



Revista Hacia la Promoción de la Salud  
ISSN: 0121-7577  
reprosa@ucaldas.edu.co  
Universidad de Caldas  
Colombia

# FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN HABITANTES DE CALLE DE MEDELLÍN

**Peñata Bedoya, Carlos Adrián; Fernández, Dedsy Berbesi; Segura Cardona, Ángela María**  
FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN HABITANTES DE CALLE DE MEDELLÍN

Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 22, núm. 1, 2017  
Universidad de Caldas, Colombia

**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309153664005>

**DOI:** <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

# FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN HABITANTES DE CALLE DE MEDELLÍN

FACTORS ASSOCIATED WITH THE PERCEPTION OF HEALTH STATUS IN MEDELLIN STREET IN HOMELESS

FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM HABITANTES DE RUA DE MEDELLÍN

Carlos Adrián Peña Bedoya carlosadrianpb@gmail.com  
*Hospital Universitario San Vicente Fundación, Colombia*

 <http://orcid.org/0000-0002-7515-6718>

Dedsy Berbesí Fernández dberbesi@ces.edu.co  
*Universidad CES, Colombia*

 <http://orcid.org/0000-0002-0015-1411>

Ángela María Segura Cardona asegura@ces.edu.co  
*Universidad CES, Colombia*

 <http://orcid.org/0000-0002-0010-1413>

Revista Hacia la Promoción de la Salud,  
vol. 22, núm. 1, 2017

Universidad de Caldas, Colombia

Recepción: 01 Julio 2016  
Aprobación: 17 Abril 2017

DOI: <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.1.5>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309153664005>

**Resumen:** **Objetivos:** Describir la percepción del estado de salud de un grupo de habitantes de calle y establecer posibles factores asociados con la salud percibida. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cross-sectional. Se obtuvo información sobre características del contexto demográfico, social, económico, comportamientos de riesgo, y la percepción de salud de los habitantes de calle. El análisis incluyó descripciones demográficas de la población, asociaciones bivariadas y una regresión explicativa de tipo multinomial. Esta investigación se llevó a cabo en el segundo semestre de 2014 en la ciudad de Medellín Colombia. **Resultados:** 338 habitantes de calle participaron del estudio, de los cuales, el 82% fueron de sexo masculino, un promedio de edad de  $40,3 \pm 11,5$  años y un predominio de estado civil soltero del 71,3%. Cuando presentaron problemas de salud, el 31,5% consultaron; el 17,5% manifestaron sentir un estado de salud empeorado y el 34% una percepción mejor. **Conclusiones:** Un peor estado de salud se asoció con: mendicidad, haber padecido ITS, consumir alcohol, lesiones por accidente o violencia y dolor físico o malestar no especificado; no saber el tipo de vinculación al sistema de salud fue común para ambos.

**Palabras clave:** Personas sin hogar, estado de salud, percepción, factores de riesgo, vulnerabilidad social.

**Abstract:** **Objectives:** Describe the perceived health status of a group of homeless people and identify possible factors associated with perceived health. Dates and places of execution. This research was conducted in the second half of 2014, in the city of Medellin, Colombia. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted. Information was obtained on the characteristics of demographic, social, economic, context and perceived health behaviors of homeless people. The analysis included demographic descriptions of the population, and a bivariate associations of explanatory multinomial regression type. **Results:** 338 street people participated in the study, of

which 82% were males, with an average age of  $11.5 \pm 40.3$  years and a predominance of single marital status, 71.3%. When they had health problems, 31.5% consulted; 17.5% reported feeling a worse state of health and 34% better perception. **Conclusions:** Worse health was associated with: begging, having had STD, alcohol, accident or violence and physical pain or unspecified discomfort; not knowing the type of relationship the health system was common to both.

**Keywords:** Homeless people, health, perception, risk factors, social vulnerability.

**Resumo:** **Objetivos:** Descrever a percepção do estado de saúde de um grupo de habitantes de rua e estabelecer possíveis fatores associados com a saúde percebida.

**Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo crosssectional. Obteve-se informação sobre características do contexto demográfico, social, econômico, comportamentos de risco, e a percepção de saúde dos habitantes de rua. A análise incluiu descrições demográficas da população, associações bivariadas e uma regressão explicativa de tipo multinomial. Esta pesquisa se levou a cabo no segundo período de 2014 na cidade de Medellín-Colômbia.

**Resultados:** 338 habitantes de rua participaram do estudo, dos quais, o 82% foram de sexo masculino, uma meia de idade de  $40,3 \pm 11,5$  anos e um predomínio de estado civil solteiro do 71,3%. Quando apresentaram problemas de saúde, o 31,5% consultaram; o 17,5% manifestaram sentir um estado de saúde empiorado e o 34% uma percepção melhor. **Conclusões:** Um pior estado de saúde se associou com: mendicância, haver padecido ITS, consumir álcool, lesões por acidente ou violência e dor físico ou mal estar não especificado; não saber o tipo de vinculação a sistema de saúde foi comum para ambos.

