con entrevistas estructuradas a informantes clave, seleccionados teniendo en cuenta criterios de localización y antigüedad en el barrio, el conocimiento de los vecinos y su predisposición. Para ello, sirve de inspiración la metodología de relevamiento utilizada en la *Carátula del segmento censal* (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2010), en la que, durante el operativo del censo de población, el censista recolecta información sobre el entorno y la infraestructura del segmento (porción de territorio más pequeña que el radio que le es asignado a cada censista como carga de trabajo individual), teniendo como unidad de relevamiento a la persona censada en el

primer hogar empadronado en el segmento y realizando observaciones en el campo de esa área de trabajo individual asignada. La información luego se imputa a la totalidad del segmento censal (a la porción del territorio, y a las viviendas, hogares y personas que contiene). En el caso de la presente investigación, la información se releva al nivel de la cuadra (ambos lados de la manzana) del área de estudio.

Para la operacionalización del concepto de *condiciones sociohabitacionales saludables*, se tuvieron en cuenta antecedentes académicos sobre el tema y recomendaciones de organismos internacionales, así como experiencias de organismos públicos locales. La presente propuesta considera que las condiciones sociohabitacionales saludables se vinculan con tres dimensiones fundamentales (y con sus respectivas subdimensiones¹):

- › Condiciones materiales del recinto de alojamiento que contribuyen a la protección del medio ambiente y a la higiene personal y doméstica
 - Calidad constructiva de la vivienda
 - Condiciones materiales para la higiene personal y doméstica
- › Fragilidad social
- › Salubridad del peridomicilio
 - Infraestructura y servicios urbanos
 - Disponibilidad de servicios
 - Calidad de los servicios
 - Presencia de agentes nocivos físicos y químicos producidos por los usos del suelo y otras actividades humanas no domésticas
 - Presencia de vectores de riesgo y sus reservorios
 - Salubridad de los hábitos de la comunidad

Para dar cuenta de la mayor parte de los indicadores vinculados con las condiciones materiales de la vivienda que contribuyen a la protección del medio ambiente y a la higiene personal y doméstica, así como con las situaciones relacionadas con

la fragilidad social de los hogares, se trabajó con base en datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Por otro lado, para abordar algunos indicadores complementarios de esta dimensión, así como para dar cuenta de la salubridad del peridomicilio —infraestructura y servicios urbanos, usos del suelo que pudieran generar agentes físicos y químicos nocivos, presencia de vectores de riesgo y sus reservorios, y la salubridad de los hábitos de la comunidad— se trabajó con base en la producción de la información primaria relevada a partir de las observaciones de campo y las entrevistas realizadas a los informantes clave de cada cuadra.

En el contexto particular del área de servicio de la Unidad de Salud Ambiental del municipio de Morón abordado en este trabajo, se tomó como caso para la aplicación de los instrumentos diseñados un área de aproximadamente 1 kilómetro cuadrado, que abarca 59 manzanas —dos de las cuales son de uso no residencial: una es de uso recreacional (plaza) y en la otra están localizados los servicios públicos del barrio—. La superficie se corresponde con 7 unidades geoestadísticas censales menores (radios)², aspecto que se procuró cuidar especialmente para poder luego vincular los datos secundarios censales con la información primaria relevada. Según el último censo de población de 2010, en el área de estudio así definida hay 2207 viviendas; en 2043 de ellas³ el censo empadronó 8046 personas (3948 varones y 4098 mujeres), que conforman 2208 hogares. En el relevamiento primario realizado en el marco de esta investigación, se identificaron y enumeraron de forma correlativa 75 unidades de análisis —definidas como “cuadras”, considerando ambos lados de cada calle— en el área de estudio. En cada una de ellas se aplicó la *Guía de observación estructurada* y se entrevistó a un informante clave mediante la aplicación del *Cuestionario a informante clave*⁴.

Resultados

Condiciones materiales de la vivienda que contribuyen a la protección del medio ambiente y a la higiene personal y doméstica

Una de las primeras dimensiones que contribuye a la presencia de condiciones habitacionales saludables remite a las condiciones materiales del recinto de alojamiento (la vivienda, en sentido estricto) que contribuyen a resguardar a sus residentes del medio ambiente y a generar un entorno propicio para la higiene del hogar. En este sentido, se distinguen dos subdimensiones analíticas: la relacionada con la calidad constructiva de la vivienda, y la vinculada específicamente con la presencia de condiciones materiales para la higiene personal y doméstica.

En relación con la calidad constructiva de la vivienda, datos del último Censo (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010) muestran que en el área de estudio la presencia de viviendas de tipo deficitario (ranchos, casillas, piezas, etc.), así como de viviendas que, sin ser deficitarias por su tipo, tienen techos o pisos que pueden afectar a la salud y la calidad de vida, tienen un peso relativo significativamente más alto que en el conjunto de Morón, dando cuenta de que se trata de un área particularmente deficitaria en este sentido dentro del municipio. Así, en el barrio analizado,

el 5% de las viviendas son deficitarias por su tipo —situación que en el conjunto de Morón es del 1,4%—; y entre las viviendas no deficitarias (casas y departamentos) casi el 1% tiene pisos de tierra, ladrillo suelto u otro material y un 35,9% presentan déficits vinculados a la calidad de los techos, por carecer de cielorraso o estar hechas de materiales que no permiten una adecuada protección del ambiente, situación mucho más desfavorable que la que presenta el total del municipio, e incluso la RMBA en su conjunto (tabla 1).

Estos datos, que remiten a la calidad constructiva de las viviendas, se complementan con una mirada respecto al nivel de terminación y consolidación que presentan las fachadas —puntualmente, la presencia de revoque y pintura en las paredes exteriores—, que fueron relevadas mediante la observación del barrio.

