

La vulnerabilidad habitacional: análisis de trayectorias y estrategias en población de zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Soledad Boveri y Bárbara Carnevale.

Cita:

Soledad Boveri y Bárbara Carnevale (2019). *La vulnerabilidad habitacional: análisis de trayectorias y estrategias en población de zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/521>

LA VULNERABILIDAD HABITACIONAL: ANÁLISIS DE TRAYECTORIAS Y ESTRATEGIAS EN POBLACIÓN DE ZONA SUR DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES¹

Nombre de los autores: Boveri, Soledad; Carnevale, Bárbara; Dimaro, Pablo; Revale, Florencia; Seijas, M. Soledad

Eje temático: 5 - Estado y políticas públicas

Mesa: 88 - Políticas, proyectos y acciones en salud

Institución de pertenencia: CeSAC 15 (Área Programática Htal. General de Agudos Cosme Argerich)

Email: epidemiocesac15@gmail.com

Resumen: La problemática habitacional emerge como un importante determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención² (PSEA) de las/os usuarias/os que consultan al Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 15 en trabajos y evaluaciones realizadas por los equipos que trabajan en el territorio. Viviendas populares pasaron a ser proyectos inmobiliarios o turísticos, como parte de un proceso de gentrificación. Por otra parte, en inquilinatos y otros tipos de vivienda considerados precarios, el hacinamiento y la tenencia irregular, dan cuenta de la vulneración de este derecho.

Se tomó como objetivo analizar las problemáticas, percepciones y estrategias habitacionales, a lo largo de las trayectorias residenciales de habitantes de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y su vínculo con los PSEA. Se realizó un análisis cualitativo de tipo descriptivo-explicativo a partir de entrevistas semiestructuradas a 11 personas; la muestra fue no probabilística.

Los resultados nos acercaron a diversos escenarios de la problemática de vivienda y a observar cómo se han relacionado con la aparición y/o empeoramiento de diversas problemáticas de salud-enfermedad. Otro aspecto de interés han sido las estrategias (individuales y colectivas) para intentar mejorar la situación habitacional; fundamentalmente para lograr estabilidad en un espacio considerado adecuado por el acceso a servicios educativos, de salud, y a otros elementos que hacen a la calidad de vida.

Palabras clave: problemática habitacional- procesos salud-enfermedad-atención- vivienda-vulneración de derechos

¹ Las personas entrevistadas residían al momento de la realización de la investigación en barrios de las comunas 1 y 4 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

² Se entiende como PSEA que propone E. Menéndez a “un universal que opera en toda sociedad” y que incluye tanto a los padecimientos como las respuestas a estos, como “procesos estructurales” de los grupos sociales. Menéndez. “*La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?*” *Alteridades*. 4(7):71-83. 1994, p.71.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo fue escrito por el equipo de Epidemiología del CeSAC N° 15, ubicado en el barrio de San Telmo, CABA. Este centro cuenta con profesionales que, siguiendo los lineamientos de la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), desarrollan como parte de su tarea diaria actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, que se implementan dentro y fuera del efector, a través de equipos interdisciplinarios.

Como resultado de más de veinte años de implementación de esta modalidad de trabajo, el equipo de salud identifica en su trabajo asistencial, comunitario e investigativo, la preeminencia y recurrencia de la problemática habitacional en la población usuaria del centro, considerándola como un importante determinante de los PSEA.

En algunos barrios de las Comunas 1 y 4 de la CABA, como Barracas, La Boca y San Telmo, se dio un proceso de transformación urbana en los últimos años. Espacios anteriormente ocupados para la vivienda popular pasaron a ser proyectos inmobiliarios o turísticos, como parte de un proceso de gentrificación regido por la lógica del mercado. Son barrios donde coexisten estas nuevas proyecciones edilicias con las tradicionales viviendas colectivas, donde el hacinamiento y la tenencia irregular de la vivienda son elementos que dan cuenta de la dificultad en el acceso a una vivienda digna y adecuada.

Ante esta situación, el equipo de salud ha intentado diversas intervenciones comunitarias, familiares e individuales para abordar la problemática, a partir de los recursos y programas existentes tanto desde las políticas públicas como de las organizaciones sociales; encontrándose siempre con importantes limitaciones y obstáculos para lograr una solución real e integral de la cuestión.

Por lo anteriormente mencionado, en el presente trabajo nos propusimos contribuir al conocimiento de esta problemática, a partir de las propias historias residenciales de los habitantes de la zona sur de la CABA. Conocer los saberes y problemáticas habitacionales que enfrentaron como las estrategias y recursos que pusieron en juego para abordar tal situación, podría enriquecer el abordaje por parte del equipo del CeSAC N° 15 de los PSEA de su población a cargo. Para eso, se intentará responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las características de las trayectorias residenciales de las/os entrevistadas/os? ¿Cómo son percibidas las situaciones problemáticas y las expectativas relacionadas con la vivienda por esta población? ¿Qué estrategias y recursos habitacionales despliegan para el acceso a la vivienda, a la propiedad y a los servicios urbanos? ¿De qué modos se vincula la cuestión habitacional con los PSEA? ¿Qué rol juegan las instituciones públicas, en particular las de salud, en las estrategias habitacionales?

2. OBJETIVO GENERAL

Analizar las problemáticas, percepciones, expectativas y estrategias habitacionales, a lo largo de las trayectorias residenciales de habitantes de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vínculo con los PSEA.

3. METODOLOGÍA

El siguiente estudio es de carácter cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas y con un análisis de tipo descriptivo-explicativo. La muestra conformada es no representativa, y se construyó de manera intencional a partir de informantes clave del equipo de salud. Las entrevistas se realizaron durante el año 2016, a 11 personas mayores de edad, emancipadas, con trayectorias residenciales caracterizadas por la movilidad y las dificultades en el acceso a una vivienda permanente, que vivieran en el momento o hubieran vivido en la zona sur de la CABA. Se recurrió a datos sociodemográficos y epidemiológicos cuantitativos de fuentes secundarias para construir la fundamentación.

4. MARCO CONTEXTUAL

4.1. Caracterización del acceso a la vivienda en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En contraste con la normativa vigente, una importante porción de las personas que viven en la Ciudad de Buenos Aires ven vulnerado su derecho a la vivienda como consecuencia de un “grave, extendido y persistente déficit habitacional”³. En las últimas décadas se han desarrollado diversas políticas transitorias destinadas a paliar la emergencia habitacional que no fueron adecuadas ni sustentables para dar respuesta a esta problemática.

