

# Disparidades en las condiciones de habitabilidad y en los estados de salud

Localidad de Suba, Bogotá\*

Fecha de recepción: 21 de febrero de 2013 Fecha de aceptación: 21 de agosto de 2013

Olga Lucía Londoño Palacio

PhD en Antropología

Investigadora ICONK

ollondonop@gmail.com

Paola Chaparro Borja

Magíster en Sociedades Comparadas Europa-América Latina, énfasis en Geografía Social

Docente investigadora, Corporación Universitaria Minuto de Dios

paopaochb@gmail.com

**Resumen** El objetivo del trabajo fue explorar las percepciones de la población en torno a las disparidades tanto en salud como en habitabilidad, a partir de las diferencias establecidas por las condiciones socioeconómicas que refuerzan las distancias sociales, en las cuales se reconoce el papel que desempeña el Estado colombiano frente a las injusticias sociales y el rol de la cultura ciudadana, dentro del marco de deberes y derechos humanos. El proceso investigativo se realizó desde el Sondeo Participativo, utilizando técnicas de investigación cualitativa en Ciencias Sociales. Se desarrolló en la localidad de Suba (Bogotá), barrios Casablanca, Lisboa, Cañiza 3, Villa Cindy, Tibabuyes Universal y La Gaitana, reconocidos como pertenecientes al estrato socioeconómico 2. A partir de lo encontrado en entrevistas a mujeres cabeza de hogar, diversas observaciones y consultas a líderes y expertos, se constató que la percepción de disparidad en habitabilidad y en salud se relaciona con las condiciones socioeconómicas, la injusticia social, las decisiones estatales, la ilegalidad por parte de los habitantes y el desconocimiento de los derechos ciudadanos.

**Palabras clave** Condiciones de habitabilidad, derechos y deberes ciudadanos, disparidad, estado de salud, injusticia social.

**Palabras clave descriptor** Calidad de vida, población urbana, condiciones sociales, desigualdades en la salud, Bogotá (Colombia), desigualdad social.

\* Artículo de investigación científica y tecnológica producto del trabajo de investigación "Relación entre las condiciones de habitabilidad y el estado de salud de la población colombiana. Una propuesta metodológica para su análisis", financiado por Colciencias y la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá. El trabajo, iniciado en febrero de 2009 y concluido en marzo de 2011, identificado por Colciencias con el código 1203-452-21212, fue dirigido por la arquitecta Olga Lucía Ceballos. Participaron como coinvestigadores Amelia Fernández, Milena Rincón, Claudia Irene Giraldo, Roman Rafael Vega, Jorge Martínez, Julián Caicedo, Ronald Herrera, Germán Montenegro y Felipe Macías.

# Disparities in living conditions and health status. Suba, Bogotá

**Abstract** The objective was to explore the perceptions of people regarding disparities in both health and habitability, from the differences established by the socioeconomic conditions that reinforce social distance, in which the role of the Colombian State is recognized regarding social injustice and the role of civic culture, within the framework of human rights and responsibilities. The research process was conducted implementing participatory survey, using qualitative research techniques in Social Sciences. It was developed in Suba (Bogotá), in the neighborhoods Casablanca, Lisboa, Cañiza 3 Villa Cindy, Tibabuyes and La Gaitana, recognized as belonging to socioeconomic stratum 2. From the findings on interviews with female head of household, observation and inquiries to leaders and experts, it was found that the perceived disparity in habitability and health is related to socioeconomic conditions, social injustice, state decisions, the illegality on the part of the people and lack of knowledge of civil rights.

**Key words** Housing conditions, rights and duties of citizens, disparities, health status, social injustice.

**Key words plus** Quality of life, urban-social conditions, inequalities in health, Bogotá (Colombia), social inequality.

# Disparidades nas condições de habitabilidade e nos estados de saúde. Localidade de Suba, Bogotá

**Resumo** O objetivo do trabalho foi explorar as percepções da população em torno das disparidades tanto em saúde quanto em habitabilidade, a partir das diferenças estabelecidas pelas condições socioeconômicas que reforçam as distâncias sociais, nas quais é reconhecido o papel que desempenha o Estado colombiano frente às injustiças sociais e o papel da cultura cidadã, dentro do quadro de deveres e direitos humanos. O processo investigativo realizou-se desde a sondagem participativa, utilizando técnicas de pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Desenvolveu-se na Localidade de Suba (Bogotá), nos bairros Casablanca, Lisboa, Cañiza 3, Villa Cindy, Tibabuyes Universal e La Gaitana, reconhecidos como pertencentes à camada social de baixas rendas -sendo na Colômbia de estrato socioeconômico 2, onde o estrato 1 é das pessoas de mais baixas rendas e o 6 das pessoas muito endinheiradas. A partir dos achados em entrevista a mulheres cabeça de família, diversas observações e consultas a lideranças e especialistas, constatou-se que a percepção de disparidade no que diz respeito da habitabilidade e da saúde é relacionada com as condições socioeconômicas, a injustiça social, as decisões estatais, a ilegalidade por parte dos habitantes e o desconhecimento dos direitos cidadãos.

**Palavras chave** Condições de habitabilidade, direitos e deveres cidadãos, disparidade, estado de saúde, injustiça social.

**Palavras chave descritor** Qualidade de vida, condições urbanas e sociais, desigualdades em saúde, Bogotá (Colômbia), desigualdade social.

# Introducción

Este artículo se basa en un ejercicio investigativo de un estudio de caso, con enfoque cualitativo-descriptivo realizado desde el método del Sondeo Participativo. Se llevó a cabo durante cuatro meses en la localidad de Suba (Bogotá), y exploró las diversas percepciones de un grupo poblacional compuesto por mujeres cabeza de hogar. La decisión de trabajar con mujeres se basa en Tarchópulos y Ceballos (2003), quienes encontraron que las mujeres tienen mayor información sobre la calidad de la vivienda y las situaciones que se presentan al interior del hogar.

El acceso a la comunidad se consiguió gracias al apoyo de la Secretaría de Salud de la localidad de Suba, en particular del programa “Salud a su casa”, liderado por la Alcaldía Mayor de Bogotá. Esto contribuyó a que el acercamiento con la comunidad se lograra con facilidad, ya que el equipo de trabajo contó con el respaldo de los líderes promotores de salud y de las madres comunitarias inscritas en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El artículo se centra en las disparidades relacionadas con la habitabilidad y la salud. Su propósito es recoger las diferencias que el grupo identifica alrededor de las condiciones socioeconómicas que refuerzan las distancias sociales. Como técnicas para la recolección de datos se consideraron la entrevista grupal estructurada y las charlas con líderes promotores de salud. De esta aplicación resultó una serie de relatos orales que permitió descubrir las posiciones de las personas frente al

tema de la disparidad, que se refuerzan con consultas puntuales a profesionales y expertos de varias áreas del conocimiento. De estos ejercicios se hizo un registro fotográfico.

El resultado del trabajo se presenta a partir del desarrollo de las categorías surgidas durante el ejercicio de campo, las cuales fueron sistematizadas en matrices ordenadoras. Luego se procedió a su análisis, basado en la Teoría Fundamentada, lo que implica conjugar las categorías emergentes con categorías teóricas obtenidas de varias fuentes, entre ellas, las consultas a expertos. Esto permitió vincular vivencias, experiencias, teorías y conceptos que legitiman los resultados, organizados en un relato que sirve como base de conocimiento acorde con la realidad estudiada.

