

**CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE HABITANTES DE CALLE EN BOGOTÁ DC.  
AÑO 2017**

**Investigadora:**

**YURY CATERINE BARON QUEMBA**

**Correo electrónico: [yurybaron@usantotomas.edu.co](mailto:yurybaron@usantotomas.edu.co)**

**Maestría en Salud Pública**

**Grupo de investigación: Protección social y Salud Pública**

**Facultad de Economía**

**Universidad Santo Tomas**

**Bogotá**

**Septiembre 2018**

## Tabla de Contenido

1. Planteamiento del problema.....	4
1.1. Formulación del problema y justificación.....	5
1.2. Justificación .....	6
1.3. Pregunta de investigación.....	7
2. Objetivos .....	7
2.1 Objetivo general .....	7
2.2 Objetivos específicos .....	7
3.2.1 Globalización y Justicia social en población vulnerable .....	9
3.2.2 Condiciones de vida.....	10
3.2.3 La determinación social y las condiciones de vida .....	11
3.2.4 Salud desde un enfoque eco sistémico.....	12
3.2.5 Habitante de calle.....	12
3.2.6 Marginación social .....	15
4. Diseño metodológico.....	15
4.1 Enfoque del estudio .....	15
4.2 Tipo de estudio.....	15
4.3 Población de referencia.....	15
4.4 Población accesible.....	16
4.5 Unidad de análisis.....	16
4.6 Plan de análisis .....	16
4.7 Descripción de las Variables preliminares .....	17
4.8 Definición operativa de la variable dependiente .....	18
4.9 Clasificación de las variables independientes según los objetivos propuestos .....	18
5. Aspectos éticos .....	24
6. Resultados .....	25
6.1 Condiciones sociodemográficas y de capacidad personal de los habitantes de calle. 25	
6.2 Características de salud—enfermedad, referidas por los habitantes de calle .....	27
6.3 Condiciones de habitabilidad y estilos de vida en los habitantes de calle de Bogotá 27	
6.4 Condiciones asociadas al estado de salud de las personas incluidas en el censo según condiciones sociodemográficas y de habitabilidad en calle .....	33
6.5 Desenlaces en salud según las condiciones de habitabilidad en calle, condiciones y hábitos de vida de las personas identificadas en el censo .....	38
7. Bibliografía .....	41

## Lista de tablas

Tabla 1.Operacionalización de las variables .....	19
Tabla 2. Condiciones sociodemográficas, de salud y de habitabilidad de los habitantes de calle en Bogotá- 2017 .....	30
Tabla 3.Estado de salud de los habitantes de calle de Bogotá según algunas condiciones de salud, hábitos de consumo y de habitabilidad .....	36
Tabla 4.Modelo de regresión logística para el estado de salud de los habitantes de calle según condiciones sociodemográficas y de habitabilidad .....	40

## Lista de gráficos

Gráfico 1.Distribución por sexo de habitantes de calle que presentaron problemas de salud en los últimos treinta días .....	26
Gráfico 2.Grado de Escolaridad de Habitantes de Calle .....	27
Gráfico 3.Tiempo en años viviendo en la calle .....	28
Gráfico 4.Fuente de ayuda e ingresos de los habitantes de Calle.....	29
Gráfico 5.Hábitos de consumo de los habitantes de calle de Bogotá- 2017.....	31
Gráfico 6.Distribución de diagnósticos médicos más frecuentes en el habitante de calle .....	32

## **1. Planteamiento del problema**

### **1.1. Formulación del problema y justificación**

Los habitantes de calle en Colombia aumentan en una proporción similar al crecimiento general de la población y condiciones como el desplazamiento, desempleo, la drogadicción y falta de gobernanza del Estado, son elementos que toman fuerza cuando se hace un análisis de la situación actual de las condiciones de vida de este conglomerado de personas que viven en este contexto y afecta sin lugar a duda el desarrollo nacional(1).

Este problema se incrementa diariamente a raíz de la desarticulación de la sociedad colombiana, donde la desigualdad en las oportunidades y la inequidad en la distribución de la riqueza, aumentan la injusticia social, sumadas a la violencia y pobreza, afectan no solo a la población que vive en situación de calle, sino a los demás pobladores cercanos a ellos, al ver afectado su diario vivir cuando esta situación llega a permear aumentando entre otros la percepción de la inseguridad y calidad de vida.

Algunos estudios realizados con habitantes de calle en Colombia concluyeron que un peor estado de salud se asociaba estadísticamente con aspectos como la mendicidad, haber padecido ITS, consumir alcohol, lesiones por accidente o violencia y dolor físico o malestar no especificado(2).

Como resultado de otras experiencias investigativas a nivel nacional, en Bogotá en el año 2003 se presentó el análisis del desempeño ocupacional en los habitantes de calle. Se abordaron aspectos como la exposición a la prostitución, maltrato, abuso de drogas, violencia entre ellos/ellas para obtener el poder, por intolerancia y muchas veces por el consumo desbordado de sustancias; todas estas situaciones vistas como elementos aportantes al análisis del desempeño ocupacional condicionado en este grupo de población. Las tres características ocupacionales abordadas fueron: el autocuidado, el juego/esparcimiento y el trabajo/estudio. Se observó en los habitantes de calle entrevistados, que el cuidado es percibido como a la actitud general o a un determinado modo de enfrentarse al mundo, *“es una actitud con uno mismo, con los otros, con el mundo”*(3).

El esparcimiento y tiempo libre basada para los habitantes más jóvenes en las actividades que puedan realizar según la posibilidad de juego y los recursos que tengan para ello. Y para los más adultos como el transcurrir de un día, sin una estructura definida, porque su tiempo tampoco la posee, pero sí con un sentido para su vida(3).

En cuanto al trabajo, el habitante de calle se siente independiente, *“siente que donde esté, le da lo mismo, porque al final no tiene por qué responder....”*, y las labores de diaria son esencialmente para la sobrevivencia del día a día(3).

Las condiciones propias de ser habitante de calle, aumenta en las personas que viven en esta situación la probabilidad de padecer diferentes enfermedades y convertirse para ellos en eventos crónicos y cada vez más difícil de identificar y por ende intervenir.

Uno de los eventos más frecuentes y estudiados es el padecimiento de VIH/Sida, en población vulnerable y en la que condiciones de pobreza y acceso a los sistemas, está relacionado directamente con la probabilidad de padecerla. Estudios colombianos por ejemplo, han mostrado como población en situación de calle, tiene cinco veces el riesgo de tener VIH, respecto a personas que no viven en esta condición(4).

Respecto a la tuberculosis, evento en salud propio de las poblaciones más desfavorecidas, el Instituto Nacional de Salud, reveló que en Colombia para el año 2017 del total de personas diagnosticadas con esta enfermedad el 4,3% está representado en la población habitante de calle, evidenciando otro fenómeno en salud necesario de estudiar y de intervenir desde la sociedad (5).

Los análisis provistos por la revisión de diferentes fuentes, entregan información basada en la evidencia, y dan muestra de la magnitud y severidad de los eventos acaecidos en grupos poblacionales en riesgo y evidencian vacíos en las intervenciones sociales basados en los principios de igualdad y justicia social; aportando sin duda algunos elementos importantes para la formulación de investigaciones de mayor alcance e información para la formulación de políticas públicas reales e incluyentes.

## **1.2. Justificación**

Como se ha venido mencionando, la habitabilidad de calle se convierte en un fenómeno producto en su mayoría de la exclusión social, en el que intervienen factores de tipo estructural como las dificultades educativas, la falta de oportunidad laboral o precariedad en los sistemas laborales, los ingresos insuficientes, débil fuerza de trabajo y descomposición familiar, para mencionar algunos factores(6).

Dadas las condiciones de carencia de los recursos mínimos de sobrevivencia o la pobreza extrema de las personas que viven en situación de calle, así como los demás factores que bordean esta situación, es notable citar aspectos como el estado de salud, medido en elementos propios de calidad de vida, acceso al sistema de salud, redes de apoyo y otros componentes que hacen parte del esquema propio de campos de la salud; con el fin de entender y acercarse a lo que podría ser el análisis de las condiciones propias de vida y de salud de estas personas, teniendo en cuenta aspectos mismos de la habitabilidad y demás componentes del entorno.

Reconocida la importancia que tienen las políticas públicas con enfoque diferencial y en el marco del nuevo modelo de atención en salud para el país, es necesario abordar los grupos poblacionales de acuerdo a sus condiciones de vida y nivel de vulnerabilidad. Es así, como en el año 2017 el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la secretaria de integración social de la alcaldía mayor de Bogotá (SDIS), desarrolló el censo de habitantes de calle con el propósito de actualizar la información sobre el volumen, y principales características socioeconómicas y demográficas de los habitantes de calle ubicados en la ciudad de Bogotá. Y con esta información aportar a la formulación, gestión y evaluación de políticas, planes y programas enfocados en la atención integral, rehabilitación e inclusión social de dicha población(7).

No obstante, dado el estudio realizado en el año 2017 (DANE-SDIS), se identifica que no se ahonda en elementos importantes como las condiciones de vida y de habitabilidad misma. Es necesario entonces, abordar la situación de los habitantes de calle desde la perspectiva de las condiciones de vida y de salud de dicha población buscando a partir de un estudio epidemiológico, descriptivo de

corte transversal, establecer las asociaciones estadísticas y epidemiológicas necesarias para entender de manera más objetiva el estado de salud a partir de las condiciones mismas de vida.

Los análisis de las condiciones de vida y salud en grupos poblacionales vulnerables, son un insumo importante a la hora de formular políticas en salud; toda vez que aportan información desagregada por las condiciones mismas del grupo analizado, permitiendo focalizar las acciones según las necesidades sentidas, manifiestas e identificadas.

El presente estudio, toma como referente teórico importante la política de atención integral en salud, lineamiento consecuente a lo definido en el artículo 65 del plan nacional de desarrollo, la ley estatutaria en salud, el plan decenal de salud pública y demás normas en salud, que engloban las directrices que buscan garantizar el goce efectivo en salud de los habitantes colombianos con un enfoque diferencial y reconociendo que existen grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad y más susceptibles de sufrir las consecuencias de las brechas en salud y desigualdades sociales del país.

### **1.3. Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las condiciones de vida y salud de los habitantes de calle de Bogotá Distrito Capital en el año 2017?

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Analizar las condiciones de vida y salud de los habitantes de calle Bogotá en el año 2017.

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar a los habitantes de calle según condiciones sociodemográficas y de capacidad personal.
2. Identificar condiciones de salud enfermedad referidas por los habitantes de calle del censo año 2017.
3. Reconocer las condiciones asociadas al estado de salud de los habitantes de calle según características sociodemográficas y propias de la habitabilidad en calle.
4. Relacionar los desenlaces en salud con las condiciones de habitabilidad en calle, condiciones y hábitos de vida las personas identificadas en el censo.

### **3. Marco teórico y estado del arte**

#### **3.1 Revisión del estado del arte**

Según datos arrojados por la estrategia Nacional integral para personas sin hogar en Europa para los años 2015-2020, el número de personas que no tienen donde vivir ha aumentado en todos los países de la unión Europea durante el periodo de la crisis económica(8).

Una de las afectaciones más significativas para estas personas clasificadas como grupo de riesgo, es la reducción de su esperanza media de vida en 20 años respecto al resto de la población, y un aumento del riesgo entre 2 y 50 veces mayor de padecer problemas de salud físicos y mentales respecto a la población que no vive en situación de calle(8).

Para el año 2013, en Zimbabwe se estimaba alrededor de 1,25 millones de personas esperando por asignación de viviendas públicas, con representación significativa de jóvenes migrando del campo a las zonas rurales con la esperanza de mejores oportunidades de empleo, pero con una realidad de corrupción, carencia de recursos en la construcción, y deficiente infraestructura social en lo relacionado además de vivienda, en escuelas, instalaciones recreativas, centros de salud y centros comerciales, entre otros (9).

En Sao Pablo durante el año 2004, se realizó un estudio con enfoque hermenéutico con el propósito de caracterizar el encuentro transformador entre seis personas sin hogar y dos maestros de la misma ciudad. Se observó que quienes viven en calle consideran esta situación existencial excluyente, que favorece el consumo de drogas y la criminalidad, pero además se concluye que identifican al investigador como punto positivo de apoyo, valorando de igual forma un apoyo más amplio por parte de la sociedad civil y el Estado(10).

En el año 2008, en Cataluña se adelantó una investigación social con el fin de caracterizar las personas que habitan en las calles, tratando de exponer las estrategias de supervivencia cotidiana y la vida social que desarrollan las personas excluidas sin techo en un espacio urbano al aire libre. El estudio concluye entre otros aspectos que cierto tipo de personas encuentran más fácilmente acogida en los centros de acogida de emergencia (por una noche), entre los que se nombran mujeres, menores de edad, adulto mayor, los mismos españoles, personas solteras y divorciadas, las personas sin estudios o con estudios hasta básica primaria y aquellas que se encuentran en paro. Caso contrario para los varones, jóvenes, extranjeros, con estudios medios o que trabajen, aumentando para este último grupo la probabilidad de enfermedades y adquisición de hábitos de consumo y comportamientos de criminalidad(11).

La comisión de comunidades europeas en el año 2004 presentó un informe sobre los resultados obtenidos en un estudio realizado sobre los países miembros de la unión europea (UE), entre los que se encontraron, Noruega (excepto Lituania y Malta) Bulgaria, Croacia, Canadá y Estados Unidos. Este estudio tuvo como objetivo estudiar la posibilidad de remediar la falta de información acerca entre otros el número real de personas viviendo en situación de calle, actualizar los indicadores de pobreza, exclusión social y contribuir a la inclusión de estas personas en las agendas políticas. Entre las conclusiones, se presenta que alrededor del 57% de las personas que no habitan en su hogar, lo hacen por no tener las condiciones económicas adecuadas o por falta de espacio(12).

La Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), presenta los indicadores de personas que viven en situación de pobreza e indigencia en los países que forman parte de dicha comisión. Por ejemplo Argentina ha tenido una disminución en la indigencia entre los años 2002 y 2011, pasando del 14,9% de la población que vive en esta condición a un 1,9%, respectivamente. El Salvador, para el año 2001 casi una cuarta parte de la población (22,1%), no reportando datos para el año 2011, y Colombia pasó del 17,8% de tener población en condición de indigencia a un 10,7%(13).

