

DIAGNÓSTICO INTEGRADO DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA EN BOGOTÁ D.C. A 2013

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE CONDICIONES Y SITUACIONES DIFERENCIALES DE LA PRIMERA INFANCIA EN BOGOTÁ D.C.

Introducción.

El presente capítulo aborda el tema del análisis integrado de las condiciones de vida de la primera infancia en las poblaciones denominadas diferenciales o de inclusión, realizando una revisión del estado de materialización de sus derechos, teniendo como referente las acciones que se han diseñado y que deben contribuir a la reducción de las desigualdades.

Estas poblaciones se agrupan de acuerdo a sus condiciones y situaciones como discapacidad, etnia, intersexualidad; a su situación como los hijos e hijas de habitantes de calle, de personas en el ejercicio de la prostitución, de personas privadas de la libertad, de migrantes; además se incluyen otras como víctimas del conflicto armado, recicladores, carreteros y bodegueros.

Para un estado social de derecho es fundamental reconocer y respetar las diversas condiciones y situaciones de la primera infancia, en relación con las inequidades y desigualdades generadas por la vulneración de sus derechos. Lograr ese reconocimiento, permite identificar las necesidades, experiencias, expectativas y potencialidades sean elementos que nutran el análisis integrado de las condiciones de vida de la primera infancia.

Esta aproximación a la realidad del ciclo vital, parte de un enfoque poblacional y diferencial, que es un elemento trazador de análisis de una población, pues en él se visualizan aspectos individuales y colectivos, así como su integralidad y su interrelación con el territorio. Así, se busca visibilizar las potencialidades y limitaciones del territorio, además de las capacidades, oportunidades, conocimientos propios y consideraciones diferenciales, diversas o de inclusión, de acuerdo con los contextos de las personas, familias y comunidades, así como los demás aspectos en relación con sus determinantes sociales (1).

Las particularidades que se presentan en este apartado, se encuentran ligadas a la diversidad étnica y cultural, a condiciones y situaciones que converge en la ciudad, fomentando la segregación, la exclusión e inequidad social que se manifiestan en la salud de la primera infancia.

Además, y en coherencia con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana, este estudio analiza situaciones en torno al reconocimiento de la dignidad, de la diversidad poblacional y de la cosmovisión de las poblaciones étnicas, así como en torno al desarrollo social, la situación de salud y las barreras de acceso tangibles e intangibles que impiden o dificultan el acceso a los diferentes servicios sociales.

4.1 La primera infancia de la población étnica, conservando nuestra diversidad.

Como capital del país, Bogotá reúne algunas de las dinámicas más importantes para la sociedad nacional. Por esta misma razón, la urbe se ha convertido en un centro de recepción de población de diferentes lugares del país que se movilizan de sus lugares de origen por diferentes motivos entre los que se incluyen motivaciones económicas, desplazamiento forzado y situación laboral.

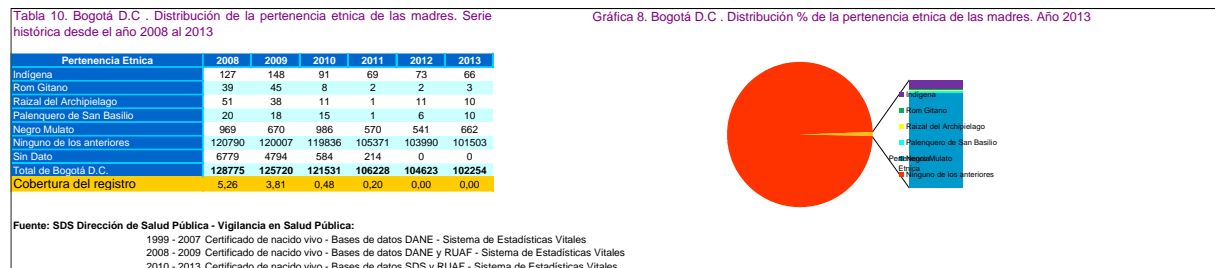
Tabla 2. Bogotá. Población General vs Población Étnica en el 2005, 2010 y 2015.

	2005	2013	Incremento		
				% Incremento	
Negras o Afroco	97885	120000	217885	22115	10
Indígenas	15032	25000	40032	9968	25
Comun Raizal	1355	1200	2555	-155	-6
Rom o Gitano	623	700	1323	77	6
Total Pobl. Étnica	17010	26900	43910	9890	23
Pop. Total Bogotá	6840116	7674366			
% Étnico	0,25	0,35			

Cálculo de porcentaje de Incremento: Numerador= Diferencia de la población de 2013 y 2005. Denominador = Sumatoria de la población del 2013 y 2005 por el factor seleccionado (100). Fuente: Información publicada en la página web <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/areas-de-trabajo/practicas-culturales/grupos-etnicos>. Año 2013 proyecto especial de Etnias

Como consecuencia de esta situación, Bogotá es una ciudad pluriétnica y multicultural, en la que habitan personas provenientes de comunidades étnicas

indígenas, afrodescendientes, palenqueras, raizales y Rrom gitanos y que poseen innumerables características particulares, que contribuyen a la construcción de una sociedad diversa e incluyente.



La etnia es un conglomerado social capaz de reproducirse biológicamente a sí mismo, que reconoce un origen común, cuyos miembros se identifican entre sí como parte de un “nosotros” distinto de los “otros” e interactúan a partir del reconocimiento recíproco de la diferencia, compartiendo ciertos elementos y rasgos culturales entre los que tiene especial importancia la lengua. (2)

Estos rasgos incluyen la lengua propia, los usos, costumbres y prácticas particulares del grupo, así como valores y las instituciones sociales que se construyen al interior de cada comunidad.

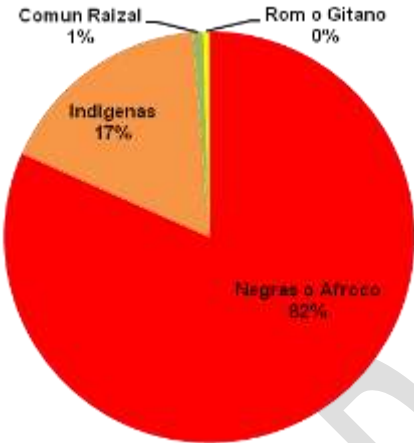
Las concepciones de grupos étnicos en torno a construcciones como el proceso salud-enfermedad, no son homogéneos, dadas las características propias de estos grupos y la variedad contrastante de los ecosistemas que habitan o habitaron. Entre las concepciones de salud de las comunidades étnicas provenientes de territorios ancestrales, se destaca la importancia que le dan a la relación con el medio de ambiente natural; el papel preponderante de la espiritualidad, del mundo oculto y sobrenatural; la conexión muy estrecha de la salud del individuo con la salud de la comunidad y la preservación del ecosistema.

