

ACCESIBILIDAD DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCIÓN 412 DE 2000

Andrés Felipe Tirado Otálvaro*
Marta Elena Correa Arango**

Resumen

Introducción: la indigencia en Colombia ha aumentado de manera significativa por problemas como el desplazamiento, desempleo, drogadicción e incapacidad del Estado para formular políticas sociales que respondan a esta realidad. La presente investigación describe cómo la población habitante de calle de Medellín accede a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 del 2000, con el fin de generar información, tendiente al mejoramiento de su atención en salud.

Métodos: estudio descriptivo tipo Cross Sectional: $n = 372$ individuos que asisten al programa de atención para habitantes de calle. Se caracterizó demográficamente la población, y las variables de interés fueron analizadas a través de X^2 , OR (IC 95%) y $p < 0.05$.

Resultados: los programas de atención a la tuberculosis, vacunación, infecciones transmitidas sexualmente y atención del parto, son los de más alta demanda por esta población; sin embargo, problemas económicos, falta de interés y mala atención del personal médico, son razones importantes de abandono de los mismos.

La creencia acerca de la no gratuidad en la atención en salud (OR = 3.39) y la no gratuidad de los programas de promoción y prevención (OR = 1.32), son factores asociados a la inasistencia de esta población a dichos programas.

Discusión: el 76% de los encuestados conocen sus derechos en salud, situación que favorece la demanda; sin embargo, la falta de titularidad, aunado a la exigencia en atención de manera poco cordial y el desconocimiento de los profesionales acerca del abordaje de esta población, dificulta dicho proceso.

Palabras clave: salud pública, promoción de la salud, prevención primaria, habitante de calle, atención primaria en salud, accesibilidad a servicios de salud.

* Facultad de Enfermería, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

** Escuela de Ciencias Sociales, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

AVAILABILITY OF THE HOMELESS POPULATION TO THE PROGRAMS OF PROMOTION AND PREVENTION ESTABLISHED BY THE RESOLUTION 412 OF 2000

Abstract

Introduction: indigency in Colombia has increased significantly because of problems such as displacement, unemployment, drug dependency and the inability of the State to formulate social policies that respond to this reality. This research describes as the homeless of Medellin, go to the promotion and disease prevention programs established by resolution 412 of 2000, in order to generate information for improving their health care.

Methods: cross sectional descriptive study type. $n = 372$ individuals attending the care program for street people. It was marked demographically the population and the variables of interest were analyzed through X^2 , OR (95%) and $p < 0.05$.

Results: care programs for tuberculosis, immunization, sexually transmitted infections, and care during childbirth are the most demanded by this population, however, economic problems, lack of interest and poor attention of medical personnel are important reasons for abandoning them.

The belief is not about the free health care (OR = 3.39) and no free program advocacy and prevention (OR = 1.32), are all factors associated with the non attendance of this population to those programs.

Discussion: 76% of respondents know their rights in health, a situation that favors the demand but a lack of ownership, coupled with the aggressive attitude on the demand of the resident population of street, the design of the forms of health care that come in clear contradiction with the sense of immediate lifestyle of this population and the lack of professionals about the approach of this population, hinders that process.

Keywords: public health, health promotion, primary prevention, homeless persons, primary health care, health services accessibility

ACESSO DOS MORADORES DE REUA AOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO ESTABELECIDOS PELA RESOLUÇÃO 412 DE 2000

Resumo

Introdução: a indigência na Colômbia tem aumentado de forma significativa por problemas como êxodo, desemprego, vício das drogas e incapacidade do Estado para formular políticas sociais que respondam a esta realidade. Esta pesquisa descreve como a população de moradores de rua de Medellín acede aos programas de promoção e prevenção estabelecidos pela Resolução 412 de 2000, com o fim de gerar informação com vistas à melhoria de sua atenção em saúde.