**Palavras-chave:** Pessoas sem lar, estado de saúde, percepção, fatores de risco, vulnerabilidade social.

## INTRODUCCIÓN

En un sentido genérico, los ciudadanos que habitan en las calles son un subgrupo de personas que comparte en la ciudad una cultura, una identidad y un estilo de vida común, que es diferente a los demás pobladores de la misma; está integrada por diversas poblaciones que interactúan en un mismo espacio territorial en la búsqueda de la sobrevivencia y de resolver diferentes necesidades (1), viven allí permanentemente o por periodos prolongados y establecen con su entorno una estrecha relación de pertenencia y de identidad, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o permanente en el contexto de una racionalidad y de una dinámica sociocultural que es propia y particular (2, 3).

El número de personas pobres y habitantes de calle en las zonas urbanas aumenta al menos en proporción al crecimiento general de la población (4). Un reporte de la comisión de derechos humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), estimó en el año 2005, alrededor de 100 millones de personas en condición de calle en el mundo (5). Para Colombia, un estudio estimó para el 2009, al menos ocho millones de colombianos que viven en situación de indigencia y otros 20 millones son pobres (6). En Medellín para el 2014 se estimaron 3.250 habitantes de la calle (7).

El habitante en situación de calle presenta en su cuerpo y en su comportamiento la huella de personas carentes de toda protección, el cual se halla abocado a la inestabilidad y al rechazo de las normas socialmente establecidas (8). Por lo tanto están entre las personas más necesitadas

en términos de condiciones de vida, indicadores de salud y acceso a servicios básicos (3). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los habitantes de la calle son un grupo especialmente vulnerable, que generalmente no tiene recursos económicos, ni redes de salud, sociales o familiares de apoyo, están constantemente expuestos a riesgos y la respuesta estatal es poco efectiva frente a la problemática que enfrenta esta población, además de la indiferencia generalizada de la sociedad en el contexto social.

La percepción del estado de salud expresa una sensación de bienestar individual (9), es considerada una forma de medir el nivel de dicho parámetro en una población que está influenciada por el ambiente, la organización social y las propias acciones de los individuos; 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 (10). 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 (11 - 13), 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 (14). 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 (15).

La escasa producción en torno a la temática en la población habitante de calle de Medellín y éste como posible indicador cercano al estado de salud, a pesar de la subjetividad intrínseca de la misma, plantea la necesidad de realizar esta investigación, por lo tanto, este estudio tuvo como objetivos describir la percepción del estado de salud de un grupo de habitantes de calle y establecer posibles factores asociados con la salud percibida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal donde se observaron las características relacionadas con la percepción del estado de salud de habitantes de calle (16), la muestra estuvo constituida a partir de 338 registros de habitantes de calle del 2014, utilizando un muestreo de tiempo, persona y lugar (*Time, location sampling data*), útil para recoger información en poblaciones que son de difícil acceso y disponibilidad de datos debido a estigmas sociales o culturales (17). Se seleccionaron 20 conglomerados, identificados como lugares de permanencia de los habitantes de calle en la ciudad de Medellín, y en cada uno de ellos un número mínimo de 10 habitantes de calle.

La técnica fue una encuesta y en el instrumento se clasificaron las variables en cinco componentes: sociodemográficos, económicos, apoyo social, comportamientos de riesgo y situación de salud; con esta clasificación, posteriormente se identificaron relaciones no causales entre los diferentes grupos de variables y la percepción del estado de salud (desmejorado, regular y mejorado), ésta como variable dependiente del estudio. Se utilizó la prueba de asociación estadística Chi cuadrado, también se calcularon medidas epidemiológicas como la razón de prevalencia (RP) y su correspondiente intervalo de confianza del 95,0 % (IC 95%). Se definió el nivel de significación estadística en 5%. Con el análisis multivariado se ajustaron las medidas epidemiológicas calculadas, a través de la regresión logística multinomial, teniendo al estado de salud mejorado como categoría de referencia, este fue comparado con las categorías de regular y desmejorado.

La base de datos y el cálculo de pruebas estadísticas y epidemiológicas fueron realizados en el software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versión 21 con licencia de la Universidad CES. Los cálculos de las razones de prevalencia fueron en el programa Epidat versión 4.1. El estudio contó con el aval del comité de ética de la universidad CES.

## RESULTADOS

Se encuestaron un total de 338 habitantes de calle, el 82% (280) eran hombres, con un promedio de edad general fue de 40,32 años (DE 11,51 años), la edad mínima fue de 18 años y máxima de 65 años. Con respecto al estado civil, estar soltero fue la condición más frecuente con el 71,3% (241), siendo los hombres quienes más representan esta condición con el 85,5%; el 58,6% (198) de los encuestados cuentan con estudio de básica primaria.