Medellín 2014, se desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la utilización de los servicios de salud, las dificultades para acceder a ellos y caracterizar socio demográficamente a los habitantes de calle de la ciudad. Se observó que el 77,4% de los encuestados (230 hc) utilizaron los servicios de salud en los últimos seis meses, un 8,7% refirieron haber tenido dificultades para el acceso a los servicios, entre las razones más predominantes se encontraron barreras de acceso para las personas consumidoras. Se concluyó que para las personas habitantes de calle el cuidado de su salud no es la principal preocupación, y perciben barreras importantes como su misma condición, la falta de recursos económicos, desconocimiento de sus derechos, falta de apoyo y la mala actitud de los proveedores de salud(14).

Para el año 2015 en Bogotá, se presentó un estudio que tuvo como objetivo analizar el impacto de la intervención de la Alcaldía Mayor de Bogotá para ese año en la Calle del Bronx, y los alcances y limitaciones de las medidas aplicadas allí por el Distrito para mitigar la problemática de la habitabilidad en calle en el sector. Se concluyó entre otros aspectos, que las acciones adelantadas por la administración han sido de gran importancia para la población habitante de calle (HDC), ya que han transformado el discurso político en torno a la figura del habitante de calle, para poder brindarle una serie de derechos, servicios y alternativas de vida; no obstante, se observa que muchos de los esfuerzos que la alcaldía impulsó al comienzo de la intervención, se han ido debilitando y desmejorando con el tiempo y han hecho que la población HDC retome sus viejos hábitos y las dinámicas del Bronx vuelvan a su estado normal en otros espacios de la ciudad(15).

## **3.2 Marco conceptual**

La organización de las Naciones Unidas (ONU), considera que la pobreza no es solo una cuestión económica o falta de ingresos. Es también la falta de acceso a educación o sanidad con calidad, y expone que en América latina, una de cada tres personas que ha salido de la pobreza en los últimos años está en riesgo de volver a caer, según cifras del PNUD(16).

### **3.2.1 Globalización y Justicia social en población vulnerable**

La globalización ha traído consigo impactos de todo tipo, entre los aspectos no tan favorables se observa un efecto en las condiciones de vida de las personas y un incremento en las inequidades sociales, sobre todo y de manera más marcada en grupos poblacionales vulnerables y con alta vulneración a sus derechos.

Entender la salud no solamente como la ausencia de la enfermedad, ha permitido el abordaje de fenómenos sociales producto de las brechas y desigualdades en temas sociales que afectan directamente la salud y bienestar de los colectivos. Es así que se observa como el proceso de globalización económica ha deteriorado las condiciones de vida de millones de personas e

incrementado la pobreza mundial; como producto de esto, fácilmente las persona pasan a la pobreza o indigencia y los desocupados conforman ya un elemento de la estructura social, los sistemas de salud son más frágiles y son pocos los que garantizan una capacidad de afrontamiento ante las contingencias de la enfermedad, vejez y muerte(17).

En el campo de la justicia sanitaria, algunos autores proponen que se necesita definir como se distribuyen los bienes primarios- vistos estos, menciona le autor como equiparables a los determinantes sociales- y la asistencia sanitaria. Es decir, es necesario aplicar los principios de la justicia distributiva al conjunto de instituciones sociales para favorecer la cooperación, y en paralelo la atención en salud buscando obtener el funcionamiento mejor posible y con ello, desarrollar proyectos de vida que se desea vivir(17,18).

### **3.2.2 Condiciones de vida**

Existen tres elementos que facilitan el abordaje y comprensión del concepto de condiciones de vida, el modo, condiciones o características y el estilo de vida. El primero como el conjunto de actividades diarias de las diferentes esferas de la vida; es decir, los medios con los que los individuos, grupos, clases sociales y la sociedad en su conjunto, y dependiendo de las condiciones como la educación, las características económicas y sociales, pueden satisfacer y ayudan a desarrollar las necesidades espirituales y materiales. Reflejando no solo el “*cómo viven*” los individuos, sino también para “*que viven*”, con qué objetivos y con qué escala de valores. Estas expresan las relaciones entre las personas y la actividad humana a escala social(19).

Los modos de vida dependen del movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determinan los sistemas de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; y es en este espacio individual y familiar que las personas construyen vidas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida(20).

Al abordar el tema de las características de vida como segundo elemento propiamente del mismo concepto, es necesario acudir a la teoría crítica del espacio y la noción empírica que plantea Breilh, donde invita a analizar para poder comprender los comportamientos humanos en lo relacionado con salud, tres elementos fundamentales: *El espacio, la geografía urbana y la ecología urbana*. El espacio visto como un concepto aun no precisado, pero como un producto material, no abstracto en el que los seres humanos con sus relaciones practicas le dan a este elemento forma, funciones y significaciones(20).

El espacio contiene en si la geografía urbana, esta como el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en la ciudad y la ecología urbana es uno de los productos que hacen parte de los equipamientos e infraestructura propia de esta geografía urbana, y que comprende las relaciones de las especies entre sí en la ciudad, y con su entorno orgánico e inorgánico(20,21)

El estilo de vida, se refiere a todas las formas particulares de comportarse que tienen el individuo, dadas en ocasiones sus mismas condiciones de vida. Es el modo en que los individuos llevan su vida según el medio social, cultural y económico. El modo en que las personas integran el mundo que las rodea y que incluye hábitos como la alimentación, la higiene personal, ocio, etc. De igual forma modos de relaciones sociales como la sexualidad, la vida relacional en la familia y mecanismos de afrontamiento social(19).

Al hablar de las dimensiones modo, condiciones y estilos de vida, inevitablemente se acerca al concepto de determinación social, vista esta como la estructura que permite re-direccionar entre otros aspectos el concepto de salud como una noción multidimensional.

### **3.2.3 La determinación social y las condiciones de vida**

El presente estudio está basado en el modelo teórico de la determinación social, el cual asume la sociedad como una totalidad irreductible a la dinámica individual, sosteniendo una perspectiva conflictual de la misma que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social(22).

Breilh cita la determinación social en la interface del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad, como una apuesta a descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social(23)

En el contexto teórico de las condiciones de vida, la determinación social se presenta en tres grupos o niveles: macro social, nivel grupal y nivel individual.

El primero vinculado al modo de vida, relaciona la formación socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general, considerando aspectos como por ejemplo el desarrollo económico de los países. En este sentido, el Estado juega un papel importante en el impulso de las condiciones de vida de los habitantes, pues es quien debe proveer los elementos necesarios para la ejecución de las políticas públicas con enfoque en el desarrollo social y económico de las regiones (22,24).

De igual manera, dentro de ese grupo de lo macro social, la noción de condiciones de vida, aborda no solo lo que tiene que ver con el modo en que viven las personas dadas sus posibilidades sociales o los comportamientos adquiridos frente a diferentes situaciones, sino que considera además aspectos que afectan la seguridad, el empleo, el salario y los servicios, entre otros; facilitando o limitando el goce efectivo de sus derechos como ciudadano(25)

El nivel grupal, relaciona el modo y las condiciones de vida de grupos poblacionales con su estado de salud y dependiendo por ejemplo del lugar donde habitan o de las características de vida propias del grupo. En este sentido, elementos como la disponibilidad de espacios, instituciones, proyectos o actividades que busquen impactar los comportamientos de los grupos, serán los que en una proporción importante los responsables de tal efecto (22,26).

Por último, el nivel individual, relaciona el estilo de vida propio, las condiciones de vida particulares y su estado de salud. Teniendo en cuenta la singularidad de los comportamientos permeada definitivamente por las condiciones grupales y de disponibilidad de recursos del medio(24).

Un aspecto importante con impacto directo en los estilos de vida y condiciones de vida particulares, se relaciona con las oportunidades que los individuos tienen a lo largo de su existencia y en el proceso

del curso de vida del que hace parte de forma inexorable. Situaciones como la posibilidad de acceder a educación, el conocimiento de programas que mantengan su salud o que faciliten el acceso al sistema sanitario, se convierten en herramientas para que el individuo pueda gozar de una buena salud y por ende adquiera unas condiciones de vida en una categoría como mínimo aceptables que otorguen un alargamiento a su existencia con elementos de calidad importantes (27,28).

#### **3.2.4 Salud desde un enfoque eco sistémico**

En el entendido que la salud no es un proceso aislado, por el contrario es el resultante de la interacción de diferentes elementos que condicionan su mantenimiento o preservación, surge el concepto de salud con enfoque eco-sistémico, resaltando que la gente se enferma como consecuencia no solamente de la presencia de un agente patológico con dicha capacidad de afectar el funcionamiento normal de los órganos, sino además por la conexión de la enfermedad con factores socioeconómicos como la pobreza y la desnutrición; factores culturales que condicionan los hábitos de vida y la particular vulnerabilidad de algunos grupos, sumado a la constante vulneración a la que están expuestos(29).

El enfoque de ecosalud, plantea la gestión de los ecosistemas como parte esencial de su aplicación, y la búsqueda del equilibrio óptimo de la salud y el bienestar del ser humano con una preservación del medio ambiente pero que tiene en cuenta las aspiraciones sociales y económicas de la gente; particularmente y lo menciona el texto, porque la gente tiene el poder del control, del desarrollo y del uso del medio ambiente de manera sostenible o por el contrario de abusar de él(29).

La búsqueda incesante de bienestar de las poblaciones, ha llevado a los gobiernos a aceptar que existe una relación directa entre las condiciones en que las personas viven a diario, lo que respiran, sus comportamientos y la salud de la que puedan llegar a gozar; y se ha trabajado a lo largo del tiempo diferentes estrategias como parte del afrontamiento para este conjunto de factores con capacidad influyente en dicho bienestar(29,30).

Para entender el proceso de salud- enfermedad en el habitante de calle primero debe entenderse el entorno en el que él sobrevive a diario, esto lo ayuda a explicar teorías de la epidemiología social al señalar que existen conexiones causales entre fenómenos específicos y en entre dominios específicos, por medio de conjuntos de ideas relacionadas cuya plausibilidad puede ser puesta a prueba por la acción humana y el pensamiento (31,32).

#### **3.2.5 Habitante de calle**

Es difícil encontrar una definición única para describir la habitabilidad en calle o personificando lo que significa ser un habitante de calle; pues este es un fenómeno social presente en diferentes culturas, en muchos países y que ha estado vigente en varios momentos históricos de la humanidad, y dependiendo en gran medida de aspectos relacionados con el nivel de desarrollo de los países, quienes habitan en situación de calle, pueden recibir diferentes nombres o connotaciones, concluyendo con esto que hoy en día no existe un consenso general respecto a su definición, y limitando a estas personas desde su caracterización hasta el acceso a políticas de intervención social que puedan mejorar sus condiciones de vida(33).

No obstante, la literatura aporta elementos desde diferentes disciplinas que pueden ayudar a consolidar un constructo de lo que para la sociedad representa un individuo que viva en situación de calle.

Un ejemplo de la diversidad en los constructos o definiciones propuestas que se han desarrollado en el país para acercarse a lo que es ser “*habitante de calle*”, se refleja en los cinco censos que se han desarrollado en la capital de Colombia. En 1997 a esta población se le denominó “*Indigente*” pero simultáneamente se definían como “*personas que han hecho de la calle su hábitat*”. Dos años después se realizó el segundo censo de esta población, donde se les denominó “*habitantes de calle*”. Sin embargo, en dicha oportunidad, según un estudio realizado en el 2009, no se aclaró cuál era la definición a la que hacían referencia con dicho término. En el tercer censo de habitantes de calle de Bogotá, realizado en 2001, se utilizó de nuevo el término habitante de calle, y esta población fue definida “*como cualquier persona que, voluntariamente o no, decide hacer de la calle su hábitat*”. Posteriormente, en el cuarto censo de esta población, realizado en Bogotá en 2003 se asume que existirían habitantes “*de*” la calle y habitantes “*en*” la calle. Según esta diferencia, los primeros corresponderían a una persona de cualquier edad que, usualmente, ha roto de forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio de vida permanente (34,35).

En este mismo estudio(36), se señala que los términos utilizados y el intento de definir la población en situación de calle, en los respectivos censos realizados en Bogotá, eran muy sugerentes pero demasiado vagos. Efectivamente, estas definiciones oscilaban entre una situación social, como lo es el residir en la calle, y una dimensión ecológica: hacer de la calle su hábitat. Sin embargo, menciona el documento, estas características definitorias no eran lo suficientemente aclaradas o conceptualizadas. Igualmente, tratándose de estudios cuantitativos, las definiciones no señalaban criterios precisos y objetivos de inclusión y exclusión de las personas a ser censadas. Estos autores, para el V Censo de Habitantes de Calle de Bogotá (VCHCB), deciden nuevamente hacer uso del término habitante de calle, entre otras razones, porque el término ya estaba lo suficientemente asociado con la población que representa.

En el plano jurisdiccional, la noción de habitante de la calle (equiparable en un inicio a la de indigente) fue contemplada por primera vez por la Corte Constitucional colombiana en una sentencia de tutela de 1992, en la que se establecen las condiciones o presupuestos para que un “*indigente*”, de manera excepcional, sea asistido por parte del Estado de forma inmediata en alguna necesidad, en razón de su situación de debilidad manifiesta(37).

Así las cosas, la definición de habitante de calle tomada para el presente estudio, se circunscribe a la utilizada para los últimos censos en Bogotá, la cual se encuentra plasmada en el artículo 2 de la Ley 1641 de 2013, la cual define al habitante de la calle: Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y se señala con especial énfasis: “*que ha roto vínculos con su entorno familiar*”, frase que se analiza en dos párrafos posteriores (38).

Sin embargo, en la misma norma señala que la habitabilidad de calle “*hace referencia a las sinergias relacionales entre los habitantes de la calle y la ciudadanía en general; incluye la lectura de los factores causales, tanto estructurales como individuales*”(38).

Dada la definición entregada por la anterior norma y en relación a la frase: “*roto vínculos con su entorno familiar....*” la sentencia 385/14, acerca del concepto emitido por la procuraduría general de la nación para ese momento sobre habitante de calle, argumentó y solicitó a la corte constitucional declarar inexecutable la expresión demandada en la ley 1641y advierte que “*uno de los pilares que*

*sustentan el Estado Social de Derecho es el respeto a la dignidad humana, la cual no puede ser entendida de modo abstracto o intangible, sino que ha sido reconocida desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos como un valor intrínseco e inalienable del ser humano, que trae consigo la garantía del respeto de los derechos fundamentales y exige el trato con igualdad a las personas”. Dicho esto en relación que considera injustificada e inconstitucionalmente definido al habitante de calle dentro de tales parámetros y los separa de las condiciones que los hacen merecedores de protección, pues propicia la privación de los beneficios derivados de las respectivas políticas públicas a quienes, aun habitando en la calle, mantienen algún nexo con sus familiares, lo cual reduce el ámbito de la protección y releva al Estado de prestarla a la totalidad de quienes la merecen, obligación que, de acuerdo con el principio de solidaridad, puede cumplir en concurrencia con la sociedad y la familia, supuesto que ésta se encuentre en condiciones de prestar alguna ayuda(39).*

Uno de los propósitos generales del presente estudio es el análisis del estado de salud de los habitantes de calle, para medirlo desde el enfoque de la determinación social, es necesario comprender aspectos históricos y sociales que determinan en sí, su nivel de salud. Aunque el concepto desde lo fisiológico, patológico y porque no desde los recursos utilizados por el sistema para el diagnóstico y atención de los habitantes de calle pueden ser los mismos que para una persona que viva en condiciones diferentes a estos, las condiciones de modo, estilos de vida y las mismas características de vida de los habitantes de calle, son las que determinan ese estado de salud y lo colocan en una postura diferente y desbalanceada respecto a los demás individuos(22,23).

