

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL DESDE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUBA, BOGOTÁ D.C.

EMILY DANIELA SÁNCHEZ DÍAZ
YERLY JHOMARA BLANCO RINCÓN
VALENTINA MORALES JIMÉNEZ
LAURA KATHERINE SUAREZ SANDOVAL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTA, D.C.
2021

CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL DESDE LOS DETERMINANTES
SOCIALES DE LA SALUD EN LA LOCALIDAD DE SUBA, BOGOTÁ D.C.

EMILY DANIELA SÁNCHEZ DÍAZ
YERLY JHOMARA BLANCO RINCÓN
VALENTINA MORALES JIMENEZ
LAURA KATHERINE SUAREZ SANDOVAL

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera.

Asesor:

NOMBRE DEL ASESOR: KAREN ALEJANDRA BARAJAS CASTILLO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTA, D.C.

2021

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer principalmente a nuestra docente Karen Alejandra Barajas Castillo quien siempre nos ha orientado en la construcción de este proyecto de investigación, guiándonos con sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante. Agradecemos de manera muy especial a la docente Ana Cecilia Becerra Pabón por brindarnos la oportunidad de abrir nuestras puertas al mundo de la investigación, nutriendo y motivándonos a seguir el camino por esta área. También queremos agradecer a cada una de nuestras familias, porque gracias a ellos hemos logrado llegar a este punto en donde estamos en los últimos pasos para culminar nuestra carrera.

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO

Rectora FUJNC

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS

Vicerrector Académico, FUJNC.

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS

Vicerrector Administrativo, FUJNC.

Dr. FERNANDO NOGUERA

Secretario general, FUJNC

Dra. MARÍA ANTONINA ROMÁN OCHOA

Decana Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. ANA CECILIA BECERRA PABÓN

Coordinadora de Investigaciones, Escuela de Enfermería FUJNC

Dr. FABIOLA JOYA RODRIGUEZ

Jefe Gestión Académica, Escuela de Enfermería FUJNC

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	7
1.2 ANTECEDENTES	9
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	17
1.4 JUSTIFICACIÓN	18
1.5 OBJETIVOS	20
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	20
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 POSICIÓN SOCIOECONÓMICA	23
2.2 EMPLEO	24
2.3 MEDIO AMBIENTE	25
2.4 ESTILOS DE VIDA	27
2.5 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN COLOMBIA	29
3. DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
3.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
3.3 TRATAMIENTO DE LOS DATOS	31
3.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	32
3.5 CONSIDERACIONES ETICAS	32
3.6 CRONOGRAMA	33
3.7 PRESUPUESTO	34

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	34
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	50
5. CONCLUSIONES	60
6. REFERENCIAS	60

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Descripción de los datos	30
Tabla 2. Categoría demográfica	34
Tabla 3. Categoría posición socioeconómica	35
Tabla 4. categoría de salud	41
Tabla 5. Categoría de empleo	43
Tabla 6. Categoría de medio ambiente	45
Tabla 7. Categoría estilos de vida	46

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El campo de los determinantes sociales de la salud es tal vez uno de los más complejos y desafiantes en el mundo. Se trata de los aspectos claves de la vida, de circunstancias en que viven las personas, explicando en gran proporción la diferencia en muchos de los indicadores de salud. (1)

En Colombia, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje de enfoques múltiples entre ellos los determinantes sociales de la salud (DSS). A pesar de esto, la ejecución de este enfoque requiere de un conocimiento más amplio para lograr una aplicación más significativa en los mecanismos e instrumentos en los que se basan las políticas.(2) Así mismo, este Plan Decenal destaca los Análisis de Situación de Salud (ASIS) como herramienta útil que ha logrado desarrollar capacidades en la identificación, medición y análisis, priorización de problemas y formulación de políticas, teniendo en cuenta los enfoques de derechos, diferencial, poblacional y el marco conceptual de DSS en el territorio nacional.(3)

En Bogotá los Análisis de Situación de Salud realizados por localidad y UPZ, así como también por grupos diferenciados como características de género, edad, ubicación geográfica, riesgos, permitieron adelantar la gestión orientada a la solución de los problemas y al planteamiento de retos para acercarse a los niveles de calidad de vida de la población.(4) Sin embargo, debido a la amplia extensión del territorio de la ciudad, su diversidad interna y su alto número de habitantes, no ha sido posible que las políticas de salud existentes den soluciones a las necesidades de toda la población Bogotana.(4)

Bogotá está subdividida en 20 localidades, cada una de ellas con diferentes características, cuenta con población urbana y rural, y se divide en 6 estratos. Entre estas localidades se encuentra Suba, una de las localidades más desiguales de la ciudad, encontrando en ella mayor número de sectores catastrales, es decir, estratos 1 al 6. (5)

La localidad de Suba se encuentra localizada en el extremo Noroccidental del Distrito Capital, tiene una extensión de 10.056 hectáreas, de las cuales 3.785 (37,6%) son rurales y 6.271 (62,4%) están en el perímetro urbano, siendo la cuarta localidad en extensión del distrito capital. Además, cuenta con doce (12) UPZ, de las 121 de la ciudad, en donde se clasifican de la siguiente manera: desarrollo residencial, cualificado, residencial consolidado y residencial de urbanización incompleta. (6) Cuenta con más de un millón de habitantes, esto sin tener en cuenta con la problemática social de los migrantes venezolanos, de los cuales cuenta con 3,873 personas venezolanas con o sin permiso de permanencia. (7)

Es así, que ASIS, ha realizado esfuerzos en la medición de desigualdades en salud y ha permitido la identificación de los principales efectos de salud que aquejan a la población y sus determinantes, así como el reconocimiento de brechas y situaciones de inequidad en salud;(3) no obstante, aun cuando tiene una estructura predeterminada, varían en la calidad y profundidad de los análisis, por ello se requiere fortalecer la capacidad analítica y argumentativa para que se conciba un abordaje desde los determinantes sociales que verdaderamente aproveche la información contenida; y que así se conviertan en un verdadero instrumento para la toma de decisiones.(8)

Los perfiles de salud en la ciudad plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas, según la afectación de los determinantes de la salud, por tanto, es importante reconocer la diversidad de la población y sus necesidades para la adecuada toma de decisiones, y es allí donde surge la importancia de caracterizar la población desde diferentes herramientas que faciliten conocer los diferentes DSS de cada comunidad. (8)

Los perfiles de salud en la ciudad plantean la necesidad de formular respuestas diferenciadas, según la afectación de los determinantes de la salud, por tanto, es importante reconocer la diversidad de la población y sus necesidades para la adecuada toma de decisiones, y es allí donde surge la importancia de

caracterizar la población desde diferentes herramientas que faciliten conocer los diferentes DSS de cada comunidad. (8)

1.2 ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda en base datos sobre caracterizaciones realizadas en estudios en la población colombiana con énfasis en determinantes sociales en salud, analizando los diferentes tipos y sus múltiples resultados.

En la ciudad de Manizales ,realizaron un estudio en el año 2013 para establecer una relación entre los determinantes sociales de la salud y las personas con discapacidad, se tuvieron en cuenta diferentes componentes, los números de mujeres y hombres, a partir de todos los resultados que se obtuvieron de este estudio se pudo conocer cuáles son la incidencia y las consecuencias de la discapacidad ya que se encuentran estrechamente relacionada con bajos ingresos en la comunidad, bajo nivel educativo, debido a que tienen una mayor exposición a factores de riesgo que se pueden evidenciar con las condiciones de vida de estas personas como es la restricción a los servicios de salud, las dificultades para ingresar a la educación, una rehabilitación, un empleo y así mismo lograr una participación social. (9)

Se realizó un estudio en seis ciudades de Colombia entre el 2002-2003 se evidenció el desplazamiento forzado por la violencia afectando así la educación de niños y adolescentes encontrados en territorios marginales de Colombia. Se logra evidenciar el deterioro de la calidad de vida de las personas llevando a tener una reducción de acceso a los servicios de salud. (10)

Estudio realizado en Bucaramanga a las adolescentes gestantes en el año 2005, se logra observar los diferentes factores sociales, culturales y familiares los cuales son un pilar fundamental en la etapa de la adolescencia y en la etapa de gestación, se ve afectado por el nivel socioeconómico bajo y esto influye en la

relación familiar que se tiene tanto con los padres y con la pareja de la adolescente. (11)

Este artículo desarrolla a profundidad de una forma amplia y rigurosa, las bases teóricas y metodológicas que fundamentan el marco conceptual, las categorías de análisis y las estrategias de recolección de información del proyecto de investigación llamado condiciones de vida de la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín, en donde estas caracterizaciones permiten obtener conocimientos fiables del estado actual de las condiciones de vida de una sociedad, o una comunidad en particular ya sean temas amplios o complejos, la cual permite evidenciar las realidades sociales, políticas y culturales con el fin de tener en cuenta las necesidades de estas personas y así mismo conseguir un apoyo para dichas comunidades. (12)

En el estudio realizado en el año 2015 se hace una revisión bibliográfica sobre las estrategias de caracterización de la primera infancia, se tomaron cuatro estudios diferentes que tuvieran el eje central sobre el diagnóstico situacional de los niños y las niñas en su temprana edad, también que este orientado a mejorar su salud y bienestar. Con relación a los estudios escogidos se tiene en cuenta que no toman a la población objetivo en su totalidad, ya que van a elegir cuales cumplen con los requisitos de los estudios y así mismo proseguir con el proyecto. (13)

En Sumapaz, Colombia tuvieron como objetivo en el estudio describir algunos aspectos que actúan como barreras en la tecnificación y la implementación de las buenas prácticas ganaderas en esta región, se evidencian que existen diferentes barreras socio-económicas, que obstaculizan el acceso a tecnologías para el mejoramiento de la producción, como el bajo nivel de ingresos económicos, acceso a la educación superior, la falta de ingresos contables y de sanidad en la producción; sin embargo, también se observaron indicadores

positivos que están asociados al manejo ambiental de los recursos naturales, como parte de su legado cultural. (14)

Un estudio realizado en la ciudad de Bogotá, el principal objetivo es caracterizar los niveles de contaminación auditiva, se tomaron cuatro zonas de la ciudad, en donde se logró evidenciar los niveles de ruido ambiental encontrados superaron los valores sugeridos por la norma nacional colombiana. En este caso, no se tomó toda la población que habita en la Capital Bogotana, solo tomaron ciertos lugares para realizar el estudio, por lo que se encuentra un gran desequilibrio, ya que los lugares tomados en este estudio no toda la población participa y todos estos niveles de contaminación pueden ser diferentes en los lugares de Bogotá, y las personas pueden tomar el nivel de contaminación auditiva de forma diferente. (15)

Fajardo Zapata junto a sus otros compañeros realizaron un estudio para comprender, caracterizar y describir la percepción del riesgo de los trabajadores del sector informal de las plazas públicas de mercado de la ciudad de Bogotá D.C, la mayoría de los trabajadores informales de las plazas de mercado son personas mayores, realizan largas jornadas, muchas de ellas tienen niveles académicos precarios o no tienen estudio. La mayoría manifestó que percibe como seguro su puesto de trabajo, aunque una pequeña fracción manifestó que lo sentía poco seguro para trabajar. De acuerdo al estudio se pudo evidenciar que la mayoría de esta población tiene solamente primaria y una pequeña parte estudio universitario, la mayoría trabajan los 7 días a la semana para así mismo conseguir un sustento y ser independiente en sus ingresos (16).