El 14,7% (48) estuvieron en la cárcel durante el último año al momento de realizar la encuesta, con una distribución similar por sexo. Respecto al sitio donde usualmente duermen, el 46,8% (139) respondió hacerlo en la calle, seguido en los barrios con el 29,6% (100); dormir en instituciones o albergues solo representaron el 14,2% (48), y el número promedio de personas con las que duermen alrededor fue del 22,8 (DE 40,62), tanto para hombres como mujeres.

**Cuadro 1.**

Características sociodemográficas según sexo de habitantes de calle de Medellín, 2014

**Cuadro 1. Características sociodemográficas según sexo de habitantes de calle de Medellín, 2014.**

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado civil						
Casado/unión libre	20	7,2	18	31	38	11,3
Divorciado/separado	51	18,2	4	6,9	55	16,3
Viudo	3	1,1	1	1,7	4	1,2
Soltero	206	73,6	35	60,3	241	71,3
Nivel de escolaridad						
Primaria	158	56,4	40	69	198	58,6
Secundaria	85	30,4	13	22,4	98	29
Ninguno	29	10,4	3	5,2	32	9,5
Técnicos y otros	8	2,8	2	3,4	10	3
Permanencia en la cárcel en el último año						
Sí	42	15,5	6	10,7	48	14,7
No	229	84,5	50	89,3	279	85,3
Sitio donde dormir						
Acera	154	55,2	25	43,1	179	53,1
Centro de consumo (olla)	20	7,2	5	8,6	25	7,4
Albergue público o privado	46	16,5	7	12,1	53	15,7
Inquilinato	28	10	10	17,2	38	11,3
Bajo de puente, cambuche	22	7,9	8	13,8	30	8,9
Otro	9	3,2	3	5,2	12	3,6
Número de personas con las que duerme alrededor (DE)	24,2 (2,6)		16,9 (3,1)		22,8 (40,6)	

DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las actividades que realizaron como fuente para conseguir dinero, la mendicidad representó el 31,4% (106), seguido del reciclaje con el 24,6% (83), otros como prostitución, robo y tráfico de sustancias correspondieron al 8% (27). Según sexo, la mendicidad presentó una proporción ligeramente mayor en las mujeres con un 32,8% (19) respecto a los hombres, que fue del 31,1% (87). Como principales fuentes de egreso de los habitantes de calle de Medellín en el momento del estudio, se encontró que la alimentación con el 53,6% (181) y el consumo de sustancias con un 42,3% (143) fueron las dos actividades más frecuentes.

Con respecto a la percepción del estado de salud, el 47,6% (161) refirió que esta era regular, el 34% (118) mejor, y el 17,5% (59) respondió que había empeorado. Se encontró que el sitio donde normalmente pasan la noche y los centros de consumo, aumentan hasta 8 veces la probabilidad de un estado de salud regular, seguido de las aceras y los bajos de los puentes, con 5,92 y 5,09 veces la probabilidad; por el contrario, el pasar la noche en albergues públicos o privados en inquilinatos o bajo puentes o cambuches, se convirtió en un factor que disminuye la percepción de un peor estado de salud, siendo los inquilinatos, hoteles o piezas quienes más aportan a la disminución.

Los habitantes de calle que manifestaron tener alguna lesión causada por accidente tenían 2,15 veces la probabilidad de percibir un estado



de salud empeorado. Por otro lado, los dolores físicos o malestares, se encontraron asociados con la percepción de un estado de salud desmejorado (tabla 2).

## Cuadro 2.

Medidas de asociación crudas y ajustadas según el estado de percepción del estado, Medellín, 2014.

**Cuadro 2. Medidas de asociación crudas y ajustadas según el estado de percepción del estado. Medellín, 2014.**

Factores asociados	Medidas sin ajustar				Medidas ajustadas			
	Regular		Empeorado		Regular		Empeorado	
	RP	IC (RP)	RP	IC (RP)	RP	IC (RP)	RP	IC (RP)
Sitio donde dormir								
Acera	5,92	1,18 – 29,5	1,75	0,42 – 7,20	3,83	0,59 – 24,7	0,38	0,05 – 2,83
Centro de consumo (olla)	8,16	1,29 – 51,4	1,94	0,32 – 11,7	10,6	1,24 – 90,6	0,60	0,04 – 7,67
Albergue público o privado	3,5	0,65 – 18,6	0,71	0,14 – 3,50	4,53	0,61 – 34,2	0,27	0,02 – 3,01
Inquilinato	3,5	0,63 – 19,1	0,25	0,03 – 1,89	2,03	0,28 – 14,3	0,05	0,01 – 0,66
Bajo de puente, Cambuche	5,09	0,88 – 29,2	0,63	0,09 – 4,08	3,06	0,40 – 23,2	0,13	0,11 – 1,59
Otro	1		1		1		1	
Número de personas con las que duerme alrededor								
0 – 1	1		1		1		1	
2 – 5	1,11	0,53 – 2,23	1,36	0,56 – 3,31	0,89	0,36 – 2,16	0,95	0,31 – 2,90
6 – 20	1,21	0,63 – 2,35	0,79	0,32 – 1,95	1,40	0,62 – 3,15	0,56	0,19 – 1,66
Mayor a 20	0,57	0,29 – 1,09	0,51	0,21 – 1,24	0,58	0,21 – 1,60	0,42	0,09 – 1,83
Actividad económica								
Mendigar	0,81	0,42 – 1,55	2,00	0,85 – 4,66	0,98	0,44 – 2,20	2,33	0,81 – 6,65
Otro o ninguno	1,26	0,68 – 23	1,3	0,54 – 3,15	1,54	0,70 – 3,38	1,88	0,62 – 5,68
Prostitución, robo o tráfico de sustancias	1,05	0,42 – 2,70	0,84	0,19 – 3,64	1,13	0,34 – 3,76	1,5	0,25 – 8,93
Reciclaje	1		1		1		1	