En el libro *La calle no es lugar para vivir. Auto-organización y situación de calle en la ciudad de Buenos Aires*, Horacio Ávila y Griselda Palleres⁴ repasan la oferta de programas sociales tendientes a responder a situaciones de emergencia habitacional tanto de grupos familiares como de individuos que implementó la ciudad de Buenos Aires desde mediados de la década del ‘80. Según estos autores el primer hito es la creación del *Programa de Atención de Casos de Emergencia Individual o Familiar (ACEIF)* en el año 1986. Luego, en 1997, el *Programa Integrador para Personas o Grupos Familiares en Situación de Emergencia Habitacional*, como primera política pública destinada exclusivamente a personas en situación de calle. La *Ley 341/LCBA/00* constituye una herramienta para los procesos colectivos de autogestión de la vivienda; estipula el otorgamiento de créditos colectivos a organizaciones sociales (cooperativas, mutuales, etc.) para la compra o la construcción de viviendas. En 2002, se implementó el primer *subsidio habitacional*: cambia la

³ Asesoría General Tutelar. *El derecho a la vivienda en la CABA. Colección: De incapaces a sujetos de derechos*. Buenos Aires, Eudeba. 2010, p. 11.

⁴ Ávila, H; Palleres, G. *La calle no es lugar para vivir. Auto-organización y situación de calle en la ciudad de Buenos Aires*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el autor, 2014.

modalidad de gestión de la vivienda y las familias comienzan a recibir el subsidio en lugar de la contratación directa del hotel por parte del Estado. El *Programa de Apoyo Habitacional* en 2004 busca efectivizar la asistencia a familias en situación de calle que se hallaban alojadas en hoteles en estado de clausura ofreciendo como alternativa para acceder a una vivienda definitiva la posibilidad de obtener un crédito con garantía hipotecaria instrumentado por el Banco de la Ciudad de Buenos Aires. La gran mayoría de las personas o familias que aceptaron renunciar al alojamiento no obtuvieron ese beneficio, dado que nunca se profundizaron las directrices acordes a la complejidad de la tarea. Al año siguiente, en 2005, el *Programa de Apoyo Habitacional* fue ampliado por medio de la conformación de la actividad de Vivienda Transitoria que otorgaba un subsidio a organizaciones sociales constituidas en cooperativas, mutuales o asociaciones civiles sin fines de lucro, involucradas en procesos de obtención de vivienda definitiva en el marco de los programas dependientes del Instituto de Vivienda de la CABA (IVC) y de la ley 341/LCBA/00.

4.2. Condiciones de vivienda y problemáticas de salud

En relación a las condiciones de vivienda y las problemáticas de salud, en el último ASIS 2016⁵ publicado por la actualmente denominada Gerencia Operativa de Epidemiología, se señala que las Comunas 1, 4 y 8 muestran los perfiles socioeconómicos más desfavorables (y junto con ello los peores indicadores de morbimortalidad) en relación con el resto de la CABA: desocupación, pobreza, cobertura exclusiva en sistema público de salud, nivel educativo, hacinamiento y saneamiento básico. Asimismo se destaca que la Comuna 1 presenta el mayor porcentaje de población con hacinamiento o hacinamiento crítico⁶.

En este documento se señala, en cuanto a vivienda, que la Comuna 1 es la que tiene mayor proporción de viviendas que no son casa o departamento, incluyendo todos los tipos de viviendas inconvenientes⁷ (16% contra un 5% promedio de la CABA), seguida por las Comunas 3 y 4. Con respecto al hacinamiento, el porcentaje en la Comuna 1 fue de 18% y el de hacinamiento crítico 4,4%, seguida por las Comunas 8 y 4, siendo el promedio de la CABA para hacinamiento 8,7% y hacinamiento crítico 1,3%. Esto nos marca cómo en estas regiones se concentra claramente la desigualdad habitacional, las problemáticas de vivienda, y por consecuencia también la pobreza estructural (NBI) por motivo de vivienda inadecuada y hacinamiento.

Por último, en relación a ciertos indicadores de morbimortalidad tratados en el mismo ASIS, también se registró una mayor Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en la Comuna 1 y la franja sur con

⁵ Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud GCABA. *Análisis de situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2016*. Buenos Aires, 2017.

⁶ El documento considera hacinamiento a la presencia de 2 a 3 personas por cuarto, y hacinamiento crítico a la presencia de más de 3 personas por cuarto.

⁷ Pieza de inquilinatos, conventillo, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a la vivienda

respecto al resto de la ciudad y el total. La mayoría en período neonatal, aunque tanto en la Comuna 1, como en la 4 y 8, la mayor parte de estas muertes fue por motivos reducibles. También en estas comunas fueron mayores las defunciones fetales. En relación con la mortalidad en otros grupos de edad y por causas se han hallado diferencias entre la Comuna 1 y el total CABA, siendo mayor en esta Comuna en las franjas etarias de 1 a 9 años, 10 a 19 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años. Esta diferencia es más marcada también en las otras comunas de franja sur, especialmente Comuna 4 y 8 que presentan además, mayor mortalidad por enfermedades digestivas, infecciosas y por causas externas o lesiones.

Con respecto a la morbilidad, especialmente en cuanto a enfermedades relacionadas a la vulnerabilidad social como la tuberculosis, hallamos un aumento de casos nuevos entre 2015 y 2016, siendo una vez más la Comuna 1, junto a la franja sur, y en este caso también la Comuna 7 las de mayor incidencia.

5. PERSPECTIVAS CONCEPTUALES QUE ORIENTAN EL ANÁLISIS

Nos situamos en la mirada de la Medicina Social Latinoamericana y su lectura de las determinaciones sociales en salud. Este enfoque no se limita a pensar en la influencia de un medio ambiente externo al individuo, sino que piensa al sujeto subsumido en los modos y condiciones de vida impuestos por lo social⁸. Esto le da un carácter histórico al PSEA que cambia la manera de leer la problemática, dejando de pensar la situación habitacional como un factor que influye en la salud de las personas, para pensarla como parte de un todo social que determina las maneras de vivir, enfermar y morir de la población⁹¹⁰.

