Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle

Use of health services in homeless people

| Uso dos serviços de saúde na moradores de rua |

Dedsy Yajaira Berbesí Fernández[1], Lina Marcela Agudelo Salazar[2], Cristhian Castaño Gutiérrez[3], María Del Pilar Galeano Gómez[4], Angela María Segura Cardona[5], Liliana Patricia Montoya Velez[6]

[1] Enfermera, Especialista en Epidemiologia, Magíster en Epidemiologia, estudiante de Doctorado en Epidemiologia y Bioestadística. Universidad CES. E-mail: dberbesi@ces.edu.co, [2] Enfermera, Estudiante Especialización de Gerencia en Salud Pública, Universidad CES, [3] Enfermero, Estudiante Especialización de Gerencia en Salud Pública, Universidad CES, [4] Administradora de Empresas, Estudiante Especialización de Gerencia en Salud Pública, Universidad CES, [5] Estadística Informática, Magíster en Epidemiologia, Doctora en Epidemiologia. Investigadora Grupo de Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, [6] Gerente de Sistemas de Información, Magíster en Epidemiologia. Investigadora Grupo Observatorio de la Salud Pública, Universidad CES

Recibido: Octubre 21 de 2014 Revisado: Octubre 30 de 2014 Aceptado: Noviembre 28 de 2014

Resumen

Objetivo. *Determinar la utilización de los servicios de salud, las dificultades para acceder a los servicios de salud, y las características socio-demográficas del habitante de calle en la ciudad de Medellín; con la finalidad de ampliar la información y futuras acciones de prevención en este grupo vulnerable.* ***Materiales y métodos.*** *Se realizó un estudio descriptivo transversal; se determinó las dificultades para acceder a los servicios de salud y las características socio-demográficas en la población habitante de calle. El procesamiento fue realizado en el software SPSS 21.0. El análisis bivariado, se acompañó con pruebas estadísticas.* ***Resultados.*** *Se encuestaron 230 habitantes de calle, un 77,4% utilizaron los servicios de salud en los últimos 6 meses, un 8,7% refirieron tener dificultades para el acceso a los servicios. Algunas razones para no acceder fueron: los servicios no siempre permanecen abiertos con un 91,7%, un 4,8% manifiestan no tener como pagar los tratamientos médicos; un 9% asegura que no accede a los servicios de salud, porque no cumplen con los requisitos de ingreso, un 5,3% sienten temor de ser arrestados por las autoridades, un 9,0% refiere que los sitios de atención son muy desatentos con el personal consumidor de drogas.* ***Conclusiones.*** *Para las personas habitantes de calle el cuidado de la salud no es su principal preocupación, pues las diferentes carencias los llevan a poner el cuidado de la salud en un rango más bajo, estos afirman que de llegar a requerir la utilización de servicios de salud, no siempre es fácil acceder por diferentes factores como los recursos económicos, la falta de conocimiento sobre la ruta de acceso, el desconocimiento de sus derechos, la falta de un apoyo su ingreso y en ocasiones, la mala actitud de los proveedores de salud a la hora de prestar atención a dicha población.*

Palabras clave: *Personas sin hogar, servicios de salud, accesibilidad a los servicios de salud, utilización.*

Abstract

Aim. *To determine the use of health services, poor access to health services and socio-demographic characteristics of the homeless in the city of Medellin; in order to expand the information and future actions of prevention in*

this vulnerable group. ***Materials and methods.*** *A cross-sectional descriptive study was conducted; difficulties in accessing health services and socio-demographic characteristics of the resident population was determined street. The processing was carried out using SPSS 21.0 software. The bivariate analysis, accompanied by statistical evidence.* ***Results.*** *230 homeless surveyed, 77.4% used health services in the last 6 months, 8.7% reported having difficulty accessing services. Some reasons not to access were services not always stay open with 91.7%, 4.8% say they do not have as pay for medical treatments; 9% ensures that no access to health services because they do not meet the entry requirements, 5.3% are afraid of being arrested by the authorities, reports that 9.0% of the sites are very inattentive attention staff drug user.* ***Conclusions.*** *For the homeless people health care is not their main concern, as the various shortcomings lead them to put health care at a lower rank, they get to claim that requiring the use of services health, it is not always easy to access by different factors such as economic resources, lack of knowledge about the path, ignorance of their rights, lack of income support and sometimes the bad attitude of health care providers the time to pay attention to that population.*
Key words: *Homeless persons, health services, health services accessibility, utilization.*