Le han mostrado desprecio, rechazo o lo han ofendido por ser habitante de calle								
Sí	0,59	0,35 - ,98	1,23	0,61 - 2,50	0,40	0,21 - 0,76	0,68	0,28 - 1,65
No	1		1		1		1	
Ha tenido alguna ITS								
Sí	1,12	0,68 - 1,86	1,74	0,91 - 3,31	1,15	0,62 - 2,13	1,83	0,81 - 4,14
No/NS/NR	1		1		1		1	
¿Se ha realizado la prueba para detectar VIH en los últimos 12 meses?								
Sí	0,54	0,33 - 0,90	0,48	0,24 - 0,97	0,53	0,29 - 0,98	0,45	0,19 - 1,05
No	1		1		1		1	
Relaciones sexuales bajo sustancias psicoactivas								
Nunca	0,56	0,25 - 1,26	0,18	0,06 - 0,56	0,70	0,25 - 1,93	0,22	0,05 - 0,91
Algunas veces	0,55	0,26 - 1,15	0,35	0,14 - 0,84	0,63	0,25 - 1,54	0,33	0,11 - 1,02
Casi siempre	0,79	0,35 - 1,77	0,59	0,23 - 1,53	0,88	0,33 - 2,32	0,42	0,12 - 1,40
Siempre	1		1		1		1	
Sustancias psicoactivas								
Cigarrillo								
Sí	1,94	0,88 - 4,29	0,87	0,36 - 2,10	1,33	0,51 - 3,72	0,80	0,24 - 2,67
No	1		1		1		1	
Bebidas alcohólicas								
Sí	3,65	1,60 - 8,31	1,38	0,57 - 3,33	2,62	0,92 - 7,46	1,24	0,34 - 4,45
No	1		1		1		1	
Cocaína								
Sí	2,25	1,36 - 3,70	1,70	0,89 - 3,25	1,61	0,82 - 3,14	1,03	0,41 - 2,58
No	1		1		1		1	
Lesión por accidente o violencia								
Sí	0,98	0,52 - 1,86	2,15	1,03 - 4,48	1,31	0,59 - 2,90	2,88	1,09 - 7,57
No	1		1		1		1	
Dolor físico o malestar diferente a los mencionados								
Sí	0,43	0,26 - 0,72	1,40	0,75 - 2,63	0,68	0,35 - 1,29	2,46	1,10 - 5,53
No	1		1		1		1	

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: elaboración propia



## DISCUSIÓN

El estado de salud de las personas es uno de los principales determinantes de su calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores (18). En el presente trabajo, la apreciación interna que se tiene del estado de salud de dicha población, desde las particularidades intrínsecas del habitante de calle, implica una autovaloración diferente y debe ser también un pilar complementario en miras del abordaje integral de este subgrupo humano.

La proporción de hombres fue superior al de las mujeres, similares a los reportes de habitantes de calle en el ámbito local realizados en años anteriores (19, 20), incluso con otros realizados en países como Estados Unidos con proporciones de 66,4% para hombres y 3,6% de mujeres (21) y España donde en el 2013 se informó un perfil 90% hombres y un 10% mujeres (22). En lo que refiere a la distribución de la edad, este trabajo reportó una edad promedio de 40 años (DE 11,51), en concordancia con diversos estudios (23 - 25), el nivel educativo más frecuente en el presente trabajo, fue el grado de escolar de primaria, seguida de la secundaria, características que confirman la poca escolaridad como característica principal en esta población; sin embargo, en proporciones muy inferiores se encuentran algunos habitantes de calle con estudios complementarios que para este caso osciló en el 3%, similar patrón de nivel educativo acorde a lo reportado en otros estudios (19, 20). El perfil general encuadra de forma semejante a diversos estudios en el cual lo define como varón proveniente de un medio familiar desfavorecido, soltero, con baja formación laboral y con muy bajo nivel educativo (19, 26, 27).