De acuerdo con lo observado, la mayor parte de las viviendas del área de estudio tienen sus paredes exteriores revocadas y pintadas. Sin embargo, este valor debe ser matizado en la medida que el área de estudio presenta significativas heterogeneidades dentro de cada cuadra —dando cuenta de una pluralidad de situaciones que convierten al nivel privado en un contexto de vulnerabilidad— que el instrumento de recolección de datos utilizado, al brindar datos por cuadra, no permitió registrar.

Tabla 1. Indicadores de las condiciones materiales del recinto de alojamiento (vivienda) (%). Área de estudio, Morón y RMBA, 2010

Subdimensiones/ indicadores	RMBA	Morón	
		Total	Área de estudio
Calidad constructiva de la vivienda			
Porcentaje de viviendas deficitarias ¹	4,4	1,4	5
Porcentaje de viviendas no deficitarias con piso de pisos de tierra, ladrillo suelto u otro material	0,7	0,3	0,9
Porcentaje de viviendas de tipo no deficitario con techo deficitario ²	22,1	16,5	35,9

Subdimensiones/ indicadores	RMBA	Morón	
		Total	Área de estudio
Condiciones materiales para la higiene personal y doméstica			
Porcentaje de hogares sin baño con desagüe a red cloacal	44,3	44,6	99,9
Porcentaje de hogares sin agua de red por cañería dentro de la vivienda	26	20,1	99,7
Porcentaje de hogares sin heladera	3,5	1,3	3,3
Porcentaje de hogares que cocinan con leña, carbón u otro combustible	0,2	0,1	0

* Viviendas deficitarias: rancho, casilla, pieza, local no construido para habitación y vivienda móvil. Viviendas no deficitarias: casas y departamentos.

** Techo de tipo deficitario: de cubierta asfáltica o membrana, baldosas, lozas, pizarra, teja o chapa de metal sin revestimiento interior o cielorraso; o de chapa de fibrocemento o plástico, chapa de cartón, caña, palma, tabla o paja u otro material con o sin cielorraso.

Fuente: elaboración propia con base en INDEC (2010)

Una segunda dimensión vinculada con la materialidad del recinto de alojamiento se relaciona con el acceso a los servicios urbanos básicos (agua y saneamiento) y con el hecho de que el hogar cuente con medios para garantizar la preservación de los alimentos (heladera), la ventilación de la vivienda (ventanas) y que utilice combustibles para cocinar que no comprometan la calidad del aire (leña, carbón u otro): todos ellos son elementos que contribuyen de manera decisiva a generar condiciones para la higiene personal y doméstica. Para ello, se retoman datos censales y estos se complementan con los resultados obtenidos del relevamiento primario realizado en el área de estudio.

En relación con los servicios urbanos, los datos censales señalan —y las entrevistas de campo confirman— que la población del área de estudio no cuenta con acceso a la red cloacal (tabla 1); situación que no se extiende a todo el municipio de Morón, donde más de la mitad de los hogares cuentan con el servicio. La empresa proveedora del servicio, Aguas y Saneamientos Argentinos (AySA, 2017), prevé la ampliación del servicio a esta área entre 2017 y 2018.

Las observaciones y entrevistas realizadas a los vecinos del barrio, por su parte, permitieron conocer las diversas facetas que tiene esta problemática para las condiciones de vida de los habitantes. Si bien la mayor parte de los vecinos cuenta con

(uno o varios) pozos ciegos con cámara séptica en su domicilio, el mantenimiento de los mismos los obliga a contratar de forma privada el servicio de camiones atmosféricos, lo que implica un gasto adicional en el presupuesto del hogar. Ello conlleva a que numerosas familias apelen a otras soluciones; entre ellas, optar por la excavación de nuevos pozos en lugar de vaciar los existentes o descargar de forma total o parcial los desagües domésticos directamente en la vía pública (figura 2), lo que deviene en uno de los grandes problemas de salubridad del barrio.

En lo que respecta a la red de agua, en todas las cuadras del área de estudio hay provisión de agua de red pública —si bien los datos censales muestran lo contrario, debido a que el operativo censal se llevó a cabo en el año 2010 y en los 7 años que transcurrieron hasta el presente estudio la red de agua se ha extendido de forma considerable—.

Sin embargo, las observaciones y entrevistas realizadas en el territorio permitieron constatar que la presencia del servicio —que los caños de la red de agua lleguen a las puertas de las viviendas— no garantiza el acceso de las familias a agua segura para la salud. Esto se vincula, por un lado, con que el agua suele llegar con altos niveles de cloro —más de la mitad de los informantes manifestaron que sabe feo por ese motivo—, lo que conduce a que algunos vecinos terminen utilizando el agua de pozo (que aún conservan) para

beber. Y, por otro lado, la empresa proveedora del servicio de agua (AySA) asegura la llegada de la red de cañerías hasta la entrada de las viviendas, pero los mismos vecinos son los que deben procurarse los medios para completar la conexión hacia el interior de los recintos. Esto da lugar a una pluralidad de situaciones: desde conexiones reglamentarias realizadas por plomeros

matriculados —con caños adecuados y soterrados— hasta la presencia de situaciones altamente precarias, como los caños expuestos o la utilización de mangueras (de muy diferentes calidades), con uniones que muchas veces generan pérdidas y comprometen seriamente la calidad del agua que utilizan los hogares (figura 2).



Figura 2. Aguas servidas vertidas desde pozos ciegos domiciliarios y conexiones inadecuadas al agua de red
Fuente: elaboración propia

Esta situación plantea condiciones aún más riesgosas para la salud, en la medida que se combina con lo mencionado previamente a propósito de la ausencia de cloacas. Tanto la alternativa de beber agua de pozo (por el feo sabor del agua de red) como la utilización de mangueras o conexiones de mala calidad —que no garantizan que no se filtren sustancias y agentes contaminantes a la red domiciliaria— se vuelven particularmente preocupantes en un entorno barrial donde los vecinos constantemente están realizando perforaciones en la tierra para nuevos pozos ciegos que pueden contaminar las napas o arrojan aguas servidas a la vía pública donde se encuentran también los empalmes entre la red pública de agua y las redes que la llevan al interior de las viviendas.

En lo que se refiere a la presencia en el hogar de medios para preservar los alimentos, los datos censales revelan que un 3,3% de los habitantes del área de estudio no cuentan con heladera; valor algo superior al promedio municipal, que es del 1,3% (tabla 1). Finalmente, en relación con la existencia de ventanas en las fachadas de las

viviendas —condición mínima para garantizar la ventilación y circulación del aire dentro del recinto de alojamiento— las observaciones manifestaron la presencia de ventanas en prácticamente todas las viviendas del área; si bien este valor constituye solo una aproximación al problema, cuyo relevamiento preciso requeriría estudiar el interior de cada vivienda en particular.

Fragilidad social

Una segunda dimensión de la presencia de condiciones sociohabitacionales saludables se vincula con lo que se denomina *fragilidad social*, es decir, con la existencia de situaciones dentro del hogar y su entorno habitacional que generan una mayor indefensión ante las adversidades y la propensión a padecer ciertas consecuencias negativas. En relación con esta dimensión, se contemplan cuestiones vinculadas con la tenencia de la vivienda (si el hogar se encuentra en situación irregular); la presencia de hogares allegados (viviendas con más de un hogar); la falta de adecuación entre el tamaño de los hogares y el de la

vivienda (hogares hacinados); y la presencia de personas activas que no completaron los estudios secundarios, de niños en edad escolar que no asisten a un establecimiento educativo y de adolescentes que no estudian ni trabajan.

En relación con todos estos indicadores, los datos censales muestran que el área de estudio no ha estado sujeta a una presión demográfica importante, pero se encuentra en una situación de fragilidad social mucho más marcada que el conjunto del municipio y, a veces, incluso más que la RMBA (tabla 2). En lo que se refiere a la condición de la tenencia de las viviendas, a pesar de que el área no forma parte de los asentamientos informales⁵, casi el 20% de los hogares se encuentran en situación de irregularidad, valor que casi duplica el correspondiente al total de Morón, e incluso supera al de la RMBA. En lo que se refiere a la presencia de hogares hacinados, en el 16,9% de los hogares conviven más de dos personas por cuarto, valor que supera ampliamente el observado para el municipio y la RMBA (4,5% y 9,7%, respectivamente). A su vez, en el 6,5% de las viviendas vive más de un hogar.

La situación educativa de las personas activas reveló que en el área de estudio el 37,2% no tienen

el secundario completo —porcentaje mucho más elevado que el correspondiente a Morón y a la RMBA, de la que se distancia en casi 10 puntos porcentuales—, es decir, que se trata de una población con escasas credenciales educativas para poner en juego en el mercado de trabajo. A su vez, 1 de cada 10 jóvenes de 15 a 24 años que residen en el área de estudio no estudian ni trabajan y casi el 1% de los niños en edad escolar no asisten a la escuela (tabla 2).

Salubridad del peridomicilio

La infraestructura y los servicios constituyen elementos centrales de las condiciones que brinda el entorno residencial para la salud y la calidad de vida. Una primera cuestión en este sentido pasa por la presencia de asfalto y veredas y la ausencia de pasillos (en villas en emergencia) que permitan la circulación por la cuadra y el acceso a las unidades de vivienda, y que mantengan el peridomicilio y las viviendas libres de polvo que pueda contener agentes químicos nocivos. La observación realizada en el área de estudio permitió constatar que las calles se encuentran en su totalidad asfaltadas (aunque en las inmediaciones hay algunas con mejorados). La presencia de veredas, cuya construcción y mantenimiento se

Tabla 2. Indicadores sobre la fragilidad social (%). Área de estudio, Morón y RMBA, 2010

Subdimensiones/ indicadores	RMBA	Morón	
		Total	Área de estudio
Porcentaje de hogares con tenencia irregular [*] de la vivienda	13,6	10,6	19
Porcentaje de hogares hacinados ^{**}	9,7	4,5	16,9
Porcentaje de viviendas con más de un hogar	6,1	4,5	6,5
Porcentaje de personas activas sin secundario completo	26,8	22,6	37,2
Porcentaje de niños en edad escolar ^{***} que no asisten	0,7	0,3	0,9
Porcentaje de adolescentes ^{****} que no estudian ni trabajan	9,9	6,6	10,1
Tasa de crecimiento anual 2001-2010 (por mil)	13,3	4,2	5,6

^{*} Propietarios solo de la vivienda, ocupantes por préstamo u otra situación.

^{**} Hogares en donde habitan más de 2 personas por cuarto.

^{***} De 5 a 17 años.

^{****} De 15 a 24 años.

Fuente: elaboración propia con base en INDEC (2010)

encuentra en manos de los vecinos, es en cambio irregular, lo que da cuenta de una clara heterogeneidad al interior del barrio.

El desagüe pluvial del barrio en la mayoría de los casos se produce a través de cunetas, por donde el agua circula hasta las calles que tienen bocas de tormenta. Sin embargo, ante la ausencia de una red cloacal, las bocas de tormenta desembocan en un arroyo dentro de la base aérea. Ello, sumado a la abundancia de puntos de arrojado de residuos domésticos en la vía pública —y muy especialmente en la Base— que obstruyen tanto

las bocas de tormenta como los canales hacia el arroyo, generan la acumulación de agua de lluvia y de aguas servidas vertidas desde las viviendas (figura 3).

La Base Aérea de Morón constituye, sin duda, un capítulo especial en lo que refiere a la salubridad del peridomicilio del área de estudio. La Base cumplió funciones militares hasta finales de la década de 1980, cuando la VII Brigada Aérea de las Fuerzas Armadas fue relocalizada. En la actualidad, alberga al Instituto Nacional de Aviación Civil (INAC) y al Museo Nacional de Aeronáutica.



Figura 3. Área de estudio: desagües pluviales, zonas inundables y terrenos de la base aérea utilizados como basurales entre 2005 y 2017
Fuente: elaboración propia con base en Google Earth y en observaciones de campo

Según relatan los vecinos, mientras se le dio un uso militar intensivo a este espacio, eran frecuentes las actividades de control y mantenimiento del predio. Pero, tras pasar a tener un uso civil, se relajaron las actividades de desmalezamiento y vigilancia de los sectores intersticiales y exteriores al alambrado perimetral, como los que colindan con el área de estudio. Desde entonces, esas porciones de terreno se volvieron un lugar propicio para el arrojado de basura, tanto doméstica —de las propias familias del barrio— como chatarra acarreada en carros tirados por caballos, y, en el pasado reciente, hasta de residuos peligrosos traídos en camiones. En la figura 3, las imágenes satelitales de 2005 muestran la presencia de un terreno sin pavimentar por el ingreso de vehículos y la disposición final de la basura da cuenta del uso de los terrenos de la base que colindan con el barrio que describieron los entrevistados. El problema fue parcialmente controlado mediante la implementación de barreras en las calles que desembocan en los terrenos de la Base. Ahora, en la imagen satelital de 2015, solo se observan en el margen norte senderos peatonales y cúmulos de basura menores. En el margen Este, donde hay una calle que delimita los terrenos de la base y el barrio, se intentó recuperar la zona con el equipamiento de zonas de esparcimiento infantil, que en la actualidad coexisten con los recurrentes amontonamientos y las quemadas de basura (figura 3).

El barrio cuenta con servicios urbanos básicos proporcionados por el municipio, como el alumbrado público, la recolección de residuos (domiciliarios y de ramas) y el barrido. Consultados sobre su calidad, en general, los vecinos dieron buenas referencias y atribuyeron a “la costumbre” y “los malos hábitos” el hecho de que persistan puntos de desecho de residuos en la vía pública y en las vías adyacencias a la Base Aérea, y de que continúen las quemadas de ramas en las esquinas y los amontonamientos de basura en la Base.

La mayor parte de los servicios educativos, de salud y de esparcimiento del barrio se localizan en las inmediaciones de la Plaza San Juan, que funciona como una pequeña centralidad. En la manzana adyacente a esta plaza, se localizan la Unidad Sanitaria Ambiental (USAM) Dr. Gelpi —en cuya planta baja funciona un centro de atención primaria de salud municipal y en su planta alta hay un sector enfocado en la salud y el ambiente, que depende de la Acumar—, diversas instituciones educativas (de nivel inicial, primario y secundario), la iglesia, y otras instituciones sociales y culturales (un centro de jubilados, una biblioteca municipal, entre otros). En un sector de la base aérea que colinda con la calle Ferré, se construyó una pequeña plaza, con juegos infantiles y una cancha de fútbol, pero la utilización de la Base como basural convierte a esta zona en un ámbito de riesgo para la salud de los niños. Por otro lado, el área de estudio cuenta con una única farmacia, sobre la calle William Morris, y a escasas cuadras se encuentran el Destacamento Policial de Castelar Sur y la Unidad de Gestión Comunitaria (UGC) n.º 5, donde se pueden realizar trámites municipales y se dictan cursos y talleres culturales (figura 4).

La disponibilidad de transporte público constituye un elemento fundamental de las condiciones de accesibilidad del barrio a los centros y subcentros urbanos, donde la oferta de servicios es mayor. El área de estudio se encuentra a 26 km lineales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y a 3,5 km de la sub-centralidad más cercana (la cabecera del vecino partido de Ituzaingó, puesto que el acceso directo al centro de Morón encuentra un gran obstáculo en la base aérea). Los tiempos de viaje al centro de la CABA y al centro de Ituzaingó son de entre 1 y 2 horas en automóvil en el primer caso y de 15 minutos en el segundo, pero se acrecientan enormemente cuando se depende del transporte público.

Como se observa en la figura 4, el barrio cuenta con una sola línea de colectivo municipal que circula dentro del área de estudio (la línea 634) y que se conecta con el centro del municipio de Morón. Otras líneas de colectivo que transitan en las cercanías del área son la 321, que se conecta con las estaciones de Castelar e Ituzaingó y la 166, cuyo recorrido se comunica tanto con el centro de Morón como con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, finalizando su trayecto en el barrio porteño de Palermo. Asimismo, en el extremo de la base aérea se encuentra la estación

Merlo Gómez del ferrocarril Belgrano Sur, que ingresa a la ciudad de Buenos Aires por el sur (pasando por los barrios de Lugano, Soldati, Pompeya y Barracas), hasta la estación Buenos Aires.

Finalmente, la salubridad del peridomicilio también puede estar condicionada por la presencia de vectores de riesgo y sus reservorios, la presencia de agentes nocivos físicos y químicos producidos por los usos del suelo y otras actividades humanas no domésticas, y la salubridad de los hábitos de la comunidad.



Figura 4. Área de estudio: disponibilidad de transporte público y servicios, 2017

Fuente: elaboración propia con base en Google Earth, Google Maps, INDEC (2010) y observaciones de campo

En lo que se refiere a los vectores de riesgo de enfermedades y a los reservorios y/o condiciones que pueden ser propicias para su aparición y reproducción, la presencia de mosquitos es mencionada en la totalidad del barrio, y está muy presente como un problema de salud pública de escala extrabarrrial. En el siguiente nivel de importancia, aparecen los roedores, las cucarachas y los animales sueltos. Los dos primeros vectores son vinculados por los vecinos con la utilización de los terrenos de la Base como basurales, con la presencia de desechos en la vía pública, con la existencia de viviendas donde los residentes han acumulado chatarra diversa a lo largo de los años (no como actividad laboral, sino como un producto de la falta de limpieza de los jardines delanteros y traseros, de los garajes y de los galpones) y con la falta de higiene en algunos comercios que venden productos alimenticios. La presencia de animales sueltos, por otro lado, en su mayor parte responde al hábito de permitir que los animales de compañía tengan como espacio residencial tanto la vivienda como la calle (figura 5).

Según las observaciones de campo, los automóviles, viviendas y terrenos “abandonados”, que suelen considerarse lugares propicios para la reproducción de vectores de riesgo, son abundantes en todo el barrio. En relación con los automóviles, las entrevistas permitieron precisar que hay dos tipos de situaciones: existen automóviles que responden a la categoría de “abandonados”, tal como se la entiende en el marco de este trabajo, es decir, que han sido arrojados en la vía pública, se encuentran muy deteriorados —al punto de que gran parte de ellos podrían considerarse irre recuperables— y no tienen un dueño conocido; pero hay otros vehículos en igual estado de deterioro, dispuestos en la vía pública o en los jardines de las viviendas, que pertenecen a los vecinos. En cuanto a las viviendas en aparente estado de abandono, de las consultas con los residentes de la cuadra surgió que estas se encontraban en su totalidad habitadas, a pesar de la evidente falta de mantenimiento y la acumulación de chatarra y desechos de todo tipo, que les da un aspecto de abandono. Lo mismo ocurre con los terrenos aparentemente abandonados, que en general resultaron ser los fondos de alguna vivienda sin mantenimiento ni limpieza (figura 5).



Figura 5. Vectores de riesgo y sus reservorios

Fuente: elaboración propia

Según los vecinos, de entre las actividades no domésticas potencialmente peligrosas sobre las que se indagó, las más frecuentes son las que se llevan a cabo en los pequeños talleres de distinto tipo (la mayoría de reparación de automóviles), que, junto a los comercios de cercanía, parecen ser una estrategia laboral frecuente en el barrio. Además, los vecinos declararon que en el barrio hay algunos depósitos e industrias de pequeño o mediano porte, así como terrenos pertenecientes a la base aérea, devenidos en basurales (figura 3), donde los propios residentes del barrio arrojan residuos domésticos, de talleres mecánicos y de comercios, a los que se suman la chatarra acarreada en carros tirados por caballos y algún auto robado.

Entre los hábitos de la comunidad que pueden comprometer la salubridad peridomiliar, el más frecuente es la quema de basura. La actividad va desde la quema de hojarasca y ramas —a la que se adicionan frecuentemente otros desechos—, hasta las grandes quemas de la basura de todo tipo acumuladas en los terrenos de la base aérea. En muchos sectores del barrio, se encontraron puntos de desecho de basura doméstica y rastros de quema de basura, así como basura esparcida luego de que los perros sueltos rompieran

las bolsas de residuos (figura 6). Consultados al respecto, los vecinos manifestaron que, a pesar de que existe un servicio semanal de recolección de ramas, muchos conservan el hábito de hacer quemas; y, por otro lado, la basura esparcida, luego de que los perros sueltos rompen las bolsas, deben gestionarla los propios vecinos, puesto que, al ya no estar embolsada, no la retira el servicio de recolección y, estando en las veredas y no en la calle, tampoco la junta el barrendero.

Otras actividades/hábitos menos frecuentes, pero presentes en el barrio, son de tipo laboral, como la quema de cables robados con el propósito de extraer y vender el cobre que contienen las fundas plásticas, el acarreo y acopio de chatarra y de botellas (figura 6), la fundición de metales, el reciclado de baterías y la compostura del calzado; todas estas actividades son consideradas potencialmente peligrosas para la salud por la literatura especializada, debido a los desechos que producen, las condiciones de seguridad en las que deberían ser realizadas para no ser nocivas, los insumos que involucran y el ambiente propicio que generan para la proliferación de vectores de riesgo de distintas enfermedades.



Figura 6. Hábitos de la comunidad que pueden comprometer la salubridad del peridomicilio

Fuente: elaboración propia

Balance metodológico y reflexiones finales

El presente trabajo constituye un importante avance en el abordaje de las condiciones sociohabitacionales de la población en más de un sentido. Por un lado, aún teniendo el carácter de “prueba piloto” en un área reducida, a través de la metodología propuesta se pudo echar luz sobre algunos aspectos que condicionan profundamente la calidad de vida y la salud de estas comunidades, y que las fuentes de datos tradicionales no logran captar. Por otro lado, se puso a prueba la estrategia metodológica diseñada, avanzando de manera sólida hacia una propuesta para abordar estos entornos desde ámbitos académicos y/o de gestión preocupados por la salud desde un enfoque integral, como es el de los determinantes sociales.

Para abordar la calidad constructiva y las condiciones materiales de la vivienda, se trabajó con base en dos tipos de datos: los provenientes del censo de población, por un lado, y los recabados mediante las entrevistas y observaciones realizadas en el barrio, por el otro.

Los datos provenientes de fuentes censales cuentan, con algunas ventajas indiscutibles, cómo el poder calcularse para otras escalas (en este caso, el municipio de Morón en su conjunto y la totalidad de la RMBA), lo que permite dar cuenta de las especificidades del área de estudio. Asimismo, el censo brinda información para cada uno de los hogares y viviendas analizados —cuestión no replicable con el tipo de relevamiento primario planteado aquí, que tomó como unidad de análisis la cuadra— y así se pudieron conocer cuestiones centrales como la calidad constructiva de las viviendas, el acceso de los hogares a los servicios de agua y saneamiento, el tipo de combustible que las personas utilizan para cocinar y si cuentan con un medio básico para la preservación de los alimentos, como es la heladera. Sin

embargo, la información censal plantea algunas limitaciones, entre ellas, que se trata de información recabada hace 7 años, por lo que constituyen datos desactualizados en diversos sentidos (como se observó a propósito del acceso a la red de agua) y que brindan información sobre un conjunto de variables acotadas, dejando fuera (o sin profundizar lo suficiente en) algunas situaciones de particular interés para esta investigación.

El relevamiento primario realizado, en este sentido, brindó importantes posibilidades analíticas: en primer lugar, en lo que se refiere a las condiciones materiales de la vivienda y sus implicancias para la salud de los habitantes, se obtuvo un panorama sobre la situación del barrio que permitió complementar los datos censales (por ejemplo, en lo que se refiere a las implicancias sociales y sanitarias de la falta de acceso a la red cloacal) e, incluso, relativizar los datos duros para dar cuenta de las complejidades que atraviesan el acceso a los servicios urbanos (como se observó a propósito de la provisión del agua de red). Asimismo, la propuesta metodológica de combinar las entrevistas hechas a informantes clave con observaciones de campo —y con un registro fotográfico detallado— permitió recabar información sobre cuestiones que, de no mediar la observación, hubiesen quedado subregistradas, muchas veces debido a la naturalización de ciertas dimensiones de la vida cotidiana y otras veces por el desconocimiento o por la intención de resguardar la identidad de los vecinos que llevan adelante actividades plausibles de sanción social e, inclusive, ilegales.

Entre las limitaciones del relevamiento realizado para dar cuenta de esta dimensión de las condiciones materiales de la vivienda, debe mencionarse, en primer lugar, la imposibilidad de captar heterogeneidades al interior de la cuadra (cuestión fundamental en un contexto como el área analizada, donde la vulnerabilidad deja sus huellas en el territorio y se manifiesta, por ejemplo,

en la presencia de viviendas de muy diferente grado de terminación y consolidación). Asimismo, este tipo de relevamiento con base en informantes clave por cuadra no permite conocer la situación al interior de las viviendas (cuestión central para ver, por ejemplo, si las viviendas cuentan con una adecuada ventilación). Finalmente, al contar con datos circunscriptos al área de estudio, se pierde la posibilidad de conocer la especificidad de esta área en un contexto más amplio (municipal o urbano).

Por otro lado, al indagar sobre el marco del relevamiento primario en cuestiones de la salubridad del peridomicilio, los instrumentos de recolección de datos diseñados, en su carácter a la vez estructurado, pero complementado con secciones relativamente abiertas, permitieron captar fenómenos o situaciones sociohabitacionales prestablecidas como posibles, así como otras que desbordaron las categorías predefinidas en el marco de la investigación y desdibujaron las fronteras entre las subdimensiones. Es el caso, por ejemplo, de categorías como “animales sueltos”, “autos abandonados”, “baldíos” y “casas abandonadas”, que no se presentaron en el área de estudio siempre tal y como son concebidas en el marco de la investigación, sino acompañadas de otras que, con pequeñas variantes, tienen el potencial de aportar condiciones igualmente adversas en el entorno habitacional de los hogares. Continuando con la ejemplificación, se relevó la presencia de animales con dueño que viven entre la casa de la(s) persona(s) a la(s) que pertenecen y la calle; autos con dueño conocido en estado de deterioro probablemente irreversible, localizados en los jardines de las viviendas o en la vía pública; y viviendas habitadas sumamente deterioradas y/o con jardines y fondos sin desmalezar y con chatarra y otros desechos.

Entre las principales limitaciones del relevamiento de los indicadores correspondientes se

encuentran los agentes nocivos físicos y químicos producidos por los usos del suelo y otras actividades humanas no domésticas, la presencia de vectores de riesgo y sus reservorios, y la salubridad de los hábitos de la comunidad. Además, debe mencionarse que, al tratarse de un relevamiento estructurado desde su diseño y con aspiraciones de extensividad en el barrio, el vínculo generado con los entrevistados no alcanzó niveles de confianza suficiente como para que, al ser consultados sobre la cuadra en que se encuentra su propia vivienda, todos declararan actividades y hábitos de la población plausibles de sanción social. A través de las encuestas, se pudo obtener un panorama general, pero no completo, de los usos del suelo no residenciales y de los hábitos de la población que tienen el potencial de comprometer la salubridad del entorno residencial inmediato de los vecinos. Algunos entrevistados se mostraron evasivos al responder acerca de esas cuestiones o dieron a entender que había información que no estaban declarando. Y, en más de una oportunidad, se supo de actividades ilegales como la quema de cables robados, el “corte” y desarme de automóviles robados, y el vertimiento de productos químicos en la calle, que ningún vecino localizó geográficamente con precisión. Es decir, la estrategia metodológica empleada permitió captar cómo, en un entorno residencial vulnerable como el que se ha estudiado, entre los factores que pueden condicionar el acceso pleno a la salud y la calidad de vida se encuentra un conjunto de hábitos de los hogares y unos usos productivos del suelo en condiciones de suma precariedad, contemplados por la literatura entre los determinantes sociales de la salud de la población. No obstante, el panorama obtenido no es exhaustivo ni se pudo georreferenciar con precisión para identificar las áreas del barrio más comprometidas en este sentido, dada la resistencia por parte de los entrevistados a declarar y precisar la localización de los hábitos y actividades socialmente más sancionados.

En términos generales, el balance de la experiencia es sumamente positivo. Por un lado, se ha podido construir un conocimiento valioso sobre una problemática que debiera encontrarse siempre entre los temas prioritarios de la agenda política local y que comprende un entramado complejo de factores y procesos que van más allá de las dicotomías “pobre/no pobre” o “hábitat saludable/no saludable”. Por otro lado, también se ha avanzado en el desarrollo de una estrategia metodológica para el estudio de los determinantes sociales de la salud en entornos donde los hogares son particularmente sensibles a las coyunturas socioeconómicas adversas y son proclives a tener trayectorias descendentes o, al menos, a no poder mejorar sus condiciones de vida. El balance metodológico realizado ha permitido identificar sus fortalezas, pero también sus limitaciones, y constituye, en este sentido, tanto un punto de llegada como una oportunidad para dar continuidad a la línea de trabajo y consolidarla como tal.

Referencias

- Acero, A., Caro, R., Ivonne, M., Henao, K., Ruiz, E., Luisa, F., y Sánchez, V. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
- Agua y Saneamientos Argentinos (AySA). (2017). Estado de obras. Partido de Morón. Octubre 2017. Buenos Aires: AySA [citado 3 noviembre 2017]. Recuperado de http://doc.aysa.com.ar/apla/2017/11/171120171106_Mor%C3%B3n.pdf
- Álvarez Castaño, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf>
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., y Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335. Recuperado de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/260>
- Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). (s. f.). Cartografía de la Cuenca Matanza-Riachuelo. Recuperado de <http://www.acumar.gob.ar/>
- Birn, A. E. (2009). ¿Politizándolo o puliéndolo? Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social*, 4(3), 189-207. Recuperado de <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/372>
- Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. En *Determinación social o determinantes sociales de la salud* (pp. 45-69). México D. F: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Recuperado de <http://saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>
- Castells, M. (1977). *La cuestión urbana*. México: Siglo XXI.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas: separata. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/13053>
- Filgueira, C. (2001). Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes. Presentado en el Seminario

Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile: Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (Ciesu). Recuperado de <http://200.9.3.103/publicaciones/xml/3/8283/cfilgueira.pdf>

Hesparol I., y Helmer, R (1993). The Importance of Water Pollution Control for Sustainable Development. Presentado en el WHO Symposium of Water Use and Preservation. Amán, Jordania.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/cuestionario_basico_2010.pdf

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*. Ottawa: Gobierno de Canadá.

Laurell, A. C. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25. Recuperado de https://www.academia.edu/7940136/Laurell_La_salud_enfermedad_como_proceso_social_1

Lefebvre, H. (1972). *La revolución urbana*. Madrid: Alianza Editorial.

Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación, y Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial de Colombia (eds.). (2006). *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables. Escuela saludable y vivienda saludable*. Bogotá, Colombia.

Moreno Crossley, J. C. (2008). El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas. *Observatory on Structures and Institutions of*

Inequality in Latin America. Working Papers Series, (9). Recuperado de <http://www.sitemason.com/files/h2QrBK/WORKING%20PAPERS%209.pdf>

Moser, C. (1998). The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies. *World development*, 26(1), 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(97\)10015-8](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(97)10015-8)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud: Glosario. Recuperado de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

Osizlak, O. (1991). *Merecer la ciudad: los pobres y el derecho al espacio urbano*. Buenos Aires: Humanitas.

Rojas, M. C., Ciuffolini, M. B., y Meichtry, N. (2005). La vivienda saludable como estrategia para la promoción de la salud en el marco de la medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar. Editorial Medicina Familiar Mexicana*, 7(1), 27-30. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051h.pdf>

Rojas, M. del C. (2004). La vulnerabilidad y el riesgo de la vivienda para la salud humana desde una perspectiva holística. Una revisión necesaria para la gestión de la vivienda saludable. *Cuaderno Urbano. Espacio, Cultura, Sociedad*, 4(4), 145-174. <http://dx.doi.org/10.30972/crn.441763>

Rojas, M. del C., Meichtry, N. C., Velazco, B. A., Vázquez, J. C., Castillo, J. J., y Alfonso, E. (2013). Vulnerabilidad y riesgo en Asunción, Paraguay. Re-enfocando la discusión mediante la aplicación de un dispositivo para pensar la vulnerabilidad social y el riesgo de la vivienda para la salud. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 9(1), 9-21. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/1351>

Solar, O., e Irwin, A. (2010). *A conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health* (Social Determinants of Health Discussion Paper 2). Ginebra: World Health Organization. Recuperado de <http://cdrwww.who.int/iris/handle/10665/44489>

Vapñarsky, C. A. (1998). *El concepto de localidad: definición, estudios de caso y fundamentos teórico-metodológicos* (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República de Argentina [INDEC]). Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos, Secretaría de Programación Económica, Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Yassi, A., Kjellstrom, T., Dekok, T., y Guidotti, T. (2002). *Salud ambiental básica*. México D. F.: Programa de las Naciones unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

Yujnovsky, O. (1984). *Claves políticas del problema habitacional argentino, 1955-1981* (vol. 1). Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

1 Para consultar los indicadores, véase el cuadro anexo.

2 Los radios con código identificador 065682702, 065682703, 065682704, 065682806, 065682807, 065682808 y 065682809.

3 En 89 viviendas, el censo constató que se trataba de viviendas ocupadas cuyos habitantes se encontraban temporalmente ausentes y en las 75 restantes no se empadronaron personas por otras razones (se encontraban en venta, alquiler o en construcción; se utilizaban para uso no residencial, etc.).

4 Con excepción de una de las cuadras, donde, a pesar de las reiteradas visitas, no se logró encontrar a un entrevistado que reuniera los requisitos de electividad y que estuviera dispuesto a responder el cuestionario.

5 Esta fue una cuestión que se indagó en el cuestionario que se le hizo a informantes clave y la respuesta fue negativa, excepto por algunos casos individuales de ocupación de viviendas o terrenos que datan de hace algunas décadas atrás.

Anexo: Dimensión 1. Condiciones sociohabitacionales saludables: dimensiones, subdimensiones, indicadores y fuentes de datos

Dimensión/ Subdimensión	Fuente/ forma de relevamiento
Dimensión 1. Condiciones materiales del recinto de alojamiento (vivienda) que contribuyen a la protección del medio ambiente y a la higiene personal y doméstica	
<i>1.1. Calidad constructiva de la vivienda</i>	
Porcentaje de viviendas de tipo deficitario	Censo
Porcentaje de viviendas de tipo no deficitario* con pisos/ techos de materialidad deficitaria**	Censo
Presencia de viviendas sin revoque/sin pintura en las paredes exteriores	Observación
<i>1.2. Condiciones materiales para la higiene personal y doméstica</i>	
Presencia de viviendas sin ventanas al exterior	Observación
Porcentaje de hogares sin agua de red por cañería dentro de la vivienda/baño con desagüe a la red cloacal/heladera	Censo
Porcentaje de hogares que cocinan con leña, carbón u otro combustible	Censo
Dimensión 2. Fragilidad social	
Porcentaje de hogares con tenencia irregular de la vivienda***	Censo
Porcentaje de viviendas con más de un hogar	Censo
Porcentaje de hogares hacinados (más de 2 personas por cuarto)	Censo
Porcentaje de personas activas sin secundario completo	Censo
Porcentaje de niños en edad escolar (5-17 años) no escolarizados	Censo
Porcentaje de adolescentes (15-24 años) que no estudian ni trabajan	Censo
Tasa de crecimiento anual de la población	Censo
Viviendas en asentamientos no planificados (villas, asentamientos)	Observación/ Entrevista/ Cartografía oficial
3. Salubridad del peridomicilio	
<i>3.1. Infraestructura y servicios urbanos</i>	
<i>3.1.1. Infraestructura</i>	
Existencia de calles sin pavimento	Observación
Inexistencia de veredas	Observación
Acceso a las viviendas a través de un pasillo	Observación
Inexistencia de desagüe pluvial a una red pública por boca de tormenta	Observación
Inexistencia de arbolado público	Observación
Ocurrencia de inundaciones en la cuadra en los últimos 12 meses	Entrevista
Afloramiento de napas de agua subterráneas	Entrevista
Inexistencia de áreas verdes/plazas	Observación/Google Earth
<i>3.1.2. Disponibilidad de servicios</i>	
Disponibilidad de transporte público	Observación
Existencia de alumbrado público	Observación
Provisión de agua de red/red cloacal/gas de red	Empresa proveedora (Aysa; Metrogás)
Existencia de servicio público de recolección de residuos/camiones atmosféricos	Entrevista
Existencia de servicios públicos educativos y de salud (maternal/ escuela primaria/ escuela secundaria/ centro de atención primaria de la salud)	Observación/Entrevista
Existencia de farmacia/comisaría a menos de 10 cuadras	Observación

Dimensión/ Subdimensión	Fuente/ forma de relevamiento
Existencia de servicios de esparcimiento (centro de jubilados/ centro cultural/ club deportivo/ oferta de actividades culturales, sociales o deportivas en espacios públicos)	
Existencia de transporte público a menos de 5 cuadras	Observación/Google Maps
Existencia de transporte público directo a un hospital público	Entrevista/Google Maps
Dimensión/ Subdimensión	Fuente/ forma de relevamiento
3.1.3. Calidad de los servicios	
Existencia de depósitos públicos de basura en mal estado de conservación o desbordados	Observación/Entrevista
Servicio público de recolección de residuos con frecuencia insuficiente	Entrevista
Existencia de indicios de mala calidad del agua de red pública	Entrevista
Poca presión de agua	Entrevista
Ocurrencia de interrupción del servicio de agua/electricidad por periodos de tiempo prolongados (más de 12 horas) en el último año	Entrevista
Calidad del alumbrado público	Entrevista
3.2. Presencia de agentes nocivos físicos y químicos producidos por los usos del suelo y otras actividades humanas no domésticas	
Presencia de industrias/talleres/depósitos/vertederos de líquidos potencialmente nocivos****	Observación/Entrevista
Existencia de autopistas/calles de alto tránsito	Google Maps
Existencia de terminales de autos o estacionamientos de autos, camiones o colectivos	Observación/Entrevista
Existencia de terrenos utilizados en la actualidad/el pasado como basurales/deposito de autos en desuso u otro	Entrevista/Google Earth
3.3. Presencia de vectores de riesgo y sus reservorios	
Presencia de cucarachas; moscas/mosquitos; ratas/ratones/lauchas; garrapatas; pulgas; vinchucas	Entrevista
Existencia de casas/autos abandonados; terrenos baldíos	Observación/Entrevista
3.4. Salubridad de los hábitos de la comunidad	
Existencia de basura acumulada semanalmente en la cuadra	Observación/Entrevista
Existencia de animales sueltos	Observación/Entrevista
Existencia de vecinos en la cuadra que realicen acarreo de chatarra (incluye el cartoneo), acopio de chatarra (incluye el cartoneo), quema de basura, fundición de metales, quema de cables, reciclado de baterías, compostura de calzado	Entrevista

* Viviendas de tipo no deficitario: casa y departamento; viviendas de tipo deficitario: rancho, casilla, piezas, local no construido para habitación, vivienda móvil.

** Pisos de materialidad deficitaria: tierra, ladrillo suelto u otro material; techos de materialidad deficitaria: cubierta asfáltica o membrana, baldosas, lozas, pizarra, teja o chapa de metal sin revestimiento interior o cielorraso; o chapa de fibrocemento o plástico, chapa de cartón, caña, palma, tabla o paja u otro material con o sin cielorraso.

*** Propietario solo de la vivienda, ocupante por préstamo u otra situación.

**** Se indaga de forma abierta a qué se dedican los establecimientos, qué producen, qué materiales utilizan, si producen suciedad y de qué tipo/materiales, si producen emanaciones visibles de humo, vapores, líquidos, olores, ruidos molestos, etc.

Fuente: elaboración propia