Resumo
Objetivo. *Determinar o uso de serviços de saúde, dificuldades de acesso a serviços de saúde e características sócio-demográficas dos habitantes de rua na cidade de Medellín; a fim de ampliar as informações e futuras ações de prevenção neste grupo vulnerable.estadísticas.* ***Materiais e métodos.*** *Um estudo descritivo transversal; dificuldades de acesso a serviços de saúde e características sócio-demográficas sobre a população de rua morador foi determinada. A transformação foi realizada utilizando software SPSS 21.0. A análise bivariada, acompanhado por dados estatísticos.* ***Resultados.*** *230 moradores de rua foram pesquisados, 77,4% utilizaram serviços de saúde nos últimos seis meses, 8,7% relataram ter dificuldade de acesso aos serviços. Algumas das razões para não acesso foram os serviços nem sempre permanecem abertas com 91,7%, 4,8% dizem que não têm como pagar tratamentos médicos; 9% não garante o acesso aos serviços de saúde, porque eles não cumprem os requisitos de entrada, 5,3% têm medo de ser preso pelas autoridades, 9,0% refere-se aos locais de atendimento são muito desatento com usuário de drogas pessoal.* ***Conclusões.*** *Para os moradores de rua de cuidados de saúde não é a sua principal preocupação, como as várias deficiências levá-los a colocar os cuidados de saúde a uma classificação mais baixa, eles afirmam que podem exigir o uso de serviços de saúde, nem sempre é de fácil acesso por diferentes fatores, tais como recursos econômicos, falta de conhecimento sobre o caminho, a ignorância dos seus direitos, falta de renda apoio e, por vezes, a má atitude dos profissionais de saúde para tempo para prestar atenção a essa população.*
Palavras chave: *Moradores de rua, serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde, utilização.*

Introducción

La población habitante de calle se define como aquellas personas que sin distingo de raza, sexo, edad, han roto todo tipo de vínculo y relación con su familia y han hecho de la calle el espacio para desarrollar su diario vivir (1), esta situación es similar a lo observada en la ciudad de Medellín donde se presume ha aumentado en los últimos años el número de habitantes de calle, como consecuencia de la inequidad social, la violencia intrafamiliar, el desempleo, el desplazamiento y el incremento en el uso de sustancias psicoactivas (2).

Se ha documentado (2,3) que las personas sin hogar tienen altas tasas de enfermedad física, enfermedad mental, y mayor riesgo de ser hospitalizados, por un gran número de comorbilidades que los llevan a ser portadores de enfermedades tanto crónicas como infecciosas siendo estas últimas las más letales, pues al ser población que poco acude a los servicios de salud, bien sea por algún tipo de restricción o por falta de preocupación y cuidado sobre sí mismos, son también una población flotante que terminan portadores de enfermedades como: tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, VIH y Hepatitis C, entre otros, aunque también hay un predominio de enfermedades como la disentería por el consumo de alimentos en descomposición, trastornos psiquiátricos, dependencia de sustancias psicoactivas y enfermedades de tipo respiratorio (4).

Esta alta morbilidad, puede significar mayores costos en la atención en salud; y a pesar de tener una mayor carga de la enfermedad, las personas sin hogar tienen menos encuentros con servicios de salud preventivos que la población general; para las personas sin hogar, el cuidado de la salud compite con las necesidades más inmediatas, como la obtención de alimentos y necesidades básicas vitales, las cuales son resueltas a través de la mendicidad, el robo, la prostitución y las ventas ilegales (2) .

Ser habitante de calle crea un contexto en el cual el individuo se enfrenta a escasos recursos materiales, aislamiento social, acceso inadecuado a la atención de la salud y circunstancias que hacen que sea difícil mantener practicas higiénicas básicas (5), La falta de vivienda ha demostrado ser un problema duradero

en diversas regiones del país, la creación de un gran número de víctimas del sufrimiento humano, así como una carga compleja en el sistema de salud (6).