Esta revisión hace referencia a el contexto de educación que poseen los niños y niñas o adolescentes desplazados por la violencia en Colombia, se menciona que millones de personas han sido obligadas a movilizarse de su lugar de origen para así proteger su vida, como producto a esto se da una recomposición sociodemográfica, en diferentes espacios urbanos determinados a los cuales se

les da el nombre de asentamientos. Las personas que se ubican en zonas marginales son mujeres, niños pobres y muchas veces se encuentran en áreas con pocos recursos esto conlleva a un dramático deterioro de la calidad de vida de estos niños, niñas y adolescentes. Estas poblaciones prefieren quedarse en estos asentamientos antes que volver al lugar de donde fueron desplazados para evitar a todo costo la violencia que se presenta. (10)

El estudio realizado en Colombia, nos habla sobre el desplazamiento que se sufre en el territorio colombiano, sin embargo, hace énfasis específicamente en el desplazamiento de una forma regional y dinámica, mencionando así cuales son las causas del desplazamiento forzado y cuáles pueden ser los presuntos responsables de dichos hechos. La información sobre conflicto armado que se tuvo en cuenta para analizar su incidencia (nivel y dinámica) sobre el desplazamiento forzado, pertenece a la base de datos sobre conflicto armado de CERAC. Las variables utilizadas para el análisis son: eventos de conflicto 6, discriminados entre aquellos que tienen víctimas tanto civiles como combatientes, como los que sólo tienen víctimas civiles; y número de muertos totales desagregados entre civiles y combatientes. (17)

En este estudio de 2016 según el Instituto Nacional de Salud, Bolívar es el departamento de la Región Caribe con mayor número de personas con diagnóstico de CHIKV. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de los casos de CHIKV, en sujetos con edades entre los 22 y 82 años, atendidos durante el período de estudio, se demuestra en el artículo se evidencia que la mayoría de los pacientes estudiados son mujeres, aunque las grandes diferencias entre los porcentajes dificultan la realización de análisis comparativos. (18)

En este estudio descriptivo del año 2010, se tuvo en cuenta la confidencialidad de la identidad y se recibió el consentimiento informado para la realización de la encuesta. La sífilis constituye una enfermedad de transmisión sexual que afecta

la salud reproductiva de la población de ambos sexos al provocar secuelas que dificultan la posibilidad de fertilidad futura y complicaciones médicas y psicológicas para los/las pacientes que la padecen. Esta situación se da por la mayor actividad sexual y la irresponsabilidad ante las conductas de riesgo que predominan en la adolescencia y adultos jóvenes. Esto llama a reflexionar en relación con la efectividad de las acciones de salud que se han tomado hasta ahora y hacia qué grupo dirigirlas principalmente. (19)

El artículo muestra que desde una mirada global frente a la discapacidad se evidencia que para hablar de ello se debe conocer los aspectos demográficos y epidemiológicos de donde se va a realizar dicho estudio (Colombia), según la organización mundial de la salud, se estima que el 15% de la población mundial vive con alguna discapacidad y se demuestra que en Colombia la prevalencia es del 6,3% de la población. En donde la mayoría de las personas desconocen la causa de la discapacidad y lo atribuyen a una enfermedad. la legislación abundante para las personas con discapacidad se evidencio que sus condiciones educativas, laborales, de atención en salud y rehabilitación son menos favorables que las de la población general. (20)

Este artículo nos muestra que esta enfermedad (*Streptococcus pneumoniae*, también denominado como Neumococo) es una de las bacterias más asociadas con la mortalidad infantil (niños menores de 2 años) demostrando que es una incidencia de morbimortalidad variable de acuerdo a la demografía y exposición a factores protectores o de riesgo. Para realizar esta investigación se tomaron de muestra a 239 pacientes diagnosticados con esta enfermedad, los cuales 103 casos eran menores de 2 años, 81 casos tenían 24 y 59 meses y 55 casos eran mayor de 5 años. Así la Organización Mundial de la Salud demostró que este microorganismo ocasiona la muerte de 1,6 millones de personas al año, los cuales un millón de estos casos eran menores de 5 años, llevando a cabo que los factores de riesgo en mortalidad dependen tanto del microorganismo como del huésped. (21)

En este artículo se evidencia que el suicidio es en todo el mundo un grave problema de salud pública, que afecta a todos los grupos poblacionales sin distinción de edad, sexo o zona de residencia. se llevó a cabo una investigación cuantitativa observacional y descriptiva de las características de las personas residentes en Colombia cuya causa de defunción fue el suicidio entre 2000 y 2010. Se hizo un análisis un variable mediante cálculo de medidas de frecuencias, de tendencia central y de dispersión. para así calcular las tasas de mortalidad en donde se utilizaron las proyecciones poblacionales del DANE. Vale la pena resaltar las limitaciones que tuvo dicho estudio ya que, en la recolección de información, se evidenciaba que los archivos tuvieron “problemas” de codificación y procesamiento de datos, como también errores de diagnósticos afectando así el proceso de compatibilidad con los demás datos de otros países. (22)

En este artículo nos muestra una posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados de Medellín (Colombia), para identificar dicho riesgo se realizó una encuesta aleatoria de 779 adolescentes para identificar el riesgo de las características ya mencionadas anteriormente, para esta caracterización se utilizaron los instrumentos ISO-30, CDI-LA, CIDI-II y Apgar familiar respectivamente para realizar el análisis de los resultados. Se muestra que la depresión y la disfunción familiar es un gran factor que se asoció positivamente con los casos de suicidio. Se muestra que, en el grupo de adolescentes con clasificación alta en riesgo de suicidio, las cuales no se evidenciaron diferencias significativas por sexo; pero sí se reflejaron diferencias por grupo de edad, en las cuales la adolescencia temprana presentó la mayor proporción de adolescentes vulnerables a esta problemática (suicidio). (23)

Este artículo trata de una fase para la implementación de un modelo de atención primaria en salud, es una investigación descriptiva transversal de ámbito comunitario en donde se realizaron intervenciones en salud con docentes y estudiantes de medicina y enfermería con base en riesgos identificados, para

ello se caracterizó a 418 familias la cual se encontró: un 78.9 % de estrato uno, 76 % originarias del corregimiento, 62 % están conformadas por cuatro personas o más, el 92,5 % están afiliadas al sistema de salud, también se evidenció baja asistencia a controles de salud en adultos jóvenes y adolescentes en menores de 10 años los porcentajes fueron superiores a 80 %, y una asistencia a control odontológico en los últimos seis meses se encontró 50 % en niños de 1 a 9 años y 42 % en adolescentes. Con respecto a los problemas cardiovasculares 6 de cada 10 familias reportaron por lo menos un miembro con estas patologías y 1 de cada 5 familias reportó antecedentes de enfermedades metabólicas. En cuanto a determinantes individuales, cabe destacar que se encontraron los siguientes comportamientos de riesgo para eventos cardiovasculares: 8.3 % de las personas entre 20 y 59 años son fumadores y un 34 % de la misma población consume alcohol, lo cual cuadruplica la cifra promedio nacional (7.6 %) de la Encuesta Nacional de Salud y en cuanto a los determinantes ambientales, se encontró que existe contaminación ambiental (37 %), escasa infraestructura y áreas verdes que posibiliten actividad física (34 %) y ruido ambiental (30 %). (24)

Este artículo menciona a el Instituto Teletón, el cual nos muestra el porcentaje de atendidos de la población infantil chilena con discapacidad neuro-músculo-esquelética y que sin embargo no existen registros la cual permita caracterizar como tal la población, para ello se analizaron las características sociodemográficas pero de los registros electrónicos del instituto para así poder verificar a los pacientes activos que se atendieron durante ese año en donde se atendió un total de 8.959 pacientes, donde se evidencio que en relación con el nivel socioeconómico un 33,3% corresponden a extrema pobreza y un 28,7% a nivel medio bajo, en relación con los diagnósticos clínicos se encontró que la parálisis cerebral y otras encefalopatías también llevan a discapacidad motora, la idea de esta caracterización es fomentar la necesidad de optimizar el registro nacional de la población infantil con discapacidad y sus características particulares, para así poder tomar decisiones de políticas públicas, como destinación de fondos o programas de apoyo. (25)

Este artículo hace referencia a los problemas que afronta una administración el cual se derivan del desconocimiento de las necesidades, demandas e intereses de los administrados para ello la Alcaldía de Bucaramanga brinda una atención oportuna y satisfactoria, por eso es importante conocer las características, particularidades, diferencias de los usuarios, grupos de interés y ciudadanos en general con los cuales interactúa cada una de sus dependencias, oficinas y despachos por ello es importante el proceso de caracterización poblacional ya que diseña, proyecta, orienta y elabora un plan de atención al ciudadano, atendiendo sus características especiales, situaciones particulares, formas de ver el mundo, perspectivas, es decir que la caracterización parte de reconocer que todos los individuos no son iguales y que en consecuencia las autoridades, constitución y la ley deben trazar una pauta que permita igualar las circunstancias desiguales de la realidad de una población.(26)

Este artículo nos habla de los factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, una de las principales consecuencias de violencia en donde el desplazamiento por conflicto armado genera importantes repercusiones tanto económicas como sociales y entre otros que afectan a la salud por ello este acceso de salud de la población desplazada es limitado, se desarrolló un estudio cualitativo descriptivo, exploratorio, mediante 81 entrevistas individuales semiestructuradas a actores principales, encontrando que las principales barreras al acceso a la atención en salud de la población desplazada son: insuficiente financiación y dificultades de los proveedores para recibir el pago de las aseguradoras, indefiniciones y límites del aseguramiento del sistema general de seguridad social en salud, la escasa coordinación intersectorial y los limitados recursos de las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. (27)

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta las problemáticas encontradas en la ciudad de Bogotá y las características específicas encontradas en la localidad de suba; según antecedentes que demuestran la importancia de caracterizar la población con enfoques en determinantes sociales en salud, y basados de otra manera en el proceso de salud-enfermedad en una población específica, permite plantearnos la siguiente pregunta ¿Cómo son las condiciones de vida, salud y enfermedad en la Localidad de Suba?

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Determinantes Sociales de la Salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. (28)

Los DSS conllevan a desigualdades en salud, para poder intervenir sobre estos es necesario contar con la evidencia necesaria sobre los determinantes sociales y su evolución en el tiempo junto con el conocimiento de los mecanismos que producen esta desigualdad en salud y sobre las intervenciones en reducirlas. (28)

Hablar de DSS implica abordar una estrategia que busca aplicar el conocimiento científico acumulado en relación con las causas últimas o las estructuras de los problemas de salud y recuperar estrategias de salud para todos. (29)

Para Colombia, el ASIS alimenta la toma de decisiones y las políticas de salud brindando información sobre las características y los perfiles de salud y

enfermedad, sus daños, sus determinantes sociales y las necesidades, prioridades e intervenciones más apropiadas para enfrentar los problemas de salud de las poblaciones, sin embargo, se ve enfrentado a retos como la participación de la comunidad que garantice la transparencia en datos y una amplia variabilidad en los indicadores, lo que resulta importante a la hora de la selección de los valores de referencia para identificar la existencia o no de desigualdades y evaluar la magnitud y la tendencia de esas brechas. Estas limitaciones impactan directamente en la identificación de las problemáticas que más destacan en cada departamento o municipio. (7)

El estudiar y conocer los determinantes sociales presentes en una población determinada, permite generar instrumentos que pueden aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas públicas y programas, buscando el mayor impacto en cada una de ellas para la generación de conductas saludables en la población.(1) Conocer el volumen y las características de la población en un territorio resulta fundamental para su desarrollo porque facilita la toma de decisiones en términos de política pública.(30)

En Bogotá, que es la ciudad con la mayor aglomeración poblacional del país, representa un reto reconocer las características poblacionales debido a su diversidad y población fluctuante, por tanto, los indicadores no reflejan totalmente la realidad de la calidad de vida de sus habitantes que influyen en el proceso salud enfermedad.

Suba una de las localidades más grandes concentra gran parte de la población de Bogotá (16 %) y casi la mitad de la población de la subred norte (40 %) que obedecen a los procesos constantes de poblamiento, aumento de construcciones y áreas laborales que fomentan el traslado de ciudadanos impactando la densidad poblacional, las zonas ambientales y aspectos territoriales como la movilidad y el espacio público.(31) En la localidad ha existido

un proceso de migración constante que ejerce presión en la dinámica territorial y económica a causa de la expansión urbana que se produce en la demanda de tierras y en la permanente construcción de viviendas sin planificación.(31)

En esta localidad encontramos la presencia de bodegas de reciclaje en donde se almacenan grandes cantidades de material extraído de las basuras sin ningún tratamiento sanitario previo, estas bodegas además cuentan con poca ventilación, iluminación e higiene poniendo en riesgo a los trabajadores y a los habitantes que colindan el entorno de las mismas. Esto conlleva a una problemática socio ambiental importante para los propietarios, trabajadores y la comunidad. En la zona también se encuentran lotes urbanizados no edificados, usándose para disposición de residuos de los moradores y refugio de delincuentes. (32)

Teniendo en cuenta lo anterior, se propone una caracterización de la localidad desde los determinantes sociales en salud, esto con el propósito de aportar conocimiento a los mecanismos de intervención a nivel de la localidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar los determinantes sociales en salud en la localidad de suba a partir de la Encuesta Multipropósito 2017.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la población objeto desde la Encuesta Multipropósito 2017 aplicada en Bogotá DC.
- Analizar desde la literatura los determinantes sociales de la salud en la Localidad de Suba desde la Encuesta Multipropósito 2017.

