

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

**Trabajo Final de Graduación bajo la Modalidad de Tesis para optar por el
grado de Licenciatura en Enfermería**

**“Atención de salud de las personas en situación de calle: un análisis desde la
equidad”**

Sustentante:

Jeniffer Hernández Guzmán

Comité asesor:

Directora: Msp. Mary Solano Rivera

Lectora: Msc. Alcira Castillo Martínez

Lector: Dr. Jaime Caravaca Morera

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

San Pedro, Montes de Oca

2020



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **16 de octubre 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Jeniffer Hernández Guzmán**, carné **B53380**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Tesis**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Mary Solano Rivera, Directora
Alcira Castillo Martínez, Lectora
Jaime Caravaca Morera, Lector
Marianella Lizano Cascante, Quinto miembro
Derby Muñoz Rojas, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Jeniffer Hernández Guzmán** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Jeniffer Hernández Guzmán**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **"Atención de salud de las personas en situación de calle: un análisis desde la equidad"**.

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



EE Escuela de
Enfermería

Pág.2 de 2
ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
16 de octubre 2020

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:



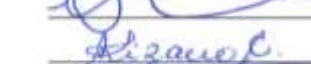
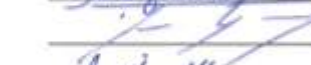


APROBADO

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **once** horas.

 Mary Solano Rivera, Directora
 Alcira Castillo Martínez, Lectora
 Jaime Caravaca Morera, Lector
 Marianella Lizano Cascante, Quinto miembro
 Derby Muñoz Rojas, Preside
 Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Agradecimientos

Al culminar este proceso no me queda más que agradecer

...

A Dios por ser mi guía y sostén en cada paso de este proceso.

*A todos y cada uno de los participantes de esta investigación cuyas
historias de vida llevo en mi memoria y corazón.*

A mi familia por estar a mi lado y apoyarme de manera incondicional.

Al comité asesor por el acompañamiento y consejo a lo largo del proceso.

*Y a mis amigos cercanos por escucharme, apoyarme y hacerme reír en los
momentos que más lo necesité; por sus palabras de motivación ¡gracias!*

Dedicatoria

Este logro va dedicado a las personas más importantes en mi vida, a mi madre María Guzmán Gonzáles y mi padre Jorge Hernández Artavia por darme la oportunidad de estudiar en esta prestigiosa Universidad. Les dedico con amor el esfuerzo que este trabajo significa para mí. Este es un éxito compartido.

Además, una dedicatoria especial a la población en situación de calle por y para quienes tuvo lugar esta investigación, así como a las organizaciones, instituciones y sectores diversos que con sus acciones luchan por los derechos de estas personas... ¡sigamos adelante en la construcción de una sociedad más justa y equitativa!

Índice general

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	5
Objetivos	13
Justificación.....	14
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	18
Antecedentes	19
Marco Conceptual	25
Habitabilidad en la Calle	25
Salud, Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en salud	31
Atención de Salud.....	45
Marco Político	49
Marco Teórico-Disciplinar.....	52
El papel de enfermería en el cuidado de grupos vulnerabilizados.....	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	58
Modalidad de Trabajo Final de Graduación.....	58
Abordaje y Diseño de Investigación	58
Contexto Físico.....	60
Contexto Temporal.....	61
Participantes del Estudio	61
Procedimientos de Recolección de Datos	65
Análisis de datos.....	70
Consideraciones éticas	74
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO	77
1. Percepción de salud de personas en situación de calle.....	79
2. Los efectos, los daños a la salud y a la vida de las personas en situación de calle	90
3. El curso de vida: las causas próximas a los problemas de salud de personas en situación de calle	95

4. El curso de vida: las causas estructurales de las inequidades en salud en personas en situación de calle	110
5. Aproximación a las barreras de accesibilidad y utilización de los servicios de salud.....	118
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	134
Conclusiones	134
Recomendaciones	141
Limitaciones	144
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
CAPÍTULO VII: ANEXOS	153
Anexo 1. Aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación	153
Anexo 2. Carta de aprobación del Comité Ético Científico	154
Anexo 3. Consentimiento informado	155
Anexo 4. Certificación en “Buenas prácticas de investigación”	157
Anexo 5. Carta de aprobación “Asociación Casa Libertad”	158
Anexo 6. Guía de preguntas	159

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Introducción

La extensión mundial de la habitabilidad en la calle evidencia la problemática de salud pública que significa este fenómeno de exclusión social. Datos del Banco Mundial (2020) exponen la pobreza extrema como sinónimo de habitabilidad en la calle y muestran que para el año 2018 un 8,6% de la población mundial se encontraba en esta situación. Asimismo, proyecciones de este mismo organismo indican que al finalizar este año es posible que se sumen entre 40 y 60 millones de personas como consecuencia de la crisis sanitaria por COVID-19, de manera que la tasa de pobreza extrema mundial podría aumentar entre 0,3 y 0,7 puntos porcentuales.

Sin embargo, más allá de estas cifras crecientes y alarmantes, se esconden historias de vida particulares de personas de diversas edades, sexo, género, raza, etnia; todos ellos constituyentes de un grupo social vulnerabilizado, sujeto de actos discriminatorios y profundamente estigmatizado. En nuestro país, las personas de este grupo social son señaladas con frases como las siguientes para describirlos o identificarlos: “vagabundos”, “sinvergüenzas”, “adictos”, “escoria”, “cochinos”, “pordioseros”; todas ellas de carácter peyorativo y por lo tanto despreciables.

Son múltiples los calificativos que les son conferidos a los individuos que conforman este grupo social; ninguno de estos reconoce, claramente, la humanidad que se encuentra en cada uno de estos seres. Las personas que habitan en las calles son eso: personas; son seres humanos cuyas realidades a lo largo del *curso de vida* les han expuesto diferencialmente a riesgos y daños a la salud. Además de ello y como si esto no fuese poco, son sujetos que se ven expuestos diariamente a una serie de situaciones inhumanas y degradantes no solamente de su ser físico, sino también, de su ser social, emocional y espiritual.

Más allá de la “carencia de medios” implícita en la etimología de la palabra “indigente” (palabra popularizada con la que se reconocen estas personas) median una serie de determinantes estructurales e intermedios acumulativos a lo largo del *curso de vida* capaces de conducir a ciertos individuos hacia la habitabilidad en la calle; es decir, existe un telón de fondo que precisa ser visibilizado con el objetivo no solamente de empatizar hacia las crudas realidades de estas personas que parecen integrar un grupo social sin voz, ni voto; sino también con el objetivo de identificar puntos de acción sobre los determinantes estructurales e incidir así sobre el mejoramiento de la calidad de vida de estos grupos.

La habitabilidad en la calle se encuentra entretejida sobre los marcos sociales, políticos y económicos de las sociedades, hay autores quienes incluso la describen como una de las más fuertes evidencias del “resquebrajamiento social”. Y es que se constituye en un resquebrajamiento que se hace cada vez más profundo en términos tanto de extensión como de complejidad implicada; es una realidad evidente que no puede ser jamás invisibilizada.

En relación con esto, el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión (2016) de nuestro país describe la habitabilidad en la calle como un fenómeno que se incrementa en complejidad y magnitud, en tanto responde a las situaciones estructurales de crisis de nuestro país, situaciones de índole macroeconómico y social. Asimismo y como bien lo expresan autores como Di Iorio, Seidmann, & Rigueiral (2016) el “estar en situación de calle” no se reduce a quienes literalmente utilizan el espacio público como lugar de pernocte; sino que está atravesado por dimensiones culturales, políticas, históricas, sociales y económicas. Además, se constituye en una problemática social compleja capaz de expresarse en exclusión social y vulneración de derechos.

Parte del compromiso y responsabilidad ética de la investigadora como futura enfermera es la de brindar un cuidado profesional a los individuos y grupos sociales en función de sus particularidades de vida, contexto y necesidades. Es preciso para ello, adentrarse en las realidades de vida de estas personas, empatizar con ellos e identificar aquellas posibles inequidades en salud a las que podrían estarse viendo expuestos en

los procesos de atención de la salud (escenario directamente relacionado con nuestra disciplina); para, a partir de ello, generar reflexiones que incidan sobre los marcos sociales y políticos de intervención para con estos grupos de manera que se generen estrategias políticas que les permitan gozar equitativamente de todos aquellos derechos que nos han sido conferidos como seres humanos.

Se presenta esta investigación como una oportunidad para trascender de aquel paradigma biologicista que puede venir a limitar el accionar enfermero a la práctica técnica y dejar el lado el valor del ser humano y la necesidad de brindar un cuidado humanizado orientado a la vinculación con el otro en un proceso de satisfacción de necesidades.

Ante ello, se plantea el desarrollo de una investigación que bajo el marco de acción de los determinantes sociales de la salud y en consideración de la equidad como valor fundamental de las sociedades, permita un acercamiento a las realidades de vida de estas personas desde sus propias narrativas. Este acercamiento se realiza desde la percepción misma de los participantes, desde el relato de las propias vivencias y circunstancias de vida de los individuos a lo largo del *curso de vida*. Se identifican dentro de sus discursos, todas aquellas barreras que deben enfrentar las personas en situación de calle para acceder al derecho a la salud con el que cuentan todas las personas de manera legítima; en tanto este es un derecho humano fundamental (universal, inherente, irrevocable, inalienable, intransmisible e irrenunciable).

Se pretende, primeramente, explorar la percepción de personas con antecedente de habitabilidad en la calle respecto a su conceptualización de salud. Posteriormente, se presentan las percepciones de los participantes en cuanto a los determinantes estructurales generadores de exposición diferencial y vulnerabilidad diferencial a lo largo del *curso de vida*, así como las consecuencias asociadas a ello. Una vez contextualizado este panorama será posible brindar una descripción de las circunstancias y representación de significados respecto a las barreras de accesibilidad y/o utilización de los servicios de salud que deben enfrentar las personas en situación de calle como grupo social excluido y vulnerabilizado.