Las aceras y los albergues públicos, por parte de los encuestados, fueron los lugares donde más frecuentemente pasan las noches esta población; muy posiblemente, las aceras públicas para la mayoría de los habitantes de la calle son fortalezas de territorios personales inviolables, como el cambuche o la cueva, el ámbito más privado que puedan poseer, según Correa (26).

El reciclaje y la mendicidad fueron las actividades más frecuentes para obtener dinero, éstas a su vez ya han sido referenciadas en otros trabajos realizados también en el ámbito local, como por el ejemplo, reciclar (1) y mendigar, con mayoría femenina y mayor presencia de las mismas en actividades de sexo comercial y venta de drogas (19).

En la relación del sexo con la percepción de salud, tampoco se reflejó en el presente trabajo, posiblemente también por la baja proporción femenina, sin embargo es de recordar de acuerdo a algunos estudios (28), que las mujeres podrían ser más conscientes de sus síntomas físicos y por lo tanto, su percepción de salud podría ser más exacta, precisa o efectivamente más inclusiva que la de los hombres (29), es decir, pueden proveer más detalles del estado de salud.

Sumado a lo anterior se pudo encontrar una asociación entre el número de personas que están alrededor al pasar la noche y la percepción del estado de salud, en el sentido que al momento de ajustar por otras variables, la

tendencia observada fue que a mayor número de personas con las que se duerme alrededor, generó para este trabajo una disminución en la probabilidad de percepción de un estado de salud empeorado, esto puede relacionarse con las dinámicas que se establecen al estar en grupos, en el sentido que en el grupo pueden realizarse actividades como el diálogo, la ingesta de alimentos, el consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas, el intercambio sexual o la misma protección que genera la pertenencia a un grupo y la importancia que ello representa cuando llega el momento de dormir (30), además como refiere un estudio realizado en el 2009, los habitantes de calle manifestaron no dormir necesariamente en cualquier lado, tiene que ver con el sentimiento de seguridad o de la negociación de la protección e inclusive de la conformación de grupos para protegerse mutuamente (31).

Al momento de evaluar las actividades económicas por las cuales obtienen dinero, la mendicidad es la que más aportó a la probabilidad de percibir un estado de salud empeorado en 2,3 veces con respecto al reciclaje, la que menos aportó a esta probabilidad, fueron actividades ilícitas como la prostitución, robo o tráfico de sustancias, que en su conjunto aportaron un 50% de percibir un estado de salud empeorado con respecto al reciclaje. Este último parece ser para este estudio, un factor que disminuye la probabilidad, pudiéndose explicar esto como actividad legal, que a la vista de la sociedad en general puede ser bien vista puede, por consiguiente, hacer sentir a los habitantes de calle que la pueden ejercer con libertad, a la luz pública y por consiguiente, la que menos aporte a la percepción desmejorada del estado de salud. Para apoyar lo expuesto, otros reportes evidencian como las actividades delictivas, entre otros comportamientos, afectan la experiencia de retorno a la casa y hacen que la relación con la familia sea fallida, ya que ésta, los actos ilícitos los rechaza o condena (32, 33).

Las relaciones sexuales bajo sustancias psicoactivas en las diferentes frecuencias (nunca, algunas veces, casi siempre), disminuyeron las probabilidades de manera consecutiva, de sentir un estado de salud desmejorado, siendo los de frecuencia siempre, los de más probabilidad; por otro lado los que manifestaron que nunca, fueron los que tuvieron una disminución mayor de no sentir una percepción empeorada del estado de salud con el 78% de probabilidad, pudiéndose entender al igual que en otro tipo de población, el papel del consumo de sustancias que afecta los estados de conciencia y adopción de conductas sexuales de riesgo (34), además teniendo en cuenta el porcentaje de aquellos que tienen conocimiento acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS), con el 94% de los encuestados; se podría decir que evidencia el hecho de que en los que manifestaron nunca tener dicha conducta de riesgo, tener el más bajo riesgo de percibir un estado de salud desmejorado. Se ha encontrado en esta población que establece una relación entre sexo y drogas; indicando espacios físicos comunes para la realización de estas actividades como son las orillas de los ríos en donde venden droga. Igualmente señalan espacios para las actividades sexuales y consumo de drogas, espacios abiertos como las 'mangas' y también los puentes (31).

Las sustancias psicoactivas si bien tienden a influir directamente en el estado de ánimo, en este estudio se observó que entre las tres sustancias incluidas en el modelo explicativo, solo el cigarrillo presentó en el análisis ajustado una disminución del riesgo en la percepción del estado de salud desmejorado en un 20%, a pesar de que el cigarrillo está fuertemente asociado con la pérdida de años de vida saludable y la percepción de salud ( 35 ). En este sentido se puede encontrar los dos tipos de efectos, es decir, en primer lugar se ha reportado personas que refieren tener un efecto positivo sobre la depresión u otros trastornos afectivos, de ahí que las personas que sufren depresión, fumen más ( 36 ), y en segundo lugar otros estudios han informado que las personas fumadoras en comparación con las que no lo son, presentan una peor salud general y mental, así como una mala función física ( 37 ).