Ver tabla No 12 y 13, sitio y atención del parto, anexo gestante

Cuando las poblaciones étnicas salen de sus territorios ancestrales y se ubican en los escenarios urbanos, las familias y principalmente los adultos mayores se enfrentan al escaso reconocimiento y participación en los espacios sociales, y por ende sus conocimientos y habilidades son poco valorados en la toma de decisiones. Además la disminución progresiva de la autonomía económica de las comunidades y

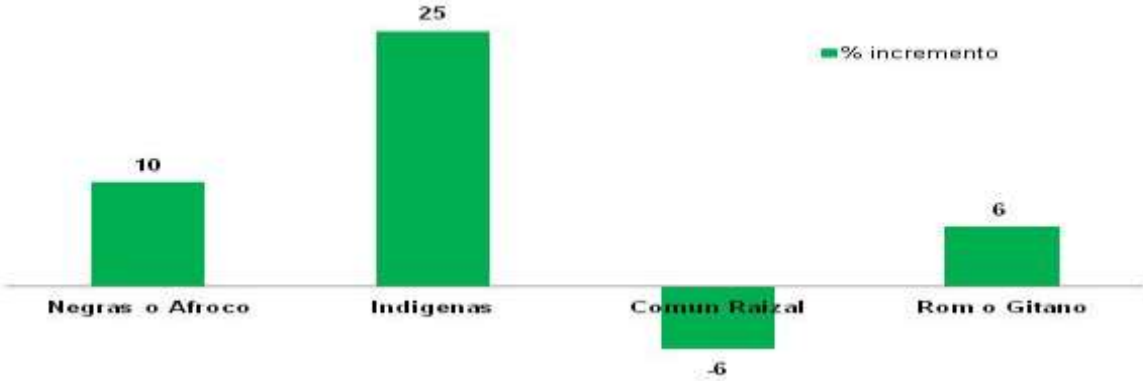
familias extendidas así como la reducción drástica de los recursos importantes para las actividades económicas (consumo, comercio e intercambio), pueden provocar condiciones de pobreza extrema, asociadas muchas veces con el desplazamiento forzado por la violencia o por la falta de oportunidades, situaciones que repercuten en la calidad de vida de la primera infancia.

Distribución de las poblaciones étnicas residentes en Bogotá. Año 2013



En el año 2013 se estimó 7'674.366 habitantes en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 0.4% (26.900) de personas, pertenecen a un grupo étnico. Según proyecciones DANE las poblaciones étnicas de los años 2005 y 2013 residiendo en Bogotá, se incrementó en un 23%. Adicionalmente se observó que los pueblos y las comunidades indígenas incrementaron en un 25% su población, mientras que la comunidad raizal tuvo un decremento del -6% en su población residente en la ciudad.

Porcentaje de incremento de población con pertenencia étnica que reside en Bogotá. Comparativo 2005 y 2013



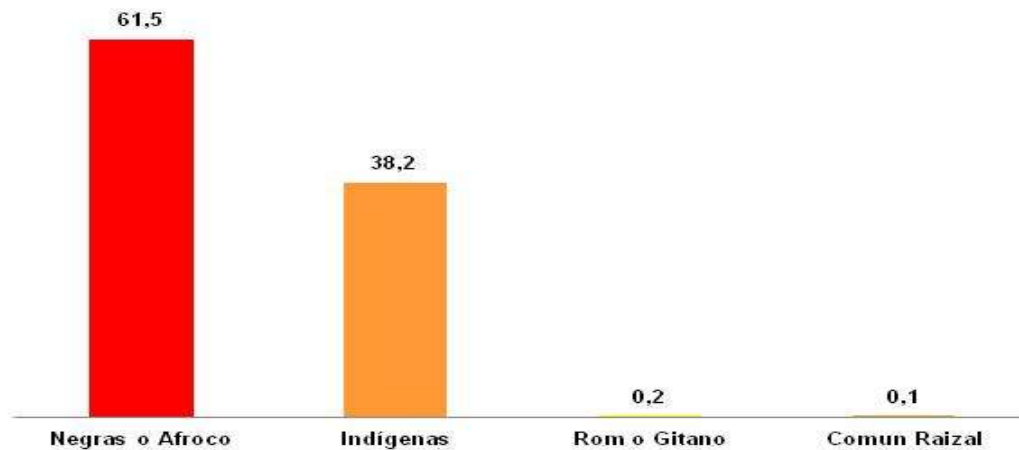
Cálculo de porcentaje de Incremento: Numerador= Diferencia de la población de 2013 y 2005, Denominador = Sumatoria de la población del 2013 y 2005 por el facto seleccionado (100).
 Fuente: Información publicada en la página web <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/areas-de-trabajo/practicas-culturales/grupos-etnicos>; año 2013 Diagnóstico distrital de las poblaciones étnicas residentes en Bogotá D.C.

Para el año 2013, se estimó 719.705 menores de 5 años residentes en la ciudad de Bogotá, de los cuales el 2,1% (15.133) fueron niños y niñas que pertenece a una poblaciones étnica, cifra a tener en cuenta ya que la discriminación y el racismo derivados de los bajos niveles de tolerancia y la incomprensión frente a la diferencia,

se inicia en esta época, lo que conllevan a la disminución de oportunidades y la vulneración posterior de los derechos de la primera infancia.

Ver tabla No 10, pertenencia étnica, anexo gestante
Ver tabla No 5, anexo menores de cinco años

Distribución % de las poblaciones étnicas menores de 5 años residentes en Bogotá



Fuente: año 2013 Diagnóstico distrital de las poblaciones étnicas residentes en Bogotá D.C.

Lo anterior sumado a que las comunidades étnicas que llegan a la ciudad, suelen verse obligadas a ubicarse en las zonas periféricas, en condiciones críticas donde convergen situaciones de pobreza, discriminación y violencia entre otros, lo que afecta sus tradiciones y obliga a modificar usos y costumbres en detrimento de su calidad de vida y su identidad cultural.



El momento migratorio del padre o de la madre significa para los niños un momento de pérdida y tristeza, que implica cambios en sus vidas relacionados con la ausencia del padre en las actividades de la vida diaria y de recreación, principalmente.

La separación ocasionada por la migración del padre puede llegar a convertirse en una experiencia en la vida del niño que forma parte de la construcción de su autoestima considerada por los autores desde el psicoanálisis como experiencias dolorosas colaboran a una autoestima negativa.

4.1.1 Los niños y las niñas afrodescendientes

Los niños y niñas afro descendientes y sus familias proceden principalmente de las Costas Atlántica y Pacífica y habitan principalmente en Ciudad Bolívar, Suba, Bosa, Kennedy y Rafael Uribe.

La ubicación en contextos nuevos implica para las familias pérdida de sus redes socio familiares de apoyo, teniendo en cuenta que en las comunidades afrodescendientes pervive la noción de la familia extensa, entendida como las relaciones consanguíneas (abuelos, tíos, primos, etc.) y las relaciones de afinidad (amigos, vecinos, compadres, etc.), que juegan un papel determinante en la crianza; el fenómeno del desplazamiento produce profundas rupturas a nivel familiar y ahonda el desarraigo cultural, además es evidente que la situación y condición de desplazamiento es una problemática generalizada de este grupo étnico en las diferentes localidades.

Se ha evidenciado que las madres tienen un papel clave en el núcleo familiar pues cumplen el doble papel de reglamentar la vida en familia en ausencia del padre y de mantener la comunicación con los hijos; en este sentido, cuidan de sus hijos o de los de sus vecinas, supervisan los juegos e instituyen las reglas del hogar

La población afro identifica los problemas respiratorios como los mayores problemas de salud familiar, debido al cambio brusco de temperaturas en el altiplano, seguido de los problemas de visión, digestivos y dentales entre otros (2). Por otra parte, ante

los diversos conflictos ambientales, se presentan dificultades para el abastecimiento de alimentos, con ello se inicia el deterioro de sus perfiles epidemiológicos, presentándose desnutrición, Enfermedad Diarreica Aguda EDA, Enfermedad Respiratoria Aguda ERA y dermatitis (2).

4.1.2 Los niños y las niñas Rrom

El pueblo gitano o Rrom proviene del norte de la India y se caracterizan por su tradición nómada, llegaron a Colombia desde los primeros años de la colonia, pero la mayor parte de los Romaníes colombianos pertenecen a la etnia Vlax y llegaron por voluntad propia desde 1880 hasta 1920. Actualmente se encuentran principalmente en localidades como Kennedy, Barrios Unidos y Puente Aranda, en un número aproximadamente de 700 personas de las cuales aproximadamente el 4,3% pertenecen a la primera infancia.

Particularmente en estos niños y niñas se ha detectado desnutrición, dificultades relacionadas con Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda y bajas cobertura de vacunación, de asistencia a programas de crecimiento y desarrollo, y acceso a suplementación nutricional (2).