La investigación pretende impactar a nivel de política pública del país, de manera que queden evidenciados no solamente los vacíos en el proceso de atención de salud de estas poblaciones; sino también, la necesidad que posee la Enfermería de vincularse más con estos grupos sociales y aportarles un cuidado integral y de calidad basado en derechos humanos, así como la responsabilidad ética de contribuir en la construcción de una sociedad más justa y equitativa para todos y todas.

Para el logro de los objetivos planteados se realiza un abordaje investigativo de tipo cualitativo. Autores como Polit & Beck (2018) destacan la importancia de investigaciones enfermeras con enfoque cualitativo, pues estas permiten un acercamiento y comprensión de la experiencia humana tal y como es vivida, a través de la recopilación y análisis de materiales narrativos subjetivos de los sujetos en cuestión. En línea con este abordaje, se plantea un diseño histórico según las premisas de Padilha, Nelson, & Mora (2013) quienes lo describen como el diseño ideal para recabar información sobre situaciones del pasado, con el objetivo de auxiliar la comprensión del presente y llenar posibles vacíos de conocimiento respecto al fenómeno en estudio.

La metodología de análisis implementada con la finalidad de otorgarle voz a los sujetos y a sus experiencias de vida como personas con antecedente de habitabilidad en la calle es el análisis de contenido; para ello se emplea como referente teórico a Lawrence Bardin (2011). La pertinencia de emplear este método de análisis está determinada por la posibilidad que brinda de trascender al plano de los significados. El análisis de contenido no solamente brinda un tratamiento descriptivo de los datos, sino que se interesa por ahondar en el significado de los mensajes transmitidos por los participantes y lo que puede ser interpretado de esto.

Planteamiento del Problema

Tal y como ha sido descrito, la habitabilidad en la calle es una de las muchas realidades a las que se enfrentan algunas personas en la actualidad; es una problemática social compleja que impacta el bienestar, la salud y la calidad de vida de estas personas y se expresa en exclusión social y vulneración de derechos. Este fenómeno se constituye claramente en un problema creciente de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional; no se trata de un fenómeno nuevo ni desconocido sino más bien, progresivo.

Datos mundiales muestran cifras alarmantes del fenómeno. El Banco Mundial (2018) contempla la pobreza extrema como sinónimo de indigencia y muestra datos que indican una disminución de esta en los últimos años; de manera que esta se encontraba en 10% (736 millones de personas) para el 2015 frente a un 11% en el 2013; sin embargo, se reconoce que, si bien el número de personas en situación de pobreza extrema en el mundo ha bajado, el ritmo de disminución de esta es más lento.

Según este organismo, en los 25 años transcurridos entre 1990 y 2015, la tasa de pobreza extrema bajó, en promedio, un punto porcentual por año (de casi un 36% a un 10%), pero solo disminuyó un punto porcentual entre 2013 y 2015. Lo anterior se debe a que pese a los avances las tasas se mantienen persistentemente elevadas en los países de ingreso bajo y aquellos afectados por conflictos y conmociones políticas. Estadísticas más recientes de este mismo organismo muestran datos alentadores en cuanto a una mayor disminución de la tasa mundial de pobreza extrema para el 2018; año para el que se reporta un 8,6% de personas en esta situación.

Sin embargo, la pobreza extrema se distribuye de manera muy desigual alrededor del mundo; de manera que al hablar de países sumidos en la pobreza extrema a nivel mundial para el año 2019, destacan las tasas de Somalia con un 99,2% de su población en pobreza extrema; República Centroafricana con 80,92%; Burundi con un 77,72% y Corea del Norte con 70,58% (How much, 2019).

Según datos del Banco Mundial (2020) 15 países de los 114 con las tasas más alta de pobreza han presentado una reducción importante en estas; esto significa que aproximadamente 800 millones de personas salieron de la pobreza extrema. Sin embargo, estos avances pueden verse comprometidos frente a la crisis por COVID-19; según estimaciones del Banco Mundial (2020), la actual crisis es capaz de revertir todos los avances de los últimos 5 años; según sus proyecciones entre 40 y 60 millones de personas caerán en la pobreza extrema en el presente año, de manera que la tasa de pobreza extrema mundial podría aumentar entre 0,3 y 0,7 puntos porcentuales.

Por otra parte, al dirigir la mirada específicamente hacia América Latina y el Caribe, se tiene un importante incremento de la pobreza en la mayoría de los países. Según la CEPAL (2015), 167 millones de personas se encontraban en situación de pobreza en el 2014, de las cuales 71 millones sufrían de pobreza extrema o indigencia; mientras que para el año el 2019 la tasa de pobreza para América Latina se extendió a 191 millones de personas (30,8%) y la tasa de pobreza extrema aumentó en 1 millón de personas aproximadamente, para una tasa del 11,5%.

Al analizar la situación por países a través de las estimaciones de la CEPAL (2019), se tiene que para el 2018 el país con la mayor tasa de pobreza extrema fue Honduras (38,7%), seguido de México (16,8%), Bolivia (15,2%) y Ecuador (8,4%). El país con la menor tasa de pobreza extrema en la región es Uruguay, el cual posee una tasa de pobreza extrema del 0,1%. En el caso de Costa Rica las estadísticas de la CEPAL (2019) muestran una tasa del 6,3%.

Es importante mencionar que en el contexto actual de depresión económica en función del impacto de la pandemia por COVID-19, la CEPAL (2020) estima que podría producirse un aumento significativo en las tasas de pobreza y pobreza extrema en América Latina a un corto plazo. Según este organismo, si los efectos del COVID-19 llevan a la pérdida de ingresos del 5% de la población económicamente activa, la pobreza podría aumentar 3,5 puntos porcentuales, mientras que la pobreza extrema podría aumentar 2,3 puntos porcentuales.

Una vez mostrado el panorama mundial y latinoamericano de la pobreza y especialmente la pobreza extrema como sinónimo de indigencia; se tiene que, en nuestro país la habitabilidad en la calle se constituye entonces en un fenómeno creciente y de importante impacto social. Estadísticas recientes (IMAS, 2020) de este grupo poblacional respaldan la aseveración descrita. Datos aportados por el Instituto Mixto de Ayuda Social por medio de su sistema de registro, llamado Sistema de Población Objetivo (SIPO), evidencia el volumen del fenómeno. En este se registran un total de 3733 personas en situación de calle a nivel nacional a corte de octubre de 2019; es decir, más del doble reportado para el corte de octubre del año 2015 en el que se registraban 1825 personas en esta situación.

Se debe destacar la existencia de diversos registros para este grupo poblacional, algunos de ellos contemplan solamente aquellos que asisten a las organizaciones que poseen este sistema de registro en particular, mientras que otras contemplan las bases de datos de otras organizaciones que no cuentan con este; de manera que, para el 2015 el número ascendía a 5105 personas en situación de calle, contemplando las 1825 de los registros del SIPO. Es decir, las estadísticas varían en función del sistema de registro empleado; sin embargo, todas coinciden en un evidente incremento y extensión del fenómeno a nivel nacional.

Es importante contextualizar el perfil sociodemográfico y de salud de este grupo poblacional a nivel de nuestro país, por lo que serán descritas algunas de las estadísticas de mayor interés para efectos de la presente investigación.

Uno de los datos que se ha mantenido relativamente constante con el pasar de los años es el concerniente a la distribución porcentual del fenómeno según provincia; para el 2015 un 65% de las personas en situación de calle se concentraban en la provincia de San José, mientras que para el 2019 este dato se encontraba en un 60.94% (n:2275). Según el Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión (2016) estos datos permiten reflejar y respaldar la necesidad de priorizar los esfuerzos de trabajo para con la población de esta zona del país.

Del total de personas en situación de calle registradas para el 2019, un 88.16% se identificaron como hombres, un 11.79% como mujeres y un 0.05% como intersexo. De las 3733 personas en situación de calle, 1269 pertenecen al grupo etario de 18 a 39 años; mientras que 2088 se encuentran entre los 40 y 64 años; lo anterior implica una afectación importante a personas en edad productiva. Asimismo, se tiene que existen 330 personas adultas mayores en situación de calle y 46 personas con edad desconocida.

Según el IMAS (2020) un 78% de las personas habitantes de calle son de nacionalidad costarricense, un 16% son nicaragüenses, mientras que el porcentaje restante contempla la procedencia de diversas partes del mundo. En cuanto a la distribución según tipo de identificación, se tiene que un 78% (n:2946 personas) son nacionales; un 10.82% (n:404 personas) son extranjeras cuya condición migratoria es de carácter irregular; un 4.71% (n:176 personas) poseen condición migratoria de refugiados, un 4.93% (n:184 personas) poseen la residencia permanente y un 0.62% (n:23 personas) cuentan con residencia temporal.

Al hablar de nivel de escolaridad para estos grupos, se tiene que para el año 2015 un 52% contaba con un nivel máximo de primaria, mientras que 32% reportaron un nivel de secundaria completa y un 8% no registraron ningún grado de escolaridad. En consideración del nivel de escolaridad como un determinante importante para efectos de empleo, se registra que un 63% de las personas habitantes de calle manifestaron no tener ninguna ocupación; un 20% reportó dedicarse a trabajos ocasionales y/o de carácter informal; un 11% se encontraban desempleados y un 6% contaban con pensión de alguno de los regímenes (RNC, IVM u otro tipo).

Datos del INEC (2018) evidencian diferencias importantes en comparación con la población general, pues un 71,8% de las personas habitantes de nuestro país (no habitantes de calle) sí poseen alguna ocupación, frente a un 20% de la población en situación de calle (en oficios informales).

Otro dato de interés particular para la investigación es el relativo a la condición de aseguramiento de estas personas. Para el 2015, un 67% referían no contar

con el seguro social, mientras que un 20% se encontraban bajo la modalidad de aseguramiento por el Estado. Si se compara este dato de cobertura respecto al de la población general se encuentra una cifra sustancialmente menor; un 14% de la población general no se encuentra asegurada, frente a ese 67% de personas en situación de calle; lo anterior según datos del INEC (2018).