2. MARCO TEÓRICO

El modelo multinivel de los determinantes en salud según Dahlgren y Whitehead se expone la influencia de los DSS y su relación con el proceso salud-enfermedad. (33)

Este modelo plantea que hay determinantes en diferentes niveles, un nivel más cercano a los determinantes individuales y otro más distal en donde se encuentran los macro-determinantes y que son estos los que definen los estados de salud de las personas. (33) La consideración más concisa, accesible y conocida de este fenómeno fue articulada por Margarita Whitehead a principios de los años 1990, quien valoró las inequidades en salud como diferencias en la salud que son innecesarias y evitables, además de ser consideradas desleales e injustas. (42) La prueba fundamental para saber si las diferencias en materia de salud son o no injustas depende, en gran parte, de si las personas escogen libremente la situación que produce una mala salud. (42)

De acuerdo al modelo de Whitehead recalca de manera importante cómo las desigualdades sociales en torno a la salud se asocian a los determinantes sociales en salud siendo esto el resultado de las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, desde el individuo hasta las comunidades y el nivel de las políticas públicas nacionales. También, nos describe los determinantes de la salud con el fin de hacer énfasis en las interacciones como son los estilos de vida individuales se integran en unas normas y redes sociales, así como en unas condiciones de vida y de trabajo que a su vez guardan relación con el entorno socioeconómico y cultural general. (34) A partir de esto han clasificado los determinantes sociales en salud de la siguiente manera:

A) **Estructurales:** Son las condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos. (33)

B) **Distales:** Son todas las redes comunitarias y de apoyo social de cada individuo como lo son sus vecinos, comunidades locales, familia y amigos. (33)

C) **Proximales:** Son todos aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los factores genéticos. (33)

Los individuos tienen una edad, un sexo y unas características constitucionales que influyen en su salud y que no son modificables. En cambio, en torno a ellos hay influencias que, en teoría, pueden ser modificadas por medio de la acción política. En primer lugar, están los factores relacionados con la conducta personal, como el hábito de fumar y la actividad física. En segundo lugar, los individuos interactúan con las personas de su entorno y con la comunidad inmediata y se ven influidos por ellas, lo cual se representa en la segunda capa. (33) Seguidamente, la capacidad de una persona para mantener su salud (en la tercera capa) se ve influida por las condiciones de vida y de trabajo, la alimentación y el acceso a bienes y servicios esenciales. Por último, como mediadores de la salud de la población, las influencias económicas, culturales y medioambientales actúan sobre el conjunto de la sociedad. (33)

Desde este enfoque se considera que el contexto social propicia la estratificación social que conduce a diferencias en la posición social de las personas condicionando sus posibilidades de salud y de vida. Esa posición social, como categoría central en esta perspectiva, implica diferencias sustanciales en las oportunidades de acceso al poder y a los recursos, así como en la exposición a riesgos. Los determinantes sociales en salud son “las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece”; tales circunstancias a su vez determinadas por la manera como se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local (determinantes estructurales). (34)

2.1 POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

El nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo. (35)

De acuerdo a las desigualdades sociales en salud los estudios muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años vividos libres de discapacidad y mejor salud auto percibida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos. (35) A continuación, se hace una revisión de las causas más estudiadas para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud:

-Conductas de riesgo para la salud: Se dice que uno de los argumentos que se han planteado para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud ha sido la mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los individuos de posición socioeconómica baja, como por ejemplo consumo excesivo de tabaco o alcohol, ausencia de actividad física, obesidad, alimentación inadecuada, etc. (35)

-Factores psicosociales: los factores, como estrés, ansiedad, hostilidad, rabia, depresión o ausencia de autonomía en el puesto de trabajo, se han asociado a la enfermedad isquémica del corazón. (35)

-Circunstancias materiales: Según las investigaciones, determinadas circunstancias materiales, como las dificultades financieras, el desempleo, las malas condiciones de la vivienda o la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral, explicarían la mayor parte de la relación entre la posición socioeconómica y la salud. (35)

2.2 EMPLEO

El empleo es una actividad central e instrumental para acceder a las demandas de la sociedad capitalista, y a su vez, como medio para adaptarse a los principios de realidad del modelo económico como la socialización secundaria. (36)

Los empleos vinculan a las personas con la sociedad y la economía en las que viven. El acceso a un trabajo seguro, productivo y remunerado de manera justa asalariado o por cuenta propia es un factor fundamental para la autoestima de las personas y las familias, que les afirma su sentimiento de pertenencia a una comunidad, y les permite hacer una contribución productiva. (36)

Existen dos tipos de empleo: formal e informal. El empleo formal incluye a los trabajadores que tienen una relación laboral reconocida y que hacen cumplir sus derechos laborales (tales como seguridad social, beneficios no salariales de liquidación o finiquito al término de la relación de trabajo). A la inversa, el empleo informal engloba a los trabajadores que, aunque reciben un pago por su trabajo, no tienen una relación laboral reconocida y no pueden hacer cumplir sus derechos laborales. (37) La desigualdad global en el empleo y en el trabajo constituye uno de los temas más importantes de nuestro tiempo. El aumento del desempleo, la extensión de la precariedad laboral, de la esclavitud o del trabajo forzado, y otras peligrosas formas de empleo y de trabajo relacionadas con la desigualdad, están asociadas a graves lesiones por accidentes y a múltiples enfermedades que afectan a los trabajadores, sus familias y a sus comunidades. (38)

Las desigualdades en salud relacionadas con el empleo nos indican también dónde debemos alcanzar un mundo más justo y democrático. De acuerdo a la historia se ha tomado como referencia el empleo como el poder de desigualdad, hoy en día existe una lucha entre los países ricos y los campesinos de los países pobres ya que millones de personas poseen únicamente su fuerza de trabajar

para vender y trabajar o no hacerlo con permiso de quienes poseen los materiales del trabajo. (39)

Hoy en día, en un sistema económico capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de compañías transnacionales, organizaciones internacionales y gobiernos ligados con ellas, sobre todo en los países ricos, tiene el poder de tomar decisiones que afectan a la vida de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia.(39) Son ellos quienes determinan qué clase de estándares laborales han de establecerse, qué tipo de normativas sobre salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden gozar o no de la protección de los sindicatos. Son ellos quienes toman decisiones decisivas como el acceso a las semillas, al agua o a la tierra, decisiones que afectan a la salud y a la calidad de vida de la mayoría de la población del planeta. (39)

Las desigualdades en salud relacionadas con el empleo y el trabajo no son un proceso tecnocrático neutro y libre de juicios de valor, sino más bien una práctica profundamente influida por las ideologías políticas y el conflicto de intereses entre propietarios, directivos, gobiernos y trabajadores. Como sea que las raíces de los problemas son sociales, también deben serlo las soluciones. (39) Pero las soluciones tecnológicas, aunque hasta cierto punto importantes y necesarias, son limitadas. (39)

El nivel de poder y el grado de participación que tienen los trabajadores no sólo constituyen un factor clave para promover un proceso de toma de decisiones que sea más igualitario dentro y fuera de las empresas, sino que también son un factor fundamental para proteger la salud de los trabajadores. Necesitamos un mayor equilibrio de poner en las relaciones de empleo, que sea más justo, sostenible y donde se puedan reducir las brutales desigualdades de salud que existen en la actualidad. (39)

2.3 MEDIO AMBIENTE

Se podría indicar que el concepto de salud ambiental propone una reflexión sobre la interacción entre los grupos humanos y los factores físicos, químicos, biológicos y sociales que se encuentran en el medio que habita. (39)

Dentro del contexto de medio ambiente existen diferentes objetivos del desarrollo sostenible los cuales mencionan en diferentes ocasiones tomando en cuenta el impacto que tiene en la vida de los seres humanos y el entorno que lo rodea. (40)

Tomando en cuenta lo mencionado por la OPS, los determinantes ambientales de salud son vitales para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. La salud ambiental que se refiere a la interacción entre medio ambiente y la salud pública, aborda los factores ambientales que influyen en la salud humana y que incluyen factores físicos, químicos y biológicos, y todos los comportamientos relacionados con estos. (41)

Se menciona de igual forma las amenazas para cualquiera de estos determinantes pueden ser, tanto efectos adversos a la salud como lo hemos encontrado con enfermedades cardiovasculares respiratorias y el bienestar en toda la población en general. (41)

Aborda los determinantes ambientales de salud para mejorar directamente la salud de las poblaciones, indirectamente también para mejorar la productividad y aumentar el disfrute del consumo de bienes y servicios no relacionados con la salud como lo puede ser la actividad de ocio. (41)

Dentro de los determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta que tiene una relación con el medio ambiente se logra evidenciar que los factores ambientales naturales pueden intervenir en el estilo de vida de las personas

como lo son: la temperatura externa del medio ambiente, humedad elevada, velocidad del viento, la topografía del terreno y la presión barométrica , que tiene efectos produce sobre la salud respiratoria y cardiovascular de los individuos la presencia de algunas sustancias químicas, físicas o biológicas, como contaminantes del suelo, aire o agua también pueden estar presentes de forma natural, por ejemplo los metales pesados que podemos encontrar los cuales causan daño en la salud en el medio ambiente laboral o escolares.(41)

Según la Organización Mundial de la Salud el departamento de salud pública como medio ambiente y determinantes sociales de la salud tienen una responsabilidad consistente en fomentar un medio ambiente más saludable, incentivar la prevención primaria e incluir en las políticas públicas de todos los sectores para solucionar las causas remotas de las amenazas medioambientales en la salud. (42)

El impacto que tiene el medio ambiente sobre la salud se puede calcular que es alrededor de un 24% de la carga mundial de mortalidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores socio ambientales. (42)

El 50% de las desigualdades en la distribución de las enfermedades no transmisibles más importantes dentro de la población, específicamente las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón, son a causa de las desigualdades sociales en la exposición a factores de riesgo ambientales presentes en el territorio. (42)

Teniendo en cuenta lo mencionado por la OMS se puede prevenir la morbilidad mundial en una cuarta parte centrandó la atención en la reducción de los factores de riesgos sociales, medioambientales (agua, sustancias tóxicas y trabajo), mejorando así con medidas del sector salud y con otros sectores como el de la energía, los transportes, la agricultura o la industria, mitigando de forma rápida

todas las enfermedades no transmisibles que se presentan en el lugar de residencia de cada individuo. (42)

2.4 ESTILOS DE VIDA

Estilos de vida y determinantes sociales en salud, está definido como un conjunto de patrones de conducta relacionados con la salud que ha sido determinado por las elecciones que tienen las personas sobre las opciones que son acordes a las oportunidades. (43) De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente que está posibilitado o limitado por la situación social de una persona y de las condiciones de vida. (43)

En relación a los determinantes sociales de salud el estilo de vida lo dan las condiciones que se encuentran conforme a la persona, como puede ser su ingreso económico, su estrato socioeconómico, las condiciones en las que vive y se desarrolla naturalmente. (43)

De acuerdo a los estilos de vida adaptados, pueden presentarse enfermedades crónicas no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, las cuales tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales a partir de esto se tiene en cuenta que las personas o individuos que las poseen, cambian de manera significativa en su estilo de vida. (44)

Otros factores relacionados íntimamente relacionados con los estilos de vida son enfermedades no transmisibles en el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo de alcohol y las dietas no saludables las cuales aumentan el riesgo de morir a temprana edad. (44)

Las personas más vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que la de mayor posición social, sobre todo porque están más

expuestas a sustancias nocivas como lo puede ser el tabaco, la mala alimentación o un acceso ilimitado a los servicios de salud. (44)

El estudiar y conocer los determinantes sociales presentes como factores predictores de la adopción de estilos de vida promotores de salud, en una población determinada, permite generar insumos que pueden aportar elementos necesarios a considerar en la formulación de políticas públicas y programas, buscando el mayor impacto en cada una de ellas para la generación de conductas saludables en la población. (46)

2.5 DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN COLOMBIA

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, creada en el año 2005 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido dos grupos de determinantes: los estructurales y los intermediarios. En los determinantes estructurales incluyó los ingresos, la educación, el género, el grupo étnico, y la cohesión social relacionada con el capital social y en los determinantes intermediarios las condiciones de vida, las condiciones laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población y el sistema sanitario. (45)

Esta Comisión recomienda que las facultades de medicina evolucionen de un enfoque de riesgo a un enfoque poblacional y colectivo para aprender a formular adecuadas intervenciones en salud, para lo cual es pertinente que incluyan en sus programas académicos la enseñanza de los DSS. En este sentido, la Universidad de La Sabana incorporó en el plan de estudio la asignatura de DSS en noveno semestre, sin embargo, debido a la alta carga de práctica clínica en hospitales, en su mayoría distantes al campus universitario, los estudiantes muy frecuentemente llegaban tarde a la clase o no asistían a las clases. (45)

De acuerdo a esto los determinantes sociales de la salud que en su integralidad abordan elementos que intentan explicar que las desigualdades en que se manifiestan los resultados en salud para diversos grupos de la sociedad, dicen relación con las distintas posibilidades que tienen las personas de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud.(46) Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población.(46) Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta varían para cada grupo, haciéndolos más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad. (46)

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio transversal de análisis secundario utilizando la base de datos Encuesta Multipropósito 2017 (EM-2017).

3.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En la presente investigación se utilizó como fuente de datos la Encuesta Multipropósito 2017 (EM-2017) que surgió como una necesidad del Distrito Capital y el departamento de Cundinamarca para dar continuidad a sus dos aplicaciones anteriores la Encuesta Multipropósito realizada en 2011 (EMB-2011) y la EM - 2014, que fueron resultado de la unificación de los contenidos temáticos de la Encuesta de Capacidad de Pago 2004 y las Encuestas de Calidad de Vida 1991, 1993, 2003 y 2007, que profundizan en aspectos de

cobertura, calidad y gasto de los hogares en servicios públicos domiciliarios, mercado laboral y condiciones de vida a nivel de la ciudad.

La EM-2017 aborda una diversidad de temas que inciden en las condiciones de vida de las personas que habitan en el Distrito Capital y en 37 municipios del departamento de Cundinamarca. El formulario de la encuesta consta de 13 capítulos y un total de 362 preguntas.

Para el presente trabajo, se filtró la EM-2017 en función de los objetivos planteados, se escogieron 42 variables agrupadas en cinco categorías: demográficas, socioeconómica, salud, empleo, medio ambiente y estilos de vida.

En la tabla 1 se presenta la fuente de los datos, filtrado para la investigación: unidad de análisis, muestra y las variables utilizadas para realizar el análisis divididas por categorías.