Para efectos de la comprensión de los hallazgos y en atención a lo expresado por los informantes, se entenderá que las disparidades se expresan también por medio de las condiciones de habitabilidad. Quienes participaron en entrevistas, observaciones y consultas señalaron que la percepción de disparidad, tanto en habitabilidad como en salud, se relaciona con las condiciones socioeconómicas, la injusticia social, el papel que desempeña el Estado frente a las problemáticas sociales, la ilegalidad por parte de los habitantes y el desconocimiento o mal ejercicio de los derechos ciudadanos. Para ordenar la información obtenida, se presentarán estos elementos como subcategorías definitorias de las disparidades sociales.

## Concepto de “disparidad”

En la década del sesenta y a mediados de la del ochenta, el tema de la desigualdad en salud se convirtió en foco de interés, por considerarlo clave para el futuro de la humanidad (Alleyne, Castillo-Salgado, Schneider, Loyola y Vidaurre, 2002). Luego, este interés se reemplazó por la preocupación sobre la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas sanitarios y las políticas de salud como impulsores de procesos de reforma (Gwatkin, 2000, p. 17). A partir de estas orientaciones, se inició la discusión entre dos conceptos que se traslapan, desigualdad e inequidad, teniendo como norte la noción de justicia social. Whitehead (1992) afirma que la inequidad en salud se refiere a las desigualdades que se caracterizan por ser innecesarias y evitables y que, además, se consideran injustas. La equidad en salud, dice, debe ser vista como una oportunidad justa, al considerar que nadie debe estar en desventaja, mientras se pueda evitar. Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya y Wirth (2002, p. 4) explican que la desigualdad en salud “refleja las diferencias entre grupos, con independencia de cualquier posible valoración sobre la justicia de éstas. Las inequidades se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas”.

Después se adopta el concepto de disparidad, tradicionalmente utilizado para referirse a las inequidades sociales en salud, definidas por Starfield (2002, p. 386) como “las diferencias sistemáticas (y potencialmente remediabiles) en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos”. Estas se relacionan con los determinantes sociales de la salud, formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s. f.), organismo que las define como

las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud [...]. Son el resultado de la distribución del dinero,

el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La OMS considera la vivienda como un factor intermedio de los determinantes sociales de la salud que contribuye en la calidad, bien sea para mejorar o empeorar los estados de salud de las personas. Bajo esta perspectiva, las condiciones de habitabilidad aportan a las disparidades sociales en salud entre grupos poblacionales. Como aparece en el informe mundial emitido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000SP):

[...] la repercusión más extrema de la vivienda sobre la salud se observa en los sectores más pobres de la sociedad, en los que adopta la forma de una total carencia de alojamiento, una situación que afecta a millones de personas en todo el mundo. La falta de viviendas accesibles para los hogares de bajos ingresos puede hacer que se desvíen a cubrir las necesidades de alojamiento los recursos familiares originalmente destinados a alimentos, educación o salud. Además, tanto la estructura material de las casas como su ubicación pueden entrañar riesgos para la salud.

El Banco Mundial señala que la desigualdad, entendida como sinónimo de disparidad, mide la tasa de disponibilidad de diversos servicios considerados básicos, algunos relacionados con las condiciones de habitabilidad, a saber: acceso a agua, saneamiento y electricidad y la importancia que reviste el lugar en donde se ubican las residencias. Asimismo, que la igualdad de oportunidades debe ser el objetivo de las políticas gubernamentales, lo que significa nivelar las condiciones para todos desde un principio, de manera que los hechos circunstanciales, que trasciendan el control personal, no actúen como determinantes durante el desarrollo de vida de las personas (Paes de Barros, Ferreira, Molinas y Saavedra, 2008).

## Relación entre habitabilidad y estrato socioeconómico

En Colombia, la estratificación socioeconómica es un instrumento de política pública que busca jerarquizar territorial y económicamente a la población urbana, con el objetivo de focalizar subsidios para el acceso de la población a los servicios públicos domiciliarios. Desde la década del ochenta y desde 1994, de forma oficial mediante la Ley 142 de Servicios Públicos, se establecieron en el país seis (6) estratos socioeconómicos, siendo uno (1) el más bajo —adjudicado a la población más pobre— y seis el más alto, para la población más adinerada (Alcaldía Mayor de Bogotá, 1994).

Tal ordenación de la población incide en las representaciones sociales de la ciudadanía, que se reconocen:

[...] como parte del esquema de clasificación que individual y colectivamente realizan los bogotanos de sí mismos y de su sociedad. Se observa que la estratificación socioeconómica se ha agregado a nociones heredadas sobre las jerarquías sociales como clases o sectores sociales y ha logrado que los bogotanos piensen las diferencias sociales en forma alineada con la lógica que tiene la política. Ello se ha convertido en una “realidad” tan objetiva como las viviendas en que residen (Uribe-Mallarino, 2008, p. 44).

Así, la pertenencia a un determinado estrato pasa a formar parte de la identidad de los bogotanos, lo que permite hacer visibles las distancias sociales que entrañan las diferencias socioeconómicas.

Este esquema de pensamiento se ha instaurado tan profundamente en la mentalidad de los habitantes de la ciudad, que durante el trabajo de campo se encontró que, para las participantes y para los líderes de salud, la ubicación en un estrato socioeconómico determina, en buena medida, sus condiciones de habitabilidad y estados

de salud, lo que se traduce en las posibilidades de acceso a los servicios de salubridad y en expresión de las injusticias sociales.

Según lo explicado por los profesionales del programa gubernamental “Salud a su casa”, solo por el hecho de habitar en la localidad, pertenecer al Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén)<sup>1</sup> y estar ubicado dentro de los estratos 1, 2 o 3, los habitantes tienen acceso a los servicios de salud que adelanta ese programa. De acuerdo con el estudio realizado por la Cámara de Comercio de Bogotá (2007), un 23,3% de la población de la localidad está clasificada en nivel 1 y 2 del Sisbén y 82,9% está afiliada al sistema de salud. Dicho estudio concibe a Suba como la cuarta localidad en cobertura de seguridad social en salud de Bogotá (Ministerio de Protección Social, 1993).

La inequidad y la injusticia social se constituyen en expresión de las brechas entre los diferentes grupos sociales, lo que se ve reforzado por la distancia social, económica, espacial y estética en la que se ha convertido la jerarquización por estratos y evidencia que no hay una distribución justa de los beneficios socioeconómicos, es decir, los sectores más vulnerables de la población acceden de manera precaria a los servicios del sistema, entre los que se encuentran la atención en salud y las soluciones de vivienda.

La apreciación que tienen las mujeres entrevistadas en torno a las disparidades les permite establecer comparaciones con otros estratos socioeconómicos, como queriendo decir que ellas se perciben y se piensan percibidas como diferentes, en relación con quienes consideran sus opuestos, lo que a su vez lleva a una jerarquización en la escala de valores dentro de su contexto social, en cuanto a habitabilidad y facilidades de acceso a los servicios de salud. Manifiestan que tienen una escala de valores, así como un sentido

<sup>1</sup> Sisbén es el instrumento de focalización individual colombiano que identifica los hogares, las familias o los individuos más pobres y vulnerables como beneficiarios potenciales de los programas sociales propuestos por el Estado (Departamento Nacional de Planeación, 2011).

de sus propias condiciones, impuestas por la normatividad existente.