Una manera de medir el estado de salud, es la percepción que tiene las personas sobre ella esta expresada de forma general, como la sensación de bienestar individual, influenciada en gran parte por aspectos como el ambiente, el estilo de vida y las diferentes organizaciones que se encuentran en el entorno de las personas; en el ámbito del estilo de vida, las representaciones sociales en los habitantes de calle frente a la salud y la enfermedad son particularmente importantes, debido a que se agrega el reconocimiento de la experiencia individual y la concepción que algunos tienen de ellas, las cuales no son separables del conjunto de los fenómenos macro sociales(40,41).

Diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global de la población, ya que refleja elementos mucho más allá de la misma salud, como los aspectos psicosociales, y puntualmente en el caso del habitante de calle, pueden evidenciar el bienestar emocional o exacerbación de signos y síntomas, con respecto a otros pares que comparten la misma situación contextual o de factores de riesgo. De igual forma, otros estudios se enfocan en los aspectos socioculturales como la religión o en la influencia de las características socioeconómicas en la percepción del estado de salud, es una medida subjetiva, mostrando que los resultados pueden llegar a ser interesantes y considerarse próximos al estado de salud objetivo de la población(2,42).

### **3.2.6 Marginación social**

Marginación o exclusión social es el proceso por el que una sociedad rechaza a unos determinados individuos, desde la simple indiferencia hasta la represión y reclusión. Característica común a todos los grados y tipos de marginación es la privación o dificultad para la normal satisfacción de las necesidades secundarias. Esto se da como un proceso, no como una condición; por lo tanto, quien es excluido o incluido puede variar con el tiempo, dependiendo de la educación, las características demográficas, los prejuicios sociales, las prácticas empresariales y las políticas públicas, etc.

La marginación social puede identificarse desde diferentes aspectos, por indiferencia que incluye a los adultos mayores, discapacitados, personas con trastornos mentales, etc. Viéndose determinada esta marginación por la clasificación de “improductivos” para la sociedad este grupo de personas(43)

La marginación por represión de conducta, la cual abarca a trabajadoras del sexo, personas con consumo problemático de sustancias, delincuentes y la marginación de reclusión por falta de recursos, formada por vagabundos e indigentes (mendigos). En estos casos, la sociedad los margina debido a que presentan una actitud desviada, incompatible con los ideales morales de la comunidad(43).

Y la auto marginación, encarnada por los hippies de los años 60, revolucionarios e intelectuales, quienes no comparten las ideas imperantes en su entorno y buscan la manera de satisfacer sus necesidades sin involucrarse en el circuito productivo-mercantil(43).

## **4. Diseño metodológico**

### **4.1 Enfoque del estudio**

Trabajo de investigación con un enfoque empírico- analítico, se aborda desde el supuesto que existen factores asociados con el estado de salud de los habitantes de calle en la ciudad de Bogotá.

### **4.2 Tipo de estudio**

Se plantea un estudio descriptivo de corte transversal, la investigación tiene como propósito describir las relaciones que pudieran darse entre las condiciones sociodemográficas, de hábitos de vida y propias de habitabilidad que afectan el estado de salud de los habitantes de calle.

### **4.3 Población de referencia**

El estudio se desarrollará teniendo como base el grupo de habitantes de calle de la ciudad de Bogotá, identificados en el censo realizado por el DANE y la SDIS en el año 2017. Estos están conformados por los 9538 habitantes de calle de donde se extrajo información.

#### **4.4 Población accesible**

Está conformada por 6496 habitantes de calle de la ciudad de Bogotá identificados en el censo del año 2017 y que participaron en el estudio inicial respondiendo la encuesta con acompañamiento del encuestador. No se tuvo en cuenta los 3042 registros restantes por tratarse de aquellas encuestas que el encuestador diligenció por observación directa y en los cuales no se cuenta con toda la información de las variables incluidas en el estudio.

Cabe anotar, el proceso llevado a cabo por DANE y SDIS para la ubicación y selección de la unidad de análisis representada por el habitante de calle y que en su momento representó el marco muestral para el estudio inicial.

En primera medida se estableció los sitios de ubicación del habitante de calle y los principales lugares que ocupan. Se identificaron lugares de la infraestructura urbana pública donde esta población se ubica de forma transitoria o permanente, estos sitios estuvieron determinados por parques, zonas verdes, separadores viales, andenes y antejardines(7).

Teniendo presente que la principal fuente de ingreso del habitante de calle es el reciclaje, los centros de acopio de reciclaje fueron uno de los lugares donde se ubicaron facilidad, puesto que es allí donde se acercan a vender lo recuperado durante la jornada(7).

Otros sitios de la infraestructura física de la ciudad fueron tenidos en cuenta para la ubicación de la población estudiada, como canales, ríos, humedales y puentes; al igual que zonas microtráfico u “ollas” como sitio de expendio y comercialización de sustancias psicoactivas; y con un poco menos de población encontrada, las instituciones públicas y privadas para la atención a estas personas, en los ámbitos de acompañamiento social, rehabilitación, seguridad alimentaria, entre otros(7).

De igual forma, el marco censal para el desarrollo del estudio inicial estuvo determinado por el último censo sectorial de habitante de calle de Bogotá realizado en el año 2011 por la secretaria Distrital de integración social y de la Georeferenciación de parches y cambuches realizada en el año 2017 por la misma entidad(7).

#### **4.5 Unidad de análisis**

Las unidades de análisis estarán representados por cada uno de los habitantes de calle registrados en el censo llevado a cabo por el DANE en el año 2017.

#### **4.6 Plan de análisis**

El análisis estuvo determinado como se describe a continuación dependiendo de la naturaleza, distribución y nivel de medición de las variables, partiendo del alcance del estudio y objetivos específicos planteados.

Un primer momento y dando respuesta al primer objetivo específico, se describieron variables del habitantes de calle como la edad, el sexo, orientación sexual, lugar de nacimiento, lugar de residencia actual, nivel de escolaridad, saber leer y escribir, lugar donde reside, lugar donde pasa la noche, capacidad de oír, de ver, de hablar/conversar, de moverse, de agarrar objetos con las manos, de entender o moverse por sí mismo, de comer solo, bañarse o vestirse, de relacionarse o interactuar con los demás y de moverse sin síntomas de problemas cardíacos. Para estas variables se utilizaron medidas de frecuencia relativa como proporciones y razones; presentándose en texto y algunas de

ellas en tablas, para la única variable de naturaleza cuantitativa, se presenta la estimación del promedio de edad a través de medida de tendencia central acompañada de la desviación estándar respectiva.

Para el segundo objetivo, para las variables de naturaleza cualitativa, se describieron a través de medidas de frecuencia absoluta y relativa como proporciones y razones variables relacionadas con la salud y propias de la habitabilidad de los habitantes de calle, como problemas generales de salud, pero también problemas específicos en los últimos treinta días como intoxicaciones accidentales, lesiones por terceros, problemas mentales, intento de suicidio, tos frecuente, enfermedades de transmisión sexual, molestias dentales y/o dolor abdominal/diarrea, sitios de atención en salud, dx de enfermedades como hipertensión, diabetes, cáncer, tuberculosis, VIH, y si recibieron tratamiento para estas enfermedades.

Por su parte para las condiciones de habitabilidad se caracterizaron aspectos como Municipio de inicio como habitante de calle, razón para comenzar y para continuar como habitante de calle, tiempo en esta condición, familiar con quien mantiene contacto, el recibir algún tipo de ayuda, que tipo de ayuda, condiciones de hábitos de consumo de SPA como marihuana, basuco, heroína, pepas, y otras sustancias; para las variables cuantitativas como edad de inicio de consumo y frecuencia de uso, se utilizó medidas de tendencia central (promedio) con su desviación estándar. Por último, se describieron las variables cualitativas a través de proporciones y/o razones de conocimiento y uso de los programas distritales para atención del habitante de calle, razón para no utilizarlo de ser el caso y aspectos relacionados con la percepción de la seguridad del habitante de calle, como por ejemplo haber sido víctima de agresiones físicas o ataques y el tipo de agresión recibida.

Para el tercer objetivo específico, en el que se estableció asociación entre el estado de salud de los habitantes de calle y diferentes condiciones sociodemográficas y de habitabilidad de la población incluida, se hizo uso de pruebas de hipótesis como técnica estadística, teniendo en cuenta la naturaleza y distribución de las variables independientes; así las cosas, las pruebas utilizadas fueron chi cuadrado de independencia y U de Mann Whitney en el que se cruzó estado de salud y variables como la edad, y la edad de inicio de consumo. Para la asociación epidemiológica y teniendo en cuenta el diseño y tipo de estudio el cual es de corte transversal, se utilizaron las razones de prevalencia que son las estimaciones de comparación de riesgo propias de este tipo de estudio.

Por último, para dar respuesta al cuarto objetivo y en aras de presentar las estimaciones libre de sesgos, se ajustaron las razones de prevalencia y asociaciones estadísticas determinadas en el análisis binario, a través de una regresión logística en el que se incluyeron aquellos binomios que mostraron asociación en el momento de análisis anterior.

Cabe mencionar, que para la presentación de los resultados y en los diferentes momentos de análisis de la información, se utilizó texto, gráficos y/o tablas de frecuencia según la naturaleza de la variable y relevancia de la misma dentro del estudio, está última definida por la investigadora.

#### **4.7 Descripción de las Variables preliminares**

Según los objetivos propuestos se clasificarán las variables de estudio de acuerdo al orden en que se desarrollará el procesamiento y análisis de la información, así mismo, se clasificaran las variables en dependiente e independientes buscando la coherencia de las mismas según la hipótesis planteada, cabe mencionar que todas las variables que se han de analizar, serán extraídas del instrumento y base de datos proporcionada por el DANE en su banco de metadatos.

#### **4.8 Definición operativa de la variable dependiente**

Para el presente estudio se planteará el estado de salud como variable dependiente. La definición operativa de dicha variable evento, corresponde a lo establecido y cuestionado en el censo desarrollado por el DANE y la SDIS en el año 2017.

Así las cosas, se determinó como variable dependiente, el haber presentado algún problema de salud durante el último mes; variable categórica nominal, que fue medida a través de la respuesta afirmativa de los habitantes de calle y como segunda categoría o valor de referencia de esta variable, aquellas personas que respondieron que no tuvieron ningún problema de salud.

#### **4.9 Clasificación de las variables independientes según los objetivos propuestos**

Se tomarán cincuenta y un (51) variables con valor propio de las 123 incluidas en el estudio inicial para una representación del 41.5% del total de variables, las seleccionadas, ayudarán a dar respuesta a los objetivos propuestos para el presente estudio.

A continuación se presenta la tabla de operacionalización de variables:

**TABLA 1.**

**Tabla 1.Operacionalización de las variables**

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías de referencia/unidad de medida
1	Edad	Edad en años del HC	Cuantitativa	Razón	En años
2	Sexo	Sexo del HC	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer 3. Intersexual
3	Orientación sexual	El HC en su orientación sexual se reconoce como	Cualitativa	Nominal	1. Heterosexual 2. Homosexual 3. Bisexual 4. No sabe/no repsonse
4	Lugar de nacimiento	Lugar donde de nació el HC	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
5	Lugar de residencia actual	Sitio donde dice es su lugar de permanencia	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
6	Nivel de escolaridad	Nivel de educacion mas alto del HC	Cualitativa	Ordinal	1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria o media 4. Media tecnica 5. Normalista 6. Tecnica profesional 7. Teconologico 8. Universitario 9. Especialización 10. Maestrpia 11. Doctorado 12. Ninguno
7	Sabe leer y escribir	Capacidad de leer un texto y escribir palabras	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
8	Localidad	Sitio de la ciudad donde reside o permanece la mayor parte del tiempo	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
9	Lugar donde pasa la noche	Lugar donde pernota	Cualitativa	Nominal	1. En la calle (puente, anden, parque,alcantarilla,carretera,etc) 2. En un dormitorio transitorio(hotel, paga diario,inquilinato, etc) 3. En una institucion
10	Capacidad de oír	Puede escuchar	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medicion	Categorías de referencia/unidad de medida
11	Capacidad de ver	Puede ver	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
12	Capacidad de hablar/conversar	Puede hablar	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
13	Capacidad de moverse	Puede moverse	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
14	Capacidad de agarrar objetos con las manos	Puede agarrar objetos con las manos	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
15	Capacidad de entender, moverse por sí mismo	Puede entender, moverse por sí mismo	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
16	Capacidad de comer solo, bañarse, vestirse	Puede comer o realizar actividades cotidianas	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
17	Capacidad de relacionarse/interactuar con los demás	Puede relacionarse con otras personas sin dificultad	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
18	Capacidad de moverse sin síntomas de problemas cardíacos	Puede moverse sin sentir molestias del corazón	Cualitativa	Nominal	1. No puede hacerlo 2. Si, con mucha dificultad 3. Si, con alguna dificultad 4. Sin dificultad
19	Problemas de salud	En los últimos 30 días ha tenido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
20	Ha tenido intoxicación o envenenamiento por accidente(últimos 30 días)	Se ha intoxicado o envenenado accidentalmente	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
21	Lesión intencional por terceros (últimos 30 días)	Ha sido víctima el HC de lesión intencional	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
22	Problema mental o emocional(últimos 30 días)	Ha tenido algún problema de salud mental o emocional	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
23	Intento de suicidio (últimos 30 días)	Ha intentado suicidarse	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
24	Tos frecuente(últimos 30 días)	Ha tenido tos frecuente	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
25	Otros problemas respiratorios(últimos 30 días)	Ha tenido problemas respiratorios	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
26	Enfermedades de transmisión sexual (últimos 30 días)	Ha sufrido enfermedades de transmisión sexual	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
27	Molestias dentales (últimos 30 días)	Ha tenido problemas dentales	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
28	Dolor abdominal/diarrea(últimos 30 días)	Ha tenido dolor abdominal o diarrea	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías de referencia/unidad de medida
29	Sitio de atención en salud	Sitio al que acudió para tratar el problema de salud más grave	Cualitativa	Nominal	1. ¿Acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliado? 2. ¿Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud de forma PARTICULAR? 3. ¿Acudió a una Empresa Social del Estado, hospital o centro de salud? 4. ¿Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista? 5. ¿Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeopatía, etc.)? 6. ¿Acudió a una autoridad indígena espiritual? 7. ¿Acudió a otro médico de un grupo étnico (curandero, yerbatero, etc.)? 8. ¿Acudió a brigadas de salud de ONG y otros? 9. ¿Usó remedios caseros? 10. ¿Se auto recetó? 11. No hizo nada
30	Recibió atención	Recibió atención para el problema de salud cuando lo necesitó	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
31	Diagnostico hipertensión	Sufre hipertensión y ha sido diagnosticado	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
32	Recibió tratamiento	Ha recibido tratamiento para esta enfermedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
33	Diagnostico diabetes	Sufre diabetes y ha sido diagnosticado	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
34	Recibió tratamiento	Ha recibido tratamiento para esta enfermedad	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
35	Municipio de inicio como habitante de calle	Municipio donde comenzó como habitante de calle	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
36	Razón para comenzar a vivir en la calle	Motivo para hacerlo	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
37	Tiempo como habitante de calle	Tiempo en años que lleva viviendo en la calle	Cuantitativa	Razón	En años