Para una percepción del estado de salud regular, en general se presentó más probabilidad en 2,6 veces más con el consumo de alcohol, En este mismo sentido las bebidas alcohólicas, aumentaron en un 24% el riesgo de un estado de salud empeorado, y la cocaína fue la que presentó un cambio más pronunciado en el modelo ajustado, pasando de propiciar un efecto del 2,25 a 1,61 veces de percibir un estado de salud regular, y del 70% a sólo el 3% del riesgo para una percepción empeorada. Estudios realizados en población habitante de calle, han informado que la adicción a las drogas y el alcohol a menudo se desarrolla como un medio para hacer frente a las dificultades de la vida sin hogar y a traumas pasados, aunado a esto los efectos de las drogas y el alcohol particularmente, tienen una fuerza poderosa y destructiva en la salud física de las personas sin hogar ( 38 ), siendo esta descripción acorde con lo hallado en el presente estudio. Además, anteriormente se ha reportado como los mismos habitantes de calle tienen consciencia de lo mucho que esta condición perturba la vida, y en cómo afecta la salud, dificultando las relaciones, el trabajo e impidiendo la asunción de responsabilidades (32).

Siguiendo con lo anteriormente expuesto, acorde con Hurtado, la enfermedad quita la libertad a los habitantes de calle. La enfermedad se materializa en el dolor físico que les impide actuar normalmente y que puede ser inhibido por el efecto del consumo de sustancias psicoactivas ( 39 ), en el sentido de la percepción también esta se ve afectada, ya que como se pudo evidenciar en este trabajo la población habitante de calle percibe el estado de salud mejorado con más frecuencia, y al analizar el mismo, respecto a las otras variables el riesgo de sentir un estado de salud empeorado, disminuyó para los que consumían cigarrillo, bebidas alcohólicas y siendo más evidente en el consumo de cocaína. Esto puede explicarse en los habitantes de calle con el concepto de cuidado de sí, el cual corresponde a una actitud general, a un determinado modo de enfrentarse al mundo el cuidado de sí mismos, con sus prácticas de consumo de sustancias, teniendo en cuenta que es el medio de escape a otra realidad, una realidad que les permita, encontrarse a sí mismos, conociendo sus debilidades, sus fortalezas, adquiriendo el valor para enfrentarse a las agresiones del entorno que los rodea, el frío, el hambre, el peligro o quizás el temor a morir en la noche que les exige mantenerse

alerta como forma de protección; pero no se puede desconocer que para muchos el consumo se da por el goce y el placer que para ellos representa (40).

Estudios anteriores han documentado 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 y otras.

Enfermedades: en este estudio se evidenció un compromiso en salud, referente a enfermedades mentales y padecimiento de ITS, es claro para este estudio que las lesiones por accidente o violencia o dolor físico a la luz de las otras variables, fueron factores que impactan directamente en una percepción del estado de salud desmejorado, esto a la luz de otros estudios de percepción o autoreporte del estado de salud, refuerza el hecho que la morbilidad tanto aguda como crónica así como presentar alguna discapacidad o limitación física o mental son factores relacionados con un mal estado de salud (9, 18). Lo mismo puede atribuirse en el plano de salud sexual y reproductiva, ya que el haber tenido alguna infección de transmisión sexual, al ajustar, representó un riesgo del 83% de tener una percepción del estado de salud empeorado.

Como hallazgo particular en este estudio, tanto la tos por más de 15 días y el haber tenido alguna vez diagnóstico de tuberculosis disminuyeron el riesgo una percepción de salud de empeorado, con el 47% y 80% respectivamente, esto en contravía a un estudio realizado en Colombia acerca de las alteraciones funcionales en personas con tuberculosis, ya que éstas, dentro del patrón de percepción y manejo de la salud, reconocieron su estado de salud durante el último año como regular, con difícil aceptación de su enfermedad, y la presencia de una sintomatología severa que limita en forma importante las expectativas de su vida, sumado a la expresión de sentimientos negativos por la enfermedad (41); y en habitantes de calle que han manifestado temor por la enfermedad, de verse débiles, inactivos, decaídos, se sienten muy mal cuando la sufren (32). Este inusual resultado podría explicarse en primera instancia, a que el cuestionario no abordó puntualmente si se tenía enfermedad activa confirmada, sino el haber tenido alguna vez el diagnóstico y por ende los resultados estarían reflejando el estado posterior a remisión de la enfermedad o disminución de la sintomatología, y referente a la tos por más de 15 días, por tratarse de un síntoma sugestivo mas no específico de tuberculosis podría darse el mismo efecto, es decir, signos de respiratorios que muy posiblemente al momento de la aplicación de la encuesta estaban en una etapa posterior al agudo.