Metodos: estudo descritivo como Cross Sectional: $n = 372$ individuos que assistem ao programa de atenção para moradores de rua. Caracterizou-se demograficamente a população, e as variáveis de interesse foram analisadas através de X^2 , OR (IC 95%) y $p < 0.05$

Resultados: os programas de atenção à tuberculose, vacinação, infecções sexualmente transmissíveis e atenção do parto são os de mais alta demanda por esta população; mas, problemas econômicos, falta de interesse e má atenção do pessoal médico são razões importantes do abandono dos mesmos. A crença de que a atenção em saúde não é gratuita (OR = 3.39), assim como os programas de promoção e prevenção (OR = 1.32), são fatores associados ao abandono desta população e a não participação a tais programas.

Discussão: 76% dos pesquisados conhecem seus direitos em saúde, o que favorece a demanda, mas a falta de profissionalismo e a atenção de forma pouco cordial, assim como o desconhecimento sobre o tipo de abordagem dessa população dificultam o processo.

Palavras chave: saúde pública, promoção da saúde, prevenção primária, morador de rua, atenção primária em saúde, acesso aos serviços de saúde.

Introducción

En un sentido genérico, los habitantes en situación de calle son el total de los habitantes de calle y de los habitantes en la calle, entendiendo por *habitante de la calle* aquella persona de cualquier edad que generalmente ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida; y *habitantes en la calle*, al menor de 18 años de edad, que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo (1).

En este artículo se hace referencia a los Habitantes de la Calle, es decir, a personas que desarrollan en este espacio sus vínculos interpersonales, mediaciones socioculturales y necesidades de supervivencia.

La población habitante de calle en Colombia ha aumentado de manera significativa, situación que obedece a problemas económicos y sociales como la violencia intrafamiliar, conflicto armado, desplazamiento, desempleo y consumo de drogas.

La Alcaldía de Medellín desde el año 2004 trabaja el modelo de atención al habitante de calle, el cual tiene como objetivo brindar cuidado a los habitantes de calle entre 18 y 59 años, mediante diversas modalidades de vigilancia intra y extra mural, con enfoque de reducción del daño. La atención en salud a esta población está basada en la certificación de indigencia que expiden los centros de atención.

La Resolución 412 del 25 febrero de 2000 del Ministerio de Salud de Colombia, establece la norma técnica

y las guías de atención para protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, encaminadas a reducir el riesgo de morbi-mortalidad por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

La investigación describe la forma en la cual la población habitante de calle asistente a Centro Día en los patios 1, 2 y Palermo, accede a los programas de promoción y prevención de la salud, establecidos por la resolución 412 para generar información tendiente al mejoramiento de la atención que esta población recibe en Medellín.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo tipo cross sectional.

Población

Individuos habitantes de la calle entre los 18 y 59 años de edad, de ambos sexos, que asisten regularmente (mínimo 3 veces por semana), al programa Centro Día en los patios 1, 2 y Palermo en Medellín, considerando los registros de asistencia de la institución.

Muestra

Por las características de la población, su adherencia a los programas institucionales y considerando la dificultad de hacer un estimativo poblacional, se trabajó con una muestra de conveniencia entre las personas que cumplían los criterios de inclusión y que asistieron a Centro Día entre el 15 de Agosto y el 15 de Diciembre del año 2008, durante los días programados para

la recolección de la información. El número total de personas encuestadas fue 372.

La investigación se realizó previo consentimiento de la Secretaría de Bienestar Social y Centro Día patios 1, 2 y Palermo, quienes brindan atención médica de primer nivel y servicios sociales básicos de alimentación y aseo a los habitantes de la calle.

Criterios de inclusión

- Habitantes de la calle de ambos sexos que asisten regularmente (mínimo tres veces por semana) al programa Centro Día en los patios 1, 2 y Palermo, con edades comprendidas entre los 18 y 59 años. En esta institución sólo se trabaja con población en estos rangos de edad.
- Quienes cumpliendo el criterio anterior, asistieron a los patios 1, 2 y Palermo, durante los días programados para la recolección de la información.

Criterios de exclusión

- Usuarios con diagnóstico médico de psicosis.
- Estar bajo efectos tóxicos en el momento de la encuesta.
- Rehusarse a participar en el estudio.