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías de referencia/unidad de medida
38	Razón para continuar viviendo en la calle	Motivo para continuar como HC	Cualitativa	Nominal	1. Consumo de SPA 2. Por gusto propio 3. Las amistades 4. Dificultades económicas 5. Falta de trabajo 6. Enfermedad 7. Conflictos o dificultades familiares 8. Siempre ha vivido en la calle 9. Soledad 10. Está haciendo proceso en uno de atención 10. Otra
39	Familiar o persona de origen con quien mantiene contacto	Con que persona de la familia o que considera como tal, mantiene contacto	Cualitativa	Nominal	1. Mamá 2. Papá 3. Hermano(a), hermanastro(a) 4. Abuelo(a) 5. Tío(a) 6. Hijo(a), hijastro(a) 7. Pareja (esposo[a], compañero[a]) 8. Otra
40	Recibe ayuda de algún familiar, amigo, instituciones u organizaciones público-privadas	Recibe ayuda familiar	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
41	Tipo de ayuda que recibe	Clasificación de la ayuda que recibe	Cualitativa	Nominal	1. Económica 2. Alimentación 3. Alojamiento 4. Psicosocial 5. Capacitación 6. Rehabilitación para el consumo de SPA 7. Servicios médicos 8. Aseo personal
42	Consumo de cigarrillo	Hábito de fumar	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
43	Consumo de marihuana, bazuco, otras SPA	Hábito de consumo de otras SPA	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No

N°	Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías de referencia/unidad de medida
44	Cuales otras sustancias	Otras sustancias de consumo	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
45	Edad de inicio por SPA	Edad de comenzar el consumo de SPA	Cuantitativa	Razón	En años
46	SPA de mayor frecuencia en el consumo	Sustancia que más consume	Cualitativa	Nominal	Diferentes opciones
47	Frecuencia de consumo de basuco	Cada cuanto consume basuco	Cualitativa	Ordinal	1. ¿Más de 10 veces al día? 2. ¿Entre 1 y 10 veces al día? 3. ¿3 veces a la semana? 4. ¿1 vez a la semana?
48	Conocimiento, acceso y utilización de programas distritales al habitante de calle	Conoce los programas distritales de atención	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
49	Utiliza los programas	Recibe dinero de diferentes personas o instituciones	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
50	Razón de no utilizarlo	Motivo por que no utiliza los programas	Cualitativa	Nominal	1. No sabe dónde quedan 2. Quedan lejos 3. le solicitan identificación y no tiene 4. No le permiten ingresar la pipa 5. No le permiten ingresar los elementos personales 6. No le permiten ingresar la mascota 7. No le gusta 8. Otra razón
51	Afectación de la seguridad personal	Se ha visto vulnerado o violentado por situaciones vividas en la calle	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
52	Tipo de afectación a la seguridad personal	Diferentes situaciones de afectación	Cualitativa	Nominal	1. por sr forzado a cumplir cosas en contra de su voluntad 2. Abuso policial 3. problemas con grupos o bandas 4. Problemas con la comunidad 5. Otra
53	Víctima de agresiones(últimos 30 días)	Ha sido víctima de diferentes agresiones	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
54	Tipo de agresión	Tipo de agresión de la que ha sido víctima	Cualitativa	Nominal	1. Disparos 2.Arma blanca 3.Amenazas 4.Insultos

## 5. Aspectos éticos

El presente estudio es considerado sin riesgo, se justifica en que no se tuvo contacto directo con la unidad de análisis debido a la fuente de información. Sin embargo, y acogiéndose a la Resolución 008430 de 1993, se respetará y garantizará el principio de confidencialidad en la información procesada.

Cabe anotar, como parte de la revisión al protocolo del censo realizado por el DANE, se confrontó los lineamientos de abordaje y recolección de información, con lo establecido en las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, y en concordancia con lo definido por la declaración de Helsinki, algunos grupos y personas vulnerables “*Pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional*”. Esto implica, se refiere el documento que la vulnerabilidad concierne elementos de juicio tanto sobre la probabilidad como sobre el grado de daño físico, psicológico o social, así como una mayor sensibilidad al engaño o la violación de la confidencialidad(44,45).

El mismo documento cita, que las personas marginadas estigmatizadas o que enfrentan exclusión social o prejuicio, aumenta la probabilidad que otros pongan sus intereses en riesgo, de manera intencional o no, aunque los comités de ética de la investigación pueden requerir protecciones especiales según las condiciones particulares de los grupos participantes en los estudios, recalando que los investigadores y otros involucrados en la investigación deben tener en cuenta aquellos factores que hacen vulnerable a cada participante individual y tomar medidas apropiadas para mitigar esos factores(44).

Es de aclarar, que el protocolo o ficha metodológica dispuesta por el DANE, sobre el censo de habitante de calle en Bogotá, no contiene un capítulo específico con las consideraciones éticas; sin embargo, en el componente de información general del estudio, hace referencia al proceso de sensibilización que se llevó a cabo con los habitantes de calle que decidieron participar en el estudio, y cita directrices expresas para abandonar la encuesta de presentarse algunas situaciones específicas(7).

## 6. Resultados

Se revisaron 6496 registros de personas que viven en situación de calle, los resultados son presentados de acuerdo al plan de análisis establecido, según el alcance del estudio y en el orden de los objetivos específicos.

### 6.1 Condiciones sociodemográficas y de capacidad personal de los habitantes de calle

Las mayores concentraciones se encontraron en las localidades de Los Mártires (22.8%), Puente Aranda (20%), Santa Fe (16,4%), Kennedy (7,8%), Antonio Nariño (5,4%), Engativá (4,0%), en menor proporción las demás localidades y aquellas con el menor número de habitantes de calle son Usme y Tunjuelito (0,6 y 0,8% respectivamente), de las demás localidades no fueron reportados en el censo.

Se identificó un promedio de edad del habitante de calle de 39 (d.s. 13,4) años, la edad más frecuente observada es 34 años. La mitad de los habitantes de calle se concentra en el grupo de edad de 14 a 37 años, la otra mitad entre 38 y 90 años de edad. Y se pudo observar que uno de cada diez habitantes de calle en Bogotá es persona mayor. En cuanto al sexo, se observó que la mayoría de habitantes de calle son de sexo masculino (89,4%), con una razón de 8:1 respecto a las mujeres que viven en situación de calle. **Gráfico 1.**

En lo relacionado con la orientación sexual, casi la totalidad de los censados aseguraron identificarse como heterosexual (96,3%), dos de cada cien habitantes de calle dijo ser homosexual (1,7%), una proporción similar es bisexual (1,6%), y el 0,5% manifestó no saber que orientación sexual tiene.

Más de la mitad de los habitantes de calle (59,1%) dijeron haber nacido en Bogotá, todos los habitantes de calle excepto una persona duermen en esta ciudad. De esta proporción el 66% dijo dormir habitualmente en sitios públicos de la calle como puentes, andenes, parques, alcantarilla, carretera, etc. Casi una cuarta parte de ellos (24%) lo hace en alguna institución o centro de atención y apenas uno de cada diez (10%) lo hace en un dormitorio transitorio como hoteles, paga diario, inquilinatos o residencias.

Un 92,1% de los habitantes de calle manifestó saber leer y escribir. En cuanto al nivel educativo, un 32,2 % refirió tener básica primaria, un 34,4% educación básica secundaria, un 20,2% dijo haber alcanzado una formación media académica, normalista o media técnica, el 7,1% solo cuenta con preescolar y solo seis de cada cien habitantes de calle tienen estudios tecnológicos, universitarios o de posgrado (5,9%) **Gráfico 2.**

Un segundo componente analizado fueron las capacidades individuales a partir de nueve variables tomadas desde la percepción de cada uno de ellos así: el 89,6% de los habitantes dice escuchar sin dificultad, un 10% lo hace con alguna o moderada dificultad y el 0,4% no puede escuchar. Nueve de cada diez habitantes de calle (92%) puede hablar sin dificultad, el 7,7% con alguna o moderada dificultad y uno de cada diez no puede hablar.

Dos terceras partes de los cesados, puede ver bien de cerca, de lejos o a su alrededor (65,4%), el 33,7% lo hace con alguna o moderada dificultad y uno de cada diez (1%) dice estar impedido para ver. El 84,4% de los habitantes de calle dice que puede mover el cuerpo y caminar sin dificultad, un

14,6% lo hace con alguna o moderada dificultad y el 0,6% no puede moverse. Un 88,2% manifestó que puede agarrar objetos con las manos fácilmente, el 11,4% tiene algún impedimento o molestia para hacerlo y el 0,5% dice no poder agarrar objetos con las manos.

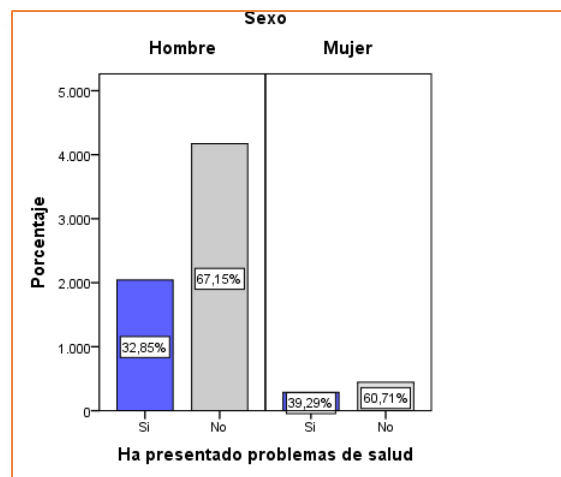
La mayoría de las personas que viven en situación de calle dijeron poder aprender con facilidad, tomar decisiones o recordar fácilmente (82,5%), una sexta parte tiene alguna dificultad para hacerlo (16,7%) y uno de cada diez (1%) no puede tomar decisiones por sí mismo o dice no poder aprender o recordar las cosas.

La última dimensión de funcionamiento o capacidad física es la condición de poder comer, vestirse, bañarse o defenderse por sí mismo, el 94,9% dijo hacerlo sin dificultad alguna, casi cinco de cada cien presenta dificultad para hacerlo y apenas el 0,5% de ellos no puede defenderse solo para hacer cosas como bañarse o vestirse el solo.

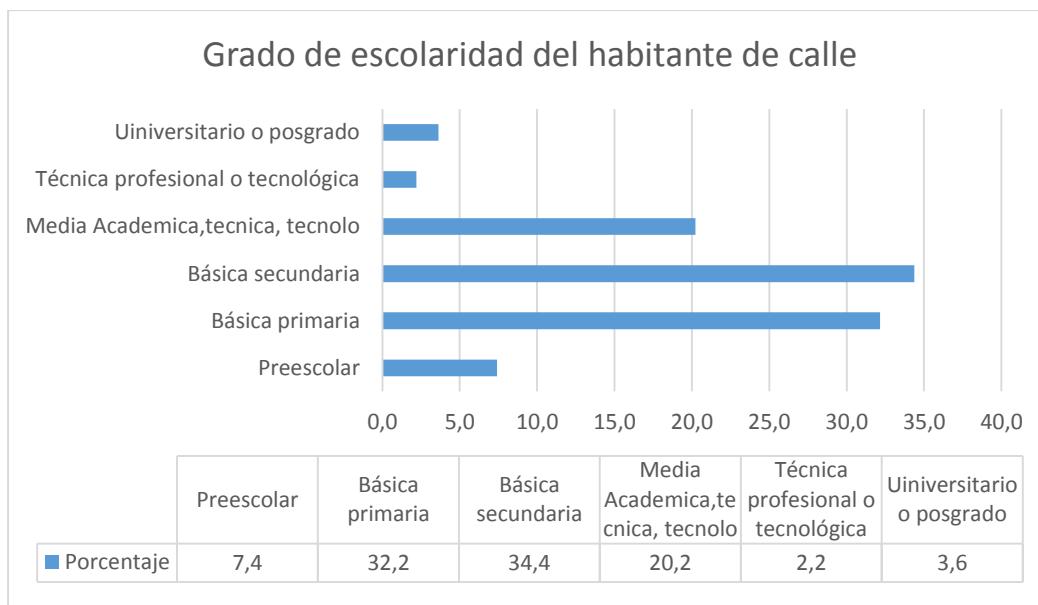
En cuanto a la funcionalidad social, se abordaron aspectos como la capacidad de relacionarse o interactuar con las demás personas, se observó que el 85,7% de los habitantes de calle dijo interactuar sin ninguna dificultad, una séptima parte dice tener algún tipo de dificultad para hacerlo y el 1,1% dice no poder relacionarse o interactuar con las demás personas.

Por último, el 82,1% de los habitantes de calle manifestó poder hacer sus actividades diarias sin mostrar problemas cardíacos o respiratorios, el 17% presenta alguna dificultad de este tipo en su cotidianidad y casi uno de cada cien personas (1%) dice no poder hacer sus cosas diarias sin presentar molestias cardíacas o respiratorias.