Tabla 1. Descripción de los datos

1. Fuente de datos	Base de datos EM-2017
2. Unidad de análisis	Individuos mayores de 18 años de la ciudad de Bogotá pertenecientes a la localidad Suba
3. N (Tamaño muestral)	18.135 registros
4. Variables incluidas en el análisis	
VARIABLE	RESPUESTA
CATEGORÍAS DEMOGRÁFICAS	

Estado civil	Unión libre Está viudo Separado o divorciado Soltero Casado
Sexo	Hombre Mujer
Edad	18-20 21-25 26-30 31-35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 61-65 62-70 71-75 76-80 81-85 85-90 91-95 96-100 101-105

CATEGORIA POSICIÓN SOCIOECONOMICA

Tipo de vivienda	Casa Apartamentos Cuarto(s)
Estrato	Recibos sin estrato o el servicio es pirata Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6 No conoce el estrato o no cuenta con recibo de pago.
Cuántas personas componen este hogar	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12
La vivienda ocupada por este hogar es:	Propia, totalmente pagada Propia, la están pagando En arriendo, subarriendo o leasing En usufructo Otra forma de tenencia

<p>Incluyendo sala y comedor ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</p>
<p>¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas del hogar?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?</p>	<p>En un espacio dedicado solo para cocinar En un cuarto usado también para dormir En una sala comedor En un patio, corredor, enramada, al aire libre En ninguna parte</p>

<p>La cocina o sitio para preparar alimentos es:</p>	<p>De uso exclusivo de las personas del hogar Compartida con personas de otros hogares</p>
<p>¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?</p>	<p>Electricidad Gas natural conectado a red pública Gas propano Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol Carbón de leña Leña, madera Material de desecho</p>
<p>¿La vivienda presenta humedades en el techo o en las paredes?</p>	<p>Si No No Sabe</p>
<p>¿La vivienda presenta peligro de derrumbe, avalancha o deslizamiento?</p>	<p>Si no no sabe</p>
<p>¿En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?</p>	<p>Si No</p>
<p>¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?</p>	<p>Si No</p>

<p>¿Durante los últimos 12 meses las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios cuotas extraordinarias de administración o comunitarias por la vivienda que ocupa el hogar?</p>	<p>Si No</p>
<p>¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda? Energía eléctrica</p>	<p>Si No</p>
<p>Nivel educativo</p>	<p>Primaria Bachillerato Técnico Universitario Especialización Maestría Doctorado Ninguno</p>
<p>Transporte</p>	<p>Si</p>
<p>Alimentos gratuitos en el establecimiento educativo</p>	<p>Si No</p>
<p>¿El mes pasado recibió subsidio familiar en dinero?</p>	<p>Si No</p>

CATEGORÍAS DE SALUD	
¿Ha participado en acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a)?	Si No
¿Está afiliado(a) (cotizante o beneficiario(a) a alguna entidad de seguridad social en salud?	Si No No sabe, no informa
Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud	Enfermedades no transmisibles: Enfermedades cardiovasculares, hipertensión Enfermedades respiratorias, bronquitis Insuficiencia renal Enfermedad de los huesos, lesiones Enfermedades mentales, trastornos de conciencia.
El estado de salud en general es:	Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

CATEGORÍAS DE EMPLEO	
¿El mes pasado recibió ingresos por concepto de horas extras?	Si No No sabe, no informa

<p>¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?</p>	<p>Trabajando Buscando trabajo Estudiando Oficios del hogar Incapacitado Otra actividad</p>
<p>En este trabajo es:</p>	<p>Obrero o empleado de empresa particular. Obrero o empleado del gobierno. Empleo doméstico. Profesional independiente. Trabajador independiente por cuenta propia. Patrón o empleador Trabajador de su propia finca o de finca de arriendo o aparcería. Trabajador familiar sin remuneración. Ayudante sin remuneración. Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares. Jornalero o peón.</p>
<p>¿Para realizar este trabajo, tiene usted algún tipo de contrato?</p>	<p>Verbal Escrito No sabe, no informa</p>
<p>¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?</p>	<p>A término indefinido A término fijo No sabe, no informa</p>
<p>¿Normalmente utiliza transporte de la</p>	<p>Si</p>

empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil) particular u oficial?	No
¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente en ese trabajo?	1-20 Horas 21-40 Horas 41-60 Horas 61-80 Horas 81-100 Horas 105-120 Horas

CATEGORÍAS DE MEDIO AMBIENTE	
El agua para preparar los alimentos (o beber) la obtienen principalmente de:	Acueducto público Acueducto comunal o veredal Pozo con bomba Pozo sin bomba, jagüey Agua lluvia Río, quebrada, manantial o nacimiento Pila pública, aguatero Carrotanque Agua embotellada o en bolsa
Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:	Muy buenas Buenas Regulares Malas Muy malas
¿Cuáles de los siguientes problemas presenta el sector donde está ubicada su vivienda?	Ruido Inseguridad Malos olores Generación y manejo inadecuado de las

	basuras Cuenta de insectos, roedores o animales que causen molestia
--	--

CATEGORÍAS ESTILO DE VIDA	
¿Cuánto tiempo gasta caminando en promedio las personas de este hogar para llegar a los siguientes servicios o establecimientos más cercanos a la vivienda? (paradero de transporte público) buses, busetas o colectivos(minutos)	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10
	11
	12
	13
	14
	15
	16
	17
	18
	19
	20
	23
	25
	26

	<p>27</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>39</p> <p>40</p> <p>45</p> <p>46</p> <p>50</p> <p>54</p> <p>55</p> <p>56</p> <p>58</p> <p>60</p> <p>70</p> <p>80</p> <p>90</p> <p>98</p> <p>99</p> <p>100</p> <p>120</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿cuántas veces por semana practicó deporte o realizó actividad física por 30 minutos continuos o más?</p>	<p>3 o más veces por semana</p> <p>1 a 2 veces por semana</p> <p>Menos de una vez a la semana</p> <p>No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes</p>

¿Ha fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días?	Si No
¿Fuma todos los días?	Si No
¿Cuántos cigarrillos al día?	1 cigarrillo 2 cigarrillos 3 cigarrillos 4 cigarrillos 5 cigarrillos 6 cigarrillos 7 cigarrillos 8 cigarrillos 9 cigarrillos 10 cigarrillos 12 cigarrillos 15 cigarrillos 18 cigarrillos 20 cigarrillos 25 cigarrillos 30 cigarrillos 40 cigarrillos
¿Durante los últimos 7 días las personas de este hogar gastaron dinero en: ¿bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabaco?	Si No

3.3 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Se eligieron las variables de acuerdo a las disponibilidad en la base de datos de la encuesta multipropósito 2017, primero se fusionaron todos los capítulos de la

base de datos utilizando como llave el campo con el nombre DIRECTORIO, el cual identificaba la vivienda en cada uno de los capítulos obteniendo 319.952 registros, segundo se eliminaron los datos que no pertenecían a la localidad de suba filtrando por el campo CODLOCALIDAD, con los registros que tienen el código 11 el cual identifica la localidad de suba el total de registros que se obtuvieron fue 22.604, tercero se realizó un filtro por el rango de edad, dejando los mayores de 18 años obteniendo 18,135 registros con 0 vacíos esto se realizó en base a la columna NPCEP4 del capítulo E, el siguiente paso fue dejar solo las variables seleccionadas para nuestro estudio y se verificaron los vacíos en cada una de ellas.

Se agregó una columna llamada ESTADO CIVIL donde se agruparon las respuestas 1 y 2, que se refieren a unión libre con solo valor 1, hemos agregado una columna con nombre NIVEL EDUCATIVO donde se agruparon las respuestas 2 y 3 en primaria, 4 y 5 bachillerato, 6,7 y 8 técnico, 9 universitario, 10 y 11 especialización, 12 y 13 maestría y 14 y 15 doctorado.

Se agregó una columna llamada HORAS DE TRABAJO SEMANALES donde se categorizaron de a 20 horas; para mejorar el entendimiento de las gráficas se ha incluido una columna en el cual se agrupan las edades por quinquenios, empezando por 18 a 20, 21 a 25 y así sucesivamente.

Se desarrollaron gráficas y tabulación de los datos, para cada una de las preguntas de esta investigación, especificando el valor de cada una de sus respuestas en porcentaje y frecuencia absoluta, recordando que se obtuvieron 18,135 registros que es el total de la población que contestó esta encuesta.

En la categoría demográficas y categoría medio ambiente toda la población respondió todas las variables, no se encuentra ningún vacío.

En la categoría de salud se encontraron respuestas vacías lo cual indica que no toda la población objetivo contestó esta variable: ¿ha participado en acciones de

promoción de salud y prevención de la enfermedad realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a)? (personas sin contestar 1114).

En la categoría de empleo se encontraron respuestas vacías lo cual indica que no toda la población objetivo contestó estas variables: ¿El MES PASADO recibió ingresos por concepto de horas extras? (personas sin contestar 10525), ¿En este trabajo es? (personas sin contestar 7001), ¿para realizar este trabajo, tiene usted algún tipo de contrato? (personas sin contestar 11196), ¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo? (personas sin contestar 11720) y ¿Normalmente utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil), particular u oficial? (personas sin contestar 10525).

En la categoría de posición socioeconómica se encontraron respuestas vacías lo cual indica que no toda la población objetivo contestó estas variables: ¿La cocina o sitio para preparar alimentos es:?(personas sin contestar 28), ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?(personas sin contestar 28), ¿Los servicios de acueducto, alcantarillado y recolección de basuras (aseo) los pagan entre varios hogares de esta u otras viviendas?(personas sin contestar 1449), ¿En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar? (personas sin contestar 10962), En un trayecto normal a su sitio de estudio, ¿cuáles medios de transporte utiliza: ¿Bus buseta o colectivo? (17914), ¿Recibe en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico? (personas sin contestar 15804), ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por ... y el último año o grado aprobado en este nivel? (personas sin contestar 2331) y El MES PASADO, recibió: ¿Subsidio familiar en dinero? (personas sin contestar 1525), ¿Estrato para tarifa? (personas sin contestar 12).

En la última categoría denominada estilos de vida se encontraron respuestas vacías lo cual indica que no toda la población objetivo contestó estas variables: ¿fuma todos los días? (personas sin contestar 16598) y ¿Cuántos cigarrillos al día? (personas sin contestar 17176).

3.4 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La metodología de análisis de la información en esta investigación se realizó en una fase mediante estadística descriptiva en donde se exploró, resumió y revisó al detalle en función de las frecuencias de ocurrencia y proporciones los resultados obtenidos para cada una de las variables de estudio.

3.5 CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación está basada en las consideraciones éticas constituidas por la Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en el capítulo 2 de esta resolución encontramos la investigación en comunidades la cual es fundamental para nuestra investigación teniendo en base la caracterización de la población y las encuestas a realizar en base a esto la investigación tiene una clasificación sin riesgo, debido que, son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan de la investigación en curso.(47)

3.6 CRONOGRAMA

Metodología	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Inducción del anteproyecto						
"metodología de Postulación proyecto"						

investigación "						
Reunión de los artículos "Determinant es sociales de la salud"						
Planteamient o del problema y justificación						
Corrección del planteamient o del problema y justificación						
Reunión virtual y asignación de tareas individuales						
Realización del estado de arte						
Consideracio nes éticas						
Diseño metodológico						

Reuniones para las deudas correcciones						

3.7 Presupuesto

MATERIALES	VALOR UNITARIO
Papelería	70.000
Computador 1	1.200.000
Computador 2	1.400.000
Computador 3	1.200.000
Computador 4	1.200.000
Poster	40.000
Transporte	80.000
Otros	800.000
TOTAL	5.990.000

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 2. Categoría demográfica

CATEGORÍA DEMOGRÁFICAS		
¿Cuál es el estado civil actual de?		
Estado civil	FR	%
Unión libre	3164	3,88%
Está viudo	2520	3,09%
Separado o divorciado	5536	6,80%
Está soltero	31170	38,26%
Está casado	39078	47,97%

Sexo:		
Sexo	FR	%
Hombre	8133	44,85%
Mujer	10002	55,15%

¿Cuántos años cumplidos tiene?		
Edad	FR	%
18-20	1021	5,63%
21-25	1952	10,76%
26-30	1760	9,70%
31-35	1757	9,69%
36-40	1794	9,89%
41-45	1633	9,00%
46-50	1570	8,66%
51-55	1648	9,09%
56-60	1468	8,09%
61-65	1174	6,47%
62-70	899	4,96%
71-75	588	3,24%
76-80	418	2,30%
81-85	245	1,35%
85-90	142	0,78%
91-95	50	0,28%
96-100	14	0,1%
101-105	2	0,01%

Frente al abordaje se evidencia en la tabla 2 que la mayoría de la población su estado civil es casado/a con un porcentaje del 47,97% en comparación al estado de unión libre con un porcentaje de 3,88%. En relación con el sexo se evidencia mayor porcentaje en mujeres con un 55,15% que en hombres con un 44,85%.

En relación con la edad de la población se nota mayor porcentaje de 21-25 años con un 10,76% a comparación de 31-35 años con un porcentaje menor de 9,69%, sin embargo, es importante descartar que en la población están presentes personas con más de 100 años de edad.