Un acceso limitado a la seguridad social se constituye claramente en un factor de riesgo para estos grupos e implica una evidenciada barrera de acceso a los servicios de salud; esta situación de desprotección favorece la complejización de sus necesidades. En relación con esto, entre las problemáticas de salud registradas en el SIPO para esta población se encuentran discapacidades de tipo física (12.03%), psicosocial (3.29%), visual (1.26%), cognitiva (0,54%) y auditiva (0.40%); es mayor el porcentaje de personas que no reportan discapacidad alguna (76.02%).

Por su parte, los datos de distribución según aspectos psicosociales evidencian que poco más del 50% de las personas en situación de calle poseen problemas de adicción al alcohol y/o otra (s) drogas; algunas de estas personas mencionan haber sido víctimas de violencia patrimonial, sexual, física, psicológica, abandono y/o otras por parte de sus familiares y/o terceros.

En esta misma línea, al consultar respecto a datos estadísticos de hospitalización de estos grupos, con la finalidad de ahondar en motivos de consulta y hospitalización y conocer parte de su perfil epidemiológico; se tiene que, por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social no se cuenta con un registro específico para ello. Según el departamento de estadística de esta institución (2020) *“no se tienen datos respecto a este grupo de usuarios con protección con cargo al Estado”*; sin embargo, indican que ya ha sido solicitado un código de asignación para estos grupos, pero que *“la ley o decreto que respalda esa protección no ha sido publicado aún, por esa razón no se lleva una contabilidad de esos casos”* por lo que resulta imposible clasificarlo por habitantes de calle.

Ante ello y como recomendación de este mismo departamento, fue realizada la misma consulta a un ente de carácter privado que atiende especialmente a esta

población; este es el Hospital para Indigentes en San José. Según los registros de este centro hospitalario (comunicación personal, 19 de mayo de 2020), los principales motivos de consulta y seguimiento en la institución por parte de las personas habitantes de calle son: artralgias (26%), micosis (20%), carencias nutricionales (14%), hipertensión (10%), gastralgias (10%), eccemas-dermatitis-urticaria (8%), diabetes mellitus (6%), rinitis alérgica (4%) y VIH (2%). En la consulta odontológica destacan las extracciones dentales asociadas a infecciones como principal motivo de consulta.

Esta distribución porcentual está dada según un reporte a 4 meses del año 2019 (previos a la emergencia nacional por COVID-19), en la que se contabilizaron un total de 446 atenciones. En promedio la institución brinda atención (de medio tiempo) a entre 8 y 12 personas diariamente. De acuerdo con sus estadísticas, un 90% de las personas atendidas fueron hombres, mientras que un 10% fueron mujeres; se reportan un 86% de nacionales frente a un 11% de extranjeros. Asimismo, reportan que un 70% de ellos afirman tener problemas de adicción a sustancias psicoactivas y, de hecho, se identifica el consumo excesivo de alcohol como la causa principal de importantes deficiencias vitamínicas y demás problemas de salud.

Otro dato de interés brindado por la institución es el relacionado a la situación de aseguramiento de las personas atendidas; se tiene que 52% de ellos no contaban con ningún tipo de aseguramiento de salud, frente a un 48% que sí contaba con este recurso. Sin embargo, estos últimos a pesar de su situación de aseguramiento por parte del Estado, señalan las siguientes causas como motivos asociados a no acudir a algún servicio de salud público: desconocimiento del centro de atracción correspondiente, falta de acceso a un recurso tecnológico que le permita agendar cita, dificultad económica para transportarse al sitio de atracción correspondiente y ansiedad asociada a largos tiempos de espera.

Según la persona facilitadora de la información, se tiene que las personas en situación de calle poseen la percepción de ser excluidos y/o discriminados en los centros de salud públicos en función de su apariencia física, mal olor y/o por su llegada en estado de ebriedad o bajo los efectos de alguna otra sustancia; mientras que en

organizaciones como estas se sienten más cómodos con la atención recibida; lo anterior ejemplifica algunas de las barreras de acceso y/o utilización a las que se enfrentan estas personas en los servicios de salud públicos del país.

Ahora bien, respecto al marco político de acción específico para estos grupos sociales se tiene que si bien es cierto que a nivel nacional se cuenta con la Política Nacional de Atención Integral para personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle, la implementación de estrategias específicas queda en manos de diversos actores sociales; entre los que se citan el IMAS, IAFA, ICD, MS, CCSS, MEP, CONAPDIS, INAMU, gobiernos locales, ONG's y muchas otras instituciones; implicando lo anterior la necesidad de un arduo trabajo interinstitucional.

Asimismo, existe una comisión encargada de la generación de estrategias de atención de estos grupos en el cantón de San José; esta es la Comisión Municipal de indigencia (COMAI-SJ). Según la Licenciada Maricruz Ramírez (comunicación personal, 3 de febrero de 2020), quien funge como la representante de la Municipalidad de San José y como coordinadora en dicha comisión, existen oportunidades de mejora en el proceso de implementación de la Política Nacional, pues esta simplemente “cobija el accionar” de las instituciones y es cada gobierno local el encargado de general las estrategias pertinentes que respondan a dicha Política; por lo que es común que queden “vacíos de abordaje” en el proceso.

Una de las líneas de la Política más desatendidas según Ramírez (2019), es la deportiva, recreativa y cultural; quedando “en el aire” la repuesta a los derechos humanos y al tema de inclusión; se apunta hacia los esfuerzos realizados por organizaciones como “De la mano con la calle” para intentar satisfacer este vacío en particular.

Otro de los procesos más complejos para con esta población es la reinserción sociolaboral; es este uno de los eslabones más débiles de la Política, pues los resultados hasta el momento son poco significativos y no ha tenido un resultado rentable en las organizaciones. De acuerdo con esta funcionaria, la reinserción sociolaboral para la empresa contratante es un asunto complejo, pues existe rechazo, estigma y

discriminación. Actualmente, la organización “Lloverá comida” se encuentra trabajando en una estrategia de acompañamiento en la reinserción.

Por otra parte, Ramírez (2020) señala la problemática de acceso a la salud que presentan esta población en función de un “exceso de burocracia y tramitología”; además, apela a la complejidad incrementada que significa la posibilidad de aseguramiento para aquellas personas en situación de calle cuya condición migratoria es irregular.

Siempre en línea con las oportunidades de mejora en términos de atención de estos grupos, Ramírez (2020) apela a la inexistencia de un protocolo de atención específico a nivel de la CCSS que permita una atención oportuna, integral, equitativa y de calidad; pero, sobre todo, centrada en derechos humanos.

Tal y como queda evidenciado en los datos presentados y en la contextualización política de nuestro país, la habitabilidad en la calle es un fenómeno con implicaciones en diversos ámbitos de la vida, dígase social, político, económico, educacional, laboral, de atención de salud y otros. Las historias de vida y condiciones de vida de estas personas han determinado sus realidades actuales e inciden directamente sobre las oportunidades con las que cuentan socialmente, así como sobre las vulneraciones a las que se pueden ver expuestos.

Según Baptista, Herrera, & Piedrahíta (2017) las personas en situación de calle comprenden un grupo poblacional tradicionalmente excluido, discriminado y estigmatizado socialmente; de hecho, son estos los elementos distintivos de la habitabilidad en la calle. Adicionalmente y como si lo anterior fuera poco, investigaciones como la de Fernández et al. (2014) han demostrado que ser habitante de calle es sinónimo de vulnerabilidad en todos los sentidos posibles e imaginables; pues implica, también, estar sometido a condiciones de deterioro del estado de salud que por ende perjudican la calidad de vida.

Pero y bueno, ¿cuáles son las condiciones de vida específicas de este grupo poblacional que determinan su mayor vulnerabilidad respecto a la población general? ¿Cómo se han presentado los determinantes sociales de la salud para estas personas a

lo largo del *curso de vida* y cómo han condicionado sus vidas? y finalmente, ¿cómo se traduce todo esto a las barreras que deben enfrentar en el proceso de atención de la salud? Estos son los aspectos que se describen en la investigación desde las subjetividades, vivencias, experiencias y significados asociadas a estas por parte de personas con antecedente de habitabilidad en la calle.

Respecto a la atención en salud y específicamente en cuanto accesibilidad y utilización de los servicios de salud, no fue encontrada una investigación que describa en detalle las percepciones y significados de dichas barreras por parte de este grupo poblacional, de manera que se evidencien las barreras que deben enfrentar a lo largo del proceso de prestación de servicios de salud; ante ello la presente investigación resulta pertinente.

Pregunta de investigación

¿Cómo es percibida la atención de salud en las instituciones sociales y de salud del país por parte de las personas en situación de calle?

Objetivos

Objetivo General

Analizar las percepciones sobre la influencia de los factores sociales y estructurales en la atención de la salud de personas en situación de calle, actualmente institucionalizados en la Asociación Casa Libertad.

Objetivos Específicos

- Explorar los significados del cuidado de la salud y el derecho a la atención de salud de las personas en situación de calle.
- Contextualizar los factores estructurales generadores de exposición diferencial, vulnerabilidad diferencial y consecuencias diferenciales en el *curso de vida* de las personas en situación de calle.

- Describir las circunstancias y representación de significados de las personas en situación de calle, respecto a las barreras de accesibilidad y/o utilización de los servicios de salud.

Área de investigación

Sociedad cultura y salud.

Línea de investigación

Construcción social de la salud y la enfermedad.

Justificación

Ahora bien, ¿cuál es la relevancia temática en cuestión desde el campo de la Enfermería? Lo anterior es respondido en consonancia con Malvárez (2007) y Ramírez (2016). Para ello, es posible focalizar el discurso hacia la base epistemológica de la Enfermería, pues al tratarse de la ciencia del cuidado posee la responsabilidad de asegurarse que todas las personas por igual, sin distinción de edad, sexo, raza, género, condición socioeconómica o social, reciban una atención integral de acuerdo con sus necesidades y de la mayor calidad posible. Así como estos autores lo exponen, es la enfermera un sujeto político de cambio en la lucha por una humanidad más justa y equitativa; una sociedad que responda justamente a la atención de estos grupos marginados.