**Gráfico 1. Distribución por sexo de habitantes de calle que presentaron problemas de salud en los últimos treinta días**



**Gráfico 2. Grado de Escolaridad de Habitantes de Calle**



### 6.2 Condiciones de habitabilidad y estilos de vida en los habitantes de calle de Bogotá

Se estudió en los habitantes de calle, algunas condiciones propias de habitabilidad y del entorno donde permanece la mayor parte del tiempo.

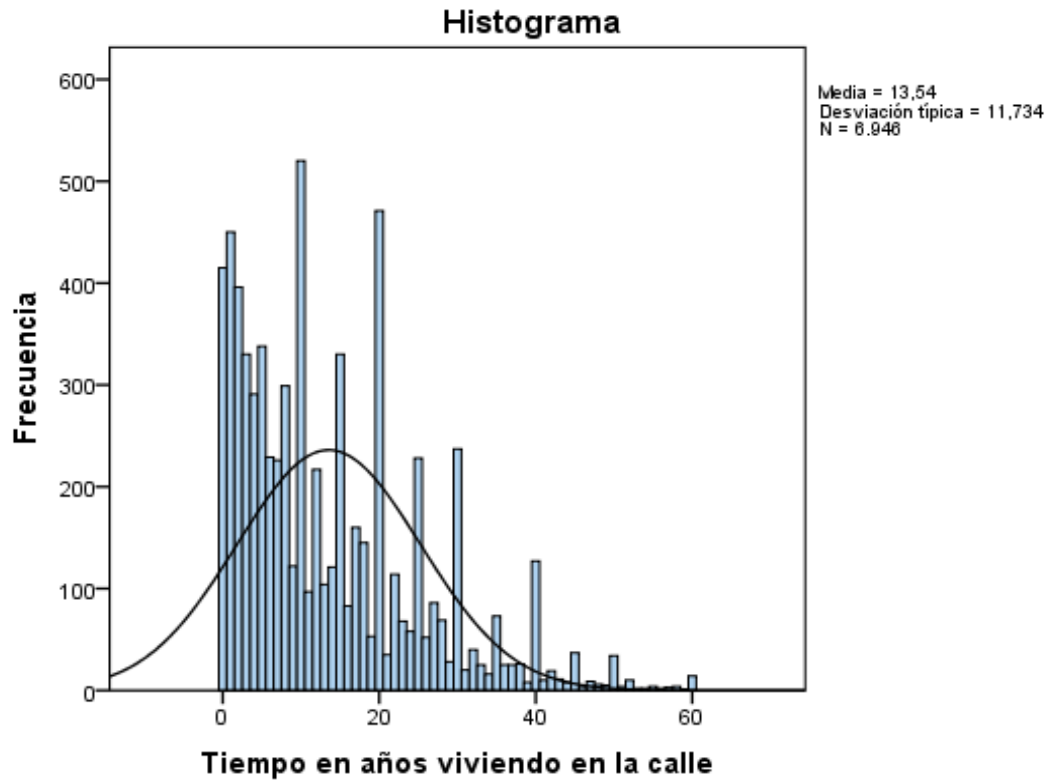
Un 90% comenzó a vivir en la calle en Bogotá y el 10% restante refirió haber iniciado la habitabilidad de la calle en otro municipio del territorio nacional.

En cuanto a las razones del por qué comenzó a hacer de la calle su sitio de residencia, el 43,4% refiere el hecho de ser adicto a las sustancias psicoactivas, seguido de una tercera parte que lo hace por tener dificultades o conflictos familiares (32,7%), siete de cada cien lo hace por gusto o decisión propia (7,5%), una menor proporción (6,3) por dificultades económicas. Otras razones menos frecuentes fueron: no tener trabajo (3,6%), influencia de otras personas (3,9%), como consecuencia de abuso sexual (2,5%) y por amenaza o riesgo para su vida o simplemente porque siempre ha vivido en la calle **Tabla 2**.

También se indagó sobre las razones para seguir viviendo en la calle, un 50% refirió que por su condición de ser adicto a las SPA, seguido de un 13,8% que lo hace por gusto propio, en proporciones similares aquellos que viven por dificultades económicas o problemas familiares (11,0% y 10,2% respect.), el 9,0% lo hace por no tener trabajo, un 4,0% lo hacen porque se sienten solos, y el 2,0% restante sigue viviendo en situación de calle por influencia de las amistades, como consecuencia de alguna enfermedad o porque siempre ha vivido en esta condición.

El tiempo promedio en años como habitante de calle fue de 13,5(+/-11,7) años, el valor más frecuente encontrado en esta estimación es de 10 años de habitabilidad en la calle. **Gráfico 3**.

**Gráfico 3. Tiempo en años viviendo en la calle**

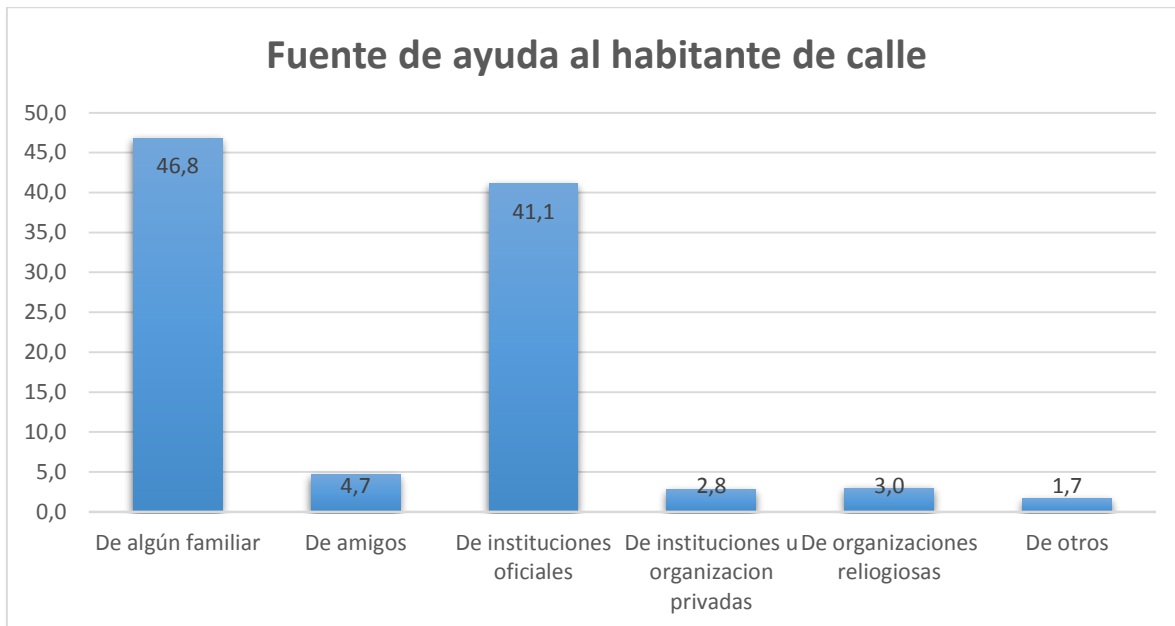


En lo relacionado con los nexos familiares: un 38,3% refirió no tener ningún nexo o contacto con alguien de su familia, el 27,2% mantiene contacto con su madre, el 17,2% lo hace con algún hermano o hermanastro, un 4,8 mantiene algún contacto con hijos o hijastros y un 4,3 con su padre, y en menor porcentaje (2,3%) tiene algún nexo con otros familiares.

Según el tipo de ayuda que han recibido, los habitantes de calle refirieron en un 49% como principal benefactor entidades gubernamentales, el 19% de los habitantes de calle dijo recibir algún tipo de ayuda familiar, el 11,5% lo hace de amigos, el 9% recibe ayuda de organizaciones religiosas, 6% recibe ayuda de organizaciones privadas y el 4% lo hace de otras entidades u organizaciones y la proporción restante (1,5%) recibe ayuda de otro tipo u organización.

En lo relacionado con el trabajo o fuentes de ingreso de los habitantes de calle, se observó que casi cuatro de cada diez (39,7%) se dedica al reciclaje y un 37,4% se dedica a oficios propios de la calle como son: pidiendo en las calles, mendigando o retacando, limpiar vidrios, tocar llantas, cuidando carros o vendiendo algún producto en la calle, el 5,7% de los habitantes de calle se dedica a robar o atracar, el 3,1% obtiene sus ingresos cantando o haciendo malabares, seguido del 2,5% trabaja la carpintería, construcción u otras labores similares, solo un 1% refirió ser campanero o transportador de sustancias psicoactivas (1%), una proporción similar se dedica a la prostitución (1,1%) y el 9,5% se dedica a otro tipo de actividades no descritas, para obtener sus ingresos. **Gráfico 4.**

**Gráfico 4. Fuente de ayuda e ingresos de los habitantes de Calle.**



En cuanto a la seguridad de los habitantes de calle y las situaciones que ellos perciben como peligrosas, respondieron entre varias opciones así: 58,1% que ve afectada su seguridad por abuso de la fuerza pública o policía, un 20,5% han sido afectadas en su seguridad por persecución de integrantes de alguna olla (lugar donde se expenden y consumen estupefacientes), un 14,5% tiene problemas con la comunidad, percibiendo esta situación como afectación a su seguridad, el 13% de los habitantes ve afectada su seguridad por ser forzados a realizar actividades en contra de su voluntad, un 11,8% por enfrentamientos con bandas delincuenciales como barras bravas, calvos (grupos tipo neonazis), y el 5,4% de los habitantes de calle ve afectada su seguridad por otros factores

**Tabla 2.**

El 44% de los habitantes de calle teme por su vida puesto que una de cada tres personas ha sido víctima de insultos en los últimos treinta días (37,5%), una cuarta parte ha sido de víctima de golpes en los últimos 30 días (25,7%), otra proporción (20,8%) ha recibido amenazas en el mismo periodo de tiempo, el 13% ha sido recibido algún tipo de ataque con arma blanca y un 4% ha sido víctima de disparos o ataque con arma de fuego.

**Tabla 2. Situaciones que afectan la seguridad y Condiciones de habitabilidad en calle en Bogotá- 2017.**

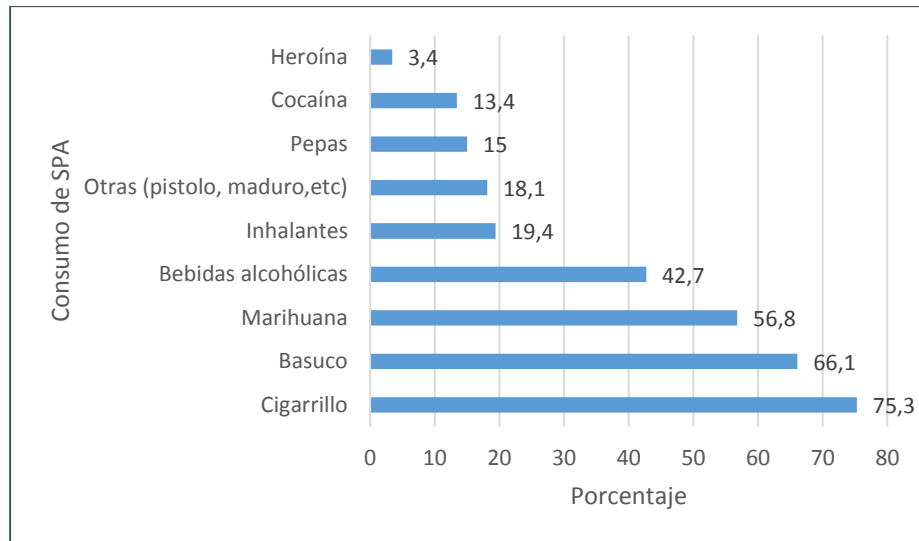
Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Razones de habitabilidad en calle</b>		
Consumo de SPA	3016	43,4
Conflictos o dificultades familiares	2272	32,7
Por gusto personal	518	7,5
Dificultades económicas	441	6,3
Influencia de otras personas	271	3,9
Falta de trabajo	253	3,6
Amenaza o riesgo para su vida	89	1,3
<b>Situaciones que afectan la seguridad de los HC</b>		
Abuso policial	4933	58,1
Persecución de integrantes de una olla	1423	20,5
Problemas con la comunidad	1007	14,5
Forzado a cumplir tareas en contra de su voluntad	904	13
Problemas con grupos juveniles	817	11,8
Otras situaciones	373	5,4

Fuente: Construcción propia a partir de los datos

### **6.3 Características de salud—enfermedad, referidas por los habitantes de calle**

Un factor estudiado en el censo y que se relaciona con el estado de salud de los habitantes de calle son los hábitos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se observó un frecuente multiconsumo así: que tres de cada diez consume cigarrillo (75,3%), en cercanas proporciones (66,1%), consumen bazuco (residuo de coca mezclado con sustancias causticas) más de la mitad (56,8%) consume marihuana, una proporción importante consume bebidas alcohólicas, Chamber (alcohol modificado con saborizantes) o alcohol etílico (42,7%), dos de cada diez habitantes de calle (19,4%) consume inhalantes cetónicos, un 18,1% consumen maduro o pistolo (mezcla de cigarrillo con coca y otros) y un 15% consume pepas (metanfetaminas entre otras), el 13,4% consume cocaína y una pequeña proporción (3,4%) dijo consumir heroína .

**Gráfico 5. Hábitos de consumo de los habitantes de calle de Bogotá- 2017**



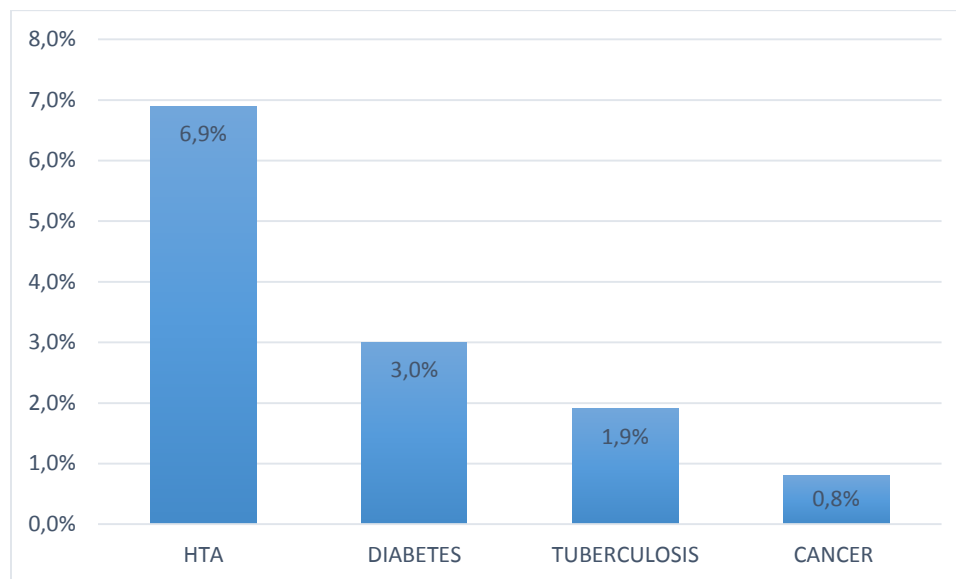
En cuanto a la edad de inicio de consumo, se observó que los habitantes de calle en promedio comenzaron de manera más temprana a consumir cigarrillo (14,1+/-5,08 años), siendo la edad mínima de inicio los siete años de edad y el habitante de mayor edad que comenzó con este hábito tenía 60 años para el momento del censo, una edad de inicio similar se observó en las personas que consumen marihuana. Se observó en todas las SPA estudiadas que la edad de inicio se dio hacia la mitad de la segunda década de la vida de los habitantes de calle con una distribución normal en las estimaciones.