Para abordar la problemática habitacional y las estrategias que los sujetos y familias despliegan en sus trayectorias de vida nos centramos principalmente en conceptos tales como: *el derecho a la ciudad; las trayectorias residenciales; las estrategias habitacionales; y las redes*.

El *derecho a la ciudad* apunta a restaurar el sentido de ciudad, instaurar la posibilidad del buen vivir para todos, y hacer de la ciudad escenario de intercambio y relaciones para la vida colectiva¹¹.

Respecto a las *trayectorias residenciales*, Di Virgilio y Gil las definen como el “conjunto de los

⁸ Morales Borrero; Borde; Eslava Castañeda & Concha Sánchez. “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”. Rev. Salud pública. 15 (6): 797-808, 2013

⁹ Laurell, A. “Salud enfermedad como proceso social” en: Cuadernos Médicos Sociales N°19. 1982.

¹⁰ En palabras de Laurell: “Este modo de entender la relación entre proceso social y el proceso de salud enfermedad apunta, por un lado, al hecho de que lo social tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud enfermedad, y por el otro, se opone a la concepción de que lo social únicamente desencadena procesos biológicos inmutables y ahistóricos, y permite explicar el carácter social del proceso biológico mismo. Esta conceptualización, así, nos permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción y sugiere un modo concreto de desarrollar la investigación al respecto” Laurell, A. “Salud enfermedad como proceso social” en: Cuadernos Médicos Sociales N°19. 1982, p.10.

¹¹ Lefebvre. *El derecho a la ciudad*. Barcelona, Ediciones 62. 1969.

cambios de residencia y/o de localización de las familias en el medio urbano”¹². En tanto componentes de estas trayectorias, las *estrategias habitacionales*, son “las decisiones que toman las familias/unidades domésticas y los objetivos que ellas persiguen en materia de hábitat”.

Las *redes en salud*, siguiendo las conceptualizaciones de Elina Dabas pueden ser identificadas como *redes vinculares, nocionales y sociales*. Asimismo, consideramos respecto a la idea de inserción en redes de pertenencia, lo descrito por Robert Castel acerca de los conceptos de *vulnerabilidad* y *desafiliación* para dar cuenta del proceso dinámico que atraviesan los sujetos, en relación con la inestabilidad y fragilidad de sus soportes de integración social. El autor revisa el lugar de las redes laborales como garantes de cierta seguridad en términos salariales, de protección a la salud y habilitadoras de una zona de integración. En discusión con la idea estática de *exclusión*, señala que un individuo puede localizarse en distintas zonas de vulnerabilidad y, con la intención de subrayar su carácter dinámico, propone el concepto de *desafiliación* como un “proceso mediante el cual un individuo se encuentra disociado de las redes sociales y societales que permiten su protección de los imponderables de la vida”¹³.

Nuestra perspectiva de análisis de las características de la problemática habitacional y las estrategias de las personas frente a ella, reconoce un entrelazamiento de las determinaciones sociales del PSEA con la capacidad transformadora tanto individual como colectiva, ya que esta capacidad puede generar márgenes de libertad y de decisión sobre las trayectorias residenciales.¹⁴

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1. Trayectorias residenciales

Se realizaron 11 entrevistas a 4 varones y 7 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los 40 y 72 años. Las trayectorias residenciales se organizaron según la información que proveyó cada una/o, armando una secuencia de las diversas viviendas en la que residió a lo largo de su vida, en una línea temporal. Sobre la *movilidad residencial* se podría destacar que la mayoría de los entrevistados (8) vivieron en más de cinco viviendas, llegando incluso muchos de éstos a vivir en más de ocho lugares distintos.

Entre los *motivos* que los llevaron a cambiar de vivienda, e incluso de lugar de residencia, se destacan dos: las modificaciones en las redes vinculares tanto de familia y pareja: “Y en 1991 empezaron a nacer los pibes y fue un poco más difícil (...) Los niños ya iban al jardín, iban a la

¹² Di Virgilio, M; Gil, M. “Estrategias habitacionales de familias de sectores populares y medios residentes en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina)”. Revista de Estudios Sociales, No. 44. Bogotá, diciembre de 2012. Pp. 158-170.p. 160-161

¹³ Arteaga. “Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel”. Revista Sociológica, 23(68), 151-175. p 164-165.

¹⁴ “los individuos y los hogares disponen en el transcurso de su vida de un mínimo de libertad de acción y de lucidez en sus prácticas residenciales” Bonvalet y Dureau, 2002 en Di Virgilio, M; Gil, M. “Estrategias habitacionales de familias de sectores populares y medios residentes en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina)”. Revista de Estudios Sociales, No. 44. Bogotá, diciembre de 2012. p. 160

escuela ¿me entendés? Y ya había como un asentamiento acá, ya uno como que ya estaba echando raíces." (Entrevistada 9, quien inmigró de Paraguay y formó una nueva familia en Argentina); y la posibilidad de acceder a ciertos recursos, principalmente el trabajo, la salud y la educación: "Al toque que vine (de su provincia de origen), al día siguiente conseguí trabajo y ganaba, en una empresa de limpieza, lo que allá tenía que trabajar todo el día, y no llegaba a ganar lo que acá ganaba en 4 horas con salario familiar, con obra social y todo eso." (Entrevistada 8). Otro factor de movilidad fue la búsqueda de una mejora de las condiciones de la vivienda, tener un proyecto político e ideológico relacionado, o por los vínculos de pertenencia a un lugar.

Resulta relevante mencionar que cuatro entrevistados atravesaron desalojos y otros dos debieron dejar su vivienda por no poder seguir pagándola (por políticas económicas o pérdida de empleo), cuestión que los llevó a una situación de mayor precariedad.

Revisando las trayectorias habitacionales en vinculación con las percepciones de los entrevistados/as, la *situación problema* principal es *el no acceso a una vivienda propia y digna*, una vez emancipados de sus familias de origen, salvo una personas que la tiene en su país de origen y la desea en Argentina (entrevistada 3).

En casi la totalidad de los casos la *expectativa principal* en esa trayectoria es el acceso a una vivienda, ya sea propia o bajo la modalidad del alquiler, pero valorando la *estabilidad*. Salvo quién vive en un Hogar, el resto de los entrevistados presenta un futuro inestable e incierto respecto de la permanencia en la vivienda que habita. En este sentido, retomando la definición de vivienda digna se observa que sus cualidades de fija, "asequible en el precio de la vivienda como el alquiler" y "con seguridad jurídica de la tenencia"¹⁵ resultan inalcanzables.