Para la Enfermería el cuidado de estas personas significa un reto; implica comprender las realidades sociales a las que se enfrenta este grupo poblacional tradicionalmente invisibilizado. Sin embargo, dicha comprensión no es posible sin antes realizar un acercamiento directo a las experiencias de vida de estas personas y sus percepciones asociadas, así como a la manera en la que sus condiciones de vida han

determinado su vulnerabilidad social y con ello, las barreras de acceso y utilización a las que pueden verse sometidos a través el proceso de atención de la salud.

El cuidado de estos grupos representa un reto en tanto la práctica tradicional de la Enfermería ha priorizado sus esfuerzos hacia la atención de las enfermedades. El cuidado enfermero y por tanto profesional, ha adoptado una orientación básicamente patológica; las exigencias de un sistema de salud demandante volumétricamente ha distanciado a la profesión de su sentido ontológico sobre el cuidado, dejando de lado los factores que influyen en la salud y adoptando un paradigma reduccionista centrado en la explicación de los problemas de salud y enfermedad (Ramírez, 2016).

Por lo tanto, como enfermera, es el deseo de la investigadora el de apelar a la importancia de redirigir la mirada y accionar enfermero hacia lo que el cuidado significa; significa interesarse e involucrarse realmente en la atención de las necesidades particulares de las personas; significa interactuar continuamente con los grupos e individuos y así identificar sus necesidades, de manera que puedan ser atendidas en un proceso de interacción continua y de la forma más integralmente posible.

Además de ello, como bien lo desarrolla Malvárez (2007), la base ético-política del cuidado enfermero debe necesariamente tomar en cuenta seis valores fundamentales: derecho a la salud, derecho a la ciudadanía; de la equidad; de la excelencia; de la tolerancia; de la solidaridad y; cuidado como valor existencial. La práctica de estos valores en la atención de las personas en situación de calle resulta fundamental si se quiere verdaderamente incidir sobre las inequidades en salud a las que son sometidos.

El cuidado es una dimensión central del bienestar y el desarrollo humano; se constituye en un elemento clave en el análisis del funcionamiento de la sociedad. Desde la Enfermería el cuidado representa una herramienta para la comprensión de dicho funcionamiento. El solo acercamiento y escucha de las vivencias de esta población significa una práctica de cuidado; esto considerando, el surgimiento del cuidado en el

momento en que la existencia del otro adquiere importancia para mí y su “[...] condición conmueve mi actitud y moviliza mi acción” (Malvárez, 2007, p.526).

Lo anterior significa que aquello que ha sido invisibilizado tradicionalmente es traído a la luz y al análisis con la finalidad no solamente de comprender el fenómeno, sino de generar una reflexión respecto a las acciones a tomar desde la Enfermería para un abordaje integral de estos grupos sociales en exclusión bajo un enfoque de equidad, y de respeto por los derechos fundamentales, como lo es el derecho a la salud.

En relación con esto último, se tiene que la salud es un derecho humano fundamental el cual se encuentra respaldado tanto internacional como nacionalmente. El Artículo 1 de la Ley General de Salud describe la salud de la población como un bien de interés público y tutelado por el Estado. De esta manera, se le confiere al Estado la responsabilidad de crear estrategias que respondan a las necesidades de todos los pobladores.

Por otra parte, la seguridad social también es concebida como un derecho humano fundamental así dictaminado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948; en la que se establece el conocido artículo: “Toda persona tiene derecho, como miembro de la sociedad, a la seguridad social”. En respuesta a esta declaración es asumida, en nuestro país, la seguridad social como un derecho constitucional; de manera que, como bien lo señala Navarro (2002) nos encontramos “ante un derecho fundamental (internacional y constitucional) de todo ser humano y ante la obligación del Estado ante sus administrados y ante el Derecho Internacional. Si el Estado no satisface este derecho, compromete su responsabilidad internacional.”

Es preciso destacar, además, los principios que cobijan este derecho según lo establecido por el Reglamento del Seguro de Salud, aprobado el 3 de diciembre de 1996 (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1996). El primero de ellos es el de la universalidad; este implica la cobertura de la seguridad social a todos los habitantes del país. De la mano con este principio, se encuentra el de la participación social o

solidaridad en tanto el seguro de salud procura una adecuada gestión y distribución del patrimonio social

La igualdad es adoptada como otro de los principios transversales a este derecho, en tanto todo asegurado es igual ante la Ley y este reglamento; de manera que no debe existir discriminación alguna por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas, y de ninguna otra naturaleza que ofenda la dignidad humana, en el ejercicio de su derecho.

La integralidad y suficiencia son consideradas principios fundamentales del proceso, pues se reconoce que el propósito de las prestaciones en los servicios de salud es el de responder a las necesidades efectivas de la población de manera que sean suficientes para superar el estado que las originó. Asimismo, se considera la eficiencia como otro de los principios de la seguridad social; esta considera una adecuada utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho el Seguro de Salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficaz.

Parte del interés de esta investigación es el de visibilizar, de manera cualitativa y desde la apreciación propia de los individuos, las realidades de aplicación de estos principios para con este grupo social tan particular. La riqueza de las narrativas subjetivas de los participantes brindará información de interés que permitirán identificar las oportunidades de mejora en el proceso de atención de las necesidades de estas personas y en el ejercicio de sus derechos.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

En este capítulo, se presenta la información necesaria para el desarrollo y comprensión de la investigación. El capítulo se encuentra organizado en: antecedentes (internacionales y nacionales), marco conceptual, marco político y marco teórico-disciplinar.

A lo largo de este capítulo se emplean una serie de siglas por lo que es preciso detallar cada una de estas con la finalidad de facilitar la lectura. A continuación, en el cuadro 1, se presenta cada una de las siglas empleadas en orden de aparición en el texto.

Cuadro 1. Descripción de las siglas empleadas

Sigla	Descripción
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
ONG`s	Organizaciones No Gubernamentales
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ETHOS	Tipología Europea del Sinhogarismo y la exclusión residencial *
FEANTSA	Federación de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar*
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
CSDH	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*
COMAI-CSJ	Comisión Mixta de Atención de la Indigencia en el Cantón San José
IAFA	Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia
CIE	Consejo Internacional de Enfermeras

*Traducción del inglés

Antecedentes

Como acercamiento inicial a las temáticas de interés para la investigación, fue realizada una búsqueda detallada de publicaciones tanto nacionales como internacionales relativas a tres de los ejes medulares de esta investigación: habitabilidad en la calle; salud, determinantes sociales de la salud y equidad en salud; y atención de salud.

Se buscaron artículos que idealmente vincularan estos tópicos y que fuesen de reciente publicación. Sin embargo, al ser realmente limitados los estudios que cumplían con dichas características al momento de la búsqueda, se procede a describir aquellos que, a pesar de no vincular las temáticas entre sí, resultan de interés dadas sus conceptualizaciones y resultados obtenidos; pues vienen a aportar en conocimiento y permiten identificar los vacíos temáticos.

Antecedentes Internacionales

Inicialmente, respecto a la habitabilidad en la calle han de destacarse 6 publicaciones de interés; 2 de estas entrelazan la habitabilidad en la calle con el consumo de sustancias psicoactivas.

Autores como Baptista et al. (2017) y Restrepo (2016) apelan a la contextualización de la habitabilidad en la calle como un fenómeno que responde a un contexto de vida específico y particular, así como a problemas económicos y vulnerabilidades diferenciadas como lo son conflictos familiares, historia de abuso, maltrato, abandono, violencia, adicción y desplazamiento. Asimismo, Restrepo (2016) ahonda aún más en los elementos de exclusión social que caracterizan a estos grupos sociales.

De esta manera, en su publicación titulada *“El ser humano al límite: una mirada reflexiva del habitante de calle”* expone reflexivamente las condiciones de vida de las personas habitantes de calle desde un estado de “exclusión” en el que son reprobados por la sociedad; esta exclusión implica una división de “los aceptados” e

“inaceptados” social, política, económica y estructuralmente. Resulta apremiante la necesidad de exponer a las personas en situación de calle como entes de derechos y con necesidades particulares que requieren atención, pues de lo contrario las vulnerabilidades a las que son sometidos estarían siendo no solamente sostenidas sino multiplicadas.

Watson, Crawley, & Kane (2016) en su estudio descriptivo “*Social exclusion, health and hidden homelessness*” exponen las condiciones de vida cotidiana de 21 personas Canadienses sin hogar, habitantes de calle y la manera en que estas condiciones afectan e influyen sobre su conducta de salud/afrentamiento y estado de salud actual. En este estudio, las personas describen la "falta de interacciones y apoyos sociales de calidad" así como las "luchas cotidianas de la vida en la calle" y el "dolor de la adicción" como aspectos influyentes sobre su salud.

Complementariamente, autores como Fernández, Cardona, Arango, & Velasquez (2017) en “*Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle*”, describen barreras personales, sociales, socioeconómicas y culturales que limitan la capacidad de acceso a servicios de prevención, atención y apoyo al VIH para la población habitante de calle, determinando que el índice de vulnerabilidad al VIH en la población estudiada es importantemente elevado.

Es decir, nos encontramos efectivamente, ante una población con un bagaje amplio, complejo y singular de experiencias que los coloca una posición de vulnerabilidad social importante. Estas vulnerabilidades pueden agravarse aún más si se vincula la habitabilidad en la calle con el consumo de sustancias psicoactivas; es por ello que autores como Ribeiro & do Nascimento (2017) en “*Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua*” y Caravaca & Padilha (2015) en “*Entre Batalhas E Pedras: Histórias De Vida De Moradores De Rua, Usuários De Crack*” apuntan a la necesidad implementar estrategias políticas de inclusión social con enfoque de derechos humanos y bajo una perspectiva de bioética.

Caravaca & Padilha destacan la importancia de una atención e intervención dirigida a la reinserción social y atención de las necesidades básicas de esta población bajo una cobertura integral (personal, física, psicológica, social, económica, familiar, legales y de calidad de vida.) y bajo una mirada interdisciplinar.