Lo anterior es expresado por un grupo de participantes en una de las entrevistas, mediante un paralelo que establecen entre ellas (estrato 2) y unos imaginarios habitantes del estrato 6: las disparidades se aprecian en “las condiciones de habitabilidad relacionadas con la estética del barrio, la contaminación visual, el manejo de basuras, la pavimentación de las calles” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010)<sup>2</sup>. La diferencia, afirmaron, está en que en el estrato alto “el cableado se encuentra oculto, mientras que en los estratos bajos, el cableado está a la vista, generando contaminación visual” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010). En el estrato 6, afirman, no se ven las basuras, pues allí cuentan con lugares especiales para depositarla, mientras en su barrio “las basuras están regadas por todo el lugar (Figuras 1 y 2). En los barrios del estrato más alto gastan mucha agua y tienen menos conciencia del consumo de luz” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010), en tanto ellas miden el consumo de ambos servicios, debido a los pocos recursos con que cuentan para pagarlos.

Figura 1.  
Cableados barrio Lisboa



Fuente: elaboración propia

En conversación sostenida con un equipo de trabajo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), la encargada del área psicológica caracterizó las condiciones socioeconómicas de los hogares de estratos bajos de la localidad de Suba de la siguiente manera:

La razón principal de las condiciones de habitabilidad es el factor económico. Las familias son numerosas y los espacios pequeños, una cama para cuatro niños, papá, mamá en una misma cama. Las personas consiguen el dinero informalmente y, por lo general, lo hacen a través de ventas ambulantes (C. Maldonado, psicóloga, comunicación personal, 7 de septiembre de 2010).

Esto evidencia las profundas desigualdades que sufren los sectores más pobres de la población colombiana, frente a las cuales el Estado se reduce a servir como intermediario y regulador del mercado, en contraposición a su tarea de gestor de justicia social, en tanto Estado Social de Derecho y de Bienestar que, según la Carta Política, debe asegurar el cumplimiento igualitario de los derechos para toda la población, independientemente de las capacidades económicas y la posición social de las personas, temática recurrente durante el desarrollo de las entrevistas (Presidencia de la República, 1994).

Figura 2.  
Basuras barrio Cañiza 3



Fuente: elaboración propia

<sup>2</sup> Para identificar los grupos con los que se trabajó, se utilizan las siguientes convenciones: GCB: Grupo Barrio Casablanca; GLI: Grupo Barrio Lisboa; GCÑ: Grupo barrio Cañiza 3; GLD-PS: Grupo Líderes-Promotores Localidad de Suba.

Las entrevistadas consideran que la atención en salud está relacionada en forma directa con el estrato socioeconómico y con el tipo de sistema de seguridad en el que se encuentran inscritas, pues sienten que no tienen derecho a una mejor atención y que sus enfermedades son diferentes al estar determinadas por su estatus, lo que las obliga a conformarse con los pocos recursos con los que cuentan. Por ello, afirman que:

[...] las enfermedades de los estratos altos son diferentes a las de los estratos bajos (estrés) y ellos [los de estratos altos] tienen la ventaja de ir a un spa, mientras que nosotras, en estrato 2, no podemos ir a esos sitios ¡Nos limitamos a tomarnos un Advil y ya! (GCN, comunicación personal, 27 de julio de 2010).

Según lo inferido de las entrevistas y observaciones, estas diferencias que se hacen tan visibles para los habitantes de la ciudad son percibidas como expresión de la injusticia social. Conceptualmente, el sustrato de la justicia social es la equidad como criterio ético redistributivo, no solo en términos económicos, sino como promotora del bienestar social general por medio del ejercicio de las libertades bajo condiciones de igualdad por acuerdo social (López, 2007).

## Disparidades de habitabilidad y salud por causa del entorno

La estratificación socioeconómica ha permeado las formas de relación y de representación del sí mismo y de los otros con tanta intensidad que, de acuerdo con las condiciones del entorno, permite establecer una clasificación socioeconómica, no necesariamente coincidente con la estratificación contemplada en la Ley 142. Esto explica que las entrevistadas perciban las condiciones de habitabilidad y su relación con la salud como un

problema socioeconómico que marca diferencias, en especial, con respecto al entorno.

Como ejemplo, los promotores de salud afirman que “dependiendo de las condiciones económicas, se manejan las basuras” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010). De esta forma, se considera que hay una relación proporcional entre la condición económica de las personas y la forma en la que se prestan los servicios públicos en la ciudad, asumiendo que en los estratos altos la infraestructura es más adecuada para el manejo de desechos.

Lo anterior permite entender las condiciones de habitabilidad desde dos perspectivas: de un lado, se entiende que el mal manejo de las basuras está relacionado con la falta de compromiso ciudadano por parte de los habitantes, debido a una ausencia de herramientas culturales y educativas que posibiliten la internalización del deber ciudadano frente al apropiado manejo de las basuras. De otro lado, esta problemática es percibida como un abandono por parte del Estado, que no se ocupa de la correcta y oportuna recolección de los desechos ni del mantenimiento de adecuadas condiciones ambientales en los barrios de estratos bajos, como una expresión de discriminación social y de negligencia política. De ahí se puede hablar de unas condiciones de habitabilidad percibidas como injustas que podrían evitarse si se contara con voluntad política.

Desde este punto de vista, se observó que una problemática importante, la de los zorreros<sup>3</sup>, desemboca en problemas de salud mental como depresión, ansiedad y angustia. Las mujeres explican que, desde que el grupo de población desplazada se instaló en la ronda del humedal Juan Amarillo, su estrato descendió de 2 a 0, debido a

3 En Colombia se denomina zorra al vehículo de tracción animal compuesto por una carreta con dos llantas. Quienes lo utilizan como medio de transporte se llaman zorberos. Es importante señalar que, además, zorrero es un término utilizado para referirse a las personas que practican el reciclaje y que, para la recolección de los materiales, utilizan las zorras.

las condiciones en las que mantienen el entorno, ya que la presencia de los recicladores quita valor económico y social a los predios e impide que se puedan vender o arrendar, con excepción de las transacciones que puedan ser ejecutadas con ellos, lo que implica la percepción de una movilidad social detenida y degradada en función de las condiciones sociales y ambientales.

En relación con la presencia de los zorreros, cuyos cambuches<sup>4</sup> están ubicados en la ronda de los ríos y humedales de la localidad, durante las entrevistas se expresó que se han desmejorado las condiciones del entorno en razón del descuido de este grupo poblacional con respecto a la higiene y al ambiente. Asimismo, aseguran que “los nuevos habitantes han contrabandeado los servicios públicos” (GLI, comunicación personal, 22 de julio de 2010) y, de modo ilegal, aprovechan las conexiones legales de las casas aleñañas para extenderlas hasta los cambuches, con el fin de disfrutar las conexiones de agua y luz.