Finalmente, la afiliación al sistema de salud, acorde a estudio realizado en Colombia, es un determinante importante de la percepción del estado de salud (42), suponiendo que a pesar de las particularidades de esta

población, no son la excepción, si bien alrededor del 68% manifestaron tener una vinculación de tipo subsidiado o contributivo. También se presentó que el 21,9% manifestaron no saber qué tipo de relación tienen con el mismo, significando un riesgo del 22% de tener una percepción desmejorada del estado de salud con respecto a los primeros; según un estudio previo, las características institucionales del sistema de afiliación a la seguridad social en salud se reflejan en la desmejora del estado de salud de las personas que no están afiliadas al sistema o pertenecen a regímenes de salud distintos al régimen contributivo (42), por ende confirma los que manifestaron no saber; pero como hallazgo particular está el hecho de que aquellos que manifestaron no tener relación con el sistema, se reflejó en el ajuste un 80% menos de riesgo de percibir un estado de salud empeorado, esto debería entenderse a manera de supuesto, que correspondieron a los encuestados que si bien tenían claridad que no tenían afiliación con el sistema, gozan con buen estado de salud o saben que a pesar de no tener un sistema formal, recurren a los centros de acogida para recibir atención cuando lo requieren encontrando un acceso real y de calidad.

Limitaciones. El presente trabajo es de corte transversal, esto implica el no poder determinar causalidad en las variables correspondientes a los objetivos principales, sumado al hecho que la población de estudio sean habitantes de calle, la cual connota un comportamiento dinámico, tendencia variable de los eventos y posibles sesgo al momento de recolección de la información, que debieron ser mitigados en el estudio primario, todo esto hace que sean factores limitantes para este tipo de trabajos. La percepción del estado de salud, por ser un concepto tan subjetivo, además de la falta de escalas o valoraciones estándar lo suficientemente conocidas para medirla y la recategorización de dicha variable como práctica frecuente en otros estudios, hace que no sean comparables de manera eficaz con otros reportes. Sumado a lo anterior, la percepción del estado de salud es útil en el sentido que refleja experiencias y necesidades reales desde las personas, pero acorde a otros reportes, esto no necesariamente genera demanda de servicios sanitarios ( 43 ).

## CONCLUSIONES

Para el presente estudio los habitantes de calle que presentaron una autopercepción del estado de salud empeorado, tuvieron las siguientes características: la mendicidad como actividad económica, haber tenido una ITS, consumo de alcohol, lesiones por accidente o violencia, dolor físico o malestar no especificado y no saber el tipo de vinculación al sistema de salud.

Queda claro que la percepción del estado de salud es producto de la interacción de múltiples factores que la incrementan, la preservan o la deterioran, y a pesar que la población habitante de calle comparte el mismo lugar en tiempo y espacio del resto de los habitantes de la ciudad, al contrario de lo que se podría esperar, hechos puntuales como dormir con más de cuatro personas alrededor, dedicarse al reciclaje y haber tenido



alguna vez el diagnóstico de tuberculosis, propiciaron una autopercepción del estado de salud mejorado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Correa M. Para una nueva comprensión de las características y la atención social de los habitantes de calle. *Rev Eleuthera*. 2007; 1:91-102.
2. Ruiz J, Hernández J, Bolaños L. Gamines. En: Instituciones y cultura de la calle. Santa fe de Bogotá: Corporación Extramuros, Ciudad y Cultura; 1998.
3. Tirado A, Correa M. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 del 2000. *Investig Andina*. 2009; 11(18):23-35.
4. Islam N, Narayan F. Addressing the urban poverty agenda in Bangladesh: critical issues and the 1995 survey findings. Dhaka: University Press; 1997.
5. The Homeless World Cup Foundation. An estimated 100 million people worldwide are homeless. Source: United Nations Commission on human rights, 2005 [Internet]. Disponible en: <http://www.homelessworldcup.org/content/homelessness-statistics>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Pobreza monetaria en Colombia: Nueva metodología y cifras 2002-2010. 2009.
7. Centro de Estudios de Opinión - Universidad de Antioquia. Caracterización de habitantes de calle de la ciudad de Medellín. Alcaldía de Medellín - Secretaría de Inclusión Social; 2014.
8. Amiri FB, Gouya MM, Saifi M, Rohani M, Tabarsi P, Sedaghat A, et al. Vulnerability of homeless people in Tehran, Iran, to HIV, tuberculosis and viral hepatitis. *PloS One*. 2014; 9(6): e98742.
9. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncà S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001; 15(3):217-23.
10. Lozano R, Murray C, Frenk J, Hill K, Morelos JB, Wong R. El peso de las enfermedades en México. Las Consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica en América Latina. México DF. 1999; 130.
11. Garrido MA, Jentoft AC, Ferrer JRV, Herranz JCA, Marín NG, Bernabé FAV de. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2002 [citado 9 de junio de 2014]; 76(6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17000605>
12. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med*. enero de 1999; 48(1):61-76.
13. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. julio de 1999; 53(7):412-6.
14. Forchuk C, Brown SA, Schofield R, Jensen E. Perceptions of health and health service utilization among homeless and housed psychiatric consumer/survivors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. junio de 2008; 15(5):399-407.

15. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Reyes H, Durán-Arenas L. Self-perceived health status: an approach of the elderly in Mexico. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(5):792-801.
16. Berbesí D, Segura-Cardona Á, Caicedo B, Cardona-Arango D. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 1 de agosto de 2015]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12039090007>
17. Karon JM, Wejnert C. Statistical Methods for the Analysis of Time\_Location Sampling Data. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. 2012; 89(3):565-86.
18. Johnson RJ, Wolinsky FD. The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. *J Health Soc Behav*. 1993; 34(2):105-21.
19. Berbesí DY, Agudelo A, Segura A, Montoya LP. VIH en habitantes de calle de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública*. diciembre de 2012;30(3):310-5.
20. Berbesí DY, Agudelo L, Castaño C, Galeano P, Segura-Cardona A, Montoya-Vélez L. Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Rev CES Salud Pública*. 2014; 5(2):14753.
21. Baggett TP, Hwang SW, O'Connell JJ, Porneala BC, Stringfellow EJ, Orav EJ, et al. Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(3):189-95.
22. Domandzic MVM. Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. *TSG-Trab Soc Glob Soc Work-GSW*. 2013; 3(5):3-27.
23. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*. 2001; 285(2):200-6.
24. DANE, Dirección de censos y demografía, Alcaldía Metropolitana de Medellín, Secretaría de solidaridad. Censo sectorial habitantes de y en la calle. Informe final, Medellín. Dirección de Mercadeo y Ediciones, DANE ; 2003.
25. DANE. Censo sectorial de habitantes de y en la calle de Santiago de Cali. 2005.
26. Correa M. La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. *Rev Dep Trab Soc Fac Cienc Humanas Univ Nac Colomb*. 2007; 9:37-56.
27. Sánchez Morales MRH. En los límites de la exclusión social: las personas sin hogar en España. *OBETS Rev Cienc Soc*. 2012; 7(2):307-24.
28. Vázquez C, Muñoz M, Vázquez J. Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid [Internet]. 1.a ed. Témpora, S.A; 2003 [acceso 1 de julio de 2015]. 384 p. Disponible en: <http://www.agapea.com/>
29. Langley R. Sex and Gender Differences in Health and Disease [Internet]. Academic Press, Durham North Carolina. 2003 [acceso 11 de junio de 2014]. Disponible en: [https://www.iberlibro.com/?cm\\_sp=TopNav\\_-\\_Details\\_-\\_Logo](https://www.iberlibro.com/?cm_sp=TopNav_-_Details_-_Logo)
30. Salazar O, Brian E. Habitantes en situación de calle y construcción territorial en el centro occidente de Medellín. *Rev Fac Trab Soc*. 2007; 23(23):136-47.



31. Carrascal ON, Tamayo W. Representación social del habitante en situación de calle. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2011; 1(1):7-34.
32. Correa M, Orozco M, Uribe M, Barraza T, Zapata A, Villa C, et al. Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social de Medellín. *Eleuthera*. 2011; 6:101-26.
33. MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida. Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia. Mecanismo de Coordinación de País; 2013.
34. Ruiz FA, Sánchez JPE. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *An Psicol*. 2009; 25(2):344-50.
35. Badley E, Wang M, Meter C. Determinants of Changes in Self-Reported Health and Outcomes Associated with those Changes. University of Toronto; 2002.
36. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. España editores; 1982.
37. Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, Otero R. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Arch Bronconeumol*. 2007; 43(2):59-63.
38. St Mungo's. Health and homelessness: Understanding the costs and role of primary care services for homeless people. St Mungo's Broadway; 2013.
39. Hurtado Gutiérrez M, Giraldo Pineda Á, Forero Pulido C. Significados de la salud para los niños de la calle en Medellín (Colombia). *Index Enferm*. 2011; 20(3):147-50.
40. Moreno E. Desempeño ocupacional: dimensiones en los ciudadanos y ciudadanas habitantes de la calle. *Umbral Científico*. 2003; (2):0.
41. Garzón LHA, Páez RFH. Alteraciones de patrones funcionales en personas con tuberculosis pulmonar, Villavicencio, Colombia. *Av En Enferm*. 2012; 29(1):42-54.
42. Cuevas LMT, García G. El entorno regional y la percepción del estado de salud en Colombia, 2003. *Lect Econ [Internet]*. 2006 [acceso 7 de julio de 2015]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=1552>
43. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson; 1987.

## Notas de autor

dberbesi@ces.edu.co

## Información adicional

*Citar este artículo así:* Peñata CA, Berbesi D, Segura Á. Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia promoc. salud*. 2017; 22(1): 56-69. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.5