Tabla 3. Categoría posición socioeconómica

CATEGORIAS POSICIÓN SOCIOECONOMICA		
Tipo de vivienda		
Tipo vivienda	FR	%
Casa	5,955	32,84%
Apartamento	11,972	66,02%
Cuarto (s)	208	1,15%
Estrato para tarifa		
Estrato	FR	%
Recibos sin estrato o el servicio es pirata	55	0,30%
Estrato 1	75	0,41%
Estrato 2	3,991	22,01%
Estrato 3	5,912	32,60%
Estrato 4	4,269	23,54%
Estrato 5	3,180	17,54%
Estrato 6	636	3,51%
No conoce el estrato o no cuenta con recibo de pago.	5	0,03%
¿Cuántas personas componen este hogar?		
N° de personas	FR	%
1	1711	9,43%
2	4117	22,70%
3	4791	26,42%

4	4631	25,54%
5	1836	10,12%
6	677	3,73%
7	207	1,14%
8	87	0,48%
9	47	0,26%
10	17	0,09%
12	6	0,03%
13	8	0,04%
La vivienda ocupada por este hogar es:		
La vivienda es	FR	%
Propia, totalmente pagada	8914	49,15%
Propia, la están pagando	2494	13,75%
En arriendo, subarriendo o leasing	5880	32,42%
En usufructo	540	2,98%
Otra forma de tenencia	307	1,69%
Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar? (excluya cocina, baños, garajes y los cuartos destinados a negocio)		
N° de cuartos	FR	%
1	332	1,83%
2	1227	6,77%
3	4282	23,61%
4	7820	43,12%
5	2990	16,49%
6	935	5,16%
7	345	1,90%
8	120	0,66%
9	46	0,25%
10	27	0,15%

11	11	0,06%
¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas del hogar?		
Personas por cuarto	FR	%
1	3537	19,50%
2	5992	33,04%
3	6930	38,21%
4	1319	7,27%
5	274	1,51%
6	63	0,35%
7	9	0,05%
8	3	0,02%
9	1	0,01%
10	7	0,04%
¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?		
Donde prepara los alimentos	FR	%
En un espacio dedicado solo para cocinar	18046	99,51%
En un cuarto usado también para dormir	40	0,22%
En una sala comedor	16	0,09%
En un patio, corredor, enramada, al aire libre	5	0,03%
En ninguna parte	28	0,15%
La cocina o sitio para preparar alimentos es:		
Sitio para preparar los alimentos	FR	%
De uso exclusivo de las personas del hogar	17888	98,79%
Compartida con personas de otros hogares	219	1,21%

¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?		
Qué utilizan para cocinar	FR	%
Electricidad	938	5,18%
Gas natural conectado a red pública	16329	90,18%
Gas propano	813	4,49%
Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol	1	0,01%
Carbón de leña	5	0,03%
leña, madera	19	0,10%
Material de desecho	2	0,01%
¿La vivienda presenta humedades en el techo o en las paredes?		
Humedades en la vivienda	FR	%
SI	3,141	17,32%
NO	14,842	81,84%
NO SABE	152	0,84%
¿La vivienda presenta peligro de derrumbe, avalancha o deslizamiento?		
Peligros en la vivienda	FR	%
SI	121	0,67%
NO	17,847	98,41%
NO SABE	167	0,92%
¿En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?		
Se quedaron sin alimentos	FR	%
SI	385	2,12%
NO	17,750	97,88%
¿En los últimos treinta (30) días, por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?		
Han tenido que disminuir la	FR	%

cantidad de alimentos		
SI	157	0,87%
NO	7,016	38,69%
¿Durante los últimos 12 meses las personas de este hogar compraron o pagaron uno o más de los siguientes bienes o servicios cuotas extraordinarias de administración o comunitarias por la vivienda que ocupa el hogar?		
Cuotas	FR	%
SI	1,863	10,27%
NO	16,272	89,73%
¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda? Energía eléctrica		
Servicios públicos	FR	%
SI	18,123	99,87%
NO	24	0,13%
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y el último año o grado aprobado en este nivel?		
Nivel educativo	FR	%
Primaria	1,756	9,68%
Bachillerato	4,303	23,73%
Técnico	2,644	14,58%
Universitario	4,399	24,26%
Especialización	1,774	9,78%
Maestría	728	4,01%
Doctorado	23	0,13%
Ninguno	177	0,98%
En un trayecto normal a su sitio de estudio, ¿cuáles medios de transporte utiliza: bus, buseta o colectivo?		
Transporte	FR	%
SI	221	1,22%
¿Recibe en el establecimiento educativo, alimentos (desayunos, medias		

nueves, refrigerios, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?		
Alimentos gratuitos en el establecimiento educativo	FR	%
SI	49	0,27%
NO	2,282	12,58%
¿El mes pasado recibió subsidio familiar en dinero?		
Subsidio familiar	FR	%
SI	369	2,03%
NO	7,241	39,93%

Al analizar los resultados se evidencia según la tabla 3 que la mayoría de la población utiliza como tipo de vivienda el apartamento con un porcentaje de 66,02% diferencia a la población que utiliza casa con un porcentaje de 32,84%. Logrando identificar que el mayor número que conforma una familia es de 3 personas con un porcentaje de 26,42%.

Se logra evidenciar que la vivienda ocupada por este hogar está con mayor porcentaje en vivienda propia totalmente pagada con un 49,15% a comparación de la población que utiliza arriendo con un porcentaje menor de 32,42% posteriormente.

En relación con las personas que preparan los alimentos del hogar en espacio dedicado solo para cocinar con un mayor porcentaje de 99,51% siendo un espacio adecuado a comparación de una sala comedor con un mínimo porcentaje de 0,09% siendo este un espacio inadecuado para realizar la preparación de los alimentos.

El sitio para preparar los alimentos que es de uso exclusivo de las personas del hogar con un 98,79%, relacionándolo con el tipo de energía o de combustible que se utiliza principalmente en el hogar es de gas natural conectado a red

pública con un 90.18% en comparación al tipo de carbón de leña y material de desecho con un mínimo porcentaje como 0,03% y 0,01% posteriormente.

En la variable de estrato socioeconómico nos muestra que la mayoría de nuestra población objetivo está rondando entre los estratos 2 (22,01%), 3 (32,60%) y 4 (23,54 % posteriormente); seguidos por los estratos 5 (17,54%) y 6 (3,51%), en comparación con el estrato 1 (0,41% aproximadamente) y con la población que refirió que tiene recibos sin estrato o el servicio es pirata (0,30%).

Se evidencio que en la población objetivo el nivel educativo se encuentra desde ningún estudio hasta un Doctorado, donde se muestra con un mayor porcentaje en el nivel educativo universitario con un porcentaje del 24,26%, en comparación con los demás niveles educativos.

Tabla 4. Categoría de salud

CATEGORÍAS DE SALUD		
¿Ha participado en acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad realizadas por la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a)?		
Actividades de P y P	FR	%
Si	1378	8%
No	15613	92%
¿Está afiliado(a) (cotizante o beneficiario(a) a alguna entidad de seguridad social en salud?		
Afiliación a EPS	FR	%
Si	17171	95%
No	848	5%
No sabe, no informa	116	1%
Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud		
Enfermedades no transmisibles	FR	%

Enfermedades cardiovasculares, hipertensión	2270	13%
Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema	607	3%
Insuficiencia renal	245	1%
Enfermedades digestivas, úlcera gástrica	1233	7%
Enfermedades de los huesos, lesiones	1389	8%
Diabetes	645	4%
Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia	231	1%
El estado de salud en general es:		
Estado de salud	FR	%
Muy bueno	3389	19%
Bueno	12223	67%
Regular	2305	13%
Malo	192	1%
Muy malo	26	0%

Al analizar los resultados para la categoría de salud evidenciamos que la población cuenta con un mayor porcentaje en la no asistencia en las actividades de promoción y prevención que son guiadas por la entidad promotora de la salud con un porcentaje de 92% a comparación de la población que sí asiste a dichas actividades con un mínimo porcentaje de 8%.

En relación de sí está afiliado o no a alguna entidad de seguridad social en salud logramos obtener un porcentaje del sí con un 95% en comparación al no con un 5%

En relación con las enfermedades no transmisibles prevalecen con mayores porcentajes las enfermedades cardiovasculares con un 13% seguido de enfermedades de los huesos con un 8% y enfermedades digestivas, úlcera gástrica con un 7% comparándolas con menores porcentajes como enfermedades mentales, trastornos de la conciencia e insuficiencia renal con un 1%.

En relación con el estado de salud en general de la población el mayor porcentaje fue de estado de salud bueno con un 67% y muy bueno con un 19% en comparación a menores porcentajes que se ubican en el estado de salud regular con un 13% y malo con un 1%.

Tabla 5. Categoría de empleo

CATEGORÍAS DE EMPLEO		
¿El mes pasado recibió ingresos por concepto de horas extras?		
Ingresos horas extras	FR	%
Si	372	4,89%
No	6974	91,64%
No sabe, no informa	264	3,47%
¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?		
Ocupación	FR	%
Trabajando	10583	58,36%
Buscando trabajo	744	4,10%
Estudiando	1551	8,55%
Oficios del hogar	3558	19,62%
Incapacitado	606	3,34%
Otra actividad	1093	6,03%
En este trabajo es:		
Cargo	FR	%
Obrero o empleado de	6863	61,64%

empresa particular		
Obrero o empleado del gobierno	485	4,36%
Empleo doméstico	231	2,07%
Profesional independiente	1378	12,38%
Trabajador independiente o por cuenta propia	1865	16,75%
Patrón o empleador	242	2,17%
Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo o aparcería	23	0,21%
Trabajador familiar sin remuneración	8	0,07%
Ayudante sin remuneración	3	0,03%
Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	5	0,04%
Jornalero o peón	31	0,28%
¿Para realizar este trabajo, tiene usted algún tipo de contrato?		
Tipo de contrato	FR	%
Verbal	373	5,38%
Escrito	6415	92,45%
No sabe, no informa	151	2,18%
¿El contrato de trabajo es a término indefinido o a término fijo?		
Término del contrato	FR	%
A término indefinido	5128	79,94%
A término fijo	1153	17,97%
No sabe, no informa	134	2,09%
¿Normalmente utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus, automóvil), particular u oficial?		

Transporte de la empresa	FR	%
Si	470	6,18%
No	7140	93,82%
¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente en ese trabajo?		
N° de horas	FR	%
1-20 Horas	872	7,83%
21-40 Horas	3390	30,45%
41-60 Horas	6280	56,40%
61-80 Horas	431	3,87%
82-100 Horas	105	0,94%
105-120 Horas	56	0,50%

Frente al abordaje del análisis se puede evidenciar que la relación con la mayor parte del tiempo que utiliza la población es trabajando con un porcentaje de 58,36% y en menor porcentaje es buscando trabajo con un 4,10%. Teniendo un trabajo como obrero o empleado de una empresa particular se evidencia mayor porcentaje de la población con 61,64% diferencia a un menor porcentaje que es ayudante sin remuneración con un 0,03%.

Se hizo una relación con la población en la que refirieron tener un contrato las cuales fueron el 6415 de la población y no el total de la población, por ende no todos los que trabajan tienen su debido contrato, evidenciamos que la población que refirieron tener contrato el mayor porcentaje es contrato escrito con un 92,45% a comparación de verbal que es un porcentaje mínimo con un 5,38%, al referir en que si es a término indefinido o fijo, la mayoría de los contratos son a término indefinidos con un mayor porcentaje de 79,94% teniendo en cuenta la población que es de 5128 y a término fijo con un valor menor de un 17,97% con una población de 1153, todo esto teniendo en cuenta que es la misma población que contestó tener un contrato, posteriormente estas personas que están trabajando y tienen un contrato escrito tienen todas las garantías de ley.

Logrando identificar que la mayoría de la población no recibe ingresos por horas extras con un porcentaje de 91,64% en comparación con la población que si las recibe con un porcentaje menor de 4,89% posteriormente.

Se muestran las variables del sí y el no para el caso que, si utiliza transporte para el desplazamiento al trabajo, al analizarlas vemos que la variable no, no utiliza transporte y se obtiene un mayor porcentaje de 93,82% a comparación que la población que si utiliza transporte logra obtener un porcentaje menor de 6,18%.

Tabla 6. Categoría de medio ambiente

CATEGORÍAS DE MEDIO AMBIENTE		
El agua para preparar los alimentos (o beber) la obtienen principalmente de:		
Preparación de alimentos	FR	%
Acueducto público	17,124	94,43%
Acueducto comunal o veredal	320	1,76%
Pozo con bomba	212	1,17%
Pozo sin bomba, jagüey	19	0,10%
Agua lluvia	9	0,05%
Río, quebrada, manantial o nacimiento	5	0,03%
Pila pública, aguatero	14	0,08%
Carrotanque	288	1,59%
Agua embotellada o en bolsa	144	0,79%
Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:		
Condiciones del hogar	FR	%
Muy buenas	4,459	24,59%

Buenas	12,026	66,31%
Regulares	1,586	8,75%
Malas	61	0,34%
Muy malas	3	0,02%
¿Cuáles de los siguientes problemas presenta el sector donde está ubicada su vivienda?		
Problemas en la vivienda	FR	%
Ruido	5,382	29,68%
Inseguridad	7,888	43,50%
Malos olores	3,318	18,30%
Generación y manejo inadecuado de las basuras	2,042	11,26%
Cuenta de insectos, roedores o animales que causen molestia	2,660	14,67%

Al analizar los resultados de la categoría medio ambiente se puede observar que el agua para preparar los alimentos se obtiene principalmente del acueducto público con un mayor porcentaje de 94,43% seguido de acueducto comunal o veredal con un 1,76% siendo un valor positivo para la población, en relación con agua lluvia siendo el menor porcentaje de 0,05%, seguido por el agua de río y quebrada con un porcentaje de 0,03%, volviéndose un valor negativo para la población.

