

Título del proyecto:

“Salud oral integral, dieta cariogénica y nutrición en niños(as) de 2 -14 años y condiciones de habitabilidad en los distritos 1, 9,11 de la ciudad de Cochabamba, Bolivia”.

Eje:

Extensión - docencia - investigación

Autores:

MSc. Dra. María Patricia Blanco

MSc. Dra. Sandra Lucia Montaña Rodríguez

MSc. Arq. Sonia Elizabeth Jiménez Claros

MSc. Dra. Marcela Luizaga López

Referencias institucionales

- Instituto de Investigaciones de la Facultad de Arquitectura y Ciencias del Hábitat
Universidad Mayor de San Simón.
Bloque multiacadémico 2do piso. Campus UMSS.
Tel: 591 4 255731 591 4 4256531
soniajimenez777@gmail.com
- Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Facultad de Medicina – IIBISMED
Universidad Mayor de San Simón.
mariapatriciablanco@gmail.com
jmluizaga31@hotmail.com
Dir. Av. Aniceto Arce
Tel. 591 4 4765967
- Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología – IIFO

Universidad Mayor de San Simón.

sandra_lumr@hotmail.com

Tel.591 4 4 530307

Dir. Venezuela casi esq. Oquendo

Cochabamba - Bolivia.

Resumen

El proyecto de investigación: "Salud Oral Integral, dieta cariogénica y nutrición en niños(as) de 2 -14 años y condiciones de habitabilidad en los distritos 1, 9,11 de la ciudad de Cochabamba, Bolivia", busca la integración de los investigadores de la Facultad de Odontología, Facultad de Medicina y de Arquitectura de la UMSS en un trabajo conjunto de diagnóstico situacional de la salud bucal, el estado nutricional infantil y las condiciones de habitabilidad de la población en los distritos referidos.

El trabajo multidisciplinario permitirá generar información válida y útil para la toma de decisiones en el campo de la salud y la vivienda. La adopción de un enfoque integral basado en las determinantes de la salud, generará espacios de trabajo con la Honorable Alcaldía del Municipio del Cercado y la actual Gobernación, en el desarrollo de acciones de prevención, promoción y tratamiento de enfermedades bucales, problemas nutricionales en niños y adolescentes y la generación de nuevas propuestas de mejoramiento de la vivienda y servicios básicos en el Municipio del Cercado.

El objetivo general es establecer la relación entre caries dental, nutrición, dieta cariogénica de niños (as) de 2 a 14 años y las condiciones de habitabilidad en los distritos 1, 9 y 11 de la ciudad de Cochabamba, para lograr cambios positivos en el medio social e higiénico-sanitario del individuo, la familia y la comunidad, a través del desarrollo del Programa "Salud oral e integral" basado en la atención primaria de salud orientada a la comunidad.

A partir de un proceso científico y técnico de determinación de una muestra representativa basada en la vivienda o predio habitado como unidad de análisis, se realizan visitas domiciliarias en las que equipos multidisciplinarios realizan el levantamiento de la información

en las tres áreas de trabajo: salud bucal, nutrición infantil, condiciones y características de la vivienda.

Paralelamente se tienen definidas intervenciones específicas de atención odontológica mediante la aplicación de la Técnica Pratt en los niños con deterioro del estado de salud bucal y actividades de educación e información a representantes de los sectores sociales de los distritos seleccionados.

Los resultados obtenidos, posteriormente al análisis estadístico, serán también enriquecidos con información geo referenciada, que permitirá un mejor aprovechamiento de la información a través de un novedoso enfoque de análisis integral. Los resultados serán incluidos en una publicación técnica elaborada por los tres Institutos de Investigación Universitarios participantes.

La metodología utilizada en la ejecución del proyecto y los recursos técnicos e instrumentales necesarios para el mismo refiere lo siguiente:

1. Para el componente de salud bucal, se evalúa el índice CPO y CEO, llenado de formulario de dieta cariogénica para identificar tipo de dieta, formulario que es complementario al realizado por medicina de tal forma de que todos los datos de seguimiento se registran en las carpetas.

En coordinación con el área de medicina se realizan talleres con los padres de familia de concientización sobre la importancia de nutrición equilibrada y la preservación de la salud oral e integral. Asimismo se realiza el tratamiento no invasivo en caries en todos los niños que participen en el estudio: aplicando la técnica PRAT con cucharitas e ionómero de vidrio de obturación.