4.1.3 Los niños y las niñas raizales

Los Raizales se definen como “Pueblo Indígena Afrodescendiente” el cual se fue configurando a lo largo de más de trescientos años, como descendientes de los puritanos británicos que llegaron a las islas en el siglo XVII, los esclavos africanos traídos por éstos y los indígenas que habitaban el archipiélago. La gran mayoría de los raizales son trilingües en inglés, español y creole, que es su lengua nativa y habitan principalmente en las localidades de Teusaquillo, Barrios Unidos y Chapinero, en un número aproximado de 1.200 personas, de los cuales el 1,6% pertenecen a la primera infancia (2).

De estos niños y niñas se estima que el 50% son hijos de residentes en la ciudad y el otro 50% hijos de estudiantes; dada la dinámica de esta población estos niños y niñas estarían propensos a un desarraigo cultural, ya que su crecimiento y desarrollo se realizaría en esta ciudad, por lo que las organizaciones de esta comunidad al

igual que la política pública tienen como objetivo principal el fortalecimiento del reconociendo y respeto de la diversidad.

4.1.4 Los niños y niñas indígenas

La población perteneciente a la etnia Indígena está compuesta por los habitantes ancestrales de la ciudad y los pueblos que han llegado posteriormente por diversas razones como el desplazamiento y que actualmente son aproximadamente 25.000 personas pertenecientes a unos 24 pueblos y se ubican principalmente en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Suba, Usme, Kennedy, Santa Fe, Mártires, Rafael Uribe, Fontibón, Engativá y Candelaria (2).

Se observa una pirámide poblacional con una base más ancha que la nacional y la distrital, y con claros patrones de concentración en los grupos de población más joven.

Generalmente están ubicados en viviendas de una o dos habitaciones, generando hacinamiento y facilitando difíciles condiciones sanitarias. También es frecuente observar el ingreso de animales domésticos (perros, cerdos, gallinas, entre otros) a las viviendas, manteniendo contacto directo con la comida, agua, utensilios y niños y niñas.

Las malas condiciones sanitarias, hacinamiento, grado de desnutrición, entre otros, generan una mayor vulnerabilidad entre las niñas y los niños, para la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Se ha detectado también el problema de contaminación de agua no se presenta tanto en las fuentes, sino en el uso de mangueras viejas y utensilios para la recolección y mantenimiento del agua que se encuentran en mal estado, en algunas zonas de la ciudad.

En cuanto al estado nutricional de la población indígena gestante se detectó que el 22% de las mujeres en estado de embarazo padece desnutrición; es preciso recalcar el no conocimiento adecuado de los servicios de salud en el 21, 4 % de la población gestante conlleva a la no detección oportuna de las alteraciones del embarazo (2).

En cuanto a la población de la etapa primera infancia se ha detectado que el 2% tiene desnutrición aguda y el 11% tiene desnutrición crónica; las complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio representan el 6,4 % de las consultas externas y el 26% de las consultas de urgencias de este grupo está relacionado con el no conocimiento oportuno de las rutas de acceso a los servicios de salud (2).

Dentro de la población indígena, la comunidad Embera ocupa un lugar muy especial, ya llegan a Bogotá con una problemática de salud avanzada; los niños que representan el 23.10% (3) de esta población, llegan con desnutrición, parásitos, múltiples infecciones y enfermedades causadas por vectores: leishmaniasis, dengue, paludismo y malaria (3), que afectan al resto de la comunidad.

La comunidad Embera en general se caracteriza por un continuo desplazamiento de un resguardo a otro y de una región a otra; durante las últimas décadas han enfrentado el problema de la reducción considerable de sus territorios debido a la expansión de la frontera agrícola y el deterioro de sus suelos. Estos aspectos los obliga a ir en búsqueda de otras formas de producción y de tierras aptas para sus cultivos cerca de los ríos que favorezcan la caza y la pesca

Estas circunstancias se agravan al llegar al contexto urbano por las condiciones de hacinamiento en que viven, afectando principalmente a la población infantil que además están expuestos a las condiciones insalubres de los inquilinatos en donde se alojan en el centro de la ciudad; su perfil de morbilidad expresa además la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo; la infección respiratoria aguda ha sido la principal causa de morbilidad de estos niños y niñas acelerada por la variación climática, el hacinamiento, la humedad de sus entornos y la contaminación ambiental (4).

Tabla 12. Bogotá D.C. Casos de Mortalidad Infantil en menores de 5 años, según pertenencia étnica. Serie histórica entre el año 2008 al 2013

Etnia	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Indígena	4	0,2	12	0,8	2	0,1	5	0,3	5	0,4		# DIV/0!
Raizal (San Andrés y Providencia)	11	0,6	13	0,8	4	0,3	9	0,6	0	0,0		# DIV/0!
Rom (Gitano)	5	0,3	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0		# DIV/0!
Palenquero de San Basilio	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		# DIV/0!
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	49	2,7	47	2,9	29	1,9	27	1,8	23	1,7		# DIV/0!
Ninguno de los anteriores	1605	89,6	1439	90,2	1403	92,8	1390	95,0	1304	97,9		# DIV/0!
Sin Dato	118	6,6	83	5,2	73	4,8	32	2,2	0	0,0		# DIV/0!
Total Bogotá D.C.	1792		1595		1512		1463		1332		0	

Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud Pública:

2008 - 2009 Certificado de nacido vivo y defunción - Bases de datos DANE y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales

2010 - 2013 Certificado de nacido vivo y defunción - Bases de datos SDS y RUAF - Sistema de Estadísticas Vitales

4.2 Niños y niñas víctimas del conflicto armado, mirando hacia la reconciliación.

El conflicto armado que ha sufrido el país se ha reflejado en toda su magnitud en Bogotá, que se ha convertido como primer receptor el país de esta población, generando una grave problemática humanitaria asociada a graves violaciones a los Derechos Humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, definidas por la Ley 1448 como homicidios, desapariciones, torturas, masacres, desplazamientos forzados y otras como actos terroristas, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamientos, amenazas, delitos contra la libertad y la integridad sexual en el desarrollo del conflicto, desaparición forzada, víctimas de minas antipersonal, secuestro, vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados y abandono o despojo forzado de tierras.

El 1.55 de las víctimas del conflicto armado, pertenecen a la primera infancia de un total de 412.827 según información suministrada por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la paz y la reconciliación (5), ubicándose principalmente en las localidades de Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, San Cristóbal, Suba, Usme, San Cristóbal, Rafael Uribe, Fontibón, Santa Fe y Tunjuelito (6). Esta localización se visualiza en la gráfica de distribución de víctimas por localidad, haciendo claridad que los datos registrados en esta misma corresponden a personas que refirieron su ubicación.

En su perfil de morbilidad la enfermedad respiratoria ocupa el primer lugar, asociada a los factores ambientales (5) y la desnutrición asociada a las precarias condiciones de vida también afecta la salud de esta población.

El debilitamiento de la calidad de vida familiar producto de las condiciones de las víctimas de conflicto armado dificulta las relaciones protectoras de las familias con respecto a las niñas y los niños.

Las afectaciones psicosociales en familia, la comunidad y las redes sociales de apoyo derivadas de impactos en el marco del conflicto armado, producen un debilitamiento en el reconocimiento de las expresiones y lenguajes de la primera infancia y dificulta el desarrollo de las relaciones interpersonales con pares comunitarios, institucionales y sociales.

Las barreras en salud que generan exclusión e inequidad para el acceso a servicios a esta población y la indiferencia ante las condiciones de fragilidad social no promueven el ejercicio de autonomía, afirmación de su identidad y el disfrute de su tiempo libre.

Las condiciones de trabajo de los padres en la ciudad que difieren de sus conocimientos y habilidades propias afectan su calidad de vida, ocasionando un deterioro inevitable, asociado al no goce de los derechos.