Ahora bien, en cuanto a la atención de salud se detallan los resultados de 3 publicaciones que describen la atención de salud que reciben estos grupos sociales. Destaca una interesante publicación presentada por Fernández et al en el año 2014. La misma se titula “*Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle*” y en ella se describen las dificultades de acceso a los servicios de salud a las que se enfrenta esta población; entre las que se rescatan sus limitaciones económicas para realizar el pago de los tratamientos médicos, la falta de conocimiento sobre la ruta de acceso, el desconocimiento de sus derechos, la falta de un apoyo, el temor a ser arrestados por las autoridades e incluso, en ocasiones, la mala actitud de los proveedores de salud a la hora de brindarles atención.

En línea con esto último, autores como Correa (2015) dirigen la reflexión hacia la necesidad de brindar un cuidado humanizado, desde la ética e integralidad. Si bien es cierto la publicación no contempla específicamente a las personas en situación de calle, la ética e integralidad de cuidados son esenciales en todo proceso de prestación de servicios de salud. El artículo enfatiza en el reto que significa el cuidado humanizado en la actualidad, ante los grandes avances y tecnificación de los servicios de salud; así como la manera en que los aspectos financieros, procedimentales y administrativos se han antepuesto a la atención orientada a las necesidades del ser humano. De manera que podría significar esto último, importantes barreras de acceso y/o utilización para determinadas poblaciones.

Otra de las publicaciones relativas a la atención de salud de personas en situación de calle, es la Schervinski, Negrão Merry, Evangelista, & Cardoso Pachedo (2017). En su publicación “*Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil*” describen, analizan y comparan el marco legal y normativo de Portugal, Estados Unidos y Brasil

en torno al acceso y continuidad de la atención en salud de las personas en situación de calle. El acceso de la atención, tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas y el trabajo multidisciplinar, resultó ser similar en los tres países y se observó un potencial e importante avance en la reducción de las inequidades.

Elrod & Fortenberry (2017) en *“Advancing indigent healthcare services through adaptive reuse: repurposing abandoned buildings as medical clinics for disadvantaged populations”* exponen los desafíos a los que se enfrentan los proveedores de atención médica, dirigida a poblaciones desfavorecidas, principalmente relacionados con limitaciones económicas y estructurales. Los autores describen la implementación de una estrategia llamada reutilización adaptativa, que permite hacer uso de edificios existentes y abandonados para la atención de las personas habitantes de calle.

De estas últimas investigaciones presentadas, es posible rescatar la importancia de implementar las estrategias necesarias para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de calle. Para ello, se requiere, en definitiva, de bases sólidas de política pública; esfuerzos interinstitucionales y multidisciplinarios; así como ideas innovadoras y viables que complementariamente respondan a las necesidades de estas poblaciones y e incidan sobre las inequidades en salud de las que son víctimas.

Antecedentes Nacionales

A nivel nacional la búsqueda de información relativa a la habitabilidad en la calle y demás temáticas de interés para efectos de esta investigación, arroja resultados un tanto más limitados. Las principales producciones encontradas fueron trabajos finales de graduación, entre los que sobresale el de Madrigal (2006) para efectos de conceptualizar el fenómeno a nivel nacional.

La autora describe y explica el fenómeno de la indigencia en Costa Rica, de forma específica en el cantón central de San José; detalla las características de las personas que viven en esta situación, así como las condiciones que conllevan a una

persona a caer en la callejización, entre las que destaca la exclusión social, la drogodependencia, el desarraigo, la estigmatización y la manifestación del patriarcado en la masculinidad. La autora enfatiza sobre la exclusión social como la raíz de la indigencia y en las complicaciones del fenómeno que surgen a partir de la estigmatización social y el desarraigo al que se ve expuesta esta población.

Otros aportes investigativos como los de Cordero (2010) y Leiva-Hidalgo, Madrigal-Méndez, & Salas-Segura (2013) enfocan sus resultados hacia la atención de la enfermedad en estos grupos sociales. Específicamente, Cordero (2010) detalla las limitaciones que deben atravesar la personas en condición de calle que se encuentran infectadas por el VIH, para la atención de dicha situación de salud. Entre las que se citan: Representaciones sociales de discriminación y estigmatización, los requisitos para optar por el seguro del Estado, escasez de información sobre el derecho de recibir terapia antirretroviral y la racionalización por parte del sistema de salud; esta última analiza el costo-beneficio de esta costosa inversión.

Autores como Brenes & Chacon (2009) en su tesis titulada *“Intervención con personas en situación de indigencia: Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales”* enfocan su análisis en la descripción de las acciones desarrolladas por las Organizaciones no gubernamentales para la atención de las personas en situación de calle. En cuanto a ello, destacan el predominio de personas voluntarias y la necesidad de contar con profesionales capacitados en la intervención de este fenómeno tan complejo.

Por otra parte, al igual que a nivel internacional, fue posible encontrar publicaciones que exploran la asociación entre la habitabilidad en la calle y el consumo de sustancias psicoactivas.

Campos et al (2015) en su seminario de graduación *“Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014”*, identifican como factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas los siguientes: consumo materno de drogas

durante la gestación, condiciones de pobreza, desvinculación materno-infantil o abandono, antecedentes familiares de consumo de sustancia, entorno familiar violento, así como carencia de herramientas de afrontamiento, asertividad y habilidades para vida.

Al finalizar el apartado de antecedentes se tiene que a nivel internacional las investigaciones con este grupo poblacional se orientan hacia la descripción de las causas que se esconden detrás de este fenómeno; las condiciones de vida particulares de estas personas; las vulnerabilidades a las que se ven expuestas en términos de exposiciones y riesgos a la salud incrementada; las limitaciones en el acceso a los servicios de salud; así como hacia la descripción del vínculo entre la habitabilidad en la calle con el consumo de sustancias psicoactivas.

Por su parte, a nivel nacional predominan los trabajos finales de graduación orientados hacia la contextualización el fenómeno de la habitabilidad en la calle en el país; el papel de las ONG`s en la atención de estos grupos; y al igual que a nivel internacional se encontraron publicaciones que exploran la asociación entre la habitabilidad en la calle y el consumo de sustancias psicoactivas.

Fue posible apreciar el vacío nacional de investigación relacionado con la población habitante de calle, esto en comparación con la amplitud de antecedentes internacionales. Un vacío aún más específico se identifica en lo que respecta a la atención en salud de estas personas en nuestro país; no fue encontrada una investigación que detalle, describa y analice la accesibilidad y utilización de los servicios de atención en salud por parte de las personas en situación de calle y las barreras percibidas por ellos en el proceso de atención de salud, así como la implicación de los DSS en el *curso de vida*; en respuesta a ello, es que se desarrolla la presente investigación cualitativa.

Marco Conceptual

El marco conceptual describe los conceptos básicos que se vinculan directa e indirectamente con el fenómeno investigado, esto para facilitar la posterior comprensión de los resultados arrojados por la investigación. Como ejes conceptuales transversales de la investigación se encuentran: habitabilidad en la calle; salud, determinantes sociales de la salud y equidad en salud; y atención de salud.

Habitabilidad en la Calle

La habitabilidad en la calle es uno de los ejes medulares de la investigación, por lo que su clara definición resulta fundamental. Como bien lo desarrollan Nieto & Koller (2015), la habitabilidad en la calle es un fenómeno social que se encuentra presente en la mayoría de las culturas. Sin embargo, su conceptualización pareciera haber sido controversial. A lo largo del tiempo y con diversas investigaciones, se ha visto que la habitabilidad en la calle lejos de ser un fenómeno estático es más bien dinámico.

La definición de habitabilidad en la calle implica la ausencia de un “hogar” que reúna ciertas condiciones de seguridad, calidad y otras; para una mayor comprensión de este complejo fenómeno es preciso hacer uso de un modelo técnico que permita un acercamiento en detalle; para ello, se emplea una tipología europea formulada en el 2005, llamada ETHOS (European typology on homelessness).

Este modelo funciona tanto como marco de definición y de tipología (o clasificación) de personas sin hogar; es decir, propone cómo se debe identificar a la población sin hogar y la divide en subgrupos discretos (Amore, Baker, & Howden-Chapman, 2011). El modelo conceptual de ETHOS parte de la definición de “un hogar”, identificando 3 dominios básicos que lo constituyen, de manera que las situaciones de vida deficientes en uno o más de estos dominios representa una falta de vivienda o exclusión de ella; estos 3 dominios son descritos por Amore et al (2011) de la siguiente manera:

- **Dominio físico:** Tener una vivienda (o espacio) decente adecuada para satisfacer las necesidades de la persona y su familia.
- **Dominio social:** Ser capaz de mantener la privacidad y disfrutar de las relaciones sociales.
- **Domino legal:** Tener posesión exclusiva, seguridad de ocupación y título legal.

Cuadro 2. Categorías conceptuales y la relación con los ámbitos o dominios

<i>Categoría conceptual</i>	<i>Dominio físico</i>	<i>Dominio social</i>	<i>Dominio legal</i>
Sin techo (Rooflessness)	-	-	-
Sin Vivienda (Houselessness)	-	-	+
Vivienda insegura (Insecure Housing)	-	+	+
Vivienda Inadecuada (Inadequate Housing)	±	+	+

Fuente: Cabrebra et al. (2008)

La existencia de exclusión o no, en uno u otro de los dominios en torno a la calidad del alojamiento del que dispone una persona, identifica 4 situaciones principales a las que una persona se puede enfrentar: falta de techo, falta de vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada (ver cuadro 2), que pueden a su vez subdividirse en trece categorías operativas y diversas situaciones residenciales (ver cuadro 3); las dos primeras categorías tienden a ser descritas como “personas sin hogar”, mientras que las dos últimas hacen referencias a exclusión de vivienda (Fitzpatrick, Quilgars, & Pleace, 2011).

Es más que clara la relación entre la ausencia de un hogar, entendido en términos de los dominios aquí presentados y la habitabilidad en la calle. Si bien es cierto que la categoría conceptual de “*sin techo*” es la que mejor describe las realidades de las personas en situación de calle, en algunas ocasiones estas personas pueden ir y venir entre diversas situaciones residenciales, sin que esto signifique necesariamente

una completa mejoría en sus condiciones de acceso a vivienda digna, segura y de calidad.