Las problemáticas del entorno son percibidas como fuente de malos estados de salud, que se originan en unas posibilidades socioeconómicas inferiores a las de estratos económicos más altos e inciden en los problemas de salud de diferentes maneras, desde problemas de salud física, como enfermedades respiratorias, hasta episodios de ansiedad y sensación de temor permanente. De acuerdo con los líderes del programa “Salud a su casa”, la pertenencia a un determinado estrato socioeconómico incide en las condiciones de habitabilidad y los estados de salud y se concibe la pobreza como algo que se ve, tanto en la forma de vestir como en el aspecto personal; esto se comprende cuando afirman que “la diferencia socioeconómica se nota en el hambre, en el entorno, en las actitudes, en el estado de salud y de ánimo; los que no tienen dinero no hacen el

deber de mejorar su aspecto, se resignan a vivir mal. El estrés se maneja debido al desempleo y subsisten a la par con la informalidad” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Con respecto a esta problemática, se consultó a una experta en salud mental quién afirmó:

Existen patologías mentales asociadas a condiciones socioeconómicas difíciles; por lo general son la ansiedad y una entidad patológica denominada desesperanza aprendida o falta de expectativas positivas y de lucha por mejorar las condiciones difíciles, debido a continuas y sistemáticas frustraciones a las que se ven expuestas las personas. Por esto, hay una falta de proyección y se evita la búsqueda de oportunidades por no creer que existen, sintiendo temor frente a dicha búsqueda, por miedo a exponerse a una frustración mayor; es decir, hay una resistencia al cambio. Esto se podría identificar con una parálisis, pues las personas se inmovilizan frente a la vida y solo atienden necesidades primarias de supervivencia o ante estímulos inmediatos como el dolor o el miedo; aunque se siente ansiedad ante las dificultades, no se hacen esfuerzos por superarlas, no se reacciona ante ellas, lo que incide, además, en la salud física, ya que las personas no se interesan en cuidar su organismo y las alteraciones mentales ocasionan funcionamientos irregulares del sistema inmunológico (M. C. Borja, psicóloga clínica, comunicación personal, 14 de octubre de 2010).

En términos ambientales, el humedal representa una gran preocupación. Las informantes lo consideran una fuente de plagas y condiciones ambientales deplorables que afectan de diversas maneras la salud de la población, pues “la ronda del humedal Juan Amarillo ocasiona problemas que afectan tanto en invierno como en verano, tales como mosquitos, roedores, etc., que transmiten enfermedades, pero, por ser un humedal, el Estado no permite que sea intervenido” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010). Asimismo, afecta la habitabilidad, sobre todo de las personas que residen cerca del

4 En Colombia se denomina cambuche a la vivienda improvisada y construida con materiales de desecho. Se la considera como vivienda provisional.

humedal, pero, por ser clasificado como un espacio de protección ambiental, las acciones que pueden mejorar las condiciones de este recurso natural son muy limitadas. Por eso, las personas consultadas denuncian la ineficiencia estatal para mantener el humedal en adecuadas condiciones higiénicas, lo que hace que, en lugar de ser un espacio de recreación y esparcimiento, sea un foco de malestar entre los pobladores que habitan sus alrededores (Figura 3).

Figura 3.  
Escombros y chamizos en el humedal Juan Amarillo



Fuente: elaboración propia

## Relaciones humanas y sistema de vida

Las condiciones de permanente vulnerabilidad a las cuales se ven expuestas las familias más pobres de la localidad afectan la calidad de vida y las relaciones que entablan con los otros, con la vivienda, con el entorno y con la ciudad en general. En este punto, las condiciones de habitabilidad juegan un rol destacado, pues determinan no solo un estrecho vínculo con el espacio

físico, sino que permiten significar la existencia en una relación dialéctica entre el espacio social y los lugares, como se expresa en los cuadernos de PNUD-Hábitat Colombia (2004):

El hábitat, en su concepción más amplia, el lugar espacial que habita el ser humano, se refiere no solamente a las acciones físico-funcionales e instrumentales de la vivienda, la ciudad y los territorios, sino a la forma como los habitantes le damos sentido a nuestro hábitat y éste a su vez nos lo da al ser parte esencial de la complejidad constitutiva del individuo y la sociedad; el hábitat no sólo hace referencia al lugar físico de habitación sino que también abarca lo que él *representa* como lugar de reconocimiento e identidad tanto individual como colectivo y que se encuentra socialmente sancionado o instituido. Los espacios humanos son básicamente espacios de significación y sentido que se apoyan extensamente y de una manera inseparable en espacios y lugares urbanos físicos. Pero no se reducen a ellos.

Castellanos (2010, p. 10) explica este fenómeno, al decir que en Colombia:

[...] la pobreza no es homogénea. Ésta afecta principalmente a indígenas, afrodescendientes, personas con menor formación educativa, niños y niñas, y poblaciones desplazadas, que con 4,3 millones de personas en esa circunstancia es, después de Sudán, el segundo país del mundo con mayor repercusión de tan lamentable fenómeno.

En teorías recientes acerca de la pobreza, se han explorado estos conceptos de justicia social y de equidad, como fuentes que posibilitan la superación de esta problemática que aqueja a más de un 80% de la población mundial (Thorbeche y Charumilind, 2002). En los estudios y teorizaciones que buscan una mirada más integral acerca de la pobreza, se ha propuesto la inclusión del concepto de “ineficiencia social”, como la suma de aquellos problemas estructurales y coyunturales que hacen que la superación de la pobreza se vea entorpecida y afecte el funcionamiento de la sociedad en su conjunto (Brakarz, Rojas y Greene, 2002).

Para las entrevistadas, las relaciones cotidianas con sus semejantes se caracterizan por marcar las brechas sociales. Cuando se indaga acerca de cómo califican la influencia de su lugar de habitación sobre la relación entre la habitabilidad y la salud, afirman que “unos nacen con estrella, otros nacen estrellados” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010), metáfora que muestra el malestar social ante la inserción precaria a los sistemas de producción y reproducción social y como expresión de las disparidades que ellas sienten como evidentes (Figura 4).

Figura 4.  
Algunas habitantes del cambuche



Fuente: elaboración propia

En el discurso de las entrevistadas, dicha ineficiencia es percibida desde las desigualdades a las cuales se ve sometida la población, como producto del funcionamiento incorrecto y clientelista y la manera como se establecen las relaciones entre los ciudadanos y el sistema político.

Manifiestan que “si un político viviera aquí, muy seguramente el barrio no estaría como está” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010). Otra muestra de la ineficiencia social que se sufre en la localidad es la difícil absorción en los sistemas productivos de la mano de obra proveniente de las migraciones por desplazamiento forzado, fenómeno que aqueja a todo el país. Así, durante las observaciones se constató que el grupo de zorreros es, en su origen, un grupo de desplazados que llegó hace siete años a la ciudad, pero que, al no encontrar una pronta solución laboral, adquirió la “profesión” del reciclaje, como ellos mismos la denominan.

En cuanto a la habitabilidad, las inequidades e ineficiencias sociales se ven recrudecidas por un sistema social, económico y productivo que dirige sus esfuerzos a la satisfacción de los sectores más acomodados de la población, mas no a las urgentes soluciones que requieren los sectores más pobres. Al respecto, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Ministerio de la Protección Social (MPS) anotan:

Los problemas del hábitat en un país como Colombia presentan en la actualidad una extraordinaria paradoja. Si ellos se observan con uno de sus muchos indicadores, el de las licencias de construcción, verificamos un importante auge en la vivienda costosa —que ya alcanza más de cuatro millones de pesos el metro cuadrado—, acompañado de un preocupante declive en las soluciones entregadas por la política de vivienda de interés social adelantada por el Gobierno. Esta situación es un reflejo palpable de la profunda crisis social que padecemos, donde las desigualdades se mantienen y los niveles de pobreza en todos los ámbitos, incluidos los del hábitat, no se logran disminuir a niveles aceptables a pesar del crecimiento económico (PNUD-MPS, 2004).