4.3 Hijos e hijas de habitantes de calle, una inclusión necesaria.

“El habitante de calle es toda persona que sin importar su raza, sexo, religión o edad, rompe todo vínculo familiar y hace de la calle su habitat, en la cual permanecerá por más de 30 días continuos; buscando solventar allí la mayoría de sus necesidades primarias” (8)

El análisis de la situación de las personas habitantes de calle demuestra como causas principales condiciones socioeconómicas, familiares, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), entre otras, por lo que se han visto obligados a desarrollar su cotidianidad en la calle, entendida esta última como un espacio arquitectónico urbano, que no cumple los requerimientos mínimos necesarios para considerarse un lugar de habitación en condiciones aceptables para el bienestar y la calidad de vida de un ser humano.

El cuarto censo de habitantes de calle de Bogotá realizado en el 2011 reporta un total de 9.614 de los cuales, tan solo 8.312 completaron la tarjeta censal, de estos, 7.392 eran hombres (88,93%), 910 mujeres (10,95%), y 4 intersexuales; diez

personas o sea el 0,12% se encuentran en el rango etario de 0 a 5 años como hijos e hijas de estas personas.

Las familias de este grupo etáreo tiene como principales formas de generación de ingresos la recolección de objetos reciclables en un 46,76%, a retacar, mendigar y pedir limosna un 18,13%, a realizar servicios no cualificados 14,93% y a delinquir un 4,82%. De otra parte se ha fomentado que muchos niños-niñas habitantes de calle se conviertan en actores de la mendicidad, el transporte de sustancias psicoactivas, la delincuencia, la prostitución infantil, actividades que en la mayoría de los casos son guiadas por bandas delincuenciales de los sectores; éste fenómeno ha penetrado los imaginarios de la sociedad, generando estigmatización y rechazo, lo que caracteriza el patrón que define la relación ciudadana con los y las habitantes de calle, perdiendo de vista que tal fenómeno es una realidad urbana que requiere su reconocimiento en toda la dimensión humana de quienes lo sufren como parte de la sociedad y no se puede desconocer que sobre todas las cosas son sujetos de derecho (8).

El desarrollo psico-socio afectivo de este niño-niña habitante de calle es entonces construido en los aspectos contextuales del entorno como lo son el narcotráfico, la delincuencia, violencias sociales, microtráfico, dificultades con redes familiares, consumo de SPA, entre otras. Las condiciones de abandono social, de violencia y de no dignificación del sujeto habitante de calle incide en la reproducción del fenómeno de la habitabilidad en calle; hasta ahora muchas acciones para esta población se han enmarcado en el asistencialismo, intervenciones que terminan preservando la vida en la calle y que perpetúan la desprotección y la exclusión, sin fomentar su individualismo, su capacidad innata de desarrollo y autogeneración.

4.4 Niños y niñas hijos de carreteros, recicladores y bodegueros, en vía de la visibilización en la ciudad.

En la actualidad Bogotá afronta una marcada problemática socio económica y es precisamente asociada a la informalidad laboral de un gran grupo poblacional, lo que se traduce en una fuente de exclusión social y desigualdad económica.

La población recicladora, de pequeños bodegueros y carreteros, está conformada por personas de los diferentes ciclos vitales, de los cuales el 11% pertenecen a la primera infancia (9), algunos con pertenencia étnica, situación y/o condición de desplazamiento, entre otras características, que ha sido considerada y reconocida en alta marginalidad y vulnerabilidad social por el distrito.

Población recicladora: Es aquella que se dedica al reciclaje, como actividad productiva; por las características mismas de su oficio se encuentra en alta vulnerabilidad y desprotección social. La actividad del reciclaje de residuos es considerada en nuestro país como una acción de rebusque.

Población Carretera: son aquellas personas que se dedican a actividades económicas como reciclaje, acarreos, transporte de escombros, entre otros, y cuya característica es que para el desarrollo de dichas actividades, utilizan como medio de trabajo un equino y su carreta, o en algunos casos solo la carreta.

Población de pequeños bodegueros: son aquellas personas que poseen pequeñas bodegas las cuales utilizan para el depósito o almacenamiento temporal de material reciclable o reutilizable.

Estas personas se ubican en las diferentes localidades del distrito y se encuentran en mayor porcentaje en Kennedy (19.1%), Suba (10.2%), Ciudad Bolívar (9.2%), Engativa (7.1%), Bosa (6.9%), Santa Fe (6.6%), Rafael Uribe (6.1%) y en menor porcentaje en Puente Aranda (5.3%), Mártires (5.2%), Barrios Unidos (4.3%), Usme (3.9%), San Cristóbal (3.8%), Fontibon (3.6%), Tunjuelito (3.5%), Usaquén (3%), Chapinero (0.7%), Teusaquillo y Antonio Nariño (0.6%). (10).

Estas familias debido a sus condiciones laborales presentan problemas de salud asociados a la labor que desempeñan debido a la exposición permanente al realizar una manipulación inadecuada de los residuos reciclables que recuperan; de igual manera, la carencia de tecnología adecuada, los pagos inequitativos, entre otros, aumenta su vulnerabilidad y equidad social y económica.

Las condiciones ambientales no adecuadas de las viviendas por ubicación en lugares con carencia de servicios públicos tales como acueducto, alcantarillado, luz (zonas de invasión), infraestructura vial inadecuada, ubicación en zonas periféricas de alto riesgo y de laderas de los ríos expuestos a sin numero de focos de contaminación se convierten en factores determinantes de deterioro de la calidad de vida de la primera infancia; por lo general, en los casos de mayor vulnerabilidad viven en viviendas que son construidas en condiciones precarias con latas, cartón o madera, en situación de hacinamiento y en ocasiones comparten la vivienda con los animales domésticos o con su sitio de trabajo, sin espacios adecuados para cada uno.(10)

También se han detectado problemáticas que afectan la salud mental en estas familias, como el consumo de sustancias psico activas en jóvenes y adultos, violencia social e intrafamiliar (violencia física, emocional, negligencia) que afecta a niños y niñas, mujeres y persona mayor. Dichas situaciones se viven a diario y el hecho de trabajar en calle aumenta los niveles de agresividad por defensa del territorio; muchas mujeres llevan a sus hijos de acompañantes a su trabajo como factor de protección pero en la misma medida son expuestos a otros riesgos asociados directamente al trabajo o al desempeño de su labor en calle.

4.5 Niños y niñas en situación de trabajo infantil, una alerta temprana inquietante

Se considera trabajo infantil aquel que por su naturaleza o intensidad es perjudicial para la escolarización de los niños o perjudica su salud y desarrollo y puede causar daños irreversibles al niño y es contrario no sólo a la legislación internacional sino también, normalmente, a la nacional (11).

El trabajo infantil es básicamente, uno de los síntomas de un problema subyacente de pobreza generalizada y desigualdad social; además los desastres provocados por el hombre (la guerra y los conflictos civiles), el analfabetismo, la falta de poder y la ausencia de opciones viables, exacerbaban aún más las privaciones a las que se ven sometidas familias necesitadas que se ven obligadas a hacer trabajar a los niños (12).

Sin embargo, a veces en algunas comunidades desde la más tierna infancia, muchos niños colaboran en las tareas domésticas, hacen recados o ayudan a sus padres en el campo o el negocio familiar, situación esta que no es vista al interior de estas culturas como perjudicial. Según esta tradición a medida que crecen, realizan trabajos ligeros o aprenden oficios tradicionales importantes bajo la supervisión de sus padres o cuidadores. De ese modo, adquieren habilidades y actitudes que necesitarán más adelante como trabajadores y miembros útiles de la comunidad.