Recolección de la información

La recolección de la información la hicieron los autores, quienes se capacitaron en la aplicación del instrumento y el abordaje a esta población. Durante la recolección de la información, los investigadores realizaron la sensibilización al inicio de cada sesión, explicando los objetivos de la investigación, enfatizando en los conceptos de autonomía de cada individuo para participar en el estudio, el

anonimato y la reserva en el manejo de la información.

Fuentes de información

Primarias: encuestas a la población participante del estudio, considerando los criterios de inclusión y de exclusión antes mencionados.

Secundarias: a través de las bases de datos de las instituciones se obtuvo información sobre asistencia a la consulta médica.

Procesamiento y análisis

La información recolectada fue procesada y analizada en el programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versión 15.0. Para el análisis estadístico se hizo en primer lugar una descripción de la población, cuantificando y caracterizando las variables, las cuales se analizaron por medio de medidas de tendencia central (promedios), dispersión (desviación estándar) y medidas de frecuencia (proporciones) respectivamente.

El análisis bivariado se realizó por medio de medidas de asociación, a saber, X^2 y OR con sus respectivos IC 95%. Se asumió significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados

Descripción de la población

En el estudio se incluyeron 372 individuos habitantes de la calle entre los 18 y 59 años de edad, de ambos sexos y que asistieron regularmente (mínimo 3 veces por semana) al programa Centro Día en los patios 1, 2 y Palermo de Medellín, durante los días programados para la recolección de la información.

El 44.1% de los participantes en el estudio, al momento de la encuesta, se encontraban en Centro Día 1; el 83.6% de los encuestados son de género masculino; el 75.1% son oriundos de las 9 regiones del departamento de Antioquia, y en la actualidad la totalidad de encuestados reside en el municipio de Medellín. Respecto a su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 2.2% de los encuestados pertenecen al régimen contributivo, el 3% al régimen subsidiado, mientras que la mayor proporción, es decir, el 94.8% se distribuyen así: el 83.3%, hacen parte de la población pobre no identificada, mientras que el 16.7% restante a pesar de estar identificados a través del SISBEN, aún no están afiliados al régimen subsidiado.

Análisis univariado

Respecto a la ocupación de los individuos encuestados, encontramos que el mayor porcentaje, 23.7%, dicen estar desempleados en la actualidad. Los oficios más frecuentes a los cuales se dedican son: el reciclaje y las ventas ambulantes, con un 21.5% respectivamente, seguido de los que desarrollan algún oficio relacionado con el arte: cantar en los buses, fabricar artesanías o hacer malabares en las calles, con un 5.4%. Cabe resaltar que tan sólo el 3% de los encuestado admitió que tiene como sustento diario el robo, y el 1.3% se dedica a la venta de drogas.

Con relación al estado de salud, el 49% manifiesta no tener al momento de la encuesta ninguna afección física o mental. En el 51%, las afecciones del aparato respiratorio (infecciones respiratorias altas y bajas y tuberculosis) presentan la mayor prevalencia, con un 19.8%, seguidas de los problemas cardiovasculares (hipertensión arterial y trombosis venosa

profunda, entre otras) con un 8.8%. Los trastornos psiquiátricos, entre los cuales se clasificaron la depresión, la ansiedad y el consumo de drogas, ocupan un lugar importante con un 7.7%, al igual que las afecciones del sistema nervioso central (epilepsias, migrañas, etc.); de los encuestados el (2.2%) manifestó tener SIDA.

En cuanto al derecho a la atención gratuita en salud por parte del Estado, el 24.5% de los encuestados consideraron que el costo por la prestación de dicho servicio debe ser asumido por ellos, y el 75.5% restante opina que es responsabilidad del Estado. Respecto al conocimiento acerca de la gratuidad de cada uno de los programas de Promoción y Prevención (PyP), los habitantes de calle manifestaron que los programas de tuberculosis (58.6%), infecciones transmitidas sexualmente (57.5%), vacunación (53.5%), atención del parto (51.9%), planificación familiar (51.6%) y control prenatal (50.8%), no tienen ningún costo.