De igual manera como se afrontan las soluciones de vivienda en el país, la problemática respecto a los servicios de salud sigue un modelo similar, que evidencia las desigualdades sociales en el

acceso diferencial de oportunidades para beneficiarse de cuidados profesionales equitativos, pues se concibe el derecho como un servicio y se sujetan las posibilidades de las personas a la lógica del mercado, haciendo que quienes tienen menos recursos obtengan cuidados mínimos y de inferior calidad. Esto lo señala Vega (2001), cuando afirma que el Estado legitima un sistema que genera nuevas desigualdades y coarta las posibilidades de desarrollo de la libertad y autonomía de las comunidades y de los individuos.

Sumado a lo anterior, las malas condiciones de vida desmejoran la salud mental, hecho que se constata en los relatos orales en los que se subraya la influencia de las condiciones socioeconómicas en los estilos de vivir y en el modo de enfrentar la vida por parte de las personas que habitan en los estratos más bajos; en términos de Fernández-Ballesteros (1993), en el estilo de vida o la interacción que se crea entre las condiciones humanas en conjunto con la individualidad.

Según los líderes, las personas de los estratos más deprimidos

[...] no planean el futuro; se quieren morir; solo viven el presente; se ven las diferencias entre estratos pues, en los más bajos, no hay esperanzas de mejorar la vida; no ven el futuro de los niños y lo ideal es que los niños se vayan para el Ejército y las niñas se dediquen a conseguir un marido con dinero [ya que] las condiciones de habitabilidad son muy básicas y las condiciones de salud están directamente relacionadas con la condición económica (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Además, se establece distancia y diferencia de situaciones frente a los estratos altos, cuando afirman que “los pobres se llenan de hijos, los ricos de plata” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010), frase que se identifica con el abandono del cual se sienten sujetos, porque “nadie sabe con la sed que otro bebe” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

La incertidumbre y la resignación son las únicas sensaciones con las que aprecian el futuro, pues estas comunidades se caracterizan porque sus habitantes solo viven el presente, sin buscar solución a sus problemas. Los líderes explican que las personas pierden sensibilidad ante la vida cuando tienen tantos problemas y “su urgencia se concentra en el hecho de sobrevivir; no ven un buen futuro, porque no ven oportunidades ni recursos” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010). De igual forma, el equipo del ICBF asegura que las enfermedades mentales que han observado en la localidad son producto de la convivencia en hacinamiento, así como de los choques culturales que se presentan entre los habitantes de los barrios, en razón de los recursos económicos y el hambre. “El programa ‘Salud a su casa’ se ha convertido en una de las pocas fuentes de esperanza para lograr un cambio de vida, pero, si no cumple eficazmente con su función, probablemente el problema mental se agudice” (M. C. Borja, psicóloga clínica, comunicación personal, 14 de octubre de 2010). La psicóloga del ICBF explica que “patologías como el estrés ocasionan problemas de salud física, como seborrea, cáncer, gastritis y problemas de colón, porque los conflictos se somatizan”. Además, como enfermedades mentales recurrentes en las poblaciones de los estratos más bajos se han detectado “agresividad, desesperanza, hiperactividad en los niños y mal manejo de emociones” (C. Maldonado, psicóloga, comunicación personal, 7 de septiembre de 2010).

Al indagar acerca de las relaciones entre condiciones de habitabilidad y estados de salud de la población, se evidenció que, debido a los problemas estructurales que enfrentan, como trabajos precarios, informales o mal remunerados y otras condiciones sociales que, a la larga, se convierten en vulneraciones cotidianas de sus derechos humanos, se han instaurado en la población prácticas que contribuyen a reproducir las

problemáticas que enfrentan. Es más, a causa de las condiciones socioeconómicas en las que viven, muchos de los habitantes manifestaron su decisión de encontrar su sustento en otros escenarios de la ciudad, buscando con ello configurar nuevas perspectivas que se relacionan con otras experiencias contrastantes, como el trabajo desde la economía informal o el hacinamiento. Por ejemplo, los promotores afirman que “hay muchas disculpas para no usar el sistema de salud. Son muchas las personas que no quieren darle solución a los problemas” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010), al tiempo que reconocen que se trata de “poca credibilidad frente al sistema de salud y descuidan las visitas al médico cuando es necesario” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010); esto lleva a que los controles de salud no sean una cuestión prioritaria para las personas, menos aún cuando les descuentan su remuneración salarial por ir a hacer colas durante varias horas.

## Papel del Estado, disparidades, derechos y deberes ciudadanos

El Estado colombiano, Social y de Derecho, tiene como tarea la inserción plena de todos los ciudadanos en el sistema social, cultural, económico y político, alcanzando para todos los individuos el ejercicio pleno de la libertad individual en el marco normativo. Ello asegura el cumplimiento de los derechos y deberes ciudadanos y ofrece la posibilidad de acceder a todos los servicios sociales de manera igualitaria. Asimismo, es su deber llevar a cabo el cumplimiento de las diversas labores que permiten el funcionamiento adecuado de la sociedad en conjunto y asegurar que las instituciones cumplan con sus tareas eficientemente, considerando que, si el Estado asume la responsabilidad de garantizar y respetar los derechos fundamentales por medio del ejercicio responsable de los mismos, su resultado es el aprehendizaje

del significado de los lugares y espacios de la ciudad, en conjunción con una calidad de vida saludable (Presidencia de la República, 1994).

En las entrevistas, las participantes manifestaron que el Estado no cumple actualmente sus funciones con eficiencia; perciben su abandono y desinterés por mejorar las condiciones precarias de existencia a las que se ven enfrentadas a diario, tanto en las condiciones de habitabilidad como en el acceso a los cuidados para mantener una positiva percepción sobre el estado de salud. Aunado a la ineficiencia institucional, consideran que el origen de muchos de sus problemas se encuentra en la vulneración de sus derechos ciudadanos y en la ilegalidad, que ha entrado a formar parte de su cotidiano vivir.

Al indagar a las participantes sobre cómo mejorar o solucionar lo que ellas identifican como injusto desde su experiencia de vida en cuanto a habitabilidad y salud, se aprecia entre ellas una dualidad expresada frente a la idea de un Estado benefactor y la autogestión, que consideran importante para superar las problemáticas en torno a dichas temáticas. Aprovecharon el momento para expresar sus inconformidades respecto al papel del Estado y de las funciones que deben cumplir las diferentes instituciones en torno a sus problemáticas y manifestaron su interés por contribuir a la solución de las condiciones de habitabilidad y los estados de salud, desde su trabajo como madres y pedagogas.

Otro problema en el que tanto entrevistadas como promotores de salud han percibido la ausencia estatal y suponen un problema de habitabilidad congruente con las relaciones de vecindad es el consumo y distribución de sustancias psicoactivas, que se ha visto recrudescido por la ausencia de la mediación de la Policía, pues, ante las amenazas de los expendedores o debido a su negligencia, no se ocupan del control de esta situación. Este problema ha provocado delincuencia

infantil y juvenil en los barrios, generada por los adultos con el fin de soslayar su presencia, aprovechando las limitaciones de la ley para actuar en contra de la delincuencia infantil y juvenil, infringiendo la Ley 1098 (Código de la Infancia y la Adolescencia) que, en el numeral 3, Artículo 20, dice que la población infantil y adolescente “será protegida contra el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas, estupefacientes o alcohólicas y la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción recolección, tráfico, distribución y comercialización” (Congreso de la República, 2006, p. 14), lo que significa la vulneración de los derechos de los niños y los adolescentes.