Existe más vulnerabilidad en los niños y los adolescentes a los riesgos porque les falta madurez física, tienen menos fuerza que los adultos y pueden ser más sensibles a las sustancias tóxicas. Además: tienden a reaccionar de manera diferente (menos racional) ante peligros inminentes como el fuego; tienen poca experiencia y escaso conocimiento de los riesgos y las reacciones adecuadas en cada caso; casi nunca reciben formación en materia de seguridad o la que reciben es insuficiente; se cansan más rápido y, al disminuir su concentración, resultan más propensos a sufrir lesiones; requieren una supervisión más estrecha, que no siempre reciben; son objeto de hostigamiento (físico, sexual, etc.) y de explotación porque es fácil intimidarlos para que sean más dóciles; suele asignárseles trabajo demasiado difícil o peligroso para ellos; tienen que realizar tareas sucias que los adultos no quieren hacer (12).

El trabajo infantil en menores de 5 años, ha ido aumentando en la ciudad entre el año 2008 y 2012 (1) encontrándose mayor número de casos en niñas, los cuales han aumentado de 53 a 120 y en el caso de los niños de 23 a 69 (1). La mayoría de los casos detectado realizan actividades de comercio, cuidadores, reciclaje y ayudantes de actividades familiares.

4.6 Hijos e hijas de personas en el ejercicio de la prostitución, una población casi invisible en la ciudad.

Las personas en el ejercicio de la prostitución son aquellas que ejercen la actividad de mantener relaciones sexuales con otras personas, a cambio de dinero u otro tipo de retribución considerándose uno de los grupos con más alta vulnerabilidad a

presentar consumo de psicoactivos, infección por VIH y otras ITS, embarazos no planeados, cáncer de cuello uterino, violencia sexual, violencia de género, maltrato, abuso, discriminaciones y fobias entre otros.

Entre las causas más frecuentes de prostitución se encuentran diversos factores sociales y culturales como la pobreza, el bajo nivel educativo, la falta de oportunidades, la inequidades de género, identidades de géneros y orientaciones sexuales, lo cual sumado a las condiciones del trabajo y el riesgo permanente a que están expuestas estas personas son factores que aumentan la probabilidad de que se presente alguno de estos eventos que tanto impactan a la salud pública del Distrito Capital, sumándose el estigma y la discriminación a la que son sometidas estas personas.

La prostitución es un ejercicio en el cual el alto movimiento de dinero y flujo de capital son los motores principales del fenómeno; este mercado del sexo genera una estratificación, encontrándose prostitución mendiga en la que se generan escasos recursos para la trabajadora sexual y prostitución de elite en la cual se generan grandes dividendos tanto para la trabajadora sexual como para el círculo laboral que la soporta (13). Lo anterior influye en las condiciones de los hijos e hijas de trabajadoras sexuales de menores recursos, que se encuentran en mayor vulnerabilidad.

En Bogotá la prostitución se ejerce principalmente esta actividad en siete localidades de la ciudad: Mártires, Santa Fe, Tunjuelito, Chapinero, Barrios Unidos, Kennedy y Puente Aranda.

Algunas de estas personas tienen hijos e hijas pertenecientes a la primera infancia cuyos patrones de la crianza se dan en los contextos de pobreza, marginalidad y exclusión social, entendiéndose la crianza como el proceso de socialización mediante el cual los niños y las niñas adquieren identidad y pertenencia dentro de su cultura. De esta forma las condiciones en las que crecen y se desarrollan, llevan a la reflexión sobre su vulneración de derechos en cuanto a los determinantes de tipo económico, social, cultural y legal (14).

Las familias de la prostitución no son constantes, son monoparentales en su mayoría, lo cual genera desestabilización familiar que influye directamente en los estados de seguridad y afianzamiento individual del ser, en la etapa de la infancia temprana.

La situación de violencia constante que sufren estos niños por parte de sus madres como fruto de la replicación estereotipada, vulnera sus derechos. Ya que se comparten y reproducen en los colectivos, los mismos valores y pautas tradicionales sobre el género, comportamientos y el ejercicio de la sexualidad, los cuales son transmitidos y modelados en los procesos de crianza. Esto bajo sus condiciones de vida genera también un riesgo en la posibilidad de abuso sexual, por parte de sus cuidadores, padrastros o familiares cercanos (14).

Hay que considerar también que la función maternal en estos casos, está condicionada y diezmada por las representaciones sociales de la prostituta”, quien “no tiene derecho” a ejercer el rol de madre, ya que no cumple con el estereotipo “de madre de familia” que se espera de la mujer en la sociedad, lo que condiciona dobles roles en esas mujeres, uno para dramatizarlo en su vida de prostituta y otro para desempeñarlo ante sus hijos y otros miembros de su familia lo que genera la replicación conductual en estos ámbitos (14).

La mayoría de las mujeres en estado de embarazo continúan ejerciendo la actividad de prostitución, aunque refieren que disminuye el número de clientes por su agotamiento físico, por el cambio de su apariencia física que las hace poco atractivas para los clientes; otras se convierten en “puentes” entre los clientes y sus compañeras; la reducción de su actividad, tiene repercusiones negativas de tipo económico.

La situación de estas mujeres refleja una condición de género marcada por la inequidad y la violencia, los antecedentes que marcan sus historias familiares, la edad en la cual iniciaron su vida sexual, los antecedentes de abuso sexual, el tipo de relaciones afectivas que suelen tener; informan acerca de vidas inestables, marcadas por el maltrato, el desamor y la soledad; es bastante frecuente el embarazo no planeado o indeseado.

4.7 Niños y niñas en condición de discapacidad, hacia un cambio de posición social.

En el informe Mundial de la UNICEF, 2013, sobre la situación de la infancia con discapacidad, se refiere que existen alrededor de unos 93 millones de niños, niñas y adolescentes que viven con una discapacidad moderada o grave de algún tipo, condición que disminuye las oportunidades de desarrollo y participación. Anthony Lake, director ejecutivo de la Unicef, afirma que entre las privaciones que enfrentan los niños, niñas y adolescentes con discapacidad están aquellas relacionadas con la vulneración de sus derechos, de los principios de equidad y la dignidad de todos los niños y niñas, incluyendo los miembros más vulnerables y marginados de la sociedad.

En este documento (Unicef 2013), se muestra que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad viven diferentes formas de exclusión, y son afectados en diversos grados los cuales dependen de factores tales como el tipo de discapacidad, lugar de vivienda, cultura o clase social a la que pertenecen. El género, se presenta como un factor importante, hay regiones en que las niñas tienen menos probabilidades de recibir cuidados y alimentos, así mismo, son relegadas de las interacciones y actividades con la familia; las niñas y adolescentes mujeres con discapacidad, enfrentan doble discriminación, por un lado, los prejuicios y las desigualdades por la discapacidad, y por otro, la limitación por los roles tradicionales de género con las barreras que esto conlleva. Las niñas con discapacidad tienen menos probabilidades para obtener una educación, la formación profesional o encontrar empleo, que los niños con discapacidad o niñas sin discapacidad.

La exclusión es a menudo consecuencia de la invisibilidad, pocos países cuentan con información confiable sobre población infantil con discapacidad y cómo esto afecta sus vidas. Algunas familias los marginan pues los consideran inferiores, esto los expone a mayor vulnerabilidad, discriminación y marginación, llegando a ser invisibles para las instancias donde se toman decisiones y se distribuyen recursos, por lo tanto, terminan siendo excluidos de servicios y del ejercicio de sus derechos en salud, educación, recreación y participación social. La ignorancia sobre la naturaleza y las causas de la discapacidad, la invisibilidad de los niños y niñas, con la subestimación de su potencial y capacidades y otras barreras para igualar las oportunidades de desarrollo y participación, contribuyen con su silencio, marginación y segregación.

En el informe Mundial sobre discapacidad (OMS 2011) se refiere que existen “más de mil millones de personas en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento”.