2. Se utiliza la antropometría como forma para evaluar el estado nutricional de los niños, para identificar desnutrición, hacer un diagnóstico de situación de la comunidad mediante puntos de corte para establecer prevalencias y seguimiento clínico de los niños, ya que la disminución de la velocidad de crecimiento es un indicador sensible de deficiencias nutricionales y/o enfermedades.

Para la determinación del peso se utilizan balanzas de pie tipo báscula y balanza pediátrica. Para la obtención de la talla o estatura se utiliza el estadiómetro incorporado a la balanza o el pediómetro para niños pequeños. Para el indicador talla - edad se consideran dos puntos de

corte respecto al indicador peso para talla, recurriéndose a la clasificación de Waterlow según porcentajes de adecuación

Las intervenciones individuales o grupales son tendientes a promover la conciencia en la familia acerca de los problemas que la desnutrición trae aparejada y para favorecer el compromiso de la misma en el tratamiento y recuperación de los “niños en riesgo”.

3. Para poder alcanzar los objetivos específicos del componente de habitabilidad, se plantea una metodología de trabajo, que se estructura a partir de la interrelación de los tres centros de investigación y a su vez en tres fases; teniendo como unidades de análisis, la vivienda para las variables de habitabilidad, y el barrio para las variables del entorno urbano, partiendo de un enfoque sustentable.

Determinación de los factores sociales que condicionan la calidad de vida de la población en estudio, grado de educación, salud, problemática de género, pobreza y grado de satisfacción.

Se realiza un relevamiento de información físico espacial urbano (accesos, vías, áreas verdes, equipamientos urbanos), un relevamiento físico espacial de la unidad habitacional (tipología de vivienda) y un relevamiento tecno-constructivo de la unidad habitacional (sistema constructivo y patologías constructivas)

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo y cuantitativo. Cualitativo por cuanto tiene un carácter exploratorio, descriptivo, explicativo y estratificado. Es exploratoria, porque es una investigación que se realiza para obtener un primer conocimiento de la situación problematizada. Es descriptiva por cuanto describe fenómenos, tal y como aparecen en el presente. Es explicativa por cuanto explica los fenómenos, estratificado porque se toma en cuenta tres niveles socio-económicos.

Es cuantitativa por cuanto se maneja información estadística sobre características socioeconómicas, espaciales y de salud en cuanto a la prevalencia de patologías orales y sistémicas. Es emergente y está orientada al análisis, explicación e interpretación de la información obtenida a través de revisiones bibliográficas y documentales, información satelital del área metropolitana, entrevistas a informantes claves y encuestas por muestreo.

Asimismo es participativa por cuanto conlleva la realización de talleres de carácter participativo con el objeto de incorporar visiones y propuestas colectivas acordes a las demandas de

planificación actuales en la perspectiva de orientar el desarrollo sostenible de la urbe cochabambina.

La fase analítica conlleva tareas referidas a la reducción de datos, disposición y transformación de datos y obtención y verificación de resultados, los mismos que proporcionaran los insumos necesarios para arribar a la concreción dos productos final: un libro con los resultados de la investigación, y un manual para padres de familia de los niños que participen en este estudio que contendrá: salud oral y nutrición.

Desarrollo

Existen evidencia de la relación entre salud oral y estado nutricional, por consiguiente la disponibilidad alimentaria, los hábitos alimenticios, el valor nutricional de la comida, la alimentación cariogénica, el conocimiento del estado nutricional; se constituyen en determinantes en la salud bucal de la población, por lo que las acciones de control deben orientarse a lograr cambios positivos en el medio social e higiénico-sanitario del individuo, la familia y la comunidad mediante acciones de promoción prevención de la salud.

Algunos datos socioeconómicos de Bolivia nos muestran ciertos determinantes de la salud, por ejemplo el 62% de la población vive en áreas urbanas, la expectativa de vida al nacer es 62 años. La mortalidad infantil en menores de 5 años es una de las más altas del continente (50 x 1000 n.v.). Solo el 54% de la población tiene acceso a redes de agua potable y por lo tanto problemas en cuanto a higiene y salud. El 70% de los hogares se encuentran en situación de pobreza. Estos datos se relacionan con situaciones de salud específicas en nuestro departamento y en nuestro país, por ejemplo explican la alta prevalencia de enfermedades infecciosas y transmisibles y las dificultades de acceso a servicios de salud y vivienda.