Todo lo anterior causa problemas de salud mental en los habitantes, como constante sensación de temor y ansiedad, pues se sienten desprotegidos por parte de las autoridades encargadas de la vigilancia y la seguridad ciudadanas. Además, se han creado problemas entre vecinos, por considerar que no pueden ejercer sus deberes al recurrir a los mecanismos legales e institucionales que permitan controlar la situación y que forman parte de unos derechos que contribuyen a rescatar la habitabilidad, tras intentar crear una nueva imagen psíquica y morfológica del espacio que responda a las necesidades reales de sus habitantes, construyendo entornos amables mediante la reconquista de las referencias psicosociales y urbanas perdidas.

Sin embargo, en el discurso de las entrevistadas y los líderes promotores, no todas estas percepciones se reducen a la presencia o ausencia del Estado como proveedor del bienestar social, sino que se trata de una cuestión de derechos y deberes ciudadanos y de la necesidad de una cultura y pedagogía ciudadana que permitan un mejor conocimiento de los programas que ofrece el Estado, de los derechos que deben ser respetados y promovidos y de las responsabilidades que se tienen como ciudadano cohabitante de espacios

sociales que significan cotidianamente la existencia, es decir, consideran que, mediante el reconocimiento del otro, de las acciones recíprocas, de las certezas y los sentidos de equidad, será posible avalar las normas éticas y jurídicas relativas a la anhelada igualdad de derechos y deberes ciudadanos; esto significa, en términos de Castellanos, que el empeño de las comunidades organizadas siempre es “el mantenimiento de una convivencia que persevera pese a la desigualdad” (2010, p. 12).

De acuerdo con los promotores de salud, existe falta de información y de interés de las personas en conocer sus deberes y derechos ciudadanos, lo que conduce a que estos no se hagan respetar; así lo afirman: “Los derechos son vulnerados por desconocimiento. Hay gente que todo lo quiere regalado” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010), lo cual constata lo que se encontró en las entrevistas, donde el imaginario colectivo confiere al Estado un carácter asistencialista, que lleva a que las personas esperen recibir las ayudas y programas estatales sin propender por la autogestión. Sin embargo, según la psicóloga del ICBF:

[...] el Estado tiene buenos programas, pero la gente no los conoce. Hace falta más contacto con la gente y divulgar de manera cercana los programas vigentes. De pronto por no saber leer o por pereza la gente no lee y no se entera de los programas y beneficios que tiene (C. Maldonado, psicóloga, comunicación personal, 7 de septiembre de 2010).

Respecto a estos problemas, las entrevistadas afirman que, a pesar de haber denunciado la situación ante diversas instituciones, no han encontrado ninguna respuesta ni mucho menos una solución, lo que perciben como un descuido por parte de las entidades competentes, como la Alcaldía Menor de Suba o la Defensoría del Espacio Público, al afirmar que “es un problema de Estado, porque el Gobierno no tiene la suficiente presencia ni la efectividad que se requiere”

(GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010). En esta medida, consideran que la irresponsabilidad estatal afecta sus condiciones de habitabilidad, lo cual incide, a la vez, en la salud física y mental por las condiciones del espacio que habitan. Por esta razón, consideran que han sido tratadas en forma injusta por parte del Estado y por las empresas de servicios públicos, las cuales, desde su punto de vista, deben ser quienes afronten el problema y ofrezcan una solución. Al respecto, argumentan que “las empresas de servicios públicos no han solucionado nada, a pesar de las quejas de los antiguos vecinos del barrio” (GLI, comunicación personal, 15 de julio de 2010).

Pese a la esperanza de las entrevistadas de recibir algún tipo de ayuda por parte del Estado, existe un inconveniente legal que supera el problema, pues la mayor parte de los cambuches se encuentran contruidos a menos de quince metros de la margen del río, por lo que también están en situación de ilegalidad y también de riesgo, ya que, de acuerdo con la política de humedales del Distrito Capital, no puede existir una construcción en un margen de ronda menor de treinta metros (Alcaldía Mayor de Bogotá, DAMA, 2006), pero el Estado no interviene para brindar una pronta solución (Figura 5).

Figura 5.  
Cambuche construido a diez metros de la margen del río Bogotá



Fuente: elaboración propia

Según los promotores del programa “Salud a su casa”, dicha problemática es consecuencia del desplazamiento forzado y así lo entienden como un conflicto de gobernabilidad, en el que no se ofrecen soluciones oportunas para la población migrante, que llega a las ciudades ocasionando choques culturales con los habitantes, lo que hacen explícito cuando afirman que “el desplazamiento de personas es un factor que ha influido negativamente, las costumbres son difíciles de cambiar, buscando un entorno y una cultura diferentes, es un problema del Estado” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010). Sin embargo, una de las trabajadoras sociales del Hospital de Suba comentó:

[...] los desplazados gozan de una serie de beneficios tales como: atención en salud, educación básica, secundaria y profesional a través de un convenio que se tiene con la Universidad Distrital, almuerzos en comedores comunitarios, subsidios para vivienda; todo esto de forma gratuita para la población desplazada y certificada como tal, además de muchos otros subsidios y beneficios a los que pueden acceder (A. Díaz, comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Estas contradicciones demuestran que la solución de los problemas que sufre la población colombiana vulnerable supera los marcos institucionales y las acciones que lleven a cabo las entidades competentes, así como la población en general.

Durante el trabajo de campo, se constató que la ausencia estatal se resiente en diferentes ámbitos de la vida en comunidad y de las condiciones de vida, debido a múltiples factores, como las mismas normas que limitan el accionar público y privado, la deficiente reinversión de los impuestos y el desinterés político hacia los barrios más pobres. Los habitantes creen que las condiciones de habitabilidad se relacionan con la inversión urbana y que “los impuestos están mal distribuidos” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010), razón por la cual los barrios continúan

con problemas de mal estado de vías peatonales y vehiculares, muchas deficiencias en los servicios y poca defensa del espacio público. Consideran que todo esto tiene que ver con el clientelismo que media las intervenciones políticas en los diferentes sectores de la ciudad y dicen que “donde viven los concejales es un sitio mejor para vivir que donde viven los vecinos normales” (GCÑ, comunicación personal, 27 de julio de 2010).

Con la anterior apreciación, vale la pena aclarar que, con la definición de política pública como la decisión gubernamental de ejecutar las acciones relacionadas con los problemas sociales, económicos, políticos, culturales, de seguridad, ambientales, etc. (Vargas, 2000) y la conceptualización enfocada hacia la formulación de políticas en Colombia, entendida como aquellas respuestas que el Estado debe ofrecer ante situaciones socialmente problemáticas (Salazar, 1995), Figue (2008) afirma que en estas no se plasman los objetivos de desarrollo ni las funciones sociales, por no centrarse en la realidad sino en el desarrollo de actividades económicas y en el manejo político de las coyunturas sociales, lo que hace que se produzcan actuaciones desequilibradas y decisiones sectoriales.

Desde luego, en Colombia existen conceptos fundamentales consignados en la Constitución Política cuya pretensión se basa en la solidaridad, el pluralismo, la función social y redistributiva de riqueza o democracia participativa, aunados a los derechos humanos inalienables de libertad, igualdad y equidad que, en este caso, se dirigen a crear entornos saludables y de crecimiento, dinámicas sustentables y progresivas, movilización de recursos y estrategias políticas. Según Mora-Osejo y Fals-Borda (2002), ello puede hacerse dentro del marco de una concepción holística y sistémica que advierta sobre la inconveniencia de generalizar los conocimientos de un fragmento de la realidad. El problema radica en que cada

ente gubernamental se preocupa por fijar las políticas desde su mundo disciplinar, sin establecer relaciones con problemas que atañen a más de uno de dichos entes.