A nivel nacional según el censo de 2005, se estimó una prevalencia del 6,3% de personas con al menos una limitación, siendo mayor esto en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%) y para Bogotá se identificó una prevalencia del 5%, lo que significa que para el año 2012 alrededor de 378.567 personas tendrían discapacidad en la ciudad (15).

En Bogotá D.C.; la información disponible que ha permitido caracterizar la situación de discapacidad en el continuo, ha sido básicamente la proveniente del censo de 2005 y el Registro de Discapacidad. A partir de este último, se ha logrado identificar a 2510 niños y niñas entre los 0 y 5 años con esta condición, que en su mayoría son hombres. (58,2%) y se encuentran entre los 1 a 5 años de edad (88,6%). La prevalencia identificada de discapacidad para la primera infancia no supera el 0,4% en la ciudad; tanto en hombres como en mujeres. La mayoría de los menores de un año identificados residen en las localidades de Usaquén (12,3%), Kennedy (10,5%), Bosa (9,1%) y Engativá (8,1%), y los niños y niñas con discapacidad entre 1 y 5

años identificados residen en las localidades de Bosa (11,5%), Kennedy (9,5%), Suba (8,5%) y Ciudad Bolívar (8,2%).

Entre algunas condiciones socioeconómicas de la población con discapacidad en la primera infancia se evidenció que el estrato socioeconómico predominante es el estrato 2 con (44,4%), seguido del estrato 3 con (30,4%) y que el régimen de afiliación de salud más frecuente es el contributivo, seguido del subsidiado.

La caracterización de la discapacidad en este grupo poblacional se enmarca en el predominio en su orden de alteraciones el sistema nervioso, movimiento del cuerpo, voz y habla y sistema cardiorrespiratorio y defensas. Así como la mayor frecuencia de las limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria son las relacionadas con dificultades para pensar y memorizar, hablar y comunicarse, caminar, correr, saltar, alimentarse y asearse y vestirse por sí mismos; dichas limitaciones pueden afectar de forma directa los procesos de autonomía. Sumado a esto en el 26% de este grupo se presenta desconocimiento del origen de la condición; no obstante entre las causas más frecuentes se identificaron las alteraciones genéticas o hereditarias con un 21,2%, enfermedad general con un 18,7%, condiciones de la madre durante el embarazo con un 12,1%.

Con relación a las barreras se observó que las de tipo actitudinal se asocian a actitudes negativas de los familiares, otras personas y amigos; mientras que las barreras físicas más frecuentes en el entorno inmediato son las escaleras y en el entorno social, las calles y vías.

A partir de esta información se considera que la problemática central de la población con discapacidad hace referencia a que las personas con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras continúan siendo segregadas al encontrar barreras físicas, actitudinales y comunicativas que restringen el ejercicio pleno de sus derechos en salud, educación, productividad, empoderamiento y participación social. Se puede identificar que la situación de la población con discapacidad, sus familias, cuidadores y cuidadoras, se caracteriza por escaso acceso a espacios y oportunidades para desarrollar capacidades, empoderarse en sus derechos y para la participación social. Lo anterior, se relaciona con precarias condiciones socioeconómicas; la

existencia de barreras mencionadas anteriormente; imaginarios sociales que perpetúan la discriminación y segregación, así como, bajos niveles de formación para el trabajo que alejan a estas personas de la dinámica productiva de la ciudad y de sus posibilidades para generar ingresos que satisfagan sus necesidades y expectativas de vida. Adicionalmente, la capacidad de producción y consumo de la familia se afecta porque uno de sus integrantes debe dedicar su tiempo al cuidado de la persona con discapacidad, esta situación disminuye la entrada de ingresos económicos a la familia y por ende afecta su calidad de vida.

4.8 Niños y niñas hijos de personas privadas de la libertad, población en situación injusta y silenciosa.

Los niños, niñas pertenecientes a la primera infancia, hijos e hijas de personas privadas de la libertad, constituyen una población, que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad por ser parte integrante de una dinámica familiar y social poco adecuada en su proceso de desarrollo, ya que se encuentran en una condición de perturbación y vulnerabilidad demasiado riesgosas

Estas condiciones pueden alterar el normal desarrollo en la etapa de crecimiento y formación, lo cual se transforma, además de un drama interno en el núcleo familiar, en un problema social con características propias y muy críticas ya que quedan expuestos a situaciones injustas, convirtiéndose también en víctimas silenciosas, debiendo soportar estigmatización, disminución de oportunidades, carencias afectivas y probablemente deberán hacer frente al entorno defendiendo su legítimo derecho a tener una vida normal dada la separación de su núcleo familiar, ya que ellos son dejados generalmente al cuidado de terceros o llevados a instituciones, experimentando sentimientos de dolor, indefensión, sufrimiento y desarraigo, facilitando en muchos casos trastornos de salud, déficit atencionales y de manera literal, el alejamiento de sus grupos de amigos y de juegos (16).

4.9 Niños y niñas de los migrantes, el reflejo de una dinámica poblacional creciente

La migración parental internacional es un proceso dentro de una familia en donde uno o ambos padres deciden migrar a otro país. La razón para este proceso es, en la mayoría de las veces para mejorar la situación económica del núcleo familiar

La migración parental internacional es una forma común de desintegración familiar para niños en países en vías de desarrollo. La ausencia del padre o madre esta típicamente atribuido a migración externa principalmente a los Estados Unidos, España, Canadá y al Reino Unido. Según Pottinger este fenómeno se inició cuando “un número significativo de mujeres de la India y otro numero similar desde centro y Sur América comenzó a emigrar a los Estados Unidos para encontrar un trabajo como niñeras dejando a sus hijos atrás. Los padres migraban por cortos o largos periodos de tiempo y dejaron sus hijos al cuidado de la familia extendida, amigos o personas desconocidas de los niños (17).”

Los cambios y experiencias que suceden en la primera infancia a raíz de este fenómeno abarcan todas las dimensiones de su desarrollo, lo cual puede afectar sus condiciones de vida. Las experiencias que tienen que ver con la migración de su padre, madre o ambos se relacionan con alteraciones y/o daños en la salud emocional de la familia como unidad. En este sentido, durante el proceso de migración parental se puede ver afectado el bienestar de los niños y niñas pues el estar sin uno o sin sus padres los lleva a estar en una situación de mayor vulnerabilidad, desencadenando efectos sobre su bienestar y sus prácticas de cuidado, además de condicionar efectos en su adaptación en las dimensiones psicológicas, sociales de sus vidas, entre otras.

La migración nos enfrenta a un nuevo modelo de hogar disperso y sin núcleo en el que para subsistir como personas es necesario desintegrarse como familias, en el que los valores construidos sufren rupturas irreparables, en el que la familia, considerada como unidad básica de la sociedad, es relegada y sometida a la lógica perversa de persistir sin futuro o de no existir sin remedio

El momento migratorio del padre o de la madre significa para los niños un momento de pérdida y tristeza, que implica cambios en sus vidas relacionados con la ausencia del padre en las actividades de la vida diaria y de recreación, principalmente.

La separación ocasionada por la migración del padre puede llegar a convertirse en una experiencia en la vida del niño que forma parte de la construcción de su autoestima considerada por los autores desde el psicoanálisis como experiencias dolorosas colaboran a una autoestima negativa.

Actualmente es escasa la información que existe en el Distrito Capital, acerca del fenómeno de migración parental comparada con el gran volumen de estudios acerca del fenómeno migratorio desde otras temáticas de estudio.

Finalmente es preciso recordar que un proceso de migración parental internacional en niños y niñas puede influir en su rendimiento escolar ya que la pérdida por la cual tiene que atravesar el niño o la niña puede afectar negativamente este aspecto

4.10 Intersexualidad, los derechos sexuales con atención integral

Las personas en estado intersexual, con anomalías de la diferenciación sexual o con desordenes en la diferenciación sexual son individuos que nacen con condiciones congénitas en las que el desarrollo gonadal es atípico y cuya diferenciación, entre femenino o masculino, es difícil tanto por estas características fenotípicas como por otras de orden genético y hormonal. El término antes usado para este estado era el hermafroditismo.