Los factores asociados a la utilización de la atención de salud en esta población no se han explorado desde una perspectiva local, la mayoría de las investigaciones se han centrado en las personas sin hogar que residen en países desarrollados (6–8); en ellas se reconoce al habitante de calle como una persona con mayor exposición a riesgos para su salud y es por esta razón pertinente analizar las características en la utilización de los servicios de salud por parte de los habitantes de calle en la ciudad de Medellín, identificando las posibles barreras de acceso a dichos servicios.

Materiales métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal con un enfoque empírico analítico, con el cual se obtuvo información sobre algunas características demográficas, y dificultades para el acceso de los servicios de salud de los habitantes de calle para el año segundo semestre de 2011.

La población de referencia fueron las personas consideradas como habitantes de calle de 18 a 65 años de edad (un habitante de la calle se define como una persona cuya vida se desenvuelve fundamentalmente en la calle, como espacio físico-social, donde resuelve necesidades vitales, construye relaciones afectivas y mediaciones socio-culturales estructurando un estilo de vida propio) de la ciudad de Medellín.

Debido al tipo de población estudiada, no fue posible contar con un marco muestral conocido que permitiera diseñar una muestra probabilística; por lo tanto se trabajó con un total de 230 personas seleccionadas a conveniencia de un programa de atención al habitante de Calle del Gobierno Local de la ciudad de Medellín.

La fuente de información fue primaria, constituida por los habitantes de calle, la técnica fue la encuesta dirigida y el instrumento consistió en un formulario con preguntas demográficas y sociales del habitante de calle. Se obtuvo el consentimiento informado y el aval del comité de ética de la Universidad CES.

El análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida se realizó en SPSS 21.0. Se ejecutó un análisis univariado en la descripción de las características de la población habitante de calle; mediante el cálculo de medidas de frecuencia absolutas y relativas, medidas de resumen (promedio, mediana, moda, desviación estándar y rango intercuartil). El análisis bivariado se realizó por la variable dificultades para acceder a los servicios de salud, se calcularon tablas de contingencia usando las características demográficas y sociales de los habitantes de calle, como variables independientes. Este análisis se apoyó en la prueba estadística de Chi cuadrado; razón de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del 95% y nivel de significación estadística menor del 5%.

Resultados

Fueron encuestados 230 personas habitantes de calle de la ciudad de Medellín, con una proporción de hombres del 69,8% y 30,1% de mujeres; por grupos de edad: el 34,3% tenían 24 a 35 años; un 24,2% 35-44 años; un 11,0% de 18 a 24 años y en menor proporción (7,9%) mayores de 55 años.

El 73,1% de los encuestados eran solteros, un 14,5% estaban casados o convivían en unión libre, el 9,2% refirieron estar divorciados o separados, y un 3% viudos; Un 62,2% de los habitantes de calle no tenían ningún estudio o solo habían cursado estudios primarios y un 37,7% habían cursado estudios de secundaria o universitarios. El 91,1% de la muestra provenían de estratos sociales bajos.

Del total de la población encuestada, un 77,4% utilizaron los servicios de salud en los últimos 6 meses y un 8,7% refirieron tener dificultades para el acceso a los servicios de salud. Algunas razones por las cuales los habitantes de calle manifiestan no acceder a los servicios de salud fueron: los servicios no siempre permanecen abiertos con un 91,7%, un 4,8% manifiestan no tener como pagar los tratamientos médicos y un 1,3% afirman no acceder a los servicios por que no confían, no creen ni les gustan los médicos. Un 9% asegura que no accede a los servicios de salud, porque no cumplen con los requisitos de ingreso, un 5,3% sienten temor de ser arrestados por las autoridades, un 9,0% refiere que los sitios de atención son muy desatentos con el personal consumidor de drogas, y finalmente un 7,4% dicen no saber dónde acudir a la hora de acceder a servicios de salud.

Respecto al género, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con relación al acceso a tratamiento médico en caso de requerirlo; por grupos de edad, observamos que la población más joven es decir desde los 18 años hasta los 44 años tienen dos veces más dificultad para acceder a tratamientos médicos comparado con la población de 45 años en adelante.