Según el nuevo estándar de la Organización Mundial de la Salud, el 27 por ciento de los niños y niñas menores de cinco años padece desnutrición crónica y el 8 por ciento presenta retraso en el crecimiento en condición severa. Los niveles de desnutrición aguda y global de la población menor de cinco años son del 1 y 4 por ciento, respectivamente. En estos dos últimos tipos de desnutrición no son significativas las proporciones en grado severo. La desnutrición infantil presenta una prevalencia que se encuentra entre las más altas de América latina. El informe de la FAO, refiere que el retraso de crecimiento (T/E), la desnutrición aguda (P/T) y la desnutrición global (P/E) tienen una prevalencia de 28.3%, 4.4% y 15.7% respectivamente. Por otro lado el Ministerio de Salud del país (2008) reconoce que la desnutrición sigue siendo un problema importante de salud pública.

Estudios realizados en la Universidad de Cartagena 2007, en niño(as) de 5 a 12 años demostraron que la prevalencia de caries en grupos con riesgo de desnutrición fueron del 85%; 21% de enfermedad periodontal; 6% de alteración en tejidos blandos, 14% de hipoplasia de esmalte, 14% hipo calcificación de esmalte, 43% de fluorosis y 26% en alteraciones de la oclusión. Por lo anterior demostramos la estrecha relación entre la salud bucal y la nutrición con lo cual fundamentamos la importancia del proyecto localizado en la ciudad de Cochabamba - Bolivia.

La desnutrición infantil es un trastorno que implica la interrelación de factores orgánicos, psicosociales, económicos y ambientales, de acuerdo al estudio de Larrea el año 1998, donde se analizaron los efectos socioeconómicos, regionales y condiciones étnicas en la desnutrición crónica en niños de cuatro países andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, mostrando características similares con alta prevalencia de retardo del crecimiento y disparidad socioeconómica, mostrando menos severidad en Colombia.

Las condiciones de vivienda y hábitat se constituyen en otro determinante de la salud, por ello, el proyecto de investigación ha elegido tres distritos de la ciudad de Cochabamba: 1, 9 y 11, los cuales tienen características diferentes, así por ejemplo el distrito 9 se encuentra en proceso de consolidación de zona agrícola a urbana, por el contrario el distrito 11 con características urbanas consolidadas donde el mayor problema es la especulación del uso del suelo y de negocios inmobiliarios, contrastando finalmente con el distrito 1, con características de tipo residencial en proceso de consolidación teniendo serios problemas ambientales y de límites..

La salud y las condiciones de habitabilidad cobran notable importancia y refieren factores sociales, económicos, políticos e ideológicos. Nos llevan a su valoración y medida en cuanto a como el mejoramiento de las condiciones de vida y de habitabilidad influyen en el mejoramiento de la situación de salud de las personas. La información geo referenciada, le otorga un valor agregado y útil para la planificación y gestión de recursos en materia de salud y vivienda.

El proyecto busca responder a los siguientes cuestionamientos: ¿Cuál es la situación actual de la salud bucal, el estado nutricional y las prácticas dietéticas en familias con niños de 2 a 14 años de edad, en distritos urbanos y periurbanos de Cochabamba?, ¿Cuáles son las características de habitabilidad de la población en los distritos seleccionados?, ¿Existe alguna relación de causalidad o de correspondencia entre la salud y la vivienda en los distritos, 1, 9 y 11 del Municipio del Cercado?

Bolivia de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población boliviana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad boliviana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, como ha sido demostrado científicamente.

Por esta razón, es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención, en los sectores público, social y privado.

De acuerdo a un reporte de la OPS/OMS, sobre la situación de la salud oral en Bolivia, un estudio realizado en junio de 1995 por la entonces Secretaría Nacional de Salud en 2.666 niños de 6 a 15 años de edad en 128 escuelas de zonas periurbanas y rurales encontró un índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados) igual a 7,6 (9,5 entre los 6 y los 9 años de edad y 6,9 entre los 6 y los 15 años). En el estrato de pobreza moderada, el índice CPO-D fue de 4,5 en el Valle, 7,3 en el Altiplano y 10,9 en el Llano. En este mismo estudio se determinó el contenido promedio de fluoruro en agua, que fue de 0,29 ppm., inferior al valor recomendado. Una resolución ministerial le asignó un alto grado de prioridad al problema y puso en marcha el programa de fluoración de la sal.