Esta condición diversa en términos biológicos y psicógenos, plantea un dilema para la sociedad y el individuo, que debe abrir un espacio dentro de la heterosexualidad de la especie para su integración, o incluso, y hasta hace muy poco, valerse de la omisión de su existencia. Es entonces, deber del estado y la sociedad, gestionar las condiciones apropiadas para el desarrollo integral de cada individuo, a fin mejorar sus condiciones de vida , entendida como el más alto nivel de bienestar posible, y la

adaptación a su entorno desde un enfoque de equidad, independiente de su condición sexual.

Los casos de personas con Trastorno de Desarrollo Sexual que fueron asignados a uno de los sexos y con la pubertad desarrollaron órganos genitales del sexo contrario, así como aquellos con genitales externos ambiguos, a lo largo del tiempo generaron desconcierto, temor y rechazo por parte de las comunidades, que intentaban explicarlo desde la religión o la mitología; reacciones como quemaduras en la hoguera, interés perverso e incluso exhibición circense, fueron comunes hasta hace tan solo un par de siglos.

El nacimiento de un niño con alguna alteración del desarrollo sexual es una condición compleja que requiere un manejo multidisciplinario por parte de profesionales especializados en la materia tanto desde la práctica clínica, que integra a los profesionales médicos, de enfermería, terapia y psicología, como desde la perspectiva comunitaria, involucrando a profesionales en trabajo social y antropólogos, considerando las condiciones socio culturales particulares de la familia y el entorno del menor.

En los últimos años, con el advenimiento de técnicas de estudio genético y endocrinológico, se han conseguido avances desde el abordaje médico que ha abierto la puerta a nuevas posibilidades de intervención, sin embargo, son los avances desde el reconocimiento de las dinámicas de estructuración de los roles e identidades de género y sexuales, así como la orientación sexual los principales progresos en la comprensión del individuo y el diseño de estrategias que permitan el desarrollo normal de la sexualidad del mismo.

A nivel mundial, sociedades médicas como la Sociedad de Endocrinología Pediátrica y la Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica, así como otras disciplinas tales como la Sexología Clínica y la Genética, recientemente han volcado su atención sobre los trastornos del desarrollo sexual, a fin de poder formular propuestas basadas en la experiencia y el criterio técnico científico que garanticen las mejores prácticas posibles en estos grupos de pacientes, a fin de permitir a largo plazo la satisfacción del individuo con su condición sexual y las modificaciones que se realicen o no a partir de su condición inicial.

El manejo de personas con trastornos del desarrollo sexual debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, idealmente en instituciones de alta complejidad, bien sea centros de tercer nivel de atención e instituciones especializadas en las cuales se cuente con especialidades médicas como endocrinología, cirugía pediátrica, urología, ginecología, neonatología, psiquiatría, genética y bioética, con el acompañamiento de perfiles profesionales de psicología, trabajo social y enfermería.

En contraposición a este modelo multidisciplinario, existen dos modelos más de atención de personas con TDS, una “centrada en el paciente”, que plantea la postergación de cualquier intervención hasta la adultez para que el mismo individuo decida sobre su condición y un modelo “intermedio” intenta conciliar la posibilidad de procedimientos quirúrgicos en menores en los que el riesgo psicosexual es alto y postergarlo en aquellos que no lo es, con un soporte psicológico por parte de profesionales de la salud.

Actualmente se recomienda, a padres y médicos, hacer la atribución de género al momento de nacer en base a los antecedentes médicos de otros individuos que estuvieron en estado intersexual. Sin embargo la Corte Constitucional de Colombia, con la intención de proteger a los niños y niñas intersexuales, permite que sean intervenidos quirúrgicamente sólo con el *consentimiento informado* firmado por sus padres o que se espere a su propia aprobación después de que cumplan 5 años.

La inclusión de las personas intersexuales es una prioridad para la actual administración del distrito “*Bogotá Humana*” dentro de la política que protege a la poblaciones LGBTI y La Secretaria de Planeación y la Secretaria de Integración Social han adelantado investigaciones y estudios sociodemográficos para localizarlos y así en un futuro próximo garantizarles derechos especiales.

Se puede establecer que los derechos fundamentales de los niños y niñas intersexuales de cero a cinco años están garantizados por el Estado colombiano y que la administración distrital trabaja para reconocerlos como población especial y para mejorar el acceso a los servicios médicos especiales que necesitan.

Si bien Colombia es pionero en la atención diferenciada a nacidos en estado de intersexualidad, encontramos que es evidente que las políticas de equidad e igualdad del distrito aún están dirigidas a una comunidad definida y diferenciada binariamente (hombre y mujeres-masculino y femenino) y que aquellos individuos que no corresponden a ninguno de los dos géneros en el nacimiento deben tomar, en una u otra etapa del desarrollo, alguna de las formas que la regla establece para que sus derechos sean garantizados. Es decir que las instituciones, especialmente de salud, aún no adelantan debates sobre la posibilidad de los nacidos de permanecer en estado intersexual y de garantizarles esta posibilidad como si ha ocurrido en Europa.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría Distrital de Salud. Salud Capital. Plan Territorial de Salud, Marco conceptual, [Online].; 2012 [cited 2013 Junio 14. Available from: [HYPERLINK www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co). Pags, 33-41
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Diagnóstico Distrital de las Poblaciones étnicas residentes en Bogotá D.C. Técnico. Bogotá D.C. Dirección de Salud Pública, Area de Análisis y Políticas de Salud, 2012. Pags, 15-64
3. Organización Nacional de Indígenas de Colombia. Informe Chocó. Técnico. Quibdo: Organización Nacional de Indígenas de Colombia, Choco; 2012. Pags 1-4
4. ESE Hospital Centro Oriente. Diagnóstico Situacional de la población Embera. Técnico. Bogotá D.C.: ESE Hospital Centro Oriente, Bogotá D.C.; 2012.Pag, 23-34
5. Alta Concejería para los derechos de las victimas, la paz y la reconciliación. UNAIR. [Online].; 2013 [cited 2013 Junio 14. Available from: [HYPERLINK "www.UNAIR.gov.co" www.UNAIR.gov.co](http://www.UNAIR.gov.co) .
6. Secretaria de Gobierno Distrial de Bogotá. Documento del Plan Integrado Unico para la Atención a la población desplazadas - PIU 2011 -2020. Lineamientos. Bogotá D.C.: Secretaría de Gobierno Distrital, Bogotá D.C.; 2011.Pag 17-28
7. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Base de datos de RIPS. Base de datos. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Calidad de Servicios; 2013.
8. Secretaría de la Integración Social. Modelo Distrital para la atención de la habitabilidad de la calle Bogotá D.C.; 2012.Pag 2-3
9. Secretaría Distrital de Movilidad de Bogotá. Base de Datos. Técnico. Bogotá D.C; 2013.
10. Secretaría Distrital de Movilidad de Bogotá D.C. Censo poblacional, carreteros, recicladores y bodegueros. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Movilidad ,

Bogotá D.C.; 2013.

11. Organización Internacional del Trabajo - OIT. Combatiendo las peores formas de trabajo. Técnico. Bogotá D.C.: Organización Internacional del Trabajo, Bogotá D.C.; 2011. Pag 3-5
12. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Base de datos de equipo locales de salud. Base de datos. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud, Bogotá D.C.; 2012.
13. Secretaría Distrital de Integración Social de Bogotá. Informe de Situación de las personas en el ejercicio de prostitución. Técnico. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Integración Social, Bogotá D.C.; 2012. Pag 8-18
14. Gutierrez J. D. Enrique, Prostitución y Familia. Leon España ; 2012. Pag 1-2
15. DANE. Proyecciones de población en condición de discapacidad. Técnico. Bogotá D.C.: Demografía, Bogotá D.C.; 2012.
16. Organización de las Naciones Unidas. Reglas mínimas de personas privadas de la libertad. Técnico. Ginebra: ONU, Suiza; 2012. Pag 55-62
17. UNICEF. Migrantes de América Latina. Técnico. UNICEF; 2012. Pag 3-5

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública distrital y plan integral de acciones afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de los derechos de los afrodescendientes. Bogotá, D.C. 28 de Marzo de 2006.