La razón principal por la cual los habitantes de calle desertan de los programas de PyP después de haber sido inscritos, es la falta de dinero en un 18.6%, seguido de razones como pérdida de interés en el programa (15.8%) y el asumir que ya no necesitan más el tratamiento o la educación que allí reciben (15.3%). Cabe resaltar el alto porcentaje de encuestados que decide no continuar en los programas por razones como: “ser devueltos sin atender” (15.8%), “haberles cobrado por la atención” (9.8%) y “haber recibido malos tratos por parte del personal de salud” con un 8.2%.

Cuadro. Factores asociados a la no asistencia a los programas de PyP.

Factor	OR	IC 95%		Valor p
		Inferior	Superior	
Creencia acerca de la no gratuidad en la atención en salud por parte del Estado	3.39	2.02	5.68	<0.001
Género masculino	2.43	1.36	4.35	0.002
Creencia acerca de la no gratuidad de los programas de PyP	1.32	1.18	1.48	<0.001

Variables con asociación estadística

Los factores de riesgo asociados con la inasistencia de los habitantes de calle a los programas de PyP, son: la creencia acerca de la no gratuidad en la atención en salud (consulta médica, hospitalización, urgencias, programas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) por parte del Estado, el género masculino y la creencia acerca de la no gratuidad de los programas de PyP. (Ver cuadro).

Variables sin asociación estadística

No se encontró asociación entre la variable dependiente y variables como escolaridad, ocupación, afiliación al SGSSS, calidad y oportunidad en la atención, y la necesidad de asistir al médico siempre que se sienten enfermos.

Discusión

El habitante de la calle es como cualquier otro ciudadano, un sujeto de derechos; sin embargo, la calle se constituye en un ámbito problemático para el desenvolvimiento de esta población, pues no cumple los requerimientos mínimos

necesarios que permitan considerarla un lugar de habitación en condiciones aceptables, que reporte bienestar y calidad de vida a estas personas.

La población habitante de la calle en Colombia ha aumentado, situación que obedece a problemas económicos y sociales como violencia intrafamiliar, conflicto armado, desplazamiento, desempleo y drogadicción (1-3).

Algunas variables sociodemográficas indagadas se comportan de manera similar a la reportada en diversos lugares del mundo. Este estudio evidenció que el 83.6% de los individuos encuestados son de género masculino, y el promedio de edad es de 39.4 ± 11.2 ; situación análoga a la reportada en estudios realizados en Argentina (3), Méjico y Estados Unidos con habitantes de calle, donde se encontró que la prevalencia de hombres es superior a la de mujeres en esta población; alrededor del 20% de los encuestados pertenece al género femenino. Respecto a la edad, tampoco parecen existir grandes diferencias con investigaciones realizadas en otros países, donde el promedio de ésta se encuentra entre los 31 y 55 años (4).

En Medellín, los habitantes de la calle se dedican al reciclaje o a la mendicidad en un 25.9% y 22.7% respectivamente; sólo el 14.6% se dedica a las ventas ambulantes, ocupación que se confirma en el estudio de Correa ME (1) y otros, donde se señala como actividad prioritaria el reciclaje (55.4%) y el cuidado de carros, con un 21.7%; o en el estudio de Calcagno Luís (2), realizado en la ciudad de Buenos Aires, el 45% de los consultados vende o cambia objetos para obtener dinero, mientras que un 33.8% pide en la calle, y un 21.3% declara no dedicarse a ninguna actividad³. Lo anterior contrasta con lo encontrado en nuestro estudio, donde la mayor proporción de encuestados, (23.7%), dicen estar desempleados, mientras que un 21.5% se dedica ya sea al reciclaje o las ventas ambulantes.