Cuadro 3. Tipología Europea del Sinhogarismo y la exclusión residencial

Categoría conceptual	Categoría operativa		Situación residencial	
Sin techo	1	Viviendo en un espacio público (a la intemperie)	1.1	Espacio público y exterior
	2	Duermen en un refugio nocturno y/o se ven obligados a pasar varias horas al día en un espacio público	2.1	Albergue o refugio nocturno
Sin vivienda	3	Personas que viven en albergues y centros para gente sin hogar / alojamiento temporal	3.1	Albergues y centros de alojamiento
			3.2	Alojamiento temporal y de tránsito
			3.3	Alojamiento con apoyo
	4	Personas en albergues para mujeres.	4.1	Albergues para mujeres (solas o con hijos)
	5	Personas en centros de alojamiento para solicitantes de asilo e inmigrantes	5.1	Alojamiento temporal / Centros de recepción
			5.2	Alojamientos para trabajadores temporales
	6	Personas que en un plazo definido van a ser despedidas de instituciones residenciales o de internamiento	6.1	Instituciones penales (cárceles)
			6.2	Instituciones Sanitarias (hospitales, etc.)
			6.3	Centros de menores
	7	Personas que reciben alojamiento con apoyo sostenido debido a su condición de personas sin hogar	7.1	Residencia para personas sin hogar mayores
7.2			Vivienda tutelada y con apoyo a largo plazo para personas anteriormente sin hogar	
Vivienda insegura	8	Personas viviendo en un régimen de tenencia inseguro. Sin pagar alquiler	8.1	Viviendo acogidos por familiares
			8.2	Sin tenencia legal (Ej.: subalquilados)
			8.3	Ocupación ilegal
	9	Personas viviendo bajo amenaza de desahucio	9.1	En régimen de alquiler
			9.2	Con la vivienda en propiedad

	10	Personas que viven bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia	10.1	Con denuncias presentadas ante la policía
Vivienda inadecuada	11	Personas viviendo en estructuras temporales y no convencionales	11.1	Caravanas y similares
			11.2	Edificaciones no convencionales ni pensadas para que residan persona
			11.3	Estructuras temporales
	12	Alojamiento impropio	12.1	Edificio ocupado que no es apropiado para vivir en él
	13	Hacinamiento extremo	13.1	Muy por encima de los estándares habituales que marcan el hacinamiento

Fuente: Adaptado de FEANTSA (2007) citado por Amore et al. (2011).

Dada esta clasificación y para mayor detalle, resulta importante definir las situaciones residenciales más comunes en asociación con la habitabilidad en la calle, las cuales serían:

Espacio público y exterior: Durmiendo en la calle o en espacios públicos, sin un albergue.

Albergue o refugio nocturno: Personas sin un lugar habitual donde residir que hacen uso de albergues o centros de alojamiento de muy baja exigencia.

Albergues y centros de alojamiento / Alojamiento temporal y de tránsito / Alojamiento con apoyo: Cuando la estancia es entendida a corto o medio plazo y de forma temporal, no como lugar de residencia definitiva.

De esta tipología residencial surge entonces la realidad de personas que se ven despojadas de una vivienda y que deben hacer del espacio público exterior, “su nuevo hogar”. Respecto a esto es preciso clarificar la correcta conceptualización al referirse a personas que habitan en las calles, en tanto se utilizan de forma indiscriminada los términos “situación” y “condición” para referirse a ellos sin detonar las diferencias implícitas en cada término. En la actualidad se prefiere identificar a estas personas como “persona en situación de calle” y no así como “persona en condición de calle”; esto se debe a que en algunas ocasiones la habitabilidad en la calle es vivida transitoriamente y la palabra “condición” le confiere a este evento una connotación de

“estado” en el que podría asumirse la imposibilidad de la persona de resurgir de la vida en la calle.

Para efectos de mayor claridad teórica al describir a las personas en situación de calle, es tomada la propuesta de la Política Nacional para la Atención Integral para Personas en Situación de Abandono y en Situación de Calle; cuya definición es la siguiente:

Personas hombres y mujeres o grupos familiares, sin distinción de edad, género, condición de discapacidad, condición de adicción, condición migratoria, etnia, diversidad sexual, y/o religión, con ausencia de un hogar o residencia habitual, que además se encuentran en situación de dependencia total o parcial, que se movilizan y deambulan de territorio en territorio según las posibilidades de subsistencia que le genere el medio. Comúnmente estas personas viven, sobreviven y pernoctan en las calles de las principales urbes costarricenses, en donde las condiciones comerciales y de tránsito de una significativa cantidad de población, favorecen sus opciones de sobrevivencia diaria mediante la realización de actividades entre las que predominan la mendicidad y la permanente búsqueda de desechos que de una u otra forma le sean útiles (Ministerio de desarrollo humano e inclusión, 2016, p.88).

De la definición anterior ha de denotarse la movilización continua de territorio en territorio como una característica particular de estos grupos; prevalece en todo momento la calle como su hogar, como lo dirían Baptista et al (2017). Claramente los retos asociados a esta situación son múltiples; entre los citados por este autor se encuentran la marginalidad, pobreza, exclusión, maltrato, dolor, mendicidad, orfandad, delito, drogadicción y soledad.

En esta misma línea Di Iorio et al señalan la manera en la que “Para quienes están en situación de calle, el espacio público constituye el escenario en el que se despliega y desarrolla su vida cotidiana” (2016, p.134). A simple vista la calle parece igualar a los que viven y duermen en ella, pero detrás de cada uno se esconde una

historia diferente; socialmente se enfrentan al proceso de la estigmatización y exclusión social como elementos distintivos de este grupo social; sin embargo, sus historias de vida son bastante particulares.

Según Cabrebra, Rubio, & Jaume (2008) es posible encontrar en las calles desde menores fugados de sus casas, mujeres prostitutas, inmigrantes indocumentados, personas con problemas mentales sin familia, personas con problemas de alcoholismo o drogadicción, familias desahuciadas de su domicilio, etc.; quienes comparten entre sí la dureza del carecer de lugar donde alojarse, ya sea de forma temporal o permanente, por lo que asumen la calle como su “lugar de vida”.

Las consecuencias asociadas a la habitabilidad en la calle son múltiples. Diversas investigaciones realizadas con esta población, han demostrado que poseen una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de diversas afecciones. Según Fernández et al. (2014) estas vulnerabilidades se definen a partir de la interacción entre dos niveles: la estructura de oportunidades (conocimiento y apoyo social) y las actitudes o conductas (de riesgo). Este mismo autor enfatiza que

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 (p.150).

Al hacer referencia a los recursos sociales disponibles para estos grupos, es posible identificar el papel de ciertas instituciones dígase religiosas, gubernamentales y no gubernamentales, cuyos propósitos se centran en la satisfacción de algunas necesidades básicas. Según Di Iorio et al (2016) estos dispositivos ejecutan la política pública de asistencia dirigida hacia esta población. Las instituciones socio-asistenciales se organizan para ofrecerles a las personas en situación de calle cuidados materiales relacionados con vestido, alimentación, higiene y descanso. Sin embargo, por medio de algunas investigaciones como la del autor mencionado, se ha encontrado que estas

personas, expresan necesitar también de cuidados inmateriales relacionados con la escucha y generación de vínculos.

Salud, Determinantes Sociales de la Salud y Equidad en salud

La salud desde la perspectiva amplia y con visión social se encuentra íntimamente vinculada a los determinantes sociales de la salud; estos tienen en su núcleo teórico conceptual la equidad en salud y son ejes medulares de esta investigación, por lo que su clara conceptualización es fundamental. En cuanto a la salud, en esta investigación se pretende trascender de aquellas definiciones arcaicas que contemplan la salud como la contraparte de la enfermedad, dejando de lado los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales implicados en la vivencia de la salud dentro de las sociedades. Se reconoce que la distribución inequitativa de la salud requiere de actuaciones sobre los DSS.

La Organización Panamericana de la salud y autores diversos poseen un posicionamiento claro respecto a este vínculo al brindar la siguiente definición de salud basada en DSS:

“la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud afectan a la gente pobre y marginada.” (OPS, 2007, p3).

Tal y como se describe, la salud se constituye en un derecho humano fundamental y por lo tanto de interés internacional; implica, necesariamente, un elevado componente de responsabilidad y obligatoriedad de los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de prácticas dirigidas a la atención de las inequidades en salud que afectan a los grupos sociales más vulnerables.

Según Solar & Irwin (2010) se requiere abordar la salud de los pueblos desde un posicionamiento de derechos humanos, en tanto esto garantiza que las acciones que

buscan aliviar la pobreza se dirijan no desde un ámbito de caridad sino, desde el ámbito de derecho. Las políticas deben ser agresivas en abordar las inequidades en salud con la finalidad de lograr la igualdad de oportunidades en salud; considerando la pobreza y desventaja social que aqueja a los muchos.

En consonancia con la autora, y según la OPS (2007) el derecho a la salud se encuentra directamente relacionado con el valor de la equidad. Este es definido como la ausencia de diferencias injustas en las condiciones de vida y posibilidades de acceso que poseen los diversos grupos sociales a los recursos. Dichas diferencias injustas impactan directamente sobre la salud, el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables; e incluso, sobre el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales.

~~La equidad implica la creación y la posibilidad de acceso de las mismas oportunidades en salud, sin importar el grupo social al que se pertenezca, de manera que se reduzcan las diferencias en salud al nivel más bajo posible. Es así como se plantea, idealmente, que todas las personas deben tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial en salud; nadie debe verse desfavorecido para lograrlo en la medida en que pueda ser evitado (Whitehead, 1991).~~

Las políticas orientadas hacia la equidad en salud no buscan eliminar todas las diferencias en salud para que todos posean el mismo nivel y calidad de atención, sino que pretenden reducir o eliminar aquellas desigualdades sociales ~~diferencias que resultan de los factores~~ que se consideran evitables e injustos.

Según Whitehead (1991) Para esta autora son tres los factores determinantes de las diferencias en salud que pueden ser catalogados como evitables e injustos y estos son: a) comportamientos que dañan la salud cuando el grado de elección de los estilos de vida se encuentra severamente restringido debido a falta de recursos y/o oportunidades; b) la exposición a condiciones no saludables y al estrés en el trabajo y la vida diaria; c) el acceso inadecuado a los servicios de salud, así como a otros servicios de carácter público.