Alcaldía Mayor de Bogota. Decreto 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Bogotá. 2007.

ASOPACÍFICO Y BIOSANAR UNIÓN TEMPORAL. Fortalecimiento de las medicinas tradicionales y/o populares mediante la estrategia de vivienda saludable para las comunidades afrocolombianas del distrito. Bogotá D.C. 2008

Alcaldía Mayor de Bogota. Secretaría Distrital de Salud. Atención primaria integral en salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá. 2009.

Asociación de Cabildos Indígenas ASCAI. Documento conjunto de las problemáticas de Las comunidades indígenas del Distrito Capital – Cabildos Muisca de Suba, Ambiká Pijao, Kichwa, Muisca de Bosa, Inga y la Asociación De Cabildos Indígenas. 2009

Bernal, Julia Sandra (2011) Estados intersexuales en menores de edad: los principios de autonomía y beneficencia. Revista de Derecho N.36, Barranquilla.

Cabildo Ambiká Pijao, Informe Final, Proyecto Medicina Tradicional, Fase II, Narración realizada por Edgar Otavo. Bogotá D.C. 2007

Cabildo Muisca de Bosa. Informe final de actividades adición abril-junio de 2009

Cabral, Mauro (2010). Intersexualidad. Diccionario de estudios de género y feminismos, Argentina.

Colombia Diversa. Provisión de Servicios Afirmativos de salud para personas LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgéneristas). 2010. Bogotá

Castañeda Herrera, Yimmy Ferney; Yopasá Cabiativa, Claudia Esneyther. Trabajo de grado Compartiendo palabra y pensamiento para el fortalecimiento de procesos educativos con la Comunidad Indígena Muisca de Suba. Universidad Pedagógica Nacional, Facultad de Humanidades, Departamento de Ciencias Sociales, Línea de Proyecto Pedagógico: "Interculturalidad, educación y territorio". Bogotá, D.C. 2009.

Correa, Marta Elena. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Marzo 2009. Vol. 11. p 31.

Corte Constitucional Colombiana. Autos 092 de 2008, 251 de 2008, 237 de 2008, 004 de 2009, 005 de 2009 y 006 de 2009, entre otros.

Corte Constitucional. Auto 251 de 2008, Protección de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes desplazados por el conflicto armado, en el marco de la superación del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004. (Versión digital).

DANE 2008. Registro para Localización y caracterización de las personas con discapacidad de Colombia. Ministerio de la Protección Social.

Díaz Amaya, Javier Guillermo. Crianza y sexualidad de hijos de mujeres prostitutas marginales del centro de Bogotá. Pediatría. Unibiblos. Universidad Nacional 2012.

Documento de línea de base para la formulación de la Política Pública en salud para las poblaciones étnicas residentes en Bogotá D.C. Empresa Teorema. Enero 29 de 2011

Documento técnico de desarrollo en Salud Pública Territorial para a población desplazada por la violencia. PIC. Mayo 2012

Estados intersexuales de los menores de edad, Julia Bernal Crespo, Bogota D.C, 2011.

García, S. Santacruz, M. Carrillo, M. Cobos, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad. Secretaria Distrital de salud. Dirección de salud pública. Bogotá, D.C. 2008.

Garzón P., Carlos A. Generación de capacidades para el desarrollo de personas en prostitución o habitantes de Calle. Bogotá: Secretaria Distrital de Integración Social. Mayo, 2012. p. 39

Ley 1448 de 2011. (2011). Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas. Bogotá. Congreso de la República de Colombia

Ley 96. (14, Junio, 2012) Colombia. Congreso de la República. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.

Modelo Distrital para la Atención de la Habitabilidad en Calle. Secretaría de Integración Social. Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud. Bogotá (2012)

Montel, Astrid (2011). Análisis de situación del Ciudadano Habitante de Calle realizado por perteneciente al área de análisis y políticas de la dirección de salud pública. Compilación del histórico del Habitante de Calle del informe trimestral mayo a julio, vigencia 2011.

Moreno Angarita, Marisol (2010). Infancia, políticas y discapacidad / Marisol Moreno Angarita. – Bogotá Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Doctorado en Salud Pública

Murillo C., July P. Evaluación del impacto socio laboral de talleres artesanales dirigido a ciudadanos habitantes de calle de la comunidad terapéutica Hogar El Camino durante el año 2007. 2008. Bogotá D.C.

OMS. 2011. Banco Mundial. Informe Mundial sobre la discapacidad.

Organización Panamericana de la Salud “Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos”. Bogotá, 2004. Pedro Cortés Lombana.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Guías para la RBC. 2012.

ONU. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. Recuperado en 10 de enero de 2009.

Plan inclusión Recicladores. UAESP (Unidad Administrativa Distrital de Servicios Públicos). Bogotá D.C. 2011.

Secretaría de Planeación Distrital, Línea de Base de política pública para la garantía de las personas de los sectores LGBT. Informe Final. Econometría, Bogotá, 2010.

Secretaria Distrital de Salud, Presentaciones estandarizadas análisis de situación de salud Bogotá D.C. 2012

Proceso organizativo del pueblo Rrom (gitano) de Colombia, (Prorom). El pueblo Rrom en el sistema general de seguridad social en salud, 2008.

Resumen ejecutivo 2012 a 31 de diciembre 2012. Alta consejería para los derechos de las víctimas, la paz y la reconciliación.

Secretaría Distrital de Salud. Fortalecimiento de la Medicina Tradicional del Cabildo Kichwa como estrategia de salud intercultural. Cabildo Kichwa de Bogotá, Hospital de Engativá y Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2007.

Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Lineamientos de política pública distrital de salud para los grupos étnicos asentados en Bogotá D.C., Documento preliminar, marzo de 2009

Secretaría Distrital de Salud. Diagnósticos locales con participación social de las ESE distritales Hospital Usme, Hospital Pablo VI Bosa, Hospital del Sur, Hospital de Suba, Hospital de Centro Oriente, Hospital Rafael Uribe, Hospital de Fontibón, Hospital Vista hermosa, Hospital San Cristóbal, Hospital Chapinero, Bogotá, 2009, 2011

Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos del plan de intervenciones colectivas PIC, Bogotá D.C. Febrero de 2012.

Secretaría Distrital de Salud. Lectura de necesidades Pueblo Rrom y plan de acciones afirmativas, Secretaría Distrital de Salud, IDEPAC, PROROM. Documento de trabajo, Bogotá D.C.2011

Secretaria Distrital de Integración Social. “Generación de capacidades para el desarrollo de personas en prostitución o habitantes de Calle” PROYECTO CP-0743-2012.

Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Análisis en Salud Pública. Análisis De Situación en Salud de la Población LGBTI. Bogotá. 2011.

Secretaría Distrital de Salud & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Bogotá. Documento preliminar. 2011.

Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Participación Social. Sistema de Barreras de Acceso en Salud. Bogotá. 2012

Subprograma de Poblaciones Diferenciales y de Inclusión. Marco conceptual. Recuperado el 3 de Noviembre del 2013 en: <http://saludpublicabogota.org/wiki/images/0/04/Lin2013-004.pdf>

UNICEF (2013). The state of the world's children. May 2013

VI censo de habitante de calle. Secretaría Distrital de Integración Social. Bogota D.C. 2012