De acuerdo a la información de la Secretaría Nacional de Salud (1995), las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el séptimo lugar entre las principales causas de morbilidad.

Durante los años 1999 - 2001, el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología mediante trabajos de investigación, estableció una línea de base, con el objetivo de disponer de la información necesaria que le permitiera planificar un programa de salud comunitaria. A continuación se muestran las conclusiones del trabajo referido.

a) Situación de la salud bucal en niños y adolescentes del Departamento de Cochabamba

La muestra estuvo constituida por 14.244 (6.883 mujeres y 7.361 varones) niños y adolescentes comprendidos entre los 6 y 18 años. En base a los datos obtenidos durante la investigación que realizó la Facultad de Odontología en el Departamento de Cochabamba el año 2000, se elaboró el Mapa Epidemiológico sobre el índice CPO, el mismo que muestra las siguientes zonas y el riesgo de salud bucal:

Índice C.P.O. por Distritos

N°	DISTRITO	INDICE CPO	RIESGO
1	Cochabamba Norte	4.4	Moderado
2	Cochabamba Sur	4.0	Moderado
3	Punata	4.5	Alto
4	Tarata	4.0	Moderado
5	Chapare Tropical	6.1	Alto
6	Carrasco Tropical	6.5	Muy alto
7	Valle Bajo	4.0	Moderado
8	Valle Puna	6.5	Muy alto
9	Capinota	5.6	Alto
10	Carrasco	3.9	Moderado
11	Aiquile valle	2.4	Bajo
12	Mizque	4.4	Moderado
13	Independencia	5.2	Alto
14	Arque	2.7	Moderado

Las conclusiones a las que se llegaron en dicho estudio fueron las siguientes:

- ◆ En general la población del Departamento de Cochabamba, comprendida entre los 6 y 17 años, presenta un estado dental de regular a malo, tanto en las áreas suburbanas como en las rurales.

- ◆ La mayor parte de la población solamente se cepilla los dientes en las mañanas, utilizando mayormente dentífrico, con una técnica de cepillado horizontal y en general no tienen acceso y desconocen otras medidas de control.
- ◆ Los índices C.P.O. y C.E.O. son altos y van empeorando progresivamente con la edad.
- ◆ Casi el total de la población en estudio presenta placa bacteriana, siendo una de las posibles causas la utilización incorrecta de la técnica de cepillado, sin embargo el depósito de cálculo sublingual y supra gingival es insignificante.
- ◆ La oclusión en la mayoría de la población está dentro de los parámetros normales.
- ◆ Las deficientes características socioeconómicas, educación, accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud, influyen notablemente en el estado de salud bucal de la población, teniendo mayor impacto en la población de las áreas más deprimidas.
- ◆ La alimentación a base de hidratos de carbono, característica en muchas regiones del departamento, repercute notoriamente en el estado dental general, así como también las dietas blandas que conducen a la formación de placa y cálculo como ocurre en la región de los llanos, llamándonos la atención que en ciertas regiones del Departamento, especialmente rurales, la ingesta de dietas duras y fibrosas que realizan una acción de limpieza y estímulo de la superficie dental se traduce en un estado oral eficiente así sea esta dieta nutritivamente inadecuada.
- ◆ Tomando como punto de partida los índices C.P.O. y C.E.O. el estado dental de las mujeres es ligeramente más deficiente en relación al sexo masculino.

Son factores de riesgo de la caries dental

- Alto grado de infección por S. mutans.
- Pobre resistencia del esmalte.
- Mala higiene bucal.
- Apiñamiento dentario (ligero, moderado, severo).
- Escasez de flujo salival.

- Viscosidad de la saliva y pH (muy viscosa y pH bajo).

b) Fuentes suplementarias de flúor, en la población de Cochabamba (2001)

Se realizó un muestreo al azar por zonas y nivel socioeconómico, a un total de 1.201 familias.