Se indagó al habitante de calle sobre el conocimiento y utilización de los programas de atención distritales. Se observó que ocho de cada diez tienen conocimiento de dichos programas (82,2%), y una gran mayoría los utiliza (73,8%).

Se observó que una tercera parte de los habitantes de calle (33,5%), tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud. Encontrándose mayor proporción de personas enfermas en las mujeres que en los hombres (39,3% - 32,9% respectivamente).

De los 6.946 censados se encontró que la enfermedad más frecuente fue la hipertensión arterial con una proporción de 6,9%, con 482 casos, el segundo diagnóstico más frecuente fue la diabetes con un 3%, con 201 casos, el tercer diagnóstico fue la tuberculosis con un 1,9% con un total de 131 casos y en el cuarto lugar el cáncer con un 0,8% para un total de 57 casos. **Gráfico 6.**

**Gráfico 6. Distribución de diagnósticos médicos más frecuentes en el habitante de calle**



De quienes estuvieron enfermos, un 98,8% manifestaron haber recibido atención. Respecto al sitio donde acudió por el problema de salud más grave y reciente, el 71,1% refirió haber acudido a la entidad aseguradora a la cual se encuentra afiliado, 18,3%; acudió a un hospital o empresa social del Estado o centro de salud para su atención, el 4,2% usó remedios caseros, el 3,0% acudió a la farmacia o droguista, 2,5% buscaron solución en un médico o profesional de la salud de forma particular una proporción muy baja (0,9%) suman las personas que acudieron a medios de atención como terapias alternativas como acupuntura o esencias florales, otro tipo de personas como curanderos o yerbateros o aquellos que buscaron solución en brigadas de salud, ONG y otras entidades.

La percepción de atención en salud, independiente de su condición de salud fue de un 96,4%.

Se indagó por el enfermedades diagnosticadas ya fueran de tipo crónico, infectocontagioso y alteraciones mentales.

El diagnóstico más frecuente fue la hipertensión arterial con una proporción de 6,9%, pero solo la mitad refirió haber recibido tratamiento para esta enfermedad (50,8%). El segundo diagnóstico más frecuente fue la diabetes con un 3%, pero menos de la mitad han recibido tratamiento (2,9%) y menos de la mitad de las personas reciben tratamiento para ello (45,8%).

De los habitantes de calle del estudio, un total de 63 han sido diagnosticados con cáncer (0,9%) ha sido diagnosticado con cáncer, pero de ellos, el 92% no reciben tratamiento, es decir 58 personas.

128 de los habitantes del censo han sido diagnosticados con tuberculosis (2%), de los cuales el 71,8% recibe tratamiento para esta enfermedad. Con respecto al diagnóstico de VIH, la proporción también es de un 2% (128 personas) pero solo el 65,4% dicen recibir tratamiento para la enfermedad.

En lo relacionado a otros problemas de salud, se halló mayor proporción de habitantes de calle con problemas dentales (12,1%), seguido de los que manifestaron presentar problemas respiratorios no

relacionados con tos frecuente (5,9%), mientras que el 4,1% dice tener este síntoma de manera constante. Cinco de cada cien habitantes de calle ha sufrido en el mes previo al censo algún ataque por parte de terceros (5,0%), el 3,3% ha tenido algún tipo de intoxicación o envenenamiento, con similar porcentaje de habitante de calle que dijeron presentar molestias abdominales (3,4%) proporciones muy pequeñas de ellos dicen padecer alguna enfermedad de transmisión sexual (0,8%) o haber intentado suicidarse (0,4%), y ningún habitante de calle dijo tener algún problema mental o alteración emocional **Tabla 2**.

#### **6.4 Condiciones asociadas al estado de salud de las personas incluidas en el censo según condiciones sociodemográficas y de habitabilidad en calle**

Se estableció asociación entre el estado de salud de los habitantes de calle y condiciones sociodemográficas y propias de la habitabilidad en calle. Para esto se incluyeron los binomios compuestos por covariables como la edad, el sexo, el saber leer y escribir, limitaciones físicas como moverse, oír y visuales; el recibir atención médica cuando lo necesitó, fuente de ingresos, tiempo en años como habitante de calle, motivo de vivir en esta condición, recibir ayuda de algún familiar o de instituciones oficiales, consumo de algunas sustancias psicoactivas, temer por su vida y haber sido víctima de abuso de la fuerza pública o policía.

Se observó igualdad en la proporción entre hombres y mujeres con mal estado de salud (32,7%), no existe evidencia estadísticamente significativa entre el sexo y el estado de salud ( $p=0,85$ ). En lo relacionado con la edad, se observó un promedio de este estimador en los habitantes con algún problema de salud de 37,8(12,5) años, con un promedio similar en las personas con un buen estado de salud, no existe diferencia estadística entre las medianas de ambos grupos y se espera que el estado de salud de los habitantes de calle no empeore con el aumento de la edad.

De los habitantes de calle que saben leer y escribir, una tercera parte presentó problemas de salud en el último mes, no existiendo asociación estadística entre las estimaciones ( $p=0,75$ ).

En lo relacionado con las limitaciones, se observó que del total de habitantes de calle con limitaciones de movimiento el 40% tiene además problemas de salud, una proporción similar se da entre las personas algún tipo de dificultad menor o que puede realizar sus actividades de movimiento sin dificultad pero que tienen problemas de salud (31,0%-32,5%), sin observarse asociación estadística entre las limitaciones de movimiento y el estado de salud de los habitantes de calle **Tabla 3**.

De manera similar se comportaron variables como las limitaciones para oír y para ver de cerca relacionadas con el estado de salud de los habitantes de calle, sin encontrarse asociación estadística entre las estimaciones analizadas ( $p>0,05$ ) **Tabla 3**.

La gran mayoría de los habitantes de calle con problemas de salud recibió algún tipo de atención cuando lo necesitó (99%), sin evidencia de asociación estadística entre esta condición y el estado de salud de ellos ( $p=0,35$ ) **Tabla 3**.

Respecto a las condiciones propias de habitabilidad y su relación con el estado de salud, se observó que del total de habitantes de calle con problemas de salud el 41,2% se dedican al reciclaje, dos de cada diez (19,8%) se dedican a mendigar o retacar, una proporción similar de los enfermos se dedica a limpiar vidrios, cuidar carros o tocar llantas (17,8%), la proporción restante de los habitantes en situación de calle que presentan problemas de salud se dedica a otras actividades como hacer malabares, actividades de construcción y carpintería o campaneros, taquillero, o transportador de droga, sin evidencia estadística entre los datos ( $p=0,16$ ) **Tabla 3**.

El promedio de años que llevan viviendo en la calle los encuestados con problemas de salud, tiene un comportamiento similar a las personas que no tienen problemas de salud (13,5(+/- 11,8) años, no habiendo distribución normal entre las estimaciones y sin diferencia entre las medianas de los años en las personas que viven en situación de calle enfermas y sanas ( $p=0,72$ ) **Tabla 3**.

En cuanto a las razones para comenzar a vivir en la calle y su relación con el estado de salud de las personas censadas, se observó mayor proporción de estas en los habitantes de calle que hacen de la calle su vivienda por razones de consumo de SPA., seguido de las personas con problemas de salud que están viviendo en la calle por conflictos o dificultades familiares (33,1%), siete de cada cien habitantes de calle con problemas de salud argumentó hacerlo por gusto propio (7,8%), el 5,8% de las personas enfermas se encuentra viviendo en la calle porque tiene dificultades económicas, el porcentaje restante de los habitantes de calle con mal estado de salud lo hace por otras razones como riesgo para su vida, no tiene trabajo o por la influencia de otras personas. No hay asociación estadística entre las razones para vivir en la calle y el estado de salud de las personas censadas ( $p=0,92$ ).

Ocho de cada diez habitantes de calle (80,5%) que tienen problemas de salud no reciben ayuda económica de sus familiares, encontrándose que no existe asociación estadística entre las estimaciones ( $p=0,36$ ). Se observó una proporción igual de las personas que viven en situación de calle con problemas de salud y que reciben algún tipo de ayuda económica por parte organizaciones oficiales y aquellas con los mismos problemas de salud pero que no reciben ayuda económica (50%), no se observó evidencia que demuestre asociación estadística ( $p=0,40$ ).

En lo relacionado con los hábitos de consumo, se observó que de las personas censadas con problemas de salud tres cuartas partes (76,7%) consumen cigarrillo; más de la mitad de los enfermos no consumen alcohol (56,5%), dos de cada diez habitantes de calle con problemas de salud tiene como hábito el consumo de inhalantes, bóxer o pegante; el 68,1% de los encuestados enfermos consume basuco, cuatro de cada cien habitantes de calle con problemas de salud dijo consumir de manera habitual heroína (3,9%), una séptima parte de los afectado

en su salud consume pepas (16,5%) y el 19,1% de los habitantes encuestados con problemas de salud consume otro tipo de sustancias psicoactivas, observándose que no existe asociación entre el consumo de estas sustancias y el estado de salud de los habitantes de calle ( $p>0,005$ ) **Tabla 4.**

**Tabla 3. Estado de salud de los habitantes de calle de Bogotá según algunas condiciones de salud, hábitos de consumo y de habitabilidad**

Variable	Problemas de salud		Valor p	Razon de prevalencia
	Si N(%)	No N(%)		
<b>Limitaciones de movimiento</b>				
Si	91(4,5)	186(4,5)	0,93*	1,00[0,84-1,19]
No	1929(95,5)	3987(95,5)		1
<b>Limitaciones para oír</b>				
Si	54(2,7)	114(2,7)	0,89*	0,98[0,78-1,23]
No	1966(97,3)	4059(97,3)		1
<b>Limitaciones para ver</b>				
Si	196(9,7)	415(9,9)	0,765*	0,98[0,87-1,10]
No	1824(90,3)	3758(90,1)		1
<b>Recibió atención médica cuando lo necesitó</b>				
Si	1999(99)	4118(98,7)	0,35*	1,18[0,82-1,70]
No	21(1,0)	55(1,3)		1
<b>Fuente de ingresos</b>				
Limpiando vidrios, cuidando carros	359(17,8)	731(17,5)	0,019	0,75[0,60-0,95]
Cantando, haciendo malabares	70(3,5)	123(2,9)	0,018	0,65[0,46-0,93]
Carpintería, electricidad, construcciones	53(2,6)	97(2,3)	0,052*	0,68[0,46-1,00]
Pidiendo, retacando, mendigando	399(19,8)	826(19,8)	0,025	0,77[0,61-0,96]
Recogiendo material reciclable	832(41,2)	1691(40,5)	0,01	0,75[0,61-0,93]
Robando o atracando	133(6,6)	241(5,8)	0,007	0,67[0,50-0,89]
Ejerciendo la prostitución	19(0,9)	52(1,2)	0,94*	1,01[0,58-1,78]
Otra	140(6,9)	376(9,0)	cons.	1
<b>Teme por su vida</b>				
Si	1017(50,3)	1698(40,7)	0,000	1,29[1,20-1,39]
No	1003(49,7)	2475(59,3)		1

Variable	Problemas de salud		Valor p	Razón de prevalencia
	Si N (%)	No N (%)		
<b>SPA consumidas</b>				
Cigarrillo				
<b>Si</b>	1550(76,7)	3246(77,8)	0,35*	0,96[0,88-1,04]
<b>No</b>	470(23,3)	927(22,2)		1
Bebidas alcohólicas				
<b>Si</b>	878(43,5)	1809(43,3)	0,93*	1,00[0,93-1,07]
<b>No</b>	1142(56,5)	2364(56,6)		1
Marihuana				
<b>Si</b>	1224(60,6)	2408(57,7)	0,03	1,08[1,00-1,16]
<b>No</b>	796(39,4)	1765(42,3)		1
Inhalables (pegante, bóxer, gasolina,etc)				
<b>Si</b>	425(21,0)	808(19,4)	0,12**	1,07[0,98-1,16]
<b>No</b>	1595(79,0)	3365(80,0)		1
Cocaína				
<b>Si</b>	306(15,01)	505(13,3)	0,049	
<b>No</b>	1714(84,9)	3618(86,7)		1
Basuco				
<b>Si</b>	1376(68,1)	2858(68,5)	0,77*	0,98[0,91-1,06]
Heroína				
<b>Si</b>	79(3,9)	136(3,6)	0,18**	1,13[0,94-1,35]
<b>No</b>	1941(96,1)	4037(96,7)		1
Pepas				
<b>Si</b>	333(16,5)	625(15,0)	0,12**	1,07[0,98-1,18]
<b>No</b>	1687(83,5)	3548(85,0)		1
Otras sustancias (maduro, pistolo, etc)				
<b>Si</b>	386(19,1)	770(18,5)	0,53*	1,02[0,94-1,12]
<b>No</b>	1634(80,9)	3403(81,5)		1
<b>Fuente: Construcción propia a partir de los datos</b>				
<b>* No significativo</b>				
<b>** Principio parsimonia</b>				

Las SPA que mostraron asociación estadística con el estado de salud de los habitantes de calle fue la marihuana con el 60% de las personas con problemas de salud que la consume y cocaína con el 15,1% de los enfermos ( $p < 0,05$ ) **Tabla 3**.

Se observó una proporción similar entre los habitantes de calle con problemas de salud que temen por su vida y aquellos que no sienten lo mismo (50,3% -49,7% respect.), encontrándose evidencia estadísticamente significativa de asociación entre el estado de salud y dicho sentimiento ( $p = 0,000$ ) **Tabla 3**.

Por último, en lo relacionado con ver afectada su seguridad el abuso de la fuerza pública y el estado de salud de los habitantes de calle, se observó una proporción mayor en aquellos habitantes censados que cumplían ambas condiciones (58,1%), observándose que no existe asociación estadística entre las estimaciones ( $p = 0,13$ ).