La condición de habitante de calle aparece en múltiples estudios vinculada con precarias condiciones de salud, discapacidades físicas y mentales, limitadas posibilidades de tener condiciones de higiene apropiadas, y ausencia de un refugio y lugar para dormir, lo cual está relacionado entre otros con el aumento en la probabilidad de adquirir diversas infecciones y tener una dieta inadecuada (1-8).

En este estudio, las afecciones del aparato respiratorio incluidas la neumonías, los procesos virales y la tuberculosis (TB), representan la mayor proporción en cuanto a enfermedades prevalentes, con un 19.8%. Varios autores han atribuido la notable propagación de la TB a la pobreza y al bajo desarrollo socioeconómico (9-11).

El estudio de São José do Rio Preto (Brasil) entre 2003 y 2004 (10); señaló que el riesgo de enfermarse por TB en

el municipio era dos veces mayor en las áreas con peores niveles socioeconómicos, que en aquellas con mejores niveles; en el estudio realizado en Medellín con población indigente acerca de los factores sociales de la tuberculosis, se encontró que de los 426 pacientes incluidos, el 43% eran sintomáticos respiratorios, de los cuales el 18.6% fueron positivos para TB.

Otras problemáticas de salud asociadas a la condición de ser habitante de la calle han sido el SIDA y diferentes infecciones de transmisión sexual. En el estudio sobre factores sociales de la TB (12), se determinaron anticuerpos para VIH en el 75% de los pacientes con tuberculosis, de los cuales el 17% fueron positivos.

En la población habitante de la calle es común la malnutrición, la diabetes, la hipertensión, las enfermedades parasitarias e infecciosas y los problemas de discapacidad física (13). Trabajos de investigación que incluyen muestras de habitantes de calle en Madrid y Guijón (España), encontraron que prácticamente la totalidad de la muestra presentaba algún tipo de desorden de salud, reflejándose particularmente en índices muy altos de SIDA y tuberculosis (14).

Instituciones gubernamentales como Centro Día suministran anticonceptivos a la población habitante de calle, sin embargo, de los 6913 habitantes en situación de calle censados en Medellín, el 1.6% necesita medicamentos para el tratamiento de enfermedades venéreas, un 0.9% para VIH-SIDA y un 0.8% para hepatitis, lo cual evidencia serias necesidades en el ámbito de la salud pública y urgencia de programas de prevención, enfocados hacia este tipo de comunidad.

Se ha registrado la presencia de problemas mentales entre esta población, como por ej. Medellín en el estudio de Correa M y otros (2). Se señalan como trastornos mentales encontrados con mayor frecuencia la adicción a drogas diferentes al alcohol (77.2%), trastorno antisocial de la personalidad (54.7%), dependencia del alcohol (48.8%), trastorno afectivo bipolar, (47.4%) y algún tipo de rasgo suicida en el 62% de 264 entrevistados. En nuestro estudio los trastornos psiquiátricos entre los cuales se clasificó la depresión, la ansiedad y el consumo de drogas, ocupan un lugar importante con un 7.7%.

A través de los datos suministrados por Centro Día 1, con relación a la consulta médica realizada durante el año 2007 en dicha institución (114 en total), se evidenció que las enfermedades gastrointestinales ocupan el primer lugar con un 24.6%, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio con un 19.3%, los traumas con un 12.3% y las enfermedades de piel con un 10.5%; situación que contrasta con lo encontrado por este estudio, donde las enfermedades respiratorias y cardiovasculares ocupan el primero y segundo lugar, con un 19.8% y un 8.8% respectivamente.

En Medellín, el censo de población habitante de calle, registró en un 3.2% de la población entrevistada alguna discapacidad como ceguera, parálisis o ausencia de miembros superiores o inferiores respectivamente (1). Por su parte en el estudio 'la otra ciudad y el habitante de calle', se reportó la salud como una condición bastante precaria para esta población. El 28.6% de los encuestados reveló tener una enfermedad incapacitante, entre las cuales se destacan las de carácter motriz con un 36.7% (2). En nuestro estudio, el 4.95% de los

encuestados manifestaron haber sufrido algún tipo de traumatismo en el último año.