En relación al estado civil los viudos reportaron una mayor dificultad para acceder a los tratamientos de salud. Las personas sin educación formal y primaria, tienen un 14,0% más dificultad para acceder a tratamiento médico en caso de llegar a requerirlo que aquellas personas que poseen estudios secundarios o universitarios.

Los habitantes de calle pertenecientes a un estrato socio familiar bajo tiene un 52,0% menos dificultad para acceder a un tratamiento médico que los habitantes de calle pertenecientes a estrato medio/alto. (Tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la población habitante de calle, según dificultad para acceder a los servicios de salud.

Variables socio demográficas	Dificultad para acceder a servicios de salud.							
	Si		No		OR	IC (OR)	X^2	Valor p
	N	%	N	%				
Sexo							0,00	0,98
Masculino	146	69,9	14	70,0	1,00	0,37-2,73		
Femenino	63	30,1	6	30,0	1,00			
Total	209	100,0	20	100,0				
Grupo edad							3,163	0,53
18 a 24	3	15,0	22	10,6	2,32	0,22- 24,3		0,48
25 a 34	9	45,0	69	33,3	2,22	0,26- 18,7		0,46
35 a 44	6	30,0	45	21,7	2,27	0,25- 20.2		0.46
45 a 55	1	5,0	54	26,1	0,31	0,02-5,31		0,42
55 y mas	1	5,0	17	8,2	1,00			
Total	20	100,0	207	100,0				
Estado civil							3,204	0,36
Casado/Unión libre	1	5,0	32	15,5	0,27	0,04- 2,13		0,22
Divorciado/Separado	1	5,0	20	9,7	0,44	0,06- 3,47		0,43
Viudo	1	5,0	6	2,9	1,46	0,17- 12,8		0,73
Soltero	17	85,0	149	72,0	1,00	-		
Total	20	100,0	207	100,0				
Nivel educativo							2,084	0,56
Ninguno/ Primaria	13	65,0	127	62,0	1,14	0,44- 2,98		0,79
Secundaria/Universitarios	7	35,0	78	38,0	1,00			
Total	20	100,0	205	100,0				
Estrato social familiar							2,491	0,29
Bajo	16	84,2	179	91,8	0,48	0,13- 1.81		0,28
Medio / Alto	3	15,8	16	8,2	1,00			
Total	19	100,0	195	100,0				

Discusión

Ser habitante de calle implica estar sometido a una serie de condiciones que ponen en deterioro el estado de salud de dichas personas y que por ende perjudican su calidad de vida disminuyendo en estos a la vez los años potencialmente sanos y la esperanza de vida de los mismos, convirtiéndose dicha situación en un problema de implicaciones sociales, médicas, económicas y políticas entre otras (8,9).

En Colombia, y exactamente en la ciudad de Medellín, aunque no se han actualizado los censos de población habitante de calle las cifras encontradas en el presente estudio evidencian que en su mayoría los habitantes de calle son de género masculino, cifras que concuerdan con estudios realizados en países como Serbia y Norteamérica donde se afirma que los programas dirigidos a los habitantes de calle han servido durante mucho tiempo predominantemente a población masculina (9,10).

Los rangos de edad de los habitantes de calle en la ciudad de Medellín en el presente estudio estuvieron comprendidos entre los 25 y 55 años de edad, cifras similares a investigaciones en diferentes países (11,12); este fenómeno se puede atribuir a que muchos habitantes de calle con edades inferiores a los 25 años tienen nexos familiares lo que contribuye a que abandonen dicha situación; y los mayores de 55 años tienen un mayor deterioro del estado de salud y aumento de diferentes comorbilidades, que hacen que la población habitante de calle no supere dicha edad o que los obligue a buscar refugio familiar o albergues para salir de esta situación.

En un estudio realizado en España, los habitantes de calle no superaron los 60 años de edad, provenían de estratos socioeconómicos bajos, con un nivel de formación educativa mínimo, y en su mayoría con estado civil de solteros, viudos y separados (13). Características demográficas, que afianzan la definición de habitante de calle que plantea este estudio, donde se afirma que serlo implica haber roto todo vínculo familiar y tener poco o nulo apoyo de los mismos, además donde la pobreza es vista como factor predisponente para formar parte de dicha población.