En relación con las condiciones de vida del hogar y los problemas que presenta el sector donde está ubicada la vivienda se encuentra que la mayoría de la población las condiciones son buenas demostrado con un porcentaje de 66,31% a comparación con las malas condiciones teniendo un porcentaje del 0,34%, teniendo en cuenta el valor negativo del coeficiente de los problemas en la vivienda donde se presenta una gran inseguridad con un 43,50%, seguido por la

generación de mucho ruido (29,68%) y la presencia de malos olores con un 18,30%.

Tabla 7. Categoría estilos de vida

CATEGORÍAS ESTILOS DE VIDA		
¿Cuánto tiempo gastan caminando en promedio las personas de este hogar para llegar a los siguientes servicios o establecimientos más cercanos a la vivienda?: 3. Paradero de transporte público (buses, busetas o colectivos)		
Minutos		
Promedio de tiempo	FR	%
1	435	2,40%
2	1.066	5,88%
3	1,309	7,22%
4	561	3,09%
5	6,375	35,15%
6	179	0,99%
7	256	1,41%
8	197	1,09%
9	15	0,08%
10	3,722	20,52%
11	1	0,01%
12	93	0,51%
13	8	0,04%
14	30	0,17%
15	1,724	9,51%
16	21	0,12%
17	12	0,07%
18	16	0,09%

19	11	0,06%
20	762	4,20%
23	7	0,04%
25	107	0,59%
26	2	0,01%
27	6	0,03%
29	1	0,01%
30	456	2,51%
33	4	0,02%
34	4	0,02%
35	32	0,18%
36	7	0,04%
39	5	0,03%
40	107	0,59%
45	97	0,53%
46	5	0,03%
49	2	0,01%
50	33	0,18%
54	1	0,01%
55	3	0,02%
56	4	0,02%
58	3	0,02%
60	138	0,76%
70	3	0,02%
80	4	0,02%
90	53	0,29%
98	13	0,07%
99	198	1,09%
100	2	0,01%

120	45	0,25%
En los últimos 30 días, ¿cuántas veces por semana practicó deporte o realizó actividad física por 30 minutos continuos o más?		
Actividad física	FR	%
3 o más veces por semana	4314	23,79%
1 a 2 veces por semana	4067	22,43%
Menos de una vez a la semana	1625	8,96%
No practicó deporte ni tuvo actividad física en el mes	8129	44,82%
¿Ha fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días?		
Fuma	FR	%
Si	1537	8,48%
No	16598	91,52%
¿Fuma todos los días?		
Fuma todos los días	FR	%
Si	959	62,39%
No	578	37,61%
¿Cuántos cigarrillos al día?		
Cigarrillos al día	FR	%
1 cigarrillo	86	8,97%
2 cigarrillos	146	15,22%
3 cigarrillos	139	14,49%
4 cigarrillos	122	12,72%
5 cigarrillos	144	15,02%
6 cigarrillos	49	5,11%
7 cigarrillos	21	2,19%
8 cigarrillos	18	1,88%

9 cigarrillos	4	0,42%
10 cigarrillos	162	16,89%
12 cigarrillos	6	0,63%
15 cigarrillos	17	1,77%
18 cigarrillos	1	0,10%
20 cigarrillos	34	3,55%
25 cigarrillos	2	0,21%
30 cigarrillos	7	0,73%
40 cigarrillos	1	0,10%
¿Durante los últimos 7 días las personas de este hogar gastaron dinero en: ¿bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabaco?		
Compra de bebidas o cigarrillos	FR	%
Si	2363	13,03%
No	15772	86,97%

Al analizar los resultados de la Tabla 7 logramos evidenciar que la mayoría de la población no practica ningún deporte obteniendo un porcentaje de 42,82% a diferencia de las personas que lo practican, pero en un mínimo tiempo y porcentaje, siendo de un 8,96%. En relación con el consumo del cigarrillo se evidencia que el 91,52% no ha fumado en los últimos 30 días y el 8,48% si lo ha hecho, de este porcentaje el 62,39% fuma todos los días, de estos el 16,89% fuma 10 cigarrillos diarios.

Relacionado con las personas del hogar que gastan dinero en bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabaco, un 86,97% negaron hacerlo, solo un 13,03% refirieron gastar dinero en estos productos.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta búsqueda se hace presente la necesidad de una relación permanente de los determinantes sociales en la salud en la localidad de Suba, logrando identificar las condiciones de vida, salud y enfermedad de la población. Posterior a esto se realizó un análisis desde la literatura para lograr comprender el impacto en una población de acuerdo a las condiciones anteriormente nombradas y encontradas en esta investigación.

4.2.1 Categoría posición socioeconómica

En el transcurso de la investigación se evidencio diferentes variables ampliamente afectadas que van correlacionadas con los determinantes sociales de la salud, de acuerdo a esto se puede evidenciar que la población con mayor porcentaje habita en apartamento de tres habitaciones y así mismo aumentando la tasa de personas que se encuentran en arrendamiento debido a la pobreza que se ha ido encaminando en el país, ya que muchas veces el ingreso económico de los núcleos familiares o familias conformadas o demás no es consistente con sus gastos .(49)

Según Nulderman, la vivienda digna no solo se caracteriza por el otorgamiento de un lugar habitable, o en ser un hecho meramente material, sino que, se debe tener en cuenta que este concepto se encuentra ligado con los caracteres fundamentales como lo son igualdad, la dignidad, la salud, la intimidad, el desarrollo de la personalidad, la educación, el bienestar de los menores de edad y de los adultos mayores y otro más que pueden llegar a habitar en esta misma.(49) Dentro del marco normativo regulador de vivienda digna en Colombia podemos encontrar que la ley 49 de 1990 menciona la obligación que tienen las cajas de compensación familiar frente a la creación de fondos para subsidios de vivienda, en el cual otorgará en dinero o en especie como forma de financiación de la vivienda de interés social , para así acceder a una vivienda propia para diferentes núcleos familiares en diferentes sectores en los cuales se pueden desarrollar estos proyectos de vivienda.(49)

La ley 546 de 1999 la cual menciona que éste establece un sistema de financiación de viviendas a largo plazo con el fin de hacer efectivo el derecho a la vivienda digna, teniendo como objetivos resguardar el patrimonio de las familias, preservar y fomentar el ahorro para la construcción y financiación de 28 viviendas, proteger a los usuarios de los créditos de vivienda, facilitar el acceso a la vivienda en condiciones de equidad, con la cual todas las familias de Colombia podrán tener acceso a vivienda sin importar el sector o el estrato socioeconómico al que pertenezcan.(49)

En comparación con los porcentajes evidenciados en la encuesta multipropósito del 2017 se logra observar que la mayoría de personas encuestadas habitan en apartamentos arrendados con un porcentaje de 62,02%, si tenemos en cuenta el sector donde están ubicados estos pertenecen al estrato socioeconómico 2 (22.01%),3 (32,60%),4 (23,54%) en donde el acceso a servicios públicos como agua para diferentes usos, gas natural para las actividades de cocina y alimentación, energía eléctrica son factibles, esto dando relevancia al acceso a educación que puede existir dentro del área en donde está ubicada la vivienda, ya que muchas veces el acceso a educación puede resultar en menor ingreso económico ya que muchas veces esto influye en el cargo laboral que desempeñan las personas, se tiene en cuenta que los ingresos generados por las personas se distribuye en diferentes necesidades básicas como la vivienda, servicio y alimentación.(49)

El acceso a una vivienda digna ha sido una falencia en casi todas las comunidades ya que la población tiene trabajos sin contratos dignos, salarios pobres y la mayoría de las veces no cuentan con uno y se dedican a realizar tareas independientes como vendedores informales haciendo que la población cuente con más necesidades básicas insatisfechas. (49)

4.2.2. Categoría salud

De acuerdo a lo evidenciado en la Encuesta Multipropósito - 2017, la población cuenta con un mayor porcentaje en la no asistencia en las actividades de promoción y prevención guiadas por entidad promotora de la salud, logra desencadenar un aumento en las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas, úlceras gástricas y enfermedades respiratorias) siendo esto como un factor predisponente para un tratamiento prolongado. (50)

De acuerdo a la percepción de las personas sobre su estado de salud es reflejo de su calidad de vida, es decir, ante una peor percepción menor calidad de vida; se han reportado diferencias en la percepción que los individuos tienen de su estado de salud según con el sexo, la cultura, el medio en que se desarrollan, el estado socioeconómico, el nivel de educación, entre otros, independientemente de su condición de salud o enfermedad.(50) En el estudio realizado por Rojas (51) se evidencio que el 95 % de la población colombiana reportó su estado de salud actual completamente buena. Como hallazgos relevantes del estudio en la población colombiana, el autor Restrepo (51) dice que, la alteración más frecuentemente reportada por los colombianos calidad de vida y salud es la presencia de “moderado dolor o malestar”, referida en su mayoría por las mujeres, seguida por estar “moderadamente angustiado o deprimido”, que en general, fue más frecuentemente referida entre los hombres. (51)

Las enfermedades crónicas no transmisibles evidenciadas en la encuesta multipropósito 2017 nos muestra un porcentaje de 13% para las enfermedades cardiovasculares que se presentan más comúnmente en la población encuestada, tomando en cuenta que las enfermedades crónicas se definen como procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad.(51)

Se debe tomar en cuenta el reto que representan estas enfermedades crónicas no transmisibles para los servicios de salud y para el sistema de salud colombiano, ya que existe un gran número de casos afectados, con sus conocidas tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, porque son la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el costo de su tratamiento médico y el de su posteriores rehabilitación o terapias necesarias.(52) Su emergencia como problema de salud pública sigue siendo el resultado de varios factores correlacionados como cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modificaron el estilo y condiciones de vida de la población.(52) Según las estadísticas de la OMS, más de 40 millones de personas mueren anualmente por ECNT, y son las principales causas de fallecimiento, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).(51)(52) Estos cuatro grupos de padecimientos son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como: la urbanización rápida y no planificada, la generalización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. (52)

Tomando en cuenta el costo que generan estas ECNT, que generalmente van aumentando debido a los diferentes avances tecnológicos y la investigación médica que se realiza a diario para mejorar las condiciones de la enfermedad de cada paciente, para así diagnosticar dichas enfermedades de manera pertinente y rápida.(53) El cálculo de los costos permite medir la productividad, la eficacia en el uso de los recursos y la viabilidad de los diferentes tipos de contratación con las Entidad Promotora de la Salud (EPS).(53)

Por otra parte, se ha demostrado que la inversión en prevención y control de las enfermedades cardiovasculares reduce la frecuencia de ataques al corazón y los

accidentes cerebrovasculares y, por consiguiente, la carga resultante de la discapacidad y la pérdida de vidas humanas, lo que redundaría en beneficios económicos notorios.(53) Se debe tomar en cuenta que en Colombia existe reglamentación sobre un mínimo de servicios que deben cumplir las EPS, donde se toman en cuenta el régimen contributivo y subsidiado, para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de interés en salud pública entre las cuales figuran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus 2, por ser de alta prevalencia y generar complicaciones más graves que la propia enfermedad a corto y largo plazo en la población Colombiana.(53)

Si analizamos de manera concisa los costos que ocasionan estas ECNT, debemos hablar de igual manera los costos por incapacidad que se generan y cómo esto tiene un impacto tanto en la vida del paciente como en la economía del cuidador, los gastos familiares para el cuidado de pacientes con ECNT, generan un menor ingreso para necesidades básicas tales como comida, vivienda y educación: requisito básico para escapar de la pobreza. Se estima que cada año unos cien millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a la demanda de los costos de los servicios de salud de parte de familiares y pacientes. (54)

Este tipo de enfermedades no diferencian entre nivel de ingreso económicos, afectando de esta manera la población más pobre, la cual posee un mayor riesgo de morir prematuramente debido a una ECNT, al tener un menor acceso a servicios de salud de calidad o el ingreso económico para de esta manera poder afiliarse a una EPS, lo cual a su vez se traduce en diagnósticos más tardíos y peor cuidado de la enfermedad.(54) Esto impacta significativamente, y de manera negativa, en la economía familiar a largo plazo; empeorando la situación de precariedad de las familias más necesitadas.(54)

4.2.3. Categoría empleo

El empleo y los trabajadores forjan la base económica y productiva de un país, incluso podría decirse que son un elemento esencial para el sostenimiento y desarrollo de cualquier sociedad.(55) Además de lo anterior, el empleo y todo lo que este conlleva actúa como elemento de integración social, ya que permite mejorar los niveles de bienestar personal, social, y sobre todo familiar de un trabajador.(55) La nueva fuerza laboral, los beneficios económicos ya no son suficientes para calificar un trabajo como deseado, sino que le dan una gran importancia a la flexibilidad en la jornada y a los incentivos que los impulsen a obtener mejores resultados. En las últimas décadas han aumentado las dificultades para conciliar trabajo y familia. (55)