Según investigaciones realizadas por Hwang S.W., se concluye que los habitantes de calle corren alto riesgo de morir prematuramente y sufrir otra amplia gama de problemas de salud, incluyendo enfermedades pulmonares crónicas, desórdenes músculo-esqueléticos, obstrucciones venosas, desórdenes gastro-intestinales y neurológicos, problemas de visión, anemia y de la piel (escabiosis, celulitis, vitíligo, impétigo y tiña) y de los pies (micosis y callosidades), como resultado del uso de zapatos inadecuados, exposición prolongada a la humedad y largos períodos de caminatas y/o por estar mucho tiempo parados (15). En este estudio, el 3.8% de los encuestados manifestó haber presentado durante el último año algún tipo de enfermedad de piel, siendo la escabiosis y la micosis las más frecuentes, con un 3.9%.

En Colombia más del 60% de la población es de bajos recursos económicos, lo cual sin duda afecta la salud. A esto se suma el desconocimiento sobre deberes, derechos y beneficios en salud; la poca o nula participación de los afiliados en organizaciones comunitarias tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios, y el desconocimiento casi total sobre programas de PyP, asuntos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud (16). Investigaciones realizadas en el país (Medellín y Manizales), sobre accesibilidad a los servicios de salud, conocimiento sobre deberes y derechos y utilización de las acciones de promoción y prevención por parte de la población, demuestran que el conocimiento y uso de los servicios de salud, y en particular los de PyP son

bajos, y la mayoría de las personas desconocen sus deberes y derechos (16, 17). La población habitante de calle en su condición de exclusión en múltiples ámbitos de su vida, afronta también estas carencias.

Una de las necesidades más sentidas del sector es la adecuada vigilancia, que garantice al ciudadano el respeto de sus derechos y asegure la observancia de las normas por parte de aseguradores, secretarías de salud y prestadores de servicios de salud. Considerando lo anterior, la administración municipal de Medellín desarrolla el modelo de atención al habitante de calle, con el objetivo de brindar atención y acompañamiento a los habitantes de calle adultos, para iniciar un proceso de rehabilitación que contempla: asistencia básica, motivación, procesos terapéuticos, formación para el trabajo, salud, reincorporación a la familia, retorno a lugar de origen y proyecto de vida (18, 20).

Para lograr la accesibilidad a los servicios de salud de esta población, los centros de atención para los habitantes de la calle tienen a su cargo la certificación de la condición de indigencia, con el fin que el Municipio financie el servicio de urgencias, y el Departamento la atención de segundo y tercer nivel (21). Sin embargo, la falta de titularidad (carecer de documento de identificación, SISBEN o certificado de indigencia), entorpece la atención, generando roces y malentendidos en la prestación de los servicios de salud.

El desconocimiento general acerca de los deberes y derechos de la población habitante de calle es evidente. En nuestro estudio encontramos que la creencia sobre la no gratuidad en la atención en salud y de los programas de PyP, se comportan como factores de riesgo para que esta

población no haya asistido en el último año a los programas establecidos en la resolución 412 de 2000; los programas con mayor porcentaje de desconocimiento son los de tamizaje visual y salud oral y los relacionados con la detección temprana del cáncer de mama y cérvico uterino.

La calidad deficiente en la atención de la población habitante de calle, puede deberse a que esta población hace una demanda inadecuada de sus derechos, desconociendo sus deberes, por lo cual llega exigiendo la atención en las instituciones de salud sin tener cita previa, con malas palabras, acompañados de sus mascotas y sin respetar el orden de llegada; situación que altera el normal funcionamiento y la adecuada relación entre el personal de salud, los habitantes de calle y los demás usuarios. Por otra parte, el diseño del funcionamiento de los servicios de salud regulares, entra en franca contradicción con el estilo de vida informal, sin normas y con la inmediatez del habitante de calle; además el personal de salud, poco entrenado en la atención de este tipo de población, se ve excedido con las demandas que plantea la situación general de estas personas y enfrentado a dilemas respecto a los límites de su rol, tal como se registra en el estudio de Akcman y otros (22).