En el caso de las disparidades, de las políticas de salud solo se encarga el Ministerio de la Protección Social (1993) siguiendo las directrices de la OMS. Allí está reglamentada la Ley 100; sus objetivos se concentran en mejorar el estado de salud de la población, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud. Hoy, dicha Ley está siendo muy cuestionada porque, en un análisis realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2009), los expertos llegaron a la conclusión de que el sistema de salud no puede lograr una cobertura económicamente sostenible y, por ello, un 15% de la población aún carece de seguro, existen notables distancias entre el régimen contributivo y el subsidiario y son muchas las deficiencias en la calidad de la atención.

Por su parte, las políticas de vivienda son fijadas por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (2009). En un estudio realizado por la Contraloría Regional de la República (2010), se afirma que la vivienda se aborda como un bien de mercado, sin tener en cuenta las características socioeconómicas de la población. Existen muchas variaciones en las normas que definen los subsidios, no hay un control ni suficiente información sobre los proyectos y las viviendas de interés social se entregan con deficiencias físicas y funcionales. La propuesta de la entidad es reformular las políticas para garantizar viviendas dignas, saludables y que cumplan con los derechos constitucionales.

De acuerdo con lo anterior, las políticas de salud y vivienda en Colombia y, en general, las

políticas públicas se formulan y desarrollan como ejes desarticulados, que no permiten una acción transectorial que conlleve eficazmente a la superación de las condiciones de pobreza en las que se encuentra la población.

## Pedagogía ciudadana y disparidad

Los promotores consideran que la cultura ciudadana y la educación de la población son la base para corregir muchos problemas en los barrios y los cuidados que deben tener las personas para mantener una buena salud, además de modificar la forma de pensar al interior de los hogares y lograr una mejor calidad de vida. De hecho, la función de los promotores es pedagógica, dirigida a una buena convivencia, un mejor manejo de los problemas de salud y una guía para mejorar la habitabilidad. Afirman que, si se trabaja de manera mancomunada, la cultura ciudadana culmina en una buena organización y en un sentido de convivencia que se enfoca hacia el bien común. Solo así se pueden cumplir unos objetivos enfocados hacia dos dimensiones que deben ser motivo de existencia de toda ciudad: la calidad de vida y la del ambiente.

Según los líderes, aquí radica la importancia de su trabajo con el Distrito Capital, pues “con la visita se intenta educar para que la gente cambie sus costumbres” (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010). En esto coinciden con las expectativas de las entrevistadas, quienes afirman que “el programa ‘Salud a su casa’ debería visitar casa por casa y hacerles caer en la cuenta para que algunas costumbres se cambien o se dejen de desarrollar” (GCB). Es de subrayar que, en las últimas administraciones de la Alcaldía de Bogotá, se ha impulsando una serie de iniciativas, tendientes a consolidar los diferentes escenarios que permiten construir una ciudadanía más activa, comprometida e interesada por

lo público, dotada con las herramientas necesarias para el ejercicio de los derechos fundamentales, con la información y canales apropiados para expresarse e incidir sobre los asuntos que le interesan a las comunidades, pero, en la mayoría de las ocasiones, el desconocimiento de los mismos impide que muchas de dichas iniciativas se hagan efectivas y eficaces (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004).

Así, los problemas de habitabilidad y salud no se limitan, de acuerdo con los promotores y las entrevistadas, a las condiciones económicas difíciles que enfrenta la población, sino que se trata, además, de un problema estructural, la falta de educación, entendida como “la base para mejorar la calidad de vida” (GLD-PS) de las familias y reproducir en la población prácticas que permitan un mejor manejo de las problemáticas. La manera como muchos de los habitantes interpretan su realidad es una forma de entender y actuar en el mundo; por ello, consideran que su propia interpretación les otorga el derecho de crear un conjunto de acciones según las cuales actúan, como por ejemplo, ejecutar acciones exclusivas de la Fuerza Pública en su beneficio personal o de su misma comunidad frente a la delincuencia, la drogadicción o la indigencia.

Frente a esto, los promotores (Figura 6) afirman que la gente dice que aprende de la experiencia, pero, al mismo tiempo, los padres no tienen una formación pedagógica ni una explicación acerca de sus costumbres para tener conciencia de educar a los niños, pues “no están educados para fomentar una educación formal entre sus hijos” (GLD-PS). Entienden que es un problema que no se limita a la carencia de unos principios morales, éticos, pedagógicos o didácticos que permitan a las familias estructurar sus expectativas en torno a un progreso material y cultural, sino que se debe también a las condiciones de precariedad en las que la mayor parte de los habitantes

viven a diario y que los obliga a organizar la vida familiar en torno al cubrimiento de las necesidades cotidianas inmediatas, pues han encontrado que:

[...] los hijos se convierten en la mano de obra para el negocio familiar y en la ayuda para el control de los negocios que aseguren su continuidad. Como no hay oportunidades, los padres no siguen fomentando la formación académica. Los padres piensan que los hijos deben hacer lo mismo que ellos; solo así van a “progresar”. Puede decirse que lo común es encontrar que las personas viven el día a día (GLD-PS comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Siendo así, el futuro se aprecia como determinado por el presente, en especial en cuanto a la profesión u oficio de los padres; a manera de ejemplo se encuentra el caso de los zorreros quienes esperan que sus hijos sigan siendo zorreros.

Figura 6.  
Conversación con líderes del programa “Salud a su hogar”



Fuente: elaboración propia

Tal manera de concebir la vida es evidencia de los problemas estructurales que, en general, aquejan a la sociedad colombiana, donde la reproducción social de las condiciones materiales diferenciales es consecuencia de las disparidades en relación con el capital social, económico, intelectual y cultural que limitan las posibilidades de transformación en cuanto al acceso igualitario a los mismos

beneficios ciudadanos, lo cual define trayectorias sociales inmovilizadas. Asimismo, bajo la perspectiva de los derechos humanos, es interesante observar que estos son entendidos como una integralidad, por medio de la cual la vulneración de alguno de ellos implica una desestabilización en el cumplimiento de otros (Donaires, 2002).

Las carencias que sufren las familias llevan a que este grupo de la población se vea expuesto a diversas problemáticas que vulneran los derechos de la infancia, como el derecho a la educación y a crecer en un ambiente sano, pues según los promotores:

[...] se evidencia la deserción escolar por muchas causas como la necesidad de empezar a trabajar, por drogadicción, maltrato intrafamiliar o noviazgos tempranos [y a que] algunos padres piensan que mientras el niño esté en el colegio, todo lo que a ellos les suceda es responsabilidad del colegio, no de los padres.

Al tiempo que afirman que:

[...] entre la comunidad se cubren los problemas que tienen en casa, como la negación de que su hijo es drogadicto y los niños son víctimas de la drogadicción porque los envían muy rápido, hay niños que se la pasan en el parque y facilitan el problema de drogadicción (GLD-PS, comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Asimismo, encuentran que los niños no son acompañados por parte de los adultos que deberían responsabilizarse por su cuidado en los hogares y colegios, también por los problemas que aquejan a los barrios en los cuales se encuentran, pues:

[...] también hace falta el compromiso de los papás para controlar las actividades de los hijos. Igual en los colegios se facilita el expendio. Los colegios de Suba no se preocupan por la seguridad de los niños. Los profesores no se preocupan por los niños o adolescentes, muchas veces por amenazas (GLD-PS comunicación personal, 29 de agosto de 2010).