Esta autora menciona además un factor adicional que parece tanto prevenible como injusto; este se relaciona a la tendencia de las personas enfermas a caer en el empobrecimiento, de manera que “la mala salud original en cuestión pudo haber sido inevitable pero la situación de pobreza de las personas enfermas parece tanto prevenible como injusta” (Whitehead, 1991, p.5). Asimismo, se reconoce que las diferencias en salud responden a los contextos macroeconómicos, sociales, políticos y culturales; es aquí donde se encuentra la relación entre la equidad en salud y los DSS.

Las inequidades en salud se constituyen en una situación social compleja, en el entendido que trascienden más allá de simples desigualdades naturales entre los individuos; sino que estas surgen a partir del momento en el que esas desigualdades naturales y sociales se convierten en la justificación de una atención desigual por parte de las instituciones o un trato degradante entre los individuos. De esta forma, las **inequidades** en salud se describen como innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas y colocan sistemáticamente en desventaja a determinados grupos poblacionales en relación a condiciones particulares como lo son el estatus, la condición socioeconómica y demás determinantes sociales de la salud (Whitehead, 1991).

Así, las inequidades en salud implican la existencia de problemas de discriminación y exclusión social que afectan a la gente pobre y marginada de manera diferencial y se traducen en problemas de salud de toda índole.

La **discriminación**, como componente de las inequidades en salud, responde a un proceso de diferenciación social en el cual uno o varios miembros de un grupo socialmente definido son tratados de forma diferente e injusta debido a su pertenencia a dicho grupo. Este proceso representa una estructura de dominación y opresión y puede ser considerada como expresiones de lucha por el poder y privilegios. A partir de prácticas discriminatorias por parte de personas y/o instituciones se restringe negativamente, por juicio y acción, las vidas de aquellos a quienes discriminan (Krieger, 2002).

Esta misma autora, expone la existencia de diversos tipos predominantes de discriminación, como lo son aquellos basados en la raza/etnia, el género, la sexualidad,

la discapacidad, la edad, la nacionalidad, la religión y la clase social. En estos términos, las personas o grupos sociales pueden estar expuestos simultáneamente a diversos tipos de discriminación, situación que coloca a las personas en una posición de vulnerabilidad muy marcada.

Por su parte, la **exclusión social**, como segundo componente clave de las inequidades en salud, es conceptualmente definida por Watson et al (2016) como la incapacidad de poblaciones específicas, o grupos poblacionales dentro de la sociedad, de participar en aspectos económicos, culturales, sociales y políticos de su sociedad. Aquellos quienes experimentan exclusión social ven disminuido el apoyo social de calidad; asimismo, suelen experimentar una peor salud y tienen menos probabilidades de acceder a los recursos de salud. De manera complementaria, Krieger (2002) realiza una asociación entre la exclusión social y la pobreza, entendida esta última en términos de posesión y/o negación de recursos suficientes para participar significativamente en la sociedad.

Según la autora, la pobreza es un concepto complejo de definir y se encuentra relacionado con necesidades, nivel de vida, recursos materiales limitados, carencia de seguridad básica, falta de derechos, privaciones múltiples, exclusión, desigualdad, dependencia y penurias inaceptables; esta situación puede ser de carácter transitorio o crónico. De esta manera, la exclusión social centra la atención no solamente en el impacto de las situaciones de pobreza, sino en el proceso de marginación asociado a esta.

Así, el vínculo entre la salud de las poblaciones y los DSS está dado por la capacidad que poseen estos de configurar las vidas de los individuos en sociedad por medio de la estratificación social. Para ahondar en las conceptualizaciones relativas a determinantes sociales de la salud se recurre a los aportes brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de una comisión específicamente creada para la atención de dichos determinantes; esta es la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por sus siglas en inglés). Según esta, los DSS pueden ser definidos como las circunstancias en que las personas nacen, crecen,

viven, trabajan y envejecen; estas circunstancias son el resultado de la distribución del poder, dinero y recursos; y dependen de las políticas adoptadas nacional e internacionalmente.

La comisión reconoce el origen de las desigualdades en salud a partir de una “combinación tóxica” de los determinantes sociales, económicos y políticos entre y dentro de los países, estas son las llamadas “causas de las causas” y son capaces de incidir directamente sobre la salud de las personas; así los DSS condicionan la salud de los individuos, el riesgo de enfermar y la esperanza de vida.

Ante este panorama, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud reconoce la necesidad de dirigir acciones orientadas al fortalecimiento de la equidad en materia de salud como estrategia fundamental para la reducción de las inequidades en salud. El marco de acción de los determinantes busca trascender más allá del enfoque asociado al estudio de las causas inmediatas de las enfermedades, a uno que contemple las “causas de las causas”; es decir, uno que considere la existencia de procesos de jerarquización social que determinan las condiciones sociales diferenciadas para los diversos grupos que componen las sociedades.

De esta forma, el vínculo entre la salud de las poblaciones y los determinantes sociales y económicos dentro de las sociedades está más que claro; según Marmot & Allen (2014), una reducción de las desigualdades en salud, requiere necesariamente, la articulación de acciones para la reducción también de desigualdades socioeconómicas y de otro tipo. Bien es cierto que existen otros factores influyentes sobre la salud, sin embargo, cualquiera de estos es superado por el impacto de los factores sociales y económicos; dígase las condiciones materiales, sociales, políticas y culturales, en tanto dan forma a la vida y comportamientos de los individuos, grupos sociales y sociedades.

Respecto a esto, hoy en día en pleno siglo XXI, las desiguales sociales y de salud no solamente persisten, sino que se han ensanchado. Las condiciones políticas, económicas y sociales de los países afectan de manera desigual la salud de los pobladores. Esta distribución desigual del bienestar y la salud responde a procesos de

estratificación social, en los que pobres y ricos se ven expuestos de manera diferencial a riesgos de tipo social, ambiental y/o personal (Benach, Vergara, & Muntaner, 2008).

Se tiene que las desigualdades en salud no se limitan a la mala salud de los socialmente más desfavorecidos, sino que de hecho existe un marcado y notable gradiente social en la salud que va de arriba hacia abajo en la sociedad; este gradiente se encuentra generalizado en todo el mundo, tanto en los países de ingresos bajos y medios como en los de ingresos altos (Marmot & Allen, 2014); así, las desigualdades en salud muestran niveles más altos de desventaja asociados con peores resultados de salud, situaciones que resultan acumulativas a lo largo de la vida.

Una vez expuesta la relación *macro* entre la salud y los determinantes sociales de la salud, es preciso brindar el detalle implícito en esto último pues son muchos los componentes que se encuentran contemplados dentro de estos. Así, el marco de acción de los DSS (ver figura 1) propuesto por la CSDH, contempla dos grandes bloques conceptuales al abordar la temática; el primero de ellos responde a las situaciones sociopolíticas y socioeconómicas de las sociedades y son llamados determinantes estructurales de las inequidades en salud; el segundo se encuentra relacionado con las circunstancias de vida, condiciones materiales, factores biológicos y psicosociales, llamados determinantes intermedios de la salud.

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), los determinantes estructurales son aquellos que surgen en el contexto sociopolítico y macroeconómico de un determinado país; son aquellos factores, mecanismos y atributos que crean o fortalecen la estructura y clases sociales que configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud, ya que les sitúa en posiciones desiguales de poder, prestigio y acceso a los recursos y servicios de salud.

De esta forma, los **determinantes estructurales de las inequidades en salud** generan o refuerzan la estratificación en la sociedad; se identifican la posición social y el contexto socioeconómico y político como determinantes fundamentales. La posición social implica una estratificación por clases sociales en función de ciertas condiciones llamadas estratificadores sociales entre las que se encuentran la posición

socioeconómica (en función de la educación, ocupación e ingresos), género, raza/etnia y edad.

Según la CSDH los contextos sociales, políticos y económicos son claves en la distribución social de la salud y la enfermedad en todos los entornos y juegan un papel fundamental en la generación de desigualdades sociales. Estos contextos consideran los siguientes seis aspectos: gobernanza, política macroeconómica, políticas sociales, políticas públicas, cultura y valores sociales y condiciones epidemiológicas particulares (Solar & Irwin, 2010).

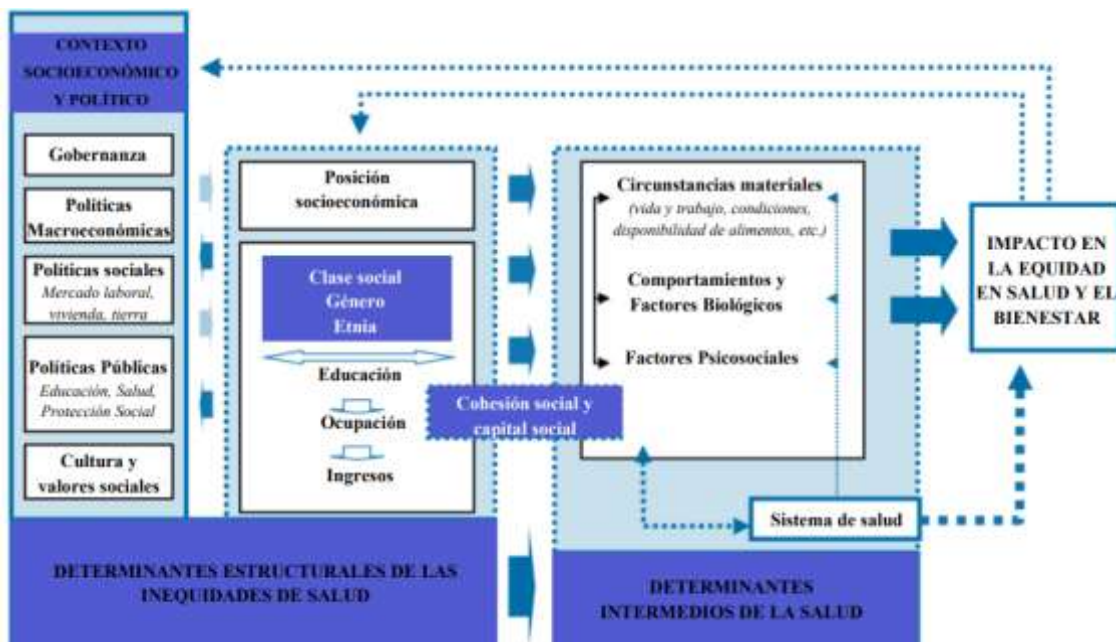


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud

Fuente: Traducción a partir de Solar & Irwin (2010) en “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”

Por otra parte, la educación como estratificador social y por lo tanto como determinante social de la salud de tipo estructural, puede ser conceptualizada dentro de un marco de *curso de vida* como un fuerte indicador de la posición socioeconómica desde edades tempranas; en tanto la educación formal suele completarse

frecuentemente hasta la edad adulta y está fuertemente determinada por las características de los padres y las posibilidades socioeconómicas del núcleo familiar.