Varios son los factores que concurren para esto como, por ejemplo, el aumento de la participación femenina en la fuerza laboral, los cambios en la estructura de las familias, el aumento de la economía informal que las deja sin protección social, la poca oferta de servicios públicos de cuidado infantil, la no compatibilidad entre el horario escolar y el laboral, las grandes distancias que separan la casa del local de trabajo y, finalmente, los horarios de trabajo poco flexibles, entre otros.(55) La disminución de la jornada laboral no solo beneficia a los empleadores como se podría pensar, está también favorece a los empleadores y al Estado; en lo que respecta a los trabajadores genera una gran cantidad de beneficios como bienestar, conciliación entre la vida laboral y familiar, disminución de problemas de salud y mejoramiento en sus relaciones sociales.(55) Relacionándolo directamente con el estudio se logra evidenciar que la mayoría de la población trabaja más horas según estipula normatividad colombiana, para el presente estudio el 91,64% de la población refiere no haber recibido la remuneración por horas extras, por otra parte informa la mayoría que trabaja de 41-60 horas semanales.(55)

El Código Sustantivo del Trabajo dice el artículo 161 dice que la duración máxima de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho horas al día y cuarenta y ocho a la semana, con respecto a esto se pudo evidenciar que las personas trabajan más

de estas horas y recibe un salario mínimo poco rentable para las necesidades básicas que tienen los trabajadores, a partir de esto se tiene que cuenta que en el artículo 134 de este mismo Código informa que el pago del trabajo suplementario o de horas extras y el del recargo por trabajo nocturno debe efectuarse junto con el salario ordinario del período en que se han causado, o a más tardar con el salario del período siguiente.(56) El trabajo en días festivos se remuneraba con un recargo del 75 % sobre el salario ordinario.(57) El recargo se aplicará si un domingo coincide con otro día de descanso remunerado.(57) El trabajo dominical es ocasional cuando se labore hasta dos domingos en el mes calendario, y habitual cuando se labore tres o más domingos.(56)

Teniendo en cuenta en el campo legislativo sobresalió la expedición de la Ley 789 de 2002, la cual combinó reformas al régimen laboral con políticas activas y pasivas a ser implementadas en el mercado laboral. En cuanto a las primeras, se destacan el incremento de la flexibilidad laboral mediante la ampliación de la jornada de trabajo, la reducción de recargos por horas extras y dominicales, y la disminución de la tabla indemnizatoria por despido injustificado de trabajadores.(57) Años más tarde, en 2006, se expidió la Ley 1010 que buscaba amparar la dignidad de los trabajadores, especialmente en relación con el acoso laboral; en el mismo año, se expidieron los decretos 4369 y 4588 de 2006 sobre empresas de servicios temporales y cooperativas de trabajo asociado.(57) El trabajo ordinario sería el realizado entre las seis y las veintidós horas, y el nocturno comprendido entre las veintidós y las seis horas.(57)

A partir de esto es importante tener en cuenta que el trabajador se sentirá con mayor tranquilidad si tuviera un salario justo ya que podría desempeñarse de manera óptima y eficiente en cada faceta de su vida, en cuanto a la conciliación entre la vida laboral y familiar permitiría al trabajador cumplir su rol de esposo/a, padre o madre, y todas las situaciones que ella implica como los son la realización de quehaceres del hogar, asistencia a reuniones escolares y citas médicas de su familia y ayuda en las tareas de sus hijos, lo que ayuda a fortalecer

el núcleo familiar que es esencial en la construcción social del país a partir de esto finalmente se tiene en cuenta que entre mejores condiciones laborales la población tendría positivos resultados en la salud.(55)

4.2.4 Categoría medio ambiente

Tomando en cuenta a la población encuestada, se pudo evidenciar que la molestia o incomodidad que presentan las personas y sus comunidades ante los malos olores irradiados por el no tratamiento de basuras, industrias, ríos contaminados, lagos, el sector agrícola, la industria de alimentos, las actividades ganaderas, mataderos y demás es grande ya que los desperdicios orgánicos afecta directamente a su salud y su convivencia, muchas veces estos desperdicios no son depositados en los lugares adecuados para su recolección o su disposición no es la correcta generando así disconfort en la comunidad.(58)

Además de esto se encontró que el porcentaje de inseguridad es alto, debemos tomar en cuenta que el medio ambiente está compuesto por ambientes privatizados, en donde salir es relativamente complicado o imposible, generando de esta forma exclusión y miedo, se tiene en cuenta que va generando un nivel más alto de estrés en la comunidad por lo tanto comenzaran a emerger nuevas poblaciones enfermas por diferentes factores, tanto por la inseguridad y el estrés provocado o por la mala higiene que se presenta en el sector, la cual atrae de manera rápida roedores generando que las bolsas de desperdicios de basura sean perforadas aumentando la contaminación y malos olores, si tenemos en cuenta esto podemos relacionarlo con el estrato socioeconómico en donde se presentan estos inconvenientes donde la mayoría de las personas no tienen un sitio adecuado para arrojar las basuras y no tienen un horario estipulado para hacerlo, a partir de esto se puede relacionar a los malos hábitos, el aumento de los problemas respiratorios, infecciones por vectores y la contaminación en el sector.(58)

De acuerdo a Bermúdez, Ramos y Rojas (58), los malos olores que emiten las industrias, ríos, lagos, el sector agrícola, la industria de alimentos, las actividades ganaderas, mataderos y actividades de compostaje que son de origen antropogénico suelen generar incomodidad y molestias en las comunidades.(58) Generalmente cuando estos olores generan desagrado, la contaminación odorífera está todavía en imprecisión, porque aunque bien se ha constituido qué se entiende por malos olores y que puede afectar a la comunidad en general, los olores no son algo que todas las personas perciban de la misma forma, es algo difuso e inespecífico.(58)

Se debe tener en cuenta que el medio ambiente es fundamental para el ser humano, ya que es este donde desempeña todo tipo de actividades tanto recreativas como laborales, pero muchas veces la misma actividad humana interrumpe con esto, por el uso inadecuado de las basuras y demás residuos orgánicos, los cuales en el transcurso de su manipulación generan malos olores o llaman diferentes insectos o roedores colocando en riesgo a la comunidad. (58)

La contaminación producida por olor, es una de las maneras de contaminación del aire más común, los malos olores son considerados como contaminantes sin criterio, de igual forma se ve afectada la convivencia en comunidad en los casos en los que los malos olores están presentes en las zonas residenciales, generando así reacciones a estos olores como náuseas o desagrado en diferentes ocasiones.(58) Podría decirse que los malos olores generalmente tienen compuestos aromáticos orgánicos los cuales a su descomposición genera olores fuertes los cuales pueden ingresar a las viviendas y afectar directamente a los habitantes de cada una de estas.(58) Bastan pequeñas cantidades (bajas o muy bajas concentraciones) para que sean percibidas por la nariz y genera incomodidad en las personas.(58)

4.2.5. Categoría estilo de vida

En cuanto a la población encuestada, se evidencio que la población no realiza actividad física dato que se correlaciona con estudios mundiales donde han demostrado que el sedentarismo prevalece en todas las edades, independiente de la situación económica, todas las formas de actividad física están asociadas con la educación, individuos con elevada escolaridad tienen mayor participación en actividades físicas comparados con los de menor escolaridad. (59)

En la población se encontró que al comparar el nivel de sedentarismo y fumar prevalece el hábito de la no realización de la actividad física, se tiene en cuenta que la mayoría de las personas fuman los días pero que no existe ninguna asociación o relación entre el consumo del cigarrillo con el sedentarismo.(59) Según el estudio realizado en Manizales reporta datos asociados al sedentarismo, como sobrepeso y obesidad y algún grado de hipertensión arterial, siendo mayor en hombres que en mujeres.(59)

En este mismo sentido otros estudios, muestran que el sedentarismo se adopta en la juventud y se mantiene a lo largo de la vida. De igual manera se muestra como los mayores descensos de niveles de actividad física se dan durante la adolescencia, y la inactividad aumenta de forma más lenta con el pasar de los años en toda la edad adulta. (60)

En cuanto a la actividad física de rutina relacionada con la caminata, se encuentra que las personas solo lo realizan cuando van camino al trabajo o en busca de transporte público (buses, busetas o colectivos) evidenciando que la población dura 5 minutos en la llegada a estos puntos y cuenta con un porcentaje de 35,15%. Según el estudio de González el dominio de transporte: caminar como medio de transporte. En el análisis bivariado el factor asociado positivamente con el cumplimiento de las recomendaciones sobre caminar como medio de transporte por parte de las mujeres fue pertenecer a una familia unipersonal o nuclear incompleta, en comparación con pertenecer a una familia extensa. En contraste, estar pensionada o dedicada a oficios del hogar tuvo una

asociación negativa con el cumplimiento de esta recomendación, en comparación con estar trabajando. (61)

En Colombia, este aumento en las prevalencias de caminar como medio de transporte y la tendencia estable de montar en bicicleta como medio de transporte, pueden estar parcialmente influenciados por factores como los cambios en los sistemas de transporte, los precios del combustible y las transformaciones en el medio ambiente físico construido. (61)

En relación con la población encuestada se logra evidenciar que un gran porcentaje fuma todos los días y es necesario recalcar que el 15,22% fuma 2 cajetillas al día. Según el estudio de Barreto, Bonilla y Calderón (62) afirman que los factores psicológicos y la vulnerabilidad ante el entorno crean la propensión de los adolescentes a iniciar el consumo de tabaco. (62) Además, parecen existir diferencias que determinan el curso de la adicción. Los datos sugieren que quienes inician el consumo más por su propia curiosidad que por la presión social tienden a adoptar el hábito sin plantearse la posibilidad de dejarlo. Por la complejidad y los múltiples factores que favorecen la iniciación en el consumo de cigarrillo, así como las consecuencias para la salud de los individuos y las consecuencias sobre el consumo de recursos de los sistemas de salud, es necesario intervenir en la población joven. (62)

El Ministerio de Salud (63) informa que, en los últimos años, las investigaciones han demostrado que el impacto negativo en la salud que tiene el fumar, va más allá de las enfermedades no transmisibles y otras consecuencias bien conocidas del consumo de tabaco. Ahora sabemos que el tabaco ayuda a aumentar la epidemia mundial de tuberculosis y empeora problemas como las enfermedades mentales, la infección por el VIH y el abuso del alcohol. (63) Es importante tener en cuenta que el hábito de fumar repercute considerablemente en la salud de las personas, las conlleva a adquirir enfermedades más rápido. El consumo de cigarrillo es resultado de distintos motivos, los cuales vinculan no solo el área

familiar, académica, laboral y social, sino otros factores como la cultura y la economía. (64)

5. CONCLUSIONES

- Se logra explorar los determinantes sociales de la salud en la localidad de Suba de acuerdo a las categorías propuestas.
- Se describió a la población de la localidad de Suba evidenciando que la mayoría de la población era de ingresos medios, con baja escolaridad, disminución en los empleos formales. Por medio de la literatura y en comparación con los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que esta población se encuentra vulnerable por la falta de oportunidades laborales o poder obtener un puesto de trabajo que le permita satisfacer sus necesidades.
- En la población se evidencio que las enfermedades encontradas en la localidad de suba fueron enfermedades crónicas no transmisibles que actualmente se encuentran presentes y en aumento por lo cual sigue generando nuevos retos para la salud pública donde la prevención y promoción de salud sigue siendo el arma fundamental para combatir lo anteriormente mencionado.
- Encontramos que la población estudiada no asiste a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La gran parte de la comunidad pertenece a los estratos socioeconómicos 2 y 3, teniendo en cuenta que el ingreso económico de los habitantes de esta localidad no logra cubrir con sus necesidades básicas (acceso a EPS, cotización de pensión, alimentación y vivienda digna),
- Referente al empleo se logra evidenciar que la comunidad presenta diferentes dificultades con respecto a las contrataciones, tienden a ser cortas, con unos ingresos muy bajos y con altas horas laborales, esto se pudo relacionar con los bajos niveles educativos que tiene la población, así limita su ingreso a trabajos formales.
- Respecto al medio ambiente se encontró que las viviendas presentan problemas en su entorno con respecto a la inseguridad y malos olores;

generando estrés y problemas de salud como enfermedades respiratorias, roedores y presencia de vectores.

- La caracterización es importante realizarla en grupos pequeños y similares desde los determinantes de salud para mejorar la toma de decisiones en políticas públicas.