#### **6.5 Desenlaces en salud según las condiciones de habitabilidad en calle, condiciones y hábitos de vida de las personas identificadas en el censo.**

Se incluyeron en el modelo explicativo del estado de salud de los habitantes de calle tres variables que en el análisis Bivariado mostraron significancia estadística, estos fueron: consumo de marihuana, de cocaína y temer por su vida.

De igual manera, tomando el principio de parsimonia se incluyeron las covariables en las que su valor  $p$  fue menor de 0,2, estas fueron: fuente de ingreso ( $p = 0,16$ ), Consumir algún tipo de inhalantes como popper, bóxer o pegantes ( $p = 0,12$ ), consumir heroína ( $p = 0,18$ ), pepas ( $p = 0,12$ ) y afectación a la seguridad por abuso de la fuerza pública o policía ( $p = 0,13$ ).

Al ajustar el estado de salud según variables como la fuente de ingreso, el consumo de sustancias, temer por su vida y percibir como afectada su seguridad por el abuso de la fuerza pública; se observó que las variables mantuvieron asociación estadística y epidemiológica fueron algunas actividades desarrolladas como fuente de ingreso como limpiar vidrios o tocar llantas, cantar o hacer malabares, actividades de carpintería o construcción, entre otras; observándose que se comportan como factores de protección para su estado de salud; actividades como ejercer la prostitución y ser campanero o transportador de droga perdieron significancia estadística y epidemiológica al ejecutar el modelo de regresión **Tabla 4**.

Todas las variables relacionadas con el consumo de SPA que en el análisis Bivariado habían mostrado significancia estadística, al ajustar el modelo perdieron dicha asociación. Las variables temer por su vida y ver afectada su seguridad por el abuso de la fuerza pública o policía conservaron su significancia estadística, siendo esta última un factor de riesgo y la primera un factor de protección para el estado de salud de los habitantes de calle **Tabla 4**.

Puede concluirse que las variables que mejor explican el estado de salud de los habitantes de calle en Bogotá, son: algunas actividades como fuente de ingreso, el temer por su vida y el sentir afectada su seguridad por el abuso de la fuerza pública o policía; con una sensibilidad moderada de 67,4%.

**Tabla 4. Modelo de regresión logística para el estado de salud de los habitantes de calle según condiciones sociodemográficas y de habitabilidad**

Variables en la ecuación					
	B	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
				Inferior	Superior
P29		,183			
P29(1)	-,269	,024	,76	,60	,97
P29(2)	-,428	,018	,65	,46	,93
P29(3)	-,403	,043	,67	,45	,99
P29(4)	-,251	,033	,78	,62	,98
P29(5)	-,267	,014	,77	,62	,95
P29(6)	-,095	,770	,91	,48	1,72
P29(7)	-,378	,011	,69	,51	,92
P29(8)	,031	,914	1,03	,59	1,81
P30S3(1)	-,071	,229	,93	,83	1,05
P30S4(1)	-,043	,572	,96	,83	1,11
P30S5(1)	-,096	,269	,91	,77	1,08
P30S7(1)	-,073	,645	,93	,68	1,27
P30S8(1)	-,036	,680	,96	,81	1,14
P_33_1(1)	-,390	,000	,68	,61	,75
P33_S3(1)	,119	,035	1,13	1,01	1,26
Constante	1,159	,000	3,19		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: P29, P30S3, P30S4, P30S5, P30S7, P30S8, P\_33\_1, P33\_S3.

## 7. Discusión

El estudio realizado sobre Condiciones de vida y salud de habitantes de calle en Bogotá DC., es un insumo importante para conocer las características de esta población y realizar un aporte para la definición de políticas y programas para su bienestar. Además, cobra gran importancia, dado que del total de la población habitante de calle registrada en el país (34.417), 67% se encuentra ubicada en Bogotá, lo anterior podría deberse a la variada oferta institucional que tiene el Distrito Capital para esta población. Así mismo, en el censo realizado por esta ciudad en el año 2017 se registró que más del 40% de la población censada proviene de lugares diferentes a Bogotá, lo cual indica una migración importante de habitantes de calle a la capital; 13% en Cali, 8% en Medellín, 6% en Bucaramanga y 5% en Barranquilla (46).

En el estudio se encontró que la mayoría de los habitantes de calle (HC) fueron hombres (89,4%), y para ambos sexos la mayor proporción tenían entre 20 y 40 años. En el diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia en las cinco ciudades con la más alta cantidad de HC en el país, (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga), se reportó igualmente una mayor presencia de hombres; la población de sexo femenino se encuentra entre el 10% y 15%. Esta situación se ha reportado en los censos de otros países como Chile (2005) 85% hombres y 15% mujeres; Brasil (2007) 82% hombres y 18% mujeres y el de la Ciudad de Buenos Aires (2010) 84.7% hombres y 14.3% mujeres (46).

La edad promedio de los HC de nuestro estudio fue de 39 (+/- 13,4) años, similar a lo reportando en el estudio del MSPS, donde se reportó que la mayoría de personas, tanto hombres como mujeres, estaba ubicada en el grupo etario de los 30 a 34 años, seguido de los que se encuentran entre los 35 a 39 años y los de los 25 a 29 años; evidenciando que esta población se ubica en el rango de edad con mayor productividad (46).

Con respecto al nivel educativo, sólo 8% de los HC de nuestro estudio, mencionaron no saber leer y escribir, y más del 60% tenía primaria o secundaria completa, además se encontró 6% con educación superior. En otros estudios se ha reportado que el nivel educativo de los HC es bajo. En los dos grupos poblacionales (en calle y de calle) el nivel educativo en las mujeres suele ser más bajo que en los hombres, para Medellín sólo el 9% había terminado la primaria y en Cali, el 18% aprobaron algún año de la enseñanza básica primaria. La proporción de HC que terminaron secundaria en Bogotá, Medellín y Cali fue 25,2%, 19,4% y 18,0% respectivamente (46,47). En un estudio realizado en “indigentes urbanos”, todos de sexo masculino, residentes en hogares de tránsito en Buenos Aires (Argentina), 14% tenía como nivel educativo secundaria completo; 16% universitario incompleto, y 8%, universitario completo (48).

En un estudio descriptivo realizado con niños, niñas y adolescentes (NNA) de Medellín, atendidos en instituciones de protección por situación de calle o vulnerabilidad, se encontró que predominó el sexo masculino (75,3%) y la mediana de edad fue de 14 años (IQR: 12-16 años). Referente a la escolaridad, el nivel de primaria fue el más frecuente (48,3%), seguido de la secundaria (19,2%), el 2,9% no había cursado ningún grado escolar (49).

En lo relacionado con el trabajo o fuentes de ingreso de los HC de nuestro estudio, aproximadamente 40% se dedicaba al reciclaje, otras actividades reportadas fueron pedir en las calles, limpiar vidrios, robar o atracar, campanero o transportador de sustancias psicoactivas y la prostitución. En el estudio realizado en Argentina, el 40% de los entrevistados estaba ocupado. En general se desempeñaban en trabajos temporales con bajas remuneraciones, informales y en condiciones precarias. Entre los diversos mecanismos de subsistencia, uno de los más extendidos es la recolección en la calle de cartones para su reciclado (igual a nuestro estudio), pero también de alimentos desechados. Las “circunstancias”, y no la libre elección, fueron los factores que definieron las inserciones laborales (ventas ambulantes, vigilancia, pintor, limpieza, albañil) (48).

Según la información reportada por las cinco ciudades incluidas en el diagnóstico del MSPS, se evidenció que si bien los HC se ubican en el sector informal, pues ejercen actividades como ventas ambulantes, reciclaje, entre otras; en algunos casos se dedican a la mendicidad, la prostitución y otras actividades que son contrarias a su dignidad y autonomía (46). En nuestro estudio se indagó por los hábitos de consumo, encontrando que 75% consumía cigarrillo, 66% bazuco, más de la mitad (56,8%) consume marihuana, un poco más de 40% consume bebidas alcohólicas y en menor proporción inhalantes, pepas, cocaína y heroína. En cuanto a la edad de inicio de consumo, se observó que los habitantes de calle en promedio comenzaron de manera más temprana a consumir cigarrillo (14,1+/- 5,08 años) y marihuana. En el estudio realizado con NNA en Medellín, se reportó que 65,8% las consumía, presentando el mayor consumo, la marihuana (51,9%) y los inhalantes/pegantes (conocido como “sacol”) (33,1%) (49).

Los habitantes de calle provienen de variadas formas de familia, desde la nuclear (padre, madre e hijos) hasta familias constituidas por personas que no tienen ninguna consanguinidad ni parentesco, siendo común la conflictividad en las relaciones familiares. En el estudio realizado por el MSPS, se identificó que en Bogotá el 18% de la población HC cuenta con el apoyo de sus familias; en Medellín y Cali, los HC que no tienen contacto con su familia son el 61,8% y 45,0% respectivamente (46). En nuestro estudio, 38% de los HC no tiene algún tipo de nexos o contacto con alguien de su familia y aproximadamente 20% dijo recibir algún tipo de ayuda familiar.

Nuestra investigación reportó que las razones presentadas para comenzar a vivir en la calle fueron ser adicto a las sustancias psicoactivas (43%), dificultades o conflictos familiares (32,7%), por gusto o decisión propia (7,5%), 6,3% por dificultades económicas. En cuanto a las razones para seguir viviendo en la calle, se observó que la mitad dijo por su condición de ser adicto a las SPA, seguido de un 13,8% que lo hace por gusto propio, por dificultades económicas o problemas familiares, como consecuencia de alguna enfermedad o porque siempre ha vivido en esta condición.

La evidencia científica enumera diversos factores motivadores de la existencia de la gente en la calle, tales como los factores estructurales (falta de vivienda, la falta de empleo e ingresos, los cambios económicos e institucionales de fuerte impacto social, etc.), factores biográficos (alcoholismo, drogadicción, trastornos de los lazos familiares, enfermedades mentales, la pérdida de todos los bienes, etc. además de desastres en masa y/o naturales (inundaciones, incendios, terremotos, etc.) (48).

El MSPS reportó que en Bogotá las motivaciones para permanecer en la calle es por consumo de otras sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, el gusto por vivir en la calle, razones económicas y el deterioro de la red familiar; en Medellín el principal factor de permanencia en la calle fue “no darle cuentas a nadie y en Cali “la libertad, el juego y la diversión (44%) (46,47).

En un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, realizado con HC adultos de la ciudad de Medellín, los participantes manifestaron haber “cambiado la casa por la calle” por problemas como: autoritarismo en la familia, imposición de reglas, desapego, decepción, duelo y pobreza y romper las normas impuestas por la sociedad, además de la adicción a sustancias psicoactivas, alcohol y máquinas de azar o por gusto (50). En otro estudio cualitativo donde se realizó observación participante y desarrollo de entrevistas semiestructuradas a cuatro HC en El Bronx en Bogotá (hasta el 2016, concentró la mayor población flotante de habitantes de calle de Bogotá), mencionaron que las personas que llegan a El Bronx, lo hacen persuadidos por la libertad y “facilidad” asociada con el acceso al sitio, las formas de trabajo asociadas con la consecución de dinero (ya sea a través de la solicitud de monedas a transeúntes, de la recolección y venta por peso de material reciclado, o de la participación directa en la cadena de venta y reventa de SPA) (51).

En Argentina, los motivos que llevaron a la situación de calle giran en torno a cuatro problemáticas que se dan en forma aislada o superpuesta: a) imposibilidad de afrontar un alquiler o pérdida de hogar si lo habían adquirido mediante crédito; b) conflictos conyugales o familiares que las han obligado a dejar su casa; c) enfermedades que las llevaron a perder su empleo o las posibilidades de obtener ingresos alternativos; d) adicciones que las han empujado a perder su empleo o las posibilidades de obtener ingresos alternativos (48).

En nuestro estudio, el tiempo promedio en años que llevaba el HC bajo esta condición fue de 13,5 (+/-11,7), el valor más frecuente encontrado en esta estimación es de 10 años de habitabilidad en la calle. En Medellín, 74.5% de las personas llevan 5 o más años, viviendo en la calle y el 23,1% de la población censada muestra un total disgusto por la vida en calle. Lo anterior, es un punto que cobra relevancia porque demuestra que no todos los HC quieren permanecer en esta situación, contrario a lo que la mayoría de los ciudadanos supone (52).

El 66,2% de los HC de nuestro estudio, dijo dormir habitualmente en sitios públicos de la calle (puentes, andenes, parques, alcantarilla), aproximadamente 25% en alguna institución o centro de atención y 10% en dormitorios transitorios. En el estudio “Habitantes de calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín” (52), se reportó: “para los habitantes de calle, la situación de vivienda es precaria, casi nula: duermen en la calle, en las aceras, la mayoría duermen solos y envueltos en trapos y periódicos, con frecuencia en la mañana son obligados de manera violenta a levantarse, prefieren dormir en zonas comerciales donde se aseguran que no serán molestados en las noches. Algunas veces establecen relaciones con los comerciantes a cambio de “cuidar” el local comercial”. Lo anterior es corroborado por la Alcaldía de Santiago de Cali, en el Censo (2005) en el cual se expone que 72,7% de los HC duerme en la calle, 15,6% en cambuches y el 11,7% en otro lugar distinto (47).

Nuestro estudio reportó que una tercera parte de los HC tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud, encontrándose mayor proporción de personas enfermas

en las mujeres que en los hombres. La gran mayoría de los HC (98,8%) manifestó que cuando presentó algún problema de salud recibió atención médica, principalmente a la entidad aseguradora a la cual se encuentra afiliado. En el estudio del MSPS, se encontró que 70% de la población HC identificada en las bases de datos, se encontraba afiliada al sistema de seguridad social en salud, en contraste con una afiliación del 97,6% para la población general (46).

En los HC de nuestro estudio, las enfermedades más prevalentes fueron la hipertensión arterial y la diabetes, sin embargo, sólo entre 40% y 50% estaban recibiendo tratamiento. En menor proporción se encontró que padecían cáncer, tuberculosis y VIH/SIDA. Otros estudios han reportado que las afectaciones en salud de la población HC son: el VIH/sida, la Tuberculosis, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los trastornos en la Salud Mental y trastornos por consumo de SPA (en mucho menor grado). No obstante, se han identificado otras que revisten importancia como las afecciones de la piel, las enfermedades gastrointestinales, la desnutrición, los problemas de salud oral y las hepatitis virales. Las personas HC consideran que estar enfermo se puede determinar con base en la apariencia física, es decir consideran que hay motivos para preocuparse por su salud, solamente cuando hay evidencias visibles derivadas de una enfermedad. Por ello, el diagnóstico se da de manera recurrente en estados tardíos y casi siempre en situación de coinfección (Caso de VIH/ITS y Tuberculosis en particular) (46).