Las conclusiones fueron las siguientes:

- La mayor parte de la población consume agua de SEMAPA, esta tiene un mínimo de porcentaje de flúor en estado natural ya que SEMAPA no fluoriza sus aguas
- En algunos pozos tienen relativamente mayor cantidad de flúor en relación al agua de consumo masivo que es el de SEMAPA.
- En cuanto a la sal solamente existe una planta productora de “sal fluorada”, estando su contenido dentro el rango óptimo y es adecuado para el consumo, pero su producción no está promocionada de forma adecuada ya que cuenta con muy poco apoyo de entidades de salud, por lo que no ha sido posible dar a conocer y llegar a la población con el producto
- La mayor parte de nuestra población consume sal yodada o sal común, esto por costumbre y por ser económica.
- Con relación a los dentífricos al tener una gran variedad de marcas que cumplen con las normas básicas en cuanto a la cantidad de flúor y al tener la población acceso a estos productos, es una importante fuente de flúor.
- El desconocimiento de nuestra población de otras fuentes de flúor se debe a la falta de información y promoción adecuada de nuestras autoridades hacia los suplementos de flúor (geles, pastillas o colutorios)
- Las campañas de fluorización en las escuelas son muy aisladas y ocasionales

En cuanto a la vivienda y hábitat es posible manifestar que la situación de carencia y vulnerabilidad existentes son fruto de la falta de empleo, del trabajo precario y del desempleo que afecta particularmente a los habitantes de los barrios urbanos populares, a la gente de escasos recursos, sumiéndolos en un estado de exclusión y discriminación permanentes. Así

por ejemplo, en Cochabamba según el Censo del 2001 más de la mitad de la población (55%) vivía en situación de pobreza y de los 47 municipios¹ que integran las 16 provincias del departamento, 10 municipios contaban con poblaciones que vivían en condiciones de penuria, alcanzando índices superiores al 98 % y en algunos casos al 99.4 % y 99.6 %. Los índices más altos de necesidades básicas insatisfechas se presentaban en la vivienda, tomando como parámetros espacios insuficientes (hacinamiento), precariedad constructiva, carencia o baja cobertura de servicios básicos, inseguridad jurídica en la tenencia, deterioro ambiental dentro y fuera de la vivienda, intransitabilidad de vías, dificultad de acceso al trabajo, a servicios de salud, educación y a espacios de recreación.

En Cochabamba, el proceso de urbanización ha trastornado seriamente el devenir de la comunidad, la dinámica migratoria y el alto índice de crecimiento natural de la población superaron ampliamente la capacidad de generación de empleos e ingresos en el sector moderno de la economía, obligando a la forzosa participación de los desfavorecidos en la economía del “rebusque”, de la situación informal prevaleciente en los cordones de miseria que rodean la ciudad.

La desigualdad social se expresa en las dicotomías existentes entre las áreas residenciales: nor este incluyendo al casco viejo y las zonas de la periferia nor y sur occidental. En la periferia sur (distrito 9) se advierte una organización anárquica y carente de planificación. Si visualizamos la provisión de agua, por ejemplo en el Distrito 9 del Municipio del Cercado, como un indicador de la inequidad y exclusión social imperantes, observamos que el 95% de los hogares carece de agua potable y la población compra agua contaminada de los carros aguateros, gastando entre el 7 y 10% de sus ingresos.

En síntesis es posible sostener que en Cochabamba la pobreza se ha instaurado en la periferia de la ciudad y una de sus causas es la ausencia de trabajo y fuentes laborales que dan lugar a las migraciones y al consecuente desarraigo cultural que va generando bolsas de exclusión que afectan particularmente a la población indígena migrante. En la actualidad un segmento significativo de la población cochabambina habita en zonas con alto grado de inseguridad ciudadana; dificultad de acceso al suelo urbano y viviendas adecuadas; posesión ilegal de predios (gran parte de la población cochabambina logra acceder a terrenos por medio de

¹ En Bolivia la nueva Constitución refiere una división política y una organización territorial que contempla departamentos, provincias, municipios y territorios indígenas originarios campesinos, que son unidades en las que vive una nación o pueblo indígena. Los departamentos están constituidos por las provincias y en la actualidad su máxima autoridad es un Gobernador. Las provincias están constituidas por secciones y sus autoridades son los Sub Gobernadores. Los municipios son unidades territoriales con límites específicos constituidos por una ciudad, pueblo o comunidad, cuyas autoridades son los Alcaldes. Los distritos municipales se derivan de estos municipios y sus autoridades son los Sub – Alcaldes. El 30 de mayo del presente año (2010) Bolivia ingresó en la era autonómica con la posesión de 9 gobernadores, 267 asambleístas departamentales, 8 subgobernadores provinciales, 11 ejecutivos seccionales, 19 corregidores, 337 alcaldes y 1.851 concejales municipales, que tendrán la misión en los próximos cinco años, de cristalizar el proceso autonómico en sus regiones.