6. REFERENCIAS

1. Gutiérrez D. García I. Gutiérrez M. Gilchrist R. Torres M. Montecino A. determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de

- concepción, chile [internet]. Scielo:2014 [Citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_06.pdf
- 2.Meza Z. Padilla D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano[internet]. Scielo: 2015 [citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
- 3.Ferrelli R. Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales[internet]. Scielo :2015[citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
4. Secretaria distrital de salud de Bogotá D.C. Diagnóstico sectorial de salud[internet]. Alcaldía mayor de Bogotá 2015 [citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Empalme%20del%20Sector%20Salud%2020122016/DIRECTIVA%2009%20DE%202015/1%20%20DIAGNOSTICO%20SECTORIAL%20DE%20SALUD.pdf>
- 5.Alcaldía mayor de Bogotá. Coeficiente de Gini para Bogotá y la región (2011 y 2014).Bogotá. 2016. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/8._coeficiente_de_gini_para_bogota_y_region.pdf
6. Alcaldía local de S. Diagnóstico local sectorial y documento de priorización. Alcaldía mayor de Bogotá. [internet]. septiembre de 2016. [citado el 05 de junio de 2020]. disponible en: <http://www.gobiernobogota.gov.co/sgdapp/sites/default/files/normograma/diagnostico%20Suba%20version%204%20de%20septiembre%20de%202016.pdf>
7. Casas Plata L. Avella Tolosa A. Rodríguez Gutiérrez L. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019.ministerio de salud. [internet]. Diciembre 2019. [citado el 05 de junio de 2020]; 58-113. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>
8. Uribe A. Muñoz N. Gómez F. Segura C. Una mirada al ASIS y análisis en profundidad [internet]. Instituto Nacional De Salud:2016[citado el 15 de junio de

- 2020]. Disponible en [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%207%20An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20en%20salud%20\(ASIS\).pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%207%20An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20en%20salud%20(ASIS).pdf)
9. Castelblanco M, Cerquera L, Vélez C, Vidarte J. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia [Internet]. 10.^a ed. Colombia, Manizales: Scielo; 2013 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v10n1/v10n1a07.pdf>
10. Ballesteros M, Gaviria M, Martínez S. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003 [Internet]. 24.^a ed. Colombia, Manizales: Revista Facultad Nacional de Salud; 2006 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058127021.pdf>
11. Ortiz R, Anaya N Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUNAB [Internet]. 2005 [citado 18 de mayo de 2020];8(2):71-7. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/187>
12. Gallo N, Meneses Y, Minotta C. Caracterización poblacional vista desde la perspectiva del desarrollo humano y el enfoque diferencial [Internet]. 22.^a ed. Antioquia: Universidad de Antioquia; 2014 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/5595/6333>
13. Cano L, Pulido C, Giraldo J. Una mirada a la caracterización de la primera infancia: contextos y métodos [Internet]. 13.^a ed. Bogotá, Colombia: scielo; 2015 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a17.pdf>

14. Bermúdez C, Arenas N, Melo I. Caracterización socioeconómica y ambiental en pequeños y medianos predios ganaderos en la región del Sumapaz, Colombia. 2017. Revista U.D.C.A. [citado el 05 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v20n1/v20n1a21.pdf>
15. Pacheco J., Franco J, Behrentz E. (2009). Caracterización de los niveles de contaminación auditiva en Bogotá: Estudio piloto (30.^a ed., pp. 73–74). Bogotá: universidad de los Andes. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ring/n30/n30a10.pdf>
16. Fajardo A, Hernández J, González Y, Torres M. Caracterización y percepción del riesgo de los vendedores informales en las plazas de mercado de la ciudad de Bogotá D.C. [Internet]. 63. ^a ed. Bogotá, Colombia: revista de ingeniería. Universidad de los Andes. 2018 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v20n63/0718-2449-cyt-20-63-00151.pdf>
17. Granada C. Caracterización y contextualización de la dinámica del desplazamiento forzado interno en Colombia 1996-2006 [Internet]. 12. ^a ed. Bogotá, Colombia: Documentos de trabajo CERAC; 2008 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: https://www.cerac.org.co/assets/pdf/Other%20publications/CERAC_WP_12_Granada_2008_Caracterizacion_desplazamiento_1996-2006.pdf
18. Jaller J, Sánchez W, Martínez A, Sierra A, Fonseca Y, Parody A. Caracterización clínica de sujetos infectados con virus chikungunya, en una población del Caribe colombiano. Revista Colombiana de Reumatología [Internet]. septiembre de 2016 [citado 18 de mayo de 2020];23(3):170-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-81232016000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
19. Domínguez I, Safora E, Rodríguez A. Caracterización de un grupo poblacional con diagnóstico de infección por *Treponema Pallidum* [Internet]. 1.^a ed. La Habana: Rev cubana Obstet Ginecol v.37; 2011 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100007

20. Agudelo L, Seijas V. La discapacidad en Colombia: una mirada global. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación* [Internet]. 29 de diciembre de 2012 [citado 18 de mayo de 2020];22(2):164-79. Disponible en: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/64>
21. Rojas J, Leal A, Patiño J, Montañez A, Camacho G, Beltrán S. Caracterización de pacientes fallecidos por enfermedad neumocócica invasiva en la población infantil de Bogotá, Colombia. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 18 de mayo de 2020];87(1):48-52. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615002594>
22. Cardona D, Medina O, Cardona D. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. julio de 2016 [citado 18 de mayo de 2020];45(3):170-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745015001584>
23. Toro G, Paniagua S, González P, Montoya G. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006 [Internet]. 27.ª ed. Medellín, Colombia: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; 2009 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12016344007.pdf>
24. Baquero H, Ríos A. Caracterización de la población del corregimiento de Salgar (Atlántico, Colombia) como fase preliminar para la implementación de un Modelo de Atención Primaria en Salud, 2014. [Internet]. [Citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a09.pdf>
25. García D, San Martín P. Caracterización sociodemográfica y clínica de la población atendida en el Instituto Teletón de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría* [Internet]. 1 de mayo de 2015 [citado 18 de mayo de 2020];86(3):161-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615000637>
26. Bucaramanga A. Caracterización poblacional de los ciudadanos, usuarios o grupos de interés con los cuales interactúa cada una de las dependencias, oficinas y despachos de la administración local del municipio de Bucaramanga.

- [Internet]. 1.ª ed. Bucaramanga, Colombia: Alcaldía de Bucaramanga; 2017 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/kolhj/Downloads/CARACTERIZACIÓN-CIUDADANOS-ALCALDÍA-BMANGA%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/kolhj/Downloads/CARACTERIZACIÓN-CIUDADANOS-ALCALDÍA-BMANGA%20(2).pdf)
27. Mogollón A, Vásquez M. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. [Internet]. Cad. Saúde Pública v.24 n.4 Rio de Janeiro abr. 2008. [Citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400004&lng=es&tIng=es
28. Étienne C. Los determinantes sociales de la salud en las Américas [Internet]. 34.ª ed. Panamá: Rev. Panamá Salud Pública; 2013 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n6/377-378/es>
29. Vélez A, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes sociales de la salud y discapacidad [internet]. Scielo:2013 [citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a21.pdf>
30. Alcaldía mayor de Bogotá. Proyecciones de población por localidades para Bogotá 2016-2020. Bogotá. 2014. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/boletin69.pdf>
31. Alcaldía mayor de Bogotá. Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad. [Internet]. 2016-2018. [Citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Diagnosticos%20distritales%20y%20locales/Local/2016-2018/10%20ACCVSyE_SUBA.pdf
32. Castillo G, Ochoa M, Vallejo A, Forigua L, Gutierrez L. Atlas Salud Pública Localidad de Suba. Asís Hosp de Suba. [Internet]. 2015. [Citado el 19 de mayo de 2020]; Pág. 69. Disponible en: [file:///C:/Users/kolhj/Downloads/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/kolhj/Downloads/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve%20(1).pdf)
33. Pasarín M, Forcada C, Montaner I, De Peray J, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria [Internet]. 1 de diciembre de 2010

- [citado 18 de mayo de 2020]; 24:23-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001949>
34. Mejía M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. Bogotá: Facultad Nacional de Salud Pública. [Internet]. Recuperado de: <file:///C:/Users/kolhj/Downloads/Los%20determinantes%20sociales%20en%20Salud%20Publica.pdf>
35. Marmot. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico. Desigualdades sociales en salud. [Internet]. [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema3.pdf>
36. Oficina internacional del trabajo. La importancia del empleo y los medios de vida en la agenda para el desarrollo con posterioridad a 2015. [Internet]. [citado el 17 de marzo del 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/statement/wcms_206443.pdf
37. Valdez E. Empleo.2015. [Internet]. [citado el 17 de marzo del 2021]. Disponible en: https://scholar.harvard.edu/files/vrios/files/201508_mexicoemployment.pdf?m=1453513189
38. Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global. Revista cubana Salud Pública. 2011. [Internet]. [citado 12 de enero de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n2/spu17211.pdf>.
39. Paz F. Referentes conceptuales y abordajes sobre Determinantes Ambientales.2014. [Internet]. [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/referentes-conceptuales-abordajes-determinantes-ambientales.pdf>
40. Moran M. Agua y saneamiento [Internet]. [citado 17 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/water-and-sanitatio>
41. Romero Placeres M, Álvarez Toste M, Álvarez Pérez A. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población. Rev cuba higepidemiol. 2007. [Internet]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200001

42.OMS. Departamento de Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud. 2017. [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]; Disponible en: https://www.who.int/phe/about_us/es/

43.Sánchez E, Ortega J.Estilo de vida relacionado con la salud. Universidad de Murcia. [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>

44.OMS. Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 25 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

45.Restrepo S. Guió J. Aprendiendo sobre determinantes sociales de la salud a través de crónicas, mediante un ambiente virtual de aprendizaje [internet]. Rev salud pública.2016. [citado el 15 de junio de 2020]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/66610/1/59311-317029-1-PB.pdf>

46.Gutiérrez D, García I, Gutierrez M. Determinantes sociales en salud y estilo de vida en la población adulta de Concepción,Chile. Scielo. [Internet]. [Citado el 11 de marzo del 2021]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006

47.Centro de investigación en pólizas de salud de UCLA. [Internet]. Consideraciones éticas en investigaciones en seres humanos. [Citado el 18 de mayo de 2020]. Disponible en: https://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data-espanol/Documents/apendice_D_elaborando.pdf

48.Díaz S, Rodríguez L, Valencia A. Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. Universidad de Antioquia. Scielo. [citado el 19 de mayo del 2021]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272015000100003

49. Nulderman M. El derecho fundamental a la vivienda digna en Colombia : atributos y características . Universidad católica de Colombia . 2017. [citado el 18 de mayo de 2021]; Disponible en : <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/14580/1/El%20derecho%20fundamental%20a%20la%20vivienda%20digna%20en%20Colombia%20atributos%20y%20caracter%20C3%ADsticas.pdf>

50. Rojas M, Gómez C, Rodríguez V. Calidad de vida relacionada con la salud en la población colombiana: ¿Cómo valoran los colombianos su estado de salud? Scielo. 2017. [citado del 12 de mayo del 2021]. Disponible en: [Http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00340.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00340.pdf)

51. Ardila E, Enfermedades crónicas. Revista Biomédica . 2018. [citado el 15 de mayo de 2021] disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016#info>

52. Serra M, Serra M, Viera M, Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Scielo. 2018. [citado el 15 de mayo de 2021]. disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008

53. Gillardo K, Benavides F, Rosales R, Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. Scielo. 2016. [citado el 15 de mayo de 2021]. disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v14n1/v14n1a10.pdf>

54. Jaimes C. Impacto económico en cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica no transmisible. Universidad de Santander UDES Facultad de Ciencias de la Salud, programa de enfermería. Bucaramanga. . 2018. [citado el 15 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/404/1/Impacto%20econ%20C3%B3mico%20en%20cuidadores%20familiares%20de%20pacientes%20con%20enfermedad%20cr%20C3%B3nica%20no%20transmisible.pdf>

55. Bernal A, Rondon D, Melo C. La Jornada de trabajo en Colombia y su evolución normativa frente a la calidad de vida de los trabajadores. Universidad Cooperativa de Colombia. 2019. [citado el 12 del 2021]. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8476/1/2019_jornada_trabajo_colombia_evolucion.pdf
56. Código Sustantivo de Colombia. Ministerio de protección social. 2011. [citado el 15 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1539/CodigoSustantivodelTrabajoColombia.pdf>
57. Arango L, Hamann F. El mercado de trabajo en Colombia, hechos, tendencias e instituciones. Banco de la República Colombia. [citado el 15 del 2021]. Disponible en: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/lbr_merc_trab_1.pdf
58. Bermúdez A, Ramos J, Rojas T, Contaminación odorífera: Causas, efectos y posibles soluciones a una contaminación invisible, innovación y ciencia .2018. [citado el 15 de mayo de 2021]Disponible en:https://innovacionyciencia.com/articulos_cientificos/contaminacion-odorifera-causas-efectos-y-posibles-soluciones-a-una-contaminacion-invisible
59. Vidarte V, Vélez C, Parra J. Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. Universidad Autónoma de Manizales. Scielo. 2012. [citado el 13 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2012.v14n3/417-428>
60. Pérez A, Suárez R, García G, Espinosa A, Linares D. Propuesta de variante del test de sedentarismo y su validación estadística. Facultad de Cultura Física. Universidad de Cienfuegos. Cuba. [Citado el 13 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/1/.../Sedentarismo%20Cuba.htm>
61. González S, Sarmiento O, Lozano O. Niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. Scielo. [citado el 15 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v34n3/v34n3a14.pdf>

62. Barreto A, Bonilla P, Calderón J. Factores asociados al inicio del hábito de fumar en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Scielo. 2017. [Citado el 18 de mayo del 2021]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n2/0041-9095-unmed-59-02-00017.pdf>
63. Ministerio de salud. efectos en la salud por el consumo de tabaco. 2018. Biblioteca Digital. 2018. [Citado el 18 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-efectos-salud-tabaco.pdf>
64. Cubillos K, Perilla R, Vargas N. Los jóvenes universitarios y el consumo: análisis de factores familiares, académicos y de relaciones intersubjetivas. Corporación Universitaria Minuto de Dios. 2019. [Citado el 18 de mayo del 2021]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/7558/TTS_CubillosMoralessKaren_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y