Esto ha ocasionado el abandono de la población infantil que, en relación con otros problemas de habitabilidad que ya fueron explorados, hace que se reproduzcan diversos problemas estructurales que limitan la posibilidad de los niños y las niñas para desarrollar unos estilos de vida saludables y en pleno uso de sus derechos y deberes ciudadanos.

## Conclusiones

Si tomamos como referente las respuestas obtenidas en las entrevistas grupales y las conversaciones con los líderes, el concepto de desigualdad social se refiere a la posición que, de acuerdo con su estrato social, ocupan los grupos en la estructura económica y los beneficios o carencias que de ellas se desprenden, aquí concentradas en las disparidades que se aprecian y reconocen en torno a las condiciones de habitabilidad y la percepción sobre los estados de salud.

El entorno social de las personas incluye muchas dimensiones como son las condiciones de vida y de trabajo, el nivel de ingresos, los estudios realizados y la comunidad a la que se pertenece, factores que, reunidos, tienen un poderoso influjo en la salud. Las grandes diferencias encontradas entre los entornos sociales contribuyen a crear amplias disparidades en materia de habitabilidad y de salud. Existen grandes diferencias en cuanto a esperanza de vida e índices de enfermedad entre ricos y pobres, entre personas que han tenido una educación buena o deficiente y, entre trabajadores no profesionales y profesionales.

La problemática no se reduce a lo que perciben las personas en su entorno inmediato o a las experiencias cotidianas que les permiten identificar y expresar las relaciones entre la habitabilidad y la salud, sino que comprenden que, tras los problemas que experimentan, se encuentran profundos problemas estructurales del funcionamiento de la

sociedad, que contribuyen a la reproducción de las desigualdades sociales y en donde las disparidades son el resultado de ineficientes políticas públicas, de las diferencias socioeconómicas, de las injusticias sociales y del papel que cumple el Estado como Estado social de Derecho.

Los participantes en el proceso del trabajo de campo expusieron sus expectativas frente a la posibilidad de un cambio, al tiempo que identificaron algunos lineamientos que permiten, a partir de las experiencias de los sujetos sociales, el planteamiento de unas políticas públicas más eficientes y consecuentes con la realidad de la población. El enfoque de derechos implica asumir las obligaciones del Estado en todas sus dimensiones; esto es, la adopción inmediata de medidas, con el máximo de recursos disponibles y la prioridad de las poblaciones más vulnerables, la no discriminación y la no regresividad de los avances en materia de realización de los derechos.

## Bibliografía

Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento Administrativo del Medio Ambiente [DAMA]. (2006). *Política de humedales del Distrito Capital*. Recuperado de [http://www.secretariadeambiente.gov.co/sda/libreria/pdf/politi\\_humedales\\_.pdf](http://www.secretariadeambiente.gov.co/sda/libreria/pdf/politi_humedales_.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2004). *Salud a su hogar. Un modelo de Atención primaria en salud APS para garantizar el derecho a la atención primaria en salud*. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Cartillas/Cartilla13.pdf>

Alleyne, G., Castillo-Salgado, C., Schneider, M.C., Loyola, E., y Vidaurre, M. (2002). Overview of Social Inequalities in Health in the Region of the Americas, Using Various Methodological Approaches. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, (6), 388-397.

- Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. (2009). *From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*. Glassman, A. L., et al. (Edit.). Nueva York: Brookings Institution.
- Brakarz, J., Rojas, E., y Greene, M. (2002). *Ciudades para todos: la experiencia reciente en programas de mejoramiento de barrios*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo [BID].
- Cámara de Comercio de Bogotá. (2007). *Localidad de Suba, perfil económico y empresarial*. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá.
- Castellanos, G. (2010). *Patrimonio cultural. Integración y desarrollo en América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100*, “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: *Diario Oficial* No. 41.148, diciembre 23 de 1993.
- Congreso de la República de Colombia. (1994). *Ley 142 de 1994*, “Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: *Diario Oficial* No. 41.433, julio 11 de 1994. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2752>
- Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1098*, “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”. Bogotá: *Diario Oficial* No. 46.446, noviembre 8 de 2006.
- Contraloría General de la República. (2010). *Evaluación de la política pública de hábitat y vivienda digna. Estado de los recursos naturales y del ambiente 2008-2009*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/josedavidname/evaluacion-de-la-politica-publica-de-habitad-y-vivienda-digna>
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2011) *¿Qué es el SISBEN?* Recuperado de <https://www.sisben.gov.co/ElSisb%C3%A9n.aspx#.UjCrTMYz2So>
- Donaires, P. (2001-2002). Los derechos humanos. *Telemática de Filosofía del Derecho*, (5), 193-199.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). Calidad de vida: las condiciones diferenciales. *Colegio Oficial de Psicólogos*, 2, (1), 57-65.
- Fique, L. (2008). La política pública de vivienda en Colombia. Conflicto de objetivos. *Bitácora*, 13 (2), 73-89.
- Glassman, A., Escobar, M. L., Giuffrida, A., y Giedion, U. (eds.). (2009). *From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo [BID].
- Gwatkin, D. (2000). Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud recopilación de artículos* (3), 3-17.
- López, M. (2007). El asunto de las políticas públicas. *Luna Azul*, 5 (14), 20-27.
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. (2009). *Vivienda saludable VISA*. Bogotá: Autor.
- Mora-Osejo, L., y Fals-Borda, O. (2002). *La superación del eurocentrismo. Enriquecimiento del saber sistémico y endógeno sobre nuestro contexto tropical*. Bogotá: Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s. f.). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud*. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2000). *Cartilla Viviendas con higiene y salud*. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/vivienda/doc14779-6.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2002). *Desafío a la falta de equidad en salud*. Washington D. C.: Fundación Rockefeller, Autor.
- Paes de Barros, R., Ferreira, F., Molinas, J., y Saavedra, J. (2008). *Midiendo la desigualdad de oportunidades en América Latina y el Caribe*. Recuperado de [http://siteresources.worldbank.org/LACINSPANISHEXT/Resources/Book\\_IOH.pdf](http://siteresources.worldbank.org/LACINSPANISHEXT/Resources/Book_IOH.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2004). *Cuadernos PNUD-MPS. Investigaciones sobre desarrollo social en Colombia*. Recuperado de <http://www.fuac.edu.co/download/AREAS/10ipq.pdf>
- República de Colombia. (1994). *Constitución Política de Colombia 1991*. Bogotá: Autor.
- Salazar, C. (1995). *Las políticas públicas*. Colección Jurídicas-Profesores, No. 19. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Starfield, B. (2002). Equity and Health: A Perspective on Nonrandom Distribution of Health in the Population. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12 (6), 386.
- Tarchópulos, D., y Ceballos, O. L. (2003). *Calidad de la vivienda dirigida a los sectores de bajos ingresos en Bogotá*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano CEJA.
- Thorbeche, E., y Charumilind, C. (2002). Economic Inequality and its Socioeconomic Impact. *World Development*, 30 (9), 1477-1495.
- Uribe-Mallarino, C. (2008). Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. *Universitas Humanística* (65), 139-171.
- Vargas, A. (2000). *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena.
- Vega, R. (2001). Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Revista de Salud Pública*, 3 (2), 97-126.
- Whitehead, M. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 3 (22), 429-445.