La salud y la enfermedad son partes inseparables de la organización ideológica, de la interpretación religiosa, las formas de adaptación ecológica, la organización familiar, política y de producción (...); es preciso considerar que la enfermedad en sí no existe, sino dentro de un contexto social amplio, donde adquiere determinadas formas, y como tal se explica y trata; sin embargo, es necesario aclarar que la cultura no puede ser considerada de manera autónoma

sino articulada en el contexto de todo el proceso histórico de construcción social (23). La enfermedad tiene carácter histórico y social; su naturaleza social se verifica en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos (24); es por esto que la historia social de la persona condiciona su situación biológica y determina cierta probabilidad que enferme de un modo particular (23).

A pesar que existen legislación y programas que establecen la promoción de la salud en la población habitante de calle, el ejercicio de este derecho pasaría por dos instancias fundamentales: desarrollar la titularidad y la capacidad de la población para ejercerlo, lo cual necesariamente está mediado por la información y educación de la población habitante de calle en torno a este tema. Lo anterior implica que desde el punto de vista de la ingerencia con esta población, se requiere un esfuerzo personalizado e intensivo en términos de apoyar desde la perspectiva psicosocial y educativa todo el proceso de atención en salud para hacerlo más integral y por lo tanto más eficiente; esto requiere replantear la estructura del modelo de atención a esta población y su relación con las organizaciones de salud.

Desde el ámbito de la investigación en salud, es necesario dar un nuevo papel a las ciencias sociales en el estudio de las condiciones de salud y enfermedad, permitiendo aclarar de qué manera el proceso social de salud-enfermedad se materializa en un individuo concreto dentro de las posibilidades que potencia el perfil de salud-enfermedad de la

comunidad a la cual pertenece (23), es decir, en cada individuo es posible referir el desarrollo de una historia socio-cultural específica, lo cual significa una forma determinada de ser y estar en el mundo dentro del contexto general de una sociedad global.

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Las Auxiliares de Investigación: Claudia Marcela Álvarez Velásquez, Silvana Arismendi Celis, Isabel Cristina Bravo Alzate, Natalia Cadavid Restrepo, Juliana Herrera Valencia, Isabel Cristina Mejía Gil, Cindy Pherez Perrona, Yury Pino García, Maribel Suárez Llano.

Marcela Calle, Psicóloga y Coordinadora del proyecto Sistema de Atención al habitante de Calle Adulto.

Lucas Arias, Médico del proyecto Sistema de Atención al habitante de Calle Adulto.

Mónica Uribe, Médica y Coordinadora de Investigación Escuela Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana.

Luz Gabriela Ochoa, Bibliotecóloga. Gestión de Colecciones, Biblioteca Escuela Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana.

Todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Censo sectorial habitantes de y en la calle: informe final. Medellín: DANE; 2002. En: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes_calle/habitaultimo.pdf. Consulta: Junio 2007
2. Correa ME, González LM, Montoya CG, Palacio MA, et al. *La otra ciudad y el habitante de calle*. Medellín: UPB, Facultad de Trabajo Social; 2006
3. Calcagno L. Los que duermen en la calle: un abordaje de la indigencia extrema en la ciudad de Buenos Aires [Internet]. Buenos Aires: Secretaría de Promoción Social, Centro de Documentación en Políticas Sociales; 1998. [fecha de consulta diciembre de 2007]. Disponible en: http://buenosaires.gov.ar/areas/des_social/documentos/documentos/19.pdf.
4. Ortiz A. *La sensibilización hacia el habitante de calle, brigadas y comunidad desde la lúdica como estrategia de un proceso de inclusión social* [Internet]. Medellín: COMFENALCO; 2004 [fecha de consulta 16 de Febrero de 2007]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/documentos/congreso8/comfenalco.html>
5. Concejo de Bogotá. Proyecto de acuerdo No. 204 de 2005 [Internet]. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2005. [fecha de consulta 7 de febrero de 2007]. Disponible en: www.segobdis.gov.co/documentos/relaciones_concejo/proyectos/proyectos2005/204.doc
6. Correa ME, González LM, Montoya CG, Palacio MA, et al. *Territorio y Familia*. Medellín: UPB, Facultad de Trabajo Social; 2006
7. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. Homelessness and Dual Diagnosis. *Am Psychol*. 1991; 46 (11): 1149-158
8. Milburn N, D'Ercole A. Homeless women: moving toward a comprehensive model. *Am Psychol* 1991; 46 (11): 1161-169
9. Vendramini SHF, Villa TCS, Santos MLSC, Gazetta CE. *Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença*. *Rev Latino-Am Enfermagem*; 2007; 15(1):171-173.
10. Santos MLSC, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza: caracterización socioeconómica de la tuberculosis. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [revista en Internet] 2007 [fecha de consulta junio de 2007]; 15 (Esp). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
11. Weiss KB, Addington WW. *Tuberculosis Poverty's Penalty*. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998; 157(4): 1011
12. Agudelo M, Álvarez M, Correa ME, Correa N, Estrada P, Franco J, et al. *Tuberculosis en población indigente de Medellín: análisis de los patrones de transmisión de Mycobacterium tuberculosis y su asociación con trastornos mentales y factores psicosociales*: informe de investigación. Medellín: CIB; 2008
13. American Medical Student Association. Health care for the homeless [Internet]. Washington: AMSA; 2007 [fecha de consulta julio de 2007]. Disponible en: <http://www.amsa.org/programs/gpit/homeless.cfm>
14. Vásquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a european study using the CID. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95: 523-530
15. Hwang SW. Homelessness and health. *CMAL*. 2001; 164(2): 229-233.
16. Ramírez H, Vélez C S, Vargas P V, Sánchez C, Lopera Villa J. *Evaluación de la cobertura de aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín*. *Colombia Médica* [revista en Internet] 2001 [fecha de consulta octubre de 2008]; 32 (1). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol.32No1/cobertura.html>
17. Largo BC, Duque-L B, Realpe C, Escobar GM. *Utilización del programa de promoción y prevención en las entidades promotoras de salud (EPS) y*

- administradoras del régimen subsidiado (ARS) de Manizales. [S.l.]: [s.n.]; [s.f.]
18. Acuerdo 120 de 1999: Régimen de Seguridad Social. Bogotá; Legis; 1999.
 19. Concejo de Medellín. Plan de Desarrollo 2004-2007 [Internet]. Medellín: Concejo de Medellín; 2007 [fecha de consulta Febrero 7 de 2007]. Disponible en: http://www.concejodemedellin.gov.co/webcon/concejo/concejo_gallery/185.doc.
 20. Alcaldía de Medellín. *Atención social al habitante de la calle adulto* [Internet]. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2007 [fecha de consulta Febrero 7 de 2007]. Disponible en: www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/S_usted/programassocialesesp.jsp
 21. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Bienestar social. Informe [Internet]. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2007 [fecha de consulta Febrero 7 de 2007]. Disponible en: <http://www.medellin.gov/>
 22. Akman M, Arcusin J, Pignata N, Pojomovsky J, Riterman F, Triñares G, Waisman M. Modalidades de abordaje médico a chicos de la calle en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Arch. Argent Pediatr [revista en Internet] 1999 [fecha de consulta octubre de 2008]; 97 (4). Disponible en: http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/1999/arch99_4/99_241_248.pdf
 23. Quevedo E. El proceso salud enfermedad hacia una clínica y una epidemiología no positivista: reflexiones críticas históricas, epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano: propuesta-modelo para una investigación futura [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001 [fecha de consulta octubre de 2008]. Disponible en: <http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%20001/Quevedo>
 24. Laurrel AC. *La nueva concepción de los servicios de salud*. En: Mussot M. Alternativas de reforma de la seguridad social. México: UAM-X/Fundación Friedrich Ebert; 1996. p. 52.