procesos calificados como “ilegales e irregulares”); carencia de equipamientos públicos y comunitarios; inadecuados sistemas de vialidad y transporte; falta o deficiencia del servicio de agua potable, eliminación y procesamiento de desechos; escaso respeto al entorno ambiental y cultural, etcétera.

La realidad actual de la ciudad de Cochabamba al igual que otras ciudades capitales de departamento es que están divididas en áreas legales e ilegales y esto refiere ciudades duales con profundas dicotomías y con severas implicaciones para la sociedad en su conjunto. Existe segregación, exclusión social y espacial, profundizada por la especulación cotidiana de tierras que refieren una fragmentación del espacio urbano donde los grupos de altos ingresos se concentran en áreas con dotación de servicios y equipamientos de salud y educación y los segmentos más pobres se ubican en áreas alejadas a sus lugares de trabajo sin servicios y equipamientos. La precariedad de las áreas urbanas se traduce - entre otras situaciones - en una baja calidad de vida, frágiles condiciones de salud, elevado grado de vulnerabilidad a los fenómenos naturales y ausencia de condiciones de habitabilidad para vivir con dignidad. De esta manera los viejos problemas y sus viejas continuidades persisten de manera latente en un estado permanente de exacerbación.

En el intento de encontrar explicaciones a ese estado de cosas cobra importancia fundamental la profundización de los procesos de exclusión laboral y de retraimiento del Estado Boliviano en la creación de ocupaciones de carácter formal, lo que obliga a los “trabajadores excedentes” (por llamarlos de alguna manera) a la búsqueda de medios de subsistencia, a desplazarse ya sea hacia el sector informal y de servicios o hacia trabajos asalariados parciales, mediados por la subcontratación temporal en pequeñas y medianas empresas. Esta situación de carencias y vulnerabilidades que provoca el trabajo precario y/o desempleo es causa de los asentamientos urbanos populares que expresan la exclusión y discriminación que sufre la mayoría de la población boliviana.

Es indispensable trabajar en y con las organizaciones populares, visualizando la necesidad de garantizar formación, información y mecanismos de comunicación y participación, con el objeto de incidir efectivamente en la construcción e implementación de políticas sociales inclusivas y participativas. Sin embargo, habrá que recordar que el tema de la pobreza no sólo es cuestión de producción y capacidad organizativa, tiene que ver fundamentalmente con la educación, formación y capacitación adecuadas que posibiliten inserción laboral. Jaques Delors señala al respecto: “La educación es esencial en el desarrollo continuo de las personas y las sociedades, sino como una vía, ciertamente entre otras pero más que otras, al servicio de un desarrollo

humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder la pobreza, la exclusión, las incomprensiones, las opresiones, las guerras, etcétera". (1996:9).

El actual gobierno y los sucesivos tienen un compromiso ineludible frente al desarrollo social, económico y cultural de los ciudadanos y esto pasa por el diseño de una estrategia nacional sustentada en una visión integral de nuestras ciudades y territorios, superando visiones fragmentadas e incidiendo en la planeación participativa y orgánica, a favor particularmente de los ciudadanos de menores recursos, de mujeres cabezas de hogar, niños, ancianos y minusválidos. Y en ese proceso no hay que perder de vista que los procesos participativos no son estáticos, que conllevan estrategias y articulaciones de carácter evolutivo para el logro de objetivos consensuados.

El derecho de los bolivianos y bolivianas a ciudades inclusivas requiere de acciones impostergables, de justicia social y de concreción efectiva del derecho de todos los habitantes a una vida digna. Derecho que tiene como base la provisión de oportunidades económicas para la satisfacción de manera adecuada y equitativa necesidades básicas de alimentación, vivienda, acceso a salud, educación y cultura² y que tienen como soporte físico a la vivienda, ya que sin ésta es inconcebible la dignidad humana. Frente a los planes y estrategias diseñadas por el actual Gobierno habrá que recordar que las ciudades son los ámbitos de realización de los derechos humanos y libertades fundamentales y el Estado tiene la misión de asegurar la dignidad y el bienestar colectivo de sus habitantes en un marco de igualdad, solidaridad, equidad y justicia. Por consiguiente, mientras no se llegue al reconocimiento de que las condiciones de vida de la mayoría de la población boliviana se encuentran en una aguda crisis y mientras no se efectúen cambios integrales necesarios para revertir esa situación, subsistirán los problemas de exclusión, pobreza y precariedad urbana.