La exclusión social que sufre el HC por parte de las instituciones y de la población en general pueden llevar a la no utilización de los servicios de salud o su uso inadecuado, en un estudio realizado en Brasil, encontraron como la demanda de atención por parte de los HC, se incrementaba cuando las enfermedades estaban en estadios más avanzados, significando que esta patología había pasado de una simple molestia a un obstáculo en su lucha por la supervivencia (53). Un hallazgo como el anterior puede explicar perfectamente el por qué los habitantes de calle hacen nulo o poco uso de los servicios de salud, pues si bien esta población tiene mayor riesgo, mayor número de comorbilidades y patologías tanto crónicas como agudas, en muchas ocasiones dichas patologías son asintomáticas o causan leves molestias razón por la cual no se ven obligados a acudir a los servicios de salud (54). Otro aspecto por el que es baja la demanda de servicios de salud, es porque en algunos casos, los HC consumen sustancias psicoactivas, debido a que en las instituciones hospitalarias no podrán consumir este tipo de sustancias desarrollando el llamado síndrome de abstinencia, con el respectivo miedo además a ser arrestados por las autoridades, pues muchos se dedican a actividades ilícitas (54).

En Medellín se desarrolló un estudio con el objetivo de determinar la utilización de los servicios de salud por parte de los HC, reportando que 77,4% de los encuestados utilizaron los servicios de salud en los últimos seis meses, un 8,7% refirieron haber tenido dificultades para el acceso a los servicios, como la falta de recursos económicos, desconocimiento de sus derechos, falta de apoyo y la mala actitud de los proveedores de salud (54).

En nuestro estudio, al relacionar los desenlaces de salud con las condiciones de vida y habitabilidad, no se encontraron diferencias por sexo, edad, alfabetismo, y las razones para vivir en la calle. Si hubo asociación estadísticamente significativa entre el estado de salud y el consumo de marihuana y cocaína y ver afectada su seguridad por el abuso de la fuerza pública o policía, siendo esta última un factor de riesgo para el estado de salud de los HC. Además, se observó que las variables mantuvieron

asociación estadística y epidemiológica fueron algunas actividades desarrolladas como fuente de ingreso como limpiar vidrios o tocar llantas, cantar o hacer malabares, actividades de carpintería o construcción, entre otras; observándose que se comportan como factores de protección para su estado de salud.

Algunos estudios que han valorado la percepción sobre la salud de los HC mencionan que para ellos “la salud es lo que les permite construir su cotidianidad y su forma de vida. Es el motor y la fuente de energía que les posibilita desarrollar sus actividades diarias, para satisfacer sus necesidades básicas. Por esta razón la salud es considerada algo que se anhela tener y conservar. La enfermedad les impide desarrollarse como personas, es decir, está relacionada con el estado de ánimo, la pérdida de la autoestima y la disminución de la capacidad laboral” (50). Por esta razón, es tan relevante contar con censos actualizados que permitan realizar la caracterización sociodemográfica y de condiciones de salud de los HC y diseñar medidas con enfoque diferencial, que promuevan mejores prácticas de prevención y tratamiento de las enfermedades, además del restablecimiento de derechos y la inclusión social.

Este estudio presenta algunas limitaciones, inherentes al diseño metodológico como estudio descriptivo y que se desarrolló con información secundaria. En segunda instancia, la representatividad de los resultados se ve afectada al no haberse realizado un proceso aleatorio de muestreo en toda la población HC de la ciudad de Bogotá, por lo que es necesario realizar más estudios.

## 8. Conclusiones

- La mayoría de habitantes de calle en Bogotá son de sexo masculino, y en promedio tienen 39 años; solo se tiene información de ciudad de nacimiento de la mitad de ellos, todos duermen en Bogotá y dos terceras partes lo hace en espacio público.
- Casi todos los habitantes de calle saben leer y escribir, una tercera parte cuenta con básica secundaria y seis de cada cien cuenta con educación superior. Proporciones pequeñas de habitantes de calle padecen algún tipo de limitación, una décima parte tiene problemas dentales y en proporciones más pequeñas problemas de salud relacionados con intoxicaciones, lesiones por terceros, infecciones de transmisión sexual, intento de suicidio, entre otros.
- Una tercera parte ha tenido algún problema de salud o molestia odontológica en los 30 días previo al estudio, observándose una alta demanda de atención en salud cuando lo requirieron, así como la utilización de otros medios de sanación como remedios caseros. Las enfermedades más frecuentes en los habitantes de calle fueron la hipertensión arterial, diabetes; tuberculosis, cáncer y VIH en menor proporción, pero con un alto porcentaje sin atención para todas las entidades.
- Entre las razones de habitabilidad de calle más prevalentes se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas y conflictos o dificultades familiares; las situaciones que más afectan la seguridad de los habitantes de calle es el abuso policial, las persecuciones por integrantes de ollas y los problemas con la comunidad.
- Las SPA más consumidas son cigarrillo, basuco, marihuana y bebidas alcohólicas, con conocimiento en una alta proporción de programas distritales y una proporción moderada en la utilización de los mismos.
- En el análisis bivariado casi todas las fuentes de ingreso, el temor por su vida, la marihuana y la cocaína se asociaron estadística y epidemiológicamente con el estado de salud de los habitantes de calle.
- Al ajustar el estado de salud según las covariables que mostraron significancia, se observaron que las variables que mejor explican el estado de salud de los habitantes de calle son algunas fuentes de ingreso, el temor por su vida y el sentir afectada su seguridad por el abuso de la fuerza pública o policía.

## **9. Recomendaciones**

- A partir de los resultados acá hallados, fortalecer los programas de atención al habitante de calle por parte del distrito, en lo relacionado con apoyo social, rehabilitación y actividades de ocupación.
- Robustecer las medidas de identificación y captación del habitante de calle con el fin de mejorar la atención en salud y disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud.
- Sensibilizar los diferentes sectores acerca de la problemática de exclusión social que padecen los habitantes de calle, con el propósito de disminuir la desigualdad e inequidad en dicha población.
- Fortalecer las acciones de atención focalizando en la recuperación de la autoestima y seguridad en sí mismos; con el propósito de disminuir la percepción de temor por perder su vida y potenciar las diferentes ocupaciones del habitante de calle, con el ánimo que se vea a sí mismo como un elemento útil y productivo para la sociedad.

## 10. Bibliografía

1. Tirado Otalvaro F, Correa Arango M. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. 18. marzo de 2009;11:23-35.
2. Bedoya CAP, Fernández DB, Cardona ÁMS. FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN HABITANTES DE CALLE DE MEDELLÍN. *Hacia Promoc Salud*. 2017;14.
3. C ELM. Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. *Umbral Científico*. 2003;(2):0.
4. Berbesi F, Segura Cardona A, Cardona Arango D. Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global*. abril de 2017;46:154-67.
5. Instituto Nacional de Salud. Tuberculosis, Colombia 2017 [Internet]. Bogotá- Colombia: INS; 2017 [citado 16 de septiembre de 2018] p. 21. Report No.: 03. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Tuberculosis%202017.pdf>
6. Matulic-Domandzic MV. Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. *Trab Soc Glob-Glob Soc Work*. 24 de diciembre de 2013;3(5):3-27-27.
7. DANE, SDIS. Metodología general del censo de habitantes de calle-Bogota DC. 2017.
8. Personas sin hogar [Internet]. Médicos del Mundo. 2017 [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espana/personas-sin-hogar>
9. Gledhill J. El derecho a una vivienda The right to a home. *Rev Antropol Soc*. 2010;28.
10. Alvarez AM de S, Alvarenga AT de, Fiedler-Ferrara N. O encontro transformador em moradores de rua na cidade de São Paulo. *Psicol Amp Soc*. diciembre de 2004;16(3):47-56.
11. Correa Marta E. La otra ciudad-Otros sujetos: los habitantes de la calle. *Revista del departamento de trabajo social, Facultad de ciencias humanas, Universidad Nacional de Colombia*. 2007;9:37-56.
12. European Commision. The production of data on homelessness and housing deprivation in the european Union survey and proposals [Internet]. Luxemburgo: European Communités; 2004 [citado 26 de septiembre de 2018] p. 413. Report No.: 3. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/5832745/KS-CC-04-008-EN.PDF/2a7f26b4-4a10-4f05-a43a-52786a114279?version=1.0>
13. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Reporte de personas en situación de pobreza e indigencia alrededor de 2002, 2010 y 2011 [Internet]. Santiago de Chile: Cepal; 2011 [citado 19 de septiembre de 2018] p. 2. Disponible en: <https://www.cepal.org/prensa/noticias/comunicados/8/48458/tabla-pobreza-indigencia-es.pdf>

14. Fernández DYB, Agudelo L, Castaño C, Galeano P, Segura-Cardona A, Montoya-Velez L. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. CES Salud Pública. 15 de diciembre de 2014;5(2):147-53.
15. Gutierrez Gordillo S., De la indigencia del Bronx al plan distrital de desarrollo de Gustavo Petro 2012-2014 [Internet]. [Bogota- Colombia]: Nuestra señora del Rosario; 2015 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/11911/1.010.208.609%20-%202015.pdf?sequence=1>
16. 30 años de lucha contra la pobreza (con resultados) [Internet]. ONU DAES | Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2017 [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/es/news/social/international-day-address-poverty.html>
17. Borrero R, Yadira E. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. Rev facultad Nacional de salud Pública. 2011;29(3):299-307.
18. Organización Mundial de la salud. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Washington, D. C.;
19. Rouse R. Making Sense of Settlement: Class Transformation, Cultural Struggle, and Transnationalism among Mexican Migrants in the United States. Ann N Y Acad Sci. julio de 1992;645(1 Towards a Tra):25-52.
20. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Rev Salud Colectiva. 2010;6:83-101.
21. Breilh J. la salud y la enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En: Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Corporación editora Nacional. Quito; 1990. p. 23-30.
22. Borrero CM, Borde E, Castañeda JCE, Sánchez SCC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 1 de noviembre de 2013;15(6):797-808.
23. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). 2013;31:15.
24. Espinosa González L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cuba Estomatol. diciembre de 2004;41(3):0-0.
25. Picchio Antonella. Condiciones de vida: perspectivas, análisis económico y políticas públicas. Rev económica Crítica. 2009;7:27-54.
26. Cambios del modo y estilo de vida; [Internet]. [citado 10 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=30182&id\\_seccion=771&id\\_ejemplar=3092&id\\_revista=63](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30182&id_seccion=771&id_ejemplar=3092&id_revista=63)
27. Sen A. Desarrollo y libertad. En: Desarrollo y libertad. Buenos Aires Argentina: Planeta; 2000.

28. Fernandez L, Fernandez F, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacinal del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84(2):169-84.
29. Lebel J, Centre de recherches pour le développement international (Canada). Salud en efoque ecosistemico [Internet]. Ottawa: International Development Research Centre; 2009 [citado 19 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10119718>
30. Krieger N. Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial. *International Journal f Epidemiology*. 2001;30:668-77.
31. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *SOc Sci Med*. 1994;39:887-903.
32. Ziman J. *An Introduction to Science Studies: The Philosophical and Social Aspects of Science and Technology*. Cambridge. Cambridge University Press. 1984;
33. ONU. Habitante de calle.
34. United Nations centre for human settlements (habitat). *Cities in a globalizing world: global report on human settlements 2001*. Nairobi-Kenia: ONU; 2001 p. 39.
35. Nieto CJ, Koller SH. Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta Investig Psicológica - Psychol Res Rec*. 2015;5(3):2162-81.
36. Ramos L, Ortiz M. JA, Silva C. V Censo de habitantes de la calle en Bogotá, 2007. 2007.
37. Asamblea Nacional Constituyente (1991). Informe Ponencia seguridad social integral.
38. Congreso de Colombia. Ley 1641 de 2013 [Internet]. 1641 2013 p. 5. Disponible en: Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-523 de 2006. M. P.: Clara Inés Vargas Hernández.
39. Corte Constitucional. Sentencia C-385 de 2014 [Internet]. 2013 p. 29. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/c-385-14.htm>
40. Rodríguez Rivera L. *Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud*. Ed Ciencias medicas. 2000;130-48.
41. Azpiazu M CA, Villagrasa J et al. Factores asociados al mal estado de salud percibido o la mala calidad de vida de personas mayores de 65 años. *Rev Española de salud publica*. 2002;76(6):2-5.
42. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Duran-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Self-perceived health status: an approach of the elderly in Mexico. *Rev Saúde Pública*. octubre de 2006;40(5):792-801.
43. López C, Eduardo J. *Marginación Socio-Espacial. Programas de rehabilitación de patologías estructurales en el polígono de viviendas del barrio Besòs de Barcelona* [Internet] [Ph.D. Thesis]. Universitat de Barcelona; 2015 [citado 26 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/316979>

44. Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS), OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. OMS; 2017 [citado 12 de noviembre de 2018]. Disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
45. Asociación médica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. WMA. 2013 [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Social Para Habitante De Calle – PPSHC. 2018.
47. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Alcaldía de Santiago de Cali, Fundación FES Social. Censo sectorial de habitantes de y en la calle, Santiago de Cali. 2005.
48. Groisman F, Sconfienza ME. Indigentes urbanos: entre la estigmatización y la exclusión social en la ciudad de Buenos Aires. *Rev Estud Soc.* 2013;(47):92-106.
49. Noreña Herrera C, Muñoz Echeverri IF, Rodríguez Garzón SA. Indicadores antropométricos de la niñez en situación de calle de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2015;33(1):39-39.
50. González MA, Blandón D, Quiceno JA, Giraldo Á FC. Habitar bajo los puentes: vida y muerte; dos formas de comenzar algo. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;32(2):36-41.
51. Daza LA. Determinantes sociales del fenómeno de habitabilidad de calle en Bogotá D.C. Una aproximación desde la salud urbana. *Med UPB.* 2017;36(1):51-8.
52. Correa ME, Orozco MM, Uribe MT, Barraza T, Zapata AM, Villa CM, et al. Habitantes de calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Rev Eleuthera.* 2012;6:101-26.
53. Aguiar MM, Iriart JA. Meanings and practices associated with health and illness among the homeless in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(1):115-24.
54. Fernández DYB, Agudelo L, Castaño C, Galeano P, Segura-Cardona A, Montoya-Vélez L. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *CES Salud Pública.* 2014;5(2):147-53.