La educación refleja los recursos materiales, intelectuales y otros de la familia de origen, comienza desde edades tempranas y se ve influido por las posibilidades de acceso (diferenciadas para cada grupo social) y el rendimiento en la escuela primaria y secundaria (Solar & Irwin, 2010). La educación es considerada un determinante importante en los procesos de adquisición de habilidades y desarrollo intelectual, lo cual también repercute en las posibilidades de empleo y los recursos futuros.

Al igual que la educación, la ocupación como determinante social de la salud es un fuerte indicador de la posición socioeconómica de los individuos, en tanto determina el lugar de las personas en la jerarquía social; a la vez que condiciona la exposición a riesgos laborales específicos. La ocupación está relacionada con los ingresos y recursos materiales disponibles (las recompensas monetarias y otras recompensas tangibles por el trabajo, las cuales determinan el nivel de vida material). Este determinante puede ser un reflejo de la posición social y se encuentra relacionado íntimamente con resultados de salud en función de ciertos privilegios, como un acceso más fácil a una mejor atención médica, acceso a la educación y a instalaciones residenciales más saludables, que se otorgan a las personas de mayor nivel de vida (Solar & Irwin, 2010).

Para mayor detalle, puede ser necesario establecer la diferenciación conceptual entre dos componentes intrínsecos a la ocupación, estos son trabajo y empleo. Según Benach et al (2008) entre los factores más importantes que conforman la posición social se deben considerar las condiciones de trabajo y empleo. Mientras el trabajo es definido como el medio de subsistencia de las personas, el empleo hace referencia a las circunstancias en que la persona se ve envuelta en su trabajo e implica los acuerdos o relaciones entre empleado y empleador. Entre las condiciones de empleo justas que favorecen la reducción de la pobreza, el mejoramiento de la salud y la reducción de desigualdades en salud, se citan: trabajar libre de coerción, contar con seguridad del trabajo, recibir un salario justo, contar con protección del trabajo y

beneficios sociales, ser tratado con respeto y dignidad y lograr participación activa en el trabajo.

Según Marmot & Bell (2012) existe una relación estrecha entre la salud y buenas condiciones de empleo; un buen empleo es bueno para la salud, mientras que por el contrario, el desempleo puede contribuir a una mala salud. Las personas más afectadas por el desempleo son aquellas con pocas calificaciones y habilidades, esto limita su calidad de vida y refuerza el gradiente social. El desarrollo de un trabajo debe ser flexible, de manera que les permita a las personas conciliar la vida laboral y familiar; debe ser sostenible y ofrecer niveles mínimos de calidad a través no solo de un salario digno sino de condiciones de empleo también dignas.

Los ingresos son también determinantes estructurales de la salud, en el entendido que se constituyen en un fuerte indicador de la posición socioeconómica, capaz de determinar directamente la adquisición de recursos materiales. Según Solar & Irwin (2010), al igual que otros determinantes como la educación, los ingresos tienen una asociación de "dosis-respuesta" con la salud y poseen un efecto acumulativo a lo largo del *curso de vida*; sin embargo, se reconoce que también es el indicador de posición socioeconómica que más puede cambiar a corto plazo.

Según el texto de estas autoras los ingresos influyen principalmente en la salud a través de un efecto directo sobre los recursos materiales y factores más próximos en la cadena causal, como los comportamientos. Se citan cuatro mecanismos a través de los cuales los ingresos pueden afectar la salud: acceso a recursos materiales de mejor calidad, como alimentos y refugio; acceso a los servicios, sean estos de salud, educativos y/o actividades de ocio; fomento de la autoestima y la posición social a través de la participación en la sociedad; y la selección de salud, en el entendido de que el nivel de ingresos puede verse afectado por el estado de salud.

Por su parte, los **determinantes intermedios de la salud**, son definidos como las condiciones materiales de la vida diaria, factores psicosociales, estilos de vida, factores biológicos y el propio sistema de salud, que ocupan la posición de cadena causal entre la posición social y las inequidades en salud. De acuerdo con la Comisión,

la estratificación de las sociedades y la consecuente posición social determinan una exposición diferenciada a diversas influencias sobre la niñez, el medio social y físico, así como sobre el trabajo. “Según las características de estas influencias, los distintos grupos tienen diferentes experiencias en cuanto a las condiciones materiales, el apoyo psicosocial y las opciones de conducta, lo que los torna más o, menos vulnerables a las condiciones precarias en materia sanitaria” (OMS, 2008, p.42).

La compleja organización de las sociedades hace que la salud se encuentre mal distribuida dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades. De acuerdo con esta organización, es posible observar inequidades en salud en las condiciones de vida desde la primera infancia de los individuos, así como en los procesos de escolarización, posibilidad de trabajo y condiciones de empleo, características del entorno físico, así como calidad de los recursos de los que dispone la población.

Las circunstancias materiales como determinante social de la salud, considera aquellos aspectos relacionados a lo físico del entorno, como la vivienda, los medios financieros para acceder a comida, alimentación etc.; asimismo, considera el trabajo y el ambiente del vecindario. En función de la calidad de estas circunstancias, es posible que proporcionen recursos para la salud y signifiquen un medio para la contención de riesgos; o bien, la precariedad en estos ámbitos puede determinar factores de riesgos incrementados para la salud (Solar & Irwin, 2010).

De acuerdo con estas mismas autoras, las circunstancias psicosociales como determinante intermedio de la salud, contempla todos aquellos factores estresantes de la vida (por ejemplo, eventos negativos de la vida, tensión laboral, deudas), así como los estilos de afrontamiento y lo relativo al apoyo social recibido (y percibido). Diferentes grupos sociales están expuestos en diferentes grados a experiencias y sensaciones de la vida que se perciben como amenazantes, atemorizantes y difíciles de sobrellevar en la vida cotidiana.

Las personas más desfavorecidas y que se encuentran en la parte inferior de la jerarquía de ingresos son las que se ven particularmente afectadas por el estrés psicosocial asociado a la exclusión social, falta de autoestima y desprecio de la

sociedad que les rodea. Las investigaciones han revelado que estos grupos suelen experimentar mucha más inseguridad, incertidumbre y eventos estresantes en el curso de sus vidas. Se habla de una asociación entre el nivel socioeconómico y el control del *locus* de salud; este se refiere a la forma en que las personas perciben los eventos relacionados con su salud, como controlables (control interno) o controlados por otros (control externo); según Solar & Irwin (2010), las personas con menor nivel educativo apelan mayoritariamente a un locus de control externo.

Por otra parte, los llamados “estilos de vida” o factores del comportamiento tienen que ver con patrones de consumo de sustancias, como tabaco y alcohol; así como con la mala alimentación y la falta de ejercicio como situaciones que contribuyen a la generación de riesgos y daños para la salud. Las investigaciones discuten la manera en que las diferencias en los estilos de vida y los comportamientos (de riesgo o protectores) podrían explicar las desigualdades sociales en salud. Existen posicionamientos diversos ante la temática, de forma que hay quienes consideran las diferencias en el estilo de vida, bajo una responsabilidad individual, como una explicación suficiente sin mayor elaboración; sin embargo, hay quienes consideran los factores del comportamiento como resultantes de causas más complejas, de orden social, económico y político.

Es preciso realizar una aclaración en torno al posicionamiento adoptado en esta investigación respecto a lo que implica la frase “estilos de vida”. Como bien lo exponen Benach et al (2008), estos mal llamados “estilos de vida” al hablar de DSS son realmente conductas o comportamientos y estos no provienen de elecciones estrictamente personales y libres como sí lo hacen los estilos de vida propiamente dichos; sino que, las conductas y comportamientos responden a un contexto económico, social y político que debe ser tomado en consideración.

Según estos autores “Tres cuartas partes de la humanidad (unos 4.500 millones de seres humanos) no disponen de la opción de elegir libremente factores fundamentales para la salud como seguir una alimentación adecuada, vivir en un

ambiente saludable o tener un trabajo gratificante que no sea nocivo para la salud. Así pues, la salud no la elige quien quiere sino quien puede.” (p.35).

Otro de los determinantes intermedios de la salud que no puede ser obviado, es el relativo a cohesión social y capital social; este considera la extensión de relaciones sociales que poseen influencia sobre la salud de los individuos a través de los mecanismos de apoyo que estas relaciones proporcionan. De esta manera, el capital social se basa en normas de respeto y confianza en las relaciones entre individuos, grupos, redes e instituciones que interactúan a lo largo de los procesos. Este determinante considera de manera importante el papel de estado en el desarrollo de estrategias de favorezcan la equidad. Vincular el capital social ofrece la oportunidad de analizar cómo las relaciones que se establecen con las instituciones en general y con el estado en particular, afectan la calidad de vida de las personas (Solar & Irwin, 2010).

Por otra parte y en consideración del propio sistema de salud como un determinante intermedio de la salud fundamental, es preciso reconocer que “la estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad” (OMS, 2008, p.3).

Respecto a esto último y como bien se discute ampliamente en el informe de la Comisión, el sistema de salud es también reconocido como un determinante social de la salud, en tanto influye sobre los efectos que puedan tener otros determinantes, así