Para las personas habitantes de calle el cuidado de la salud no es su principal preocupación, pues las diferentes carencias los llevan a poner el cuidado de la salud en un rango más bajo comparado con la búsqueda de alimento, dinero, techo entre otros, además estos afirman que de llegar a requerir la utilización de servicios de salud, no siempre es fácil acceder por diferentes factores como los recursos económicos, la falta de conocimiento sobre la ruta de acceso, el desconocimiento de sus derechos, la falta de un acompañante bien sea familiar o de algún tipo de institución que apoye su ingreso y en ocasiones, la mala actitud de los proveedores de salud a la hora de prestar atención a dicha población (14). Esta última situación podría explicar por qué se encontró en la presente investigación la desconfianza y el desagrado hacia el personal de salud como una de las causas para no hacer uso de los servicios.

Un estudio realizado en Canadá encontró que en promedio los habitantes de calle utilizan los servicios de salud entre 1 o 2 veces al año, un promedio bajo si tenemos en cuenta el riesgo al que está expuesta esta población (15). Situación que se asemeja con lo encontrado en el presente estudio donde la mayoría de la población objeto de análisis, había hecho uso de servicios de salud solo una vez en los últimos 6 meses. El habitante de calle, por lo general, es una persona consumidora de sustancias psicoactivas, razón por la cual muchos no acuden a los servicios de salud llámese instituciones hospitalarias debido a que allí 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, además tampoco acuden a sitios como los albergues donde les brindan ayuda alimentaria, de higiene y en ocasiones hasta de salud, debido a que en estos sitios aparte de encontrar la situación anteriormente descrita, también se ven restringidos a cumplir ciertos horarios para ingresar y salir de dicho lugar, situaciones como las anteriores son encontradas como causas de no uso de los servicios de salud (16). En la presente investigación se alude a circunstancias similares, donde en gran proporción los habitantes de calle afirman no hacer uso de los servicios de salud ya que estos no siempre permanecen abiertos, lo que significa que deben adaptarse a restricción de horarios para ingreso y salida de estos sitos, además otra parte de la población afirma que en estos lugares, son muy desatentos con las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

La exclusión social que sufre el habitante de calle 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 habitantes de calle, 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 (17). 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.

La situación anteriormente descrita permite evidenciar que en países como Colombia la atención en salud para este tipo de población no está claramente establecida, pues aunque se entiende que estos deben ser atendidos en la red de hospitales y centros de salud púbicos, aún falta claridad a la hora de brindar atención a enfermedades crónicas más allá de la atención de urgencias (14) atención que implica controles seguimientos, administración de tratamientos y evaluación de adherencia a los mismos.

La población más joven encuentra mayores dificultades de acceso, situación que podría bien entenderse

dado a que en nuestro medio las personas de edad más avanzada encuentran más respaldo en políticas y programas que se encaminan a hacia su bienestar. Igualmente las personas con estado civil entre solteros y viudos encuentran mayor dificultad, lo que podría atribuirse a la falta de acompañamiento de algún pariente cercano que se encargue de este (13).

Como limitaciones de esta investigación se puede mencionar que por las características de la población habitante de calle se utilizó un muestreo a conveniencia por lo tanto, no se puede hablar de representatividad de la población; además estos datos provienen de una encuesta que recolectó auto-reportes de barreras en la atención en salud, pudiendo tener imprecisiones basadas en la honestidad de la respuesta.

Conclusiones

Las personas habitantes de calle con nivel educativo bajo y los pertenecientes a un estrato socio familiar medio/alto encuentran mayores barreras de acceso a los servicios de salud, lo que se podría explicar dado que los primeros son personas que desconocen en muchas ocasiones sus derechos y / o como afirman estos en muchos casos no saben a dónde acudir, mientras que en el segundo caso, se podría atribuir a que aquellas personas que pertenecen a un estrato bajo encuentran subsidios y ayudas completas por parte del estado, lo que podría no suceder con personas de los estratos medio / alto los cuales en ocasiones tienen familias que deben asumir cierta parte de los costos de algún tipo de tratamiento.