Rememoremos la instauración de la Asamblea Constituyente (06/08/2006 - 09/12/2007) que propició un escenario de deliberación e incidencia política en el que participaron diversas organizaciones sociales e instituciones del país y que después de prolongados debates

² En ese sentido Hábitat Internacional Coalición (HIC), una red de ONGs que trabaja con el tema de la vivienda, desarrolló una herramienta de monitoreo que identifica 14 elementos constitutivos del derecho humano a la vivienda. Estos elementos se desprenden de las obligaciones que los Estados contrajeron al ratificar diferentes tratados internacionales y otras leyes comúnmente aceptadas, los mismos que contemplan: seguridad de tenencia; bienes y servicios (entre los cuales se encuentra el agua, considerado un requisito esencial para un pleno derecho a la vivienda); accesibilidad económica, habitabilidad, accesibilidad física, ubicación, tradiciones culturales, libertad frente a posibles desalojos, información, capacitación, participación y libertad de expresión, realojamiento, ambiente saludable, seguridad y privacidad. En ese marco de apreciaciones, es posible esbozar los componentes del derecho humano a la vivienda.

posibilitó la nueva Constitución Política del Estado y entre otros la constitucionalización del derecho humano a la vivienda, que en su artículo 19, Incisos I y II sostiene:

[...] Toda persona tiene derecho a un hábitat y vivienda que dignifiquen la vida familiar y comunitaria.

El Estado, en todos sus niveles de gobierno, promoverá planes de vivienda de interés social, mediante sistemas adecuados de financiamiento, basándose en los principios de solidaridad y equidad. Estos planes se destinarán preferentemente a familias de escasos recursos, a grupos menos favorecidos y al área rural"

Y el Artículo 20, Inciso I señala:

[...] Toda persona tiene derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones. (Nueva Constitución Política del Estado, 7 de febrero de 2009).

El Estado para efectivizar el derecho humano a la vivienda tiene la obligación de trazar mecanismos y acciones que posibiliten inicialmente el acceso al suelo y esto pasa por la adopción de medidas legislativas, administrativas, legales y presupuestarias adecuadas para lograr su plena efectividad. La seguridad de la tenencia del suelo es una de las cuestiones centrales del derecho a la vivienda, pues sin la misma el derecho a la vivienda estará en situación de incertidumbre, permanente amenaza, riesgo de desalojo o desplazamiento forzado. La seguridad de la tenencia por tratarse de un elemento central del derecho humano a la vivienda debe alcanzar a todos los individuos y familias, independientemente de su situación económica, afiliación o estatus, por tanto, urge su reconocimiento.

La exigibilidad de los derechos inscritos en la nueva Constitución debe ser entendida como un proceso social, político y legal que comprende la participación activa de la sociedad civil en su conjunto en pleno ejercicio de su derecho de ciudadanía. La tarea es extraordinaria, ya que los problemas son complejos y de no tomarse las acciones pertinentes, persistirán y se ahondarán la pobreza, la exclusión y la precariedad en las ciudades bolivianas. Se trata entonces de aunar esfuerzos de las organizaciones sociales e instituciones, de la sociedad civil en su conjunto, en un marco de actuaciones integradas, con visiones a largo plazo y en la perspectiva de construcción común de ciudades y ciudadanía incluyente, organizada, responsable, solidaria y respetuosa de sus particularidades y diversidades.

El momento actual es crucial para reflexionar y debatir las nuevas políticas sociales en el marco de las nuevas concepciones de desarrollo que propugnan el “vivir bien” y que recupera el protagonismo del Estado Boliviano para una convivencia armónica en un escenario de pluriculturalidad, como señala el preámbulo de la actual Constitución Política del Estado Boliviano.

[...] Un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respeto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra; en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos. (Preámbulo de la nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, promulgada el 7 de febrero de 2009)