Una situación problemática referida por la totalidad de entrevistados/as es la *convivencia*, en instituciones como en viviendas colectivas, por ejemplo: en el Hogar las habitaciones son compartidas y con frecuencia se alojan personas que consumen alcohol y otras sustancias (entrevistado 1); conflictos de convivencia ligados a los horarios y los ruidos que hacen los vecinos, a veces atribuidos a la falta de integración entre personas con procedencias variadas (entrevistado 2); circulación de alcohol y drogas, y peleas en el edificio (entrevistada 3); problemas internos que conllevan la presencia policial y que transforman el lugar en "cárceles" (entrevistado 5). Algunos entrevistados/as logran identificar los impedimentos que las *políticas públicas de vivienda* ponen al acceso de una vivienda propia.

A continuación, nos detendremos en las estrategias que han utilizado las personas entrevistadas para ir modificando su situación habitacional, retomando a las autoras citadas cuando señalan que "los cambios de residencia pueden leerse como mecanismos de ajuste y/o adaptación orientados a

¹⁵ ONU- Comité de Derechos Sociales. *Observación General N°4*, 1991.

optimizar el uso de los recursos existentes.”¹⁶

6.2. Estrategias habitacionales

Describiremos cuales son las principales estrategias habitacionales que se manifiestan en los relatos de las personas entrevistadas; reconociendo que la mayoría de ellos presenta más de una a lo largo de sus trayectorias. Para el análisis, desglosaremos dos categorías de estrategias: individuales y colectivas. Entre las primeras, hallamos las soluciones paliativas o transitorias que ofrecen los planes sociales, los modos de acceder a ellos o de extender el beneficio (situación de calle, amparo judicial). Entre las colectivas, sobresale la pertenencia a una cooperativa de vivienda y la radicación en un asentamiento urbano.

6.2.1. Estrategias individuales

Situación de calle para acceder a las políticas públicas habitacionales. Tres entrevistados vivieron por un tiempo en situación de calle, una en particular la utilizó explícitamente como estrategia. La Entrevistada 9, cuando su segunda hija cumple un año regresa a su país de origen, permanece allí durante seis meses y vuelve a la Argentina. En ese retorno, expresa no querer volver al asentamiento donde había estado viviendo por cuestiones relativas a la seguridad de sus hijos: *“Yo dije ‘no, la villa no es lugar para mi hijo’. Cuando volví de Paraguay, lo que hice fue no volver, directamente no volví a la villa. (...)Una gente nos dijo que, si íbamos a la iglesia, nos iban a dar un hogar (...) Dormimos dos noches ahí...”*, accediendo de este modo a un Hogar. (Entrevistada 9) La decisión de abandonar la villa y vivir en situación de calle puede interpretarse como una estrategia habitacional en este caso. El entrevistado 1, habiendo tenido vivienda, trabajo y obra social pasa a quedarse en calle luego dos interurrencias clínicas graves por una diabetes no diagnosticada; accede a un Hogar también por una sugerencia de otros pares¹⁷.

Otro entrevistado (7) relata una posición activa e informada respecto al contacto con el BAP a fin de, en última instancia, poder llegar a una solución para su problema habitacional que pudiera posibilitar la convivencia familiar, lo cual termina logrando por medio de un alquiler.

En los dos primeros casos, mediante contactos entre pares se accede a información acerca de recursos habitacionales y modos de conseguirlos. En el último es a partir del acercamiento y

¹⁶ Di Virgilio y Gil. Op. Cit.

¹⁷ *“Y ahí ya se me vino todo el mundo encima: tres meses de alquiler que no pagaba, el tema estaba cada vez peor, del hospital me dicen que ya no me pueden internar, que tenía obra social, que no tenía la cobertura, que no tenían cama, todo eso. Dije ‘bueno, perdido por perdido, perdido del todo’. Entonces, en el hospital había indigentes que dormían ahí en la puerta y cuando hacía frío dormían dentro del hospital. Yo los conocía y les dije ‘muchachos, miren, me queda poco tiempo, así que...duermo con ustedes y después que sea lo que Dios quiera’. No, escuchame, ¿vos sabés (lo) que es esto? ¿Por qué no vas al BAP (sic)?’- Le digo ‘¿Qué es el BAP?’ ‘El Gobierno de la Ciudad, que ellos te van a atender, te van a hacer esto y lo otro’. Ahí del hospital llamé al 108. Entonces dice ‘lo tenemos que trasladar a un Hogar que sea para menores de 60. Como estamos con el Operativo Frío (...) va a ser trasladado, transitoriamente, a un parador.”*

asesoramiento directo los equipos de programas de Desarrollo Social que se propician el conocimiento y desarrollo de la estrategia. Se puede observar que el tipo de capital social puesto en juego está vinculado con el acceso a los recursos paliativos que ofrecen las políticas públicas; las redes sociales operan como sostén y orientación.

Subsidio habitacional y amparo judicial. Estos recursos del Estado forman parte de la construcción de estrategias habitacionales para casi la mitad de los entrevistados/as, si bien veremos las limitaciones en su alcance. En el caso de la entrevistada 9, al conseguir trabajo decide irse del hogar donde estaba alojada. Alquila una habitación en un hotel, cercano a la guardería de sus hijos, durante un año aproximadamente. Luego, su marido empieza a perder la vista y es despedido del trabajo; se acerca a Desarrollo Social donde les “*dieron un hotel*” en la zona del CeSAC N° 15, con subsidio municipal y donde residen por 10 años. Recibir el subsidio, y sumarlo a los ingresos por sus trabajos, les permite ahorrar dinero con el objetivo de comprar una casa en Laferrere a través de una inmobiliaria. Cuando intentan utilizar el subsidio habitacional para pagar la casa en cuotas la propuesta es rechazada por la dependencia municipal. Este caso muestra las limitaciones de las políticas sociales: el subsidio es admitido para solventar la vivienda transitoria pero cuando la familia logra elaborar una estrategia de ahorro y solución definitiva, la respuesta del Estado es negativa e incluso se pone en cuestión que lo necesitaran efectivamente para garantizarse la vivienda: “*Y bueno me dijo que, si yo estaba trabajando, si yo estaba acá, me iba sin subsidio sin nada. Y yo dije sin subsidio no me voy a ir. Y en verdad no me fui...*”.

Según Ávila y Palleres¹⁸ el *Programa de hoteles* colapsó porque nunca llegó a funcionar como alojamiento temporario puesto que los beneficiarios permanecían largas estadías en los hoteles y superaban el año de alojamiento. Además, si bien en un comienzo el programa se encontraba destinado a brindar alojamiento a una población bien concreta (desocupados temporarios, desalojados y personas sin techo), luego se acercaron personas solas y familias con problemas estructurales de vivienda que excedían el perfil de beneficiario.

El Entrevistado 7 luego de lograr el subsidio habitacional gestionado vía BAP inicia un recorrido habitacional hasta su domicilio actual, el cual sostiene en parte gracias a un amparo judicial. “*Yo tengo un recurso de amparo que con una sentencia firme donde el juez ordena al GCBA que me pague el alquiler. (...) a veces no me pagan la totalidad y tengo que reclamar los aumentos. (...). Tengo un problema con eso, también yo me tengo que hacer cargo de los servicios, luz, expensas, y todo eso. En realidad yo pongo mucho para estar ahí.*”

Como denominador común, el subsidio habitacional resulta un recurso útil para salir de una

¹⁸ Ávila & Palleres. Op. cit.

situación de extrema vulnerabilidad, pero en lo fáctico tiene un carácter paliativo. Quienes quisieron lograr mayor estabilidad en la tenencia de la vivienda han tenido que recurrir a la judicialización del derecho o renunciar al subsidio. Esta conclusión coincide los autores mencionados anteriormente, quienes afirman que la entrega de subsidios habitacionales en lugar de proveer directamente alojamiento en hoteles, presenta por lo menos dos problemas: el monto monetario otorgado se encuentra por debajo de lo que requiere el mercado inmobiliario de alquileres, y quienes acceden a éste no tienen la posibilidad de resolver su situación por sus propios medios.

La experiencia de vivir en instituciones. Cinco entrevistados han tenido la experiencia de residir en instituciones, tanto en paradores para personas en situación de calle como en hogares -de gestión pública y privada-, uno durante la infancia y otros en la adultez. Por esas variables, entre otras, las experiencias son diversas, en algunos casos pueden ser pensadas como estrategias habitacionales y en otros solo fueron percibidas como destino habitacional forzado ante un desvalimiento social y económico que no dio otra alternativa.

La entrevistada 4, al no poder pagar el alquiler y con su nieta a cargo, es derivada a un Parador y posteriormente a un Hogar, donde residen durante dos años, para concluir esta etapa de su trayectoria alquilando una habitación en una casa de familia por medio de un subsidio habitacional: *“Entonces, a la nutricionista de acá (CeSAC 15) le pregunto (sic) sobre algún lugar para ir durante el invierno, un Hogar. Porque yo plata para ir a alquilar si tuviera, agarro. Pero yo estaba viviendo por un sueldito de lo que ganaba por hora. Y estando acá en el Hogar por 2 años, tramité mi jubilación por ama de casa y me salió.”* La entrevistada pudo hacer uso del paso por la institución para fortalecerse y proponerse otros destinos habitacionales, podemos inferir que sus características y estrategias subjetivas le permitieron cierto logro en su estrategia habitacional.

El entrevistado 1 elige un Hogar como una solución a su problemática habitacional, a partir de haber obtenido información desde distintas fuentes, y en tanto pensarse como ciudadano. Desde el derrumbe habitacional y subjetivo que lo deja *desafiliado* del sistema, logra objetivar un destino *bajo un techo*, provisto como derecho por el Estado.

En las situaciones analizadas, se observa que las estrategias individuales están fuertemente vinculadas al acceso a soluciones garantizadas por el Estado u otras instituciones, como la Iglesia, pero de carácter transitorio. El conocimiento de estas *soluciones* se da en el encuentro con otros en una situación de semejantes: por ejemplo, un conocido del hotel con quién se podría construir un lazo de confianza o el encuentro *fortuito* con personas en situación de calle. El paso por instituciones habilitó el conocimiento y el acceso a otros recursos.

El soporte de la familia. La muestra se basó en sujetos emancipados de sus familias de origen pero en la trayectoria habitacional de algunos se observa que el recurrir a familiares, amigos o parientes políticos para acceder a una vivienda es recurrente en sus trayectorias. Especialmente, en los casos de inmigración, los cuales tienen como primera vivienda en el país, el domicilio de alguno de ellos. *“Vivo con mi hermana que es mayor. Hace unos 15 años que vivo con ella (alquilan juntos una habitación de hotel). (...) Vine a Buenos Aires cuando salí de la colimba en Paraguay. Vine a vivir con una familia amiga. (...) Vine por una tía. Ellos me dijeron que viniera... llegué un día viernes y el sábado estaba trabajando.” (Entrevistado 5)*

6.2.2. Estrategias colectivas

En relación con las estrategias colectivas de acceso a la vivienda, hay cinco casos en que los entrevistados forman o formaron parte de cooperativas de vivienda. También hay entrevistadas que vivieron otros procesos colectivos que evidencian la fortaleza del encuentro con otros en la gestión de los servicios y en la construcción de la vivienda propia.

Se pueden observar diferencias en los procesos de organización en cooperativas como regularidades en la dificultad para sostenerlas. Entre estas dificultades se manifiestan cuestiones de los propios grupos (personales, culturales y políticas) y los vaivenes en las políticas públicas. Estas últimas hicieron que por largos períodos de tiempo, incluso décadas, quedarán expuestos a condiciones de vida muy precarias y al riesgo del desalojo inminente, cuando en el proceso de negociación su vivienda era considerada casa tomada. En relación con otras modalidades colectivas, como se verá más adelante se destacan las experiencias de las entrevistadas que viven en el barrio Rodrigo Bueno.

Podemos identificar diversos modos de ingresar a la cooperativa: por iniciativa propia de la persona entrevistada; a partir de convivientes; o por una organización social *externa* al grupo conviviente. Los motivos que intervienen en la participación pueden ser: desalojos; cambios en las políticas de vivienda; deseo de la vivienda propia; motivaciones políticas e ideológicas, entre otros. Dice la Entrevistada 8: *“Hasta que un día vino un desalojo y nos dijeron que teníamos que ir a algún lado a buscar, para ver que no nos desalojaran, y ahí empezamos a ir al Patro¹⁹. En el Patro ahí había gente que estaban organizándose para obtener su vivienda también. Y nos decían bueno, que nos juntemos y... Era una mesa de casas ocupadas”.*

Analizando los cinco casos de cooperativistas se puede observar que la estrategia colectiva es, en algunos casos, un instrumento para una iniciativa predominantemente individual: *“En el Instituto de la vivienda nos dijeron que nos podían dar crédito si nos formábamos en una organización*

¹⁹ Uno de los nombres coloquiales con los que es conocido el edificio que perteneció al Patronato de la Infancia, en el barrio de San Telmo.

verificable. (...) *Era como más difícil acceder a un crédito individual, porque era por sorteo...*” (Entrevistada 9); salvo la entrevistada 11 que prioriza su pertenencia a un colectivo en el marco de un proyecto político.

En relación con los modos de organización de la cooperativa, dos casos fueron por autoorganización, independientes de cooperativas u organizaciones políticas/sociales. En otros casos la cooperativa pertenece a un movimiento más amplio, en los casos relevados el Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (MOI), que sirve como marco en tanto establece modos de organización y pertenencia.

Algunos entrevistados destacan el contacto con organizaciones sociales, la construcción de redes junto a otras cooperativas, viviendas ocupadas y organizaciones para enfrentar/frenar los desalojos. También la llegada a algunos actores con influencia, como funcionarios, fiscales, personal de los juzgados y organizaciones no gubernamentales. Pero fundamentalmente, rescatan la organización y solidaridad entre vecinos y/o cooperativistas. *“(Respecto a su vivienda en el barrio Rodrigo Bueno) los mismos vecinos de ahí (construyeron). Contratabas porque había mucha mano de obra ¡porque no había trabajo! Así que trabajaban en el barrio. Y bueno nos juntamos los vecinos (...) Bueno colocamos los postes de luz y por intermedio de una trabajadora social nos consiguió lo que faltaba de materiales. Había vecinos que sabían de electricidad, así que sabían del tema.”* (Entrevistada 6)

Se observa que aquellos que han atravesado estrategias colectivas en el acceso a la vivienda (por haber participado en cooperativas, organizaciones de inquilinos o en la construcción de un asentamiento) perciben satisfactoriamente el hecho de ser protagonistas activos en dicha posesión; pero a la vez, las dificultades en relación con las políticas públicas y la organización/convivencia entre vecinos, deterioran la satisfacción por la vivienda conseguida.

6.3. Los procesos de salud enfermedad atención cuidado y la cuestión habitacional

Entendemos el PSEA como un proceso histórico particular que forma parte de la compleja trama que son los sujetos y grupos sociales, y en la que se encuentran entrelazadas diversas dimensiones tales como las condiciones socioeconómicas, los modos de vida, la accesibilidad a los servicios, las construcciones culturales sobre dicho proceso y los aspectos relacionados al cuidado. Siguiendo a la Medicina Social Latinoamericana, estos procesos serán producto de cada momento histórico social: los modos de producción, reproducción social y desgaste evidencian patrones particulares para la época y la clase. Analizamos los relatos acerca de los PSEA, intentando interpretar las percepciones de los entrevistados y la vinculación con sus condiciones de vivienda.

Problemáticas de salud integral asociadas a las condiciones de vivienda. En la mayoría de las entrevistas, se puede identificar de qué maneras la cuestión habitacional está ligada a problemáticas de salud-enfermedad desde perspectivas y dimensiones diferentes. Dos ejemplos de ello son: la incertidumbre de la estabilidad en la vivienda como los problemas de convivencia entre vecinos, producen consecuencias en la salud mental de los entrevistados y sus familias; por otro, las condiciones ambientales e infraestructurales precarias, generan lesiones directas o consecuencias indirectas físicas, psíquicas y sociales en los sujetos.

A modo de ejemplo, en el año 2005, el Gobierno porteño planteó una *salida voluntaria* del barrio Rodrigo Bueno. Una entrevistada ubica que esta situación provocó un daño psicológico tanto en ella como en el resto del colectivo. *“Eso fue un engaño del Gobierno. Nos censaron. En lo personal nos dañó psicológicamente, fue una experiencia muy fea. Empezaron a llamarnos... yo ya no era delegada, pero me metí. Para mí fue traumante (sic) y feo. Esa sensación de que la gente iba saliendo...Y mucho era el temor, yo estaba con la panza, esto era en septiembre, yo di a luz en octubre.”*

Accesibilidad y el equipo de salud en el territorio. Entre las personas entrevistadas, la accesibilidad al cuidado de la salud se presenta de modo variable. No se observan mayoritariamente conductas preventivas pero sí, en algunos casos, movilidad habitacional asociada a la facilitación de acceso a recursos escolares y sanitarios que implican incluso la migración desde sus países de origen.

Algunos entrevistados acceden al cuidado de su salud por encontrarse en la zona de georreferencia del CeSAC, por motivación propia, de instituciones del barrio (escuela, hogar, parador, por ejemplo) o por acercamiento de los equipos territoriales en el marco de sus actividades. Las acciones desplegadas por estos últimos en el barrio tienen efectos en la mejora en la accesibilidad a los servicios. Por ejemplo, el entrevistado 1 llega a conocer la existencia de los centros de salud por la visita del equipo territorial al hogar donde reside: *“En esa oportunidad estaba el grupo Independencia con medicina familiar, junto con el grupo de vacunación porque estaban vacunando para el tema de la gripe. Ahí la doctora que estaba con ellos me ve y me pregunta ‘¿qué te pasó en la cara?’ Le digo: “tengo una parálisis facial periférica y tengo una otitis interna maligna” Se quedó así y dice “Esto no, no me gusta nada. El lunes sin falta te quiero a la tarde en el CeSAC”. Yo no sabía lo que era el CeSAC, nada por el estilo...”*

Otro entrevistado (5) establece un vínculo con el médico generalista del CeSAC de quien recuerda la convocatoria a participar de una manifestación por la apertura de un nuevo centro de salud. La entrevistada 9 también manifiesta que esta conexión fortaleció el proceso de construcción de la

cooperativa de vivienda y la contuvo en sus padecimientos psíquicos a partir de las tensiones que se planteaban en dicho proceso. En este sentido, se destaca que el vínculo equipo de salud/usuarios trasciende la dimensión de la atención y se potencia con el protagonismo de la comunidad en asuntos colectivos.

La dimensión de la intersectorialidad, aspecto fundamental de la estrategia de atención primaria de la salud, se observa además en el relato de la entrevistada 8 cuando se refiere a las acciones de la cooperativa: *“En Promoción (había) reuniones para pedir que ellos nos conocieran y supieran cuáles eran nuestros proyectos (...) Trabajábamos con todos, incluso también lo que hacíamos era la articulación con las instituciones del barrio, con el centro de salud, con la juegoteca, con Eduardo, con el Pollo que tenía la escuelita del fútbol...”* Tiene la potencialidad de lograr enlaces cuando el sector salud tiene respuestas limitadas ante problemas complejos.

La migración y la salud integral. Hemos visto que en el caso de dos mujeres migrantes se valora el acceso al trabajo como también un cambio positivo y fortalecedor en relación al acceso a los servicios, a la recreación, al trabajo y el estudio; produciéndose un cambio en su posición y formas de vida previas. *“Y no, porque la facilidad que aquí tenía: trabajo, podía estudiar, cosa que allá no puedo, estudias o trabajas.”* (Entrevistada 3)

Algo similar en el acceso a recursos ocurre con la entrevistada 4, quien vino a vivir a la ciudad para ocuparse de su nieta, quien había padecido violencia familiar. En CABA, accede a un *Centro de la Mujer* e ingresa en el sistema judicial, que le facilita recursos educativos para la niña. Desde el CeSAC accede a diversas prestaciones de salud, jubilatorias, y es orientada en relación a la vivienda. Las situaciones de maltrato y violencia de las mujeres de la familia, como las condiciones de desamparo y de pobreza, las relaciona con las problemáticas actuales que padece.

La entrevistada 10 logra resolver una grave problemática de violencia de género, decidiendo emigrar a la Argentina: *“Cuando me vine fue también porque él era violento y yo quería cambiar de aire.”* y la entrevistada 9 decide migrar de su país de origen ante conflictos familiares que repercutían en su estado emocional. En estos casos, la migración y cambio de residencia es generadora de salud y resolución de una problemática de salud integral.

7. CONCLUSIONES

Este trabajo, en continuidad con la investigación previa del equipo de Epidemiología del CeSAC, permitió a nuestro equipo mejorar el conocimiento acerca de una problemática de salud integral muy importante en nuestro efector.

Respecto de las trayectorias residenciales de las personas entrevistadas, se podrían destacar que la

expectativa principal se encuentra centrada en la estabilidad, reflejando la alta movilidad entre viviendas, la experiencia de atravesar desalojos o de no poder seguir pagando un alquiler; y entre los motivos de los cambios de vivienda/residencia se destacaron las modificaciones en las redes vinculares y el acceso a ciertos recursos como el trabajo, la salud y la educación.

En cuanto a las estrategias habitacionales, entendidas en un entramado complejo de determinaciones políticas, sociales, económicas e históricas, donde se logran generar ciertos márgenes de decisión sobre las trayectorias residenciales, las principales encontradas fueron: el acceso al subsidio habitacional (y amparo judicial), para sostener un alquiler en un departamento u hotel; la organización en cooperativa para formalizar la propiedad de la vivienda o para construir una nueva; la autoconstrucción en un barrio sobre terrenos públicos.

De lo analizado acerca de las estrategias individuales que contribuyeron directa o indirectamente a modificar el acceso a una vivienda, se observa que predomina el recurso de las políticas sociales de carácter transitorio como se describió; y en algunos otros casos, el apoyo o dependencia de un familiar. La llegada a estos recursos proviene del encuentro con otros en una situación de semejantes, o una vez iniciado un vínculo con actores del Estado. El paso por instituciones públicas, en este sentido, fue habilitante del conocimiento y el acceso a otros recursos habitacionales y de otra índole. La percepción del fortalecimiento subjetivo y habitacional en relación con el alojamiento en paradores y Hogares depende de variables asociadas a las historias de vida, psicológicas y culturales de los entrevistados.

En relación con las estrategias colectivas de acceso a la vivienda, encontramos la constitución o inclusión en cooperativas y otros procesos colectivos para su adquisición, como se da en el marco de la lucha por la regularización y urbanización de un barrio. En todos se evidencia la fortaleza del encuentro con otros, en el proceso de acceso a los servicios y en la construcción de la vivienda propia y las dificultades frente a los vaivenes de las políticas públicas y las cuestiones internas.

Del análisis de los PSEA se puede visualizar que la incertidumbre sobre la estabilidad en la vivienda, como los problemas de convivencia entre vecinos, producen consecuencias en la salud mental de los entrevistados y sus familias. A su vez, un número considerable de condiciones adversas de vida que ponen en juego cualquier estructura psíquica o condición de salud mental: pérdida del trabajo, discapacidad, consumos problemáticos propios o de un familiar, se pudieron registrar a lo largo de las entrevistas. Las condiciones ambientales e infraestructurales precarias generan lesiones directas o consecuencias indirectas físicas, psíquicas y sociales en los sujetos, nuevos padecimientos o empeoramiento de los que vienen presentando. Sin embargo, en la mayoría de los relatos no logran vincular explícitamente las características de la vivienda con problemáticas de salud integral, salvo algunas excepciones. Pero sí se puede interpretar que las decisiones

habitacionales están ligadas a la búsqueda de cierta satisfacción en el marco de la salud integral y la calidad de vida. A su vez, las posibilidades de acceso a la información y a recursos de salud son variables, observándose muy pocas estrategias de prevención.

En lo que respecta al rol del CeSAC 15, tuvo cierta relevancia cuando el trabajo territorial acompañó o intervino en problemáticas de salud en el lugar en el que las personas habitaban. La función de informar acerca de recursos también fue valiosa para algunas de las personas entrevistadas.

En un nivel de análisis más amplio, podríamos decir que, al momento de evaluar las estrategias y sus resultados, no se puede soslayar que los modos de producción capitalista, y su repercusión en las condiciones de vulnerabilidad y desafiliación (real o potencial), son el escenario de las decisiones de los sujetos, más allá de no ser visibilizadas por ellos. Los medios típicos de acceso a la vivienda de otras clases sociales (créditos, garantías) no aparecen mencionados en ninguna de las entrevistas. El mercado inmobiliario es un sistema que queda fuera de sus posibilidades conceptuales o prácticas.

Un renglón aparte podría ser el análisis del funcionamiento del Estado encarnado en las políticas, instituciones y actores. Mientras las políticas habitacionales a nivel local no han facilitado ni favorecido a lo largo de los años el acceso a condiciones dignas de vivienda, al mismo tiempo el Estado, a través de otras instituciones, ha llevado adelante intervenciones para denunciar, resistir y paliar las vulneraciones de derechos de sus ciudadanos. En este sentido vale la reflexión acerca de la función y alcances de las políticas sociales, en tanto reproductoras de situaciones de vulnerabilidad, contrapuestas a la garantía de derechos desde una perspectiva de ciudadanía. Consideramos además que en general, el diseño de las políticas, y los requisitos que se solicitan, no tiene en cuenta los perfiles subjetivos y de salud mental de quienes serían sus principales destinatarios.

Ante situaciones semejantes de déficit habitacional, algunos sujetos lideran o participan de procesos de organización para la adquisición o construcción de una vivienda, construyendo tejidos y redes fortalecedoras. Esto nos acerca a pensar en un sujeto activo, informado, fortalecido por distintos tipos de redes, que ante las problemáticas que atraviesa se erige pensante, en apertura y aprendizaje para construir soluciones.

En el análisis de los PSEA se pudo observar cómo los procesos de desgaste asociados a los modos de reproducción de las condiciones de pobreza de la mayoría de las personas entrevistadas, vuelven casi utópica la accesibilidad a una vivienda estable, tanto propia o al menos con alquiler a largo plazo. La calidad de la vivienda, el espacio disponible, el acceso a recursos, estabilidad y seguridad, como también los buenos vínculos de convivencia, son indispensables si pensamos en términos de

salud integral. Esta es una línea a desarrollar en la implementación de acciones por parte de los equipos de salud. La posibilidad de acompañar en la construcción de redes sociales (que pueden involucrar a las instituciones estatales y/o a organizaciones sociales) a los sujetos con problemáticas habitacionales parece ser otro factor de fortalecimiento individual y comunitario. Acompañar con el objetivo de evitar que los roles desgasten a las personas y que los obstáculos no debiliten los vínculos. El trabajo intersectorial y en territorio, entonces, aparece como indispensable dentro de las estrategias del equipo de salud para un abordaje de la vulnerabilidad habitacional de la población que habita en nuestra área de responsabilidad desde una mirada integral de las problemáticas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Carnevale, Revale, Seijas *et. al.*, (2016) Análisis de situación de salud del barrio Rodrigo Bueno 2015. Informe de avance. Inédito.
- Alvaredo, G.; Boveri, S.; Brave, M. *et. al.* (2013) “De la práctica al registro... ¿aparece la vulnerabilidad?”, poster.
- Arteaga Botello, N. (2008) Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Revista Sociológica*, 23(68), 151-175. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/>
- Asesoría General Tutelar (2010). *El derecho a la vivienda en la CABA. Colección: De incapaces a sujetos de derechos*. Buenos Aires, Eudeba.
- Ávila, H.; Palleres, G. (2014) *La calle no es lugar para vivir, Auto-organización y situación de calle en la ciudad de Buenos Aires*, 1ª edición, Buenos Aires.
- Bang, C.; Stolkiner, A. (2013) “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes” en: *Ciencia, Docencia y Tecnología*; Año XXIV, N° 46, mayo de 2013, pp.123 - 143.
- Dabas, E.; Perrone, N. (1999): *Redes en Salud*. FUNSER. Buenos Aires.
- Dabas, E. (1998): *Redes sociales, familias y escuela*, Buenos Aires, Paidós.
- Defensoría Del Pueblo (2008): “Los desalojos y la emergencia habitacional en la Ciudad de Buenos Aires”.
- Di Virgilio, M.; Gil De Anso, M.: “Estrategias habitacionales de familias de sectores populares y medios residentes en el área metropolitana de Buenos Aires (Argentina)” en: *Revista de Estudios Sociales*, No. 44. Bogotá, diciembre de 2012. Pp. 158-170.
- Encuesta Anual de Hogares 2015 Condiciones de Vida: vivienda y hábitat. Informe de resultados 1086. GCABA. Ministerio de Hacienda. Dirección General de Estadística y Censos.
- Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud

- GCABA (2017) Análisis de situación de salud de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2016.
- Herzer, H. Comp. (2012) *Barrios al Sur. Renovación y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Edición Café de las Ciudades. 2012
- Laurell, A. (1982) “Salud enfermedad como proceso social”. En cuadernos médicos sociales N°19. 1982.
- Lefebvre. El derecho a la ciudad. Barcelona, Ediciones 62, 1969.
- Menéndez, E. “La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?”. *Alteridades*. 4(7):71-83. 1994.
- Morales Borrero, C.; Borde E.; Eslava Castañeda, J.; Concha Sánchez, S. (2013) “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas” en *Rev. Salud pública*. 15 (6): 797-808, 2013
- OMS (2011). Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- ONU - Comité de Derechos Sociales (1991) observación general N°4 Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3594.pdf> consultada el 04/07/2018
- ONU-HABITAT (2004). Carta Mundial de Derecho a la Ciudad. Cuadernos Geográficos, núm. 52, -, 2013, pp. 368-380, Universidad de Granada, Granada, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17128112016>
- ONU - Comisión De Derechos Humanos 59º período de sesiones Tema 10 del programa. Derechos Económicos, Sociales y Culturales, La mujer y la vivienda adecuada. Estudio realizado por el Relator Especial sobre una vivienda adecuada. E/CN.4/2003/55 26 de marzo de 2003
- RMGYF, RIEPS (2013) Aproximaciones a la complejidad de la situación de salud en el barrio porteño de Montserrat. Inédito.
- Rodríguez, C. *et. al.* (2012): “Ciudad, políticas públicas y hábitat popular en la era PRO. Continuidades y cambios en contextos de renovación” en: HERZER, H. Comp. (2012) *Barrios al Sur. Renovación y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Edición Café de las Ciudades.
- Rodríguez, M.F. (2010) ¿Espacio público vs asentamiento? La costanera sur Rodrigo Bueno en: *Intersticios, Revista sociológica de pensamiento crítico*. 4(1).
- Troiani, J. (2011): “La Justicia de la Injusticia: derecho a la vivienda digna y salud integral”, Buenos Aires, 2011.