Referencias

1. Berbesí D, Agudelo A, Segura A, Montoya L. VIH en habitantes de calle de Medellín. Rev Fac Nac Salud Pública 2012; 30(3): 310-314.

2. Tirado AF, Correa ME. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina 2009; 11(18): 23-35.

3. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases 2012; 12(11):859-870.

4. Correa ME, Orozco MM, Uribe MT, barraz t, zapata am, villa cm, correa c. Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Rev Eleuthera 2012; 6: 101–126.

5. Sierra D, Carrillo DH. Aproximación jurídica a la problemática de los habitantes de la calle en Bogotá y algunas propuestas hacia su protección. Grupo de Acciones Públicas, Universidad del Rosario [Internet]. [Citado 7 de agosto de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/Clinica-de-Interes-Publico/documentos/PROBLEMATICA-DE-LOS-HABITANTES-DE-LA-CALLE-EN-BOGO/

6. Raoult D. Infections in the homeless. Lancet Infectious Diseases 2001; 1(2):77-84.

7. Wagner J, Diehl K, Mutsch L, Löffler W, Burkert N, Freidl W. Health status and utilisation of the healthcare system by homeless and non-homeless people in Vienna. Health & social care in the community 2014; 22(3): 300-307.

8. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, Singer DE, Rigotti NA. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. JAMA Intern Med 2013; 173(3): 189-95.

9. Sarajlija M, Jugović A, Zivaljević D, Merdović B, Sarajlija A. Assessment of health status and quality of life of homeless persons in Belgrade, Serbia. Vojnosanit Pregl. 2014;71(2): 167-74.

10. Tsai J, Kasprow WJ, Kane V, Rosenheck RA. National comparison of literally homeless male and female VA service users: entry characteristics, clinical needs, and service patterns. Womens Health Issues 2014; 24(1): e29-35.

11. Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S. Factors associated with mental well-being of homeless people in Japan. Psychiatry Clin Neurosci. 2014; 68(2): 145-53.

12. Chong MT, Yamaki J, Harwood M, d'Assalenaux R, Rosenberg E, Aruoma O, Bishayee A. Assessing health conditions and medication use among the homeless community in Long Beach, California. J Res Pharm Pract 2014; 3(2): 56-61.

13. Sánchez MRH. Las personas 'sin hogar' en España. RES 2010; (14): 21-42. [Internet]. [Citado 16 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: https:// http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CB8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.fes-web.org%2Fuploads-private%2Fres%2Ffiles%2Fres-

14%2F03.pdf&ei=oPOKVO3nIpH1ggS3wIPoDQ&usg=AFQjCNELsk6Jsld0Mfp8TsQh91iUqLYtXg&bvm=bv.81828268,d.eXY

14. Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Resultados del estudio Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012. Bogotá: MCP; 2012. [Internet]. [Citado 16 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: https://www.google.com.co/search?q=.++comportamiento+sexual++y+prevalencia+de+la+infecci%C3%B3n+por+vih+en+poblaci%C3%B3n+habitante+de+calle+en+cuatro+ciudades+de+Colombia+2012.&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a&channel=fflb&gfe_rd=cr&ei=a1hAVMWhJOjd8geDyYHwBw

15. Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, Levinson W, Hwang SW. High utilizers of emergency health services in a population-based cohort of homeless adults. Am J Public Health 2013;103 (Suppl 2): S302-10.

16. Cruz J, Fernández MJ, González R, Molina M, Calero E, Castillo E, Bonet MC. Vivir en la calle: un estudio sobre las personas sin hogar en Granada. Granada: Cáritas Diocesana de Granada; 2006. [Internet]. [Citado 16 de octubre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.noticiaspsh.org/IMG/pdf/Vivir_en_la_calle_-GRANADA_Un_estudio_sobre_las_personas_sin_hogar.pdf

17. 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.

Forma de citar:

Berbesi DY, Agudelo LM, Castaño C, Galeano P; Segura AM; Montoya LP. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. Rev CES Salud Pública 2014; 5(2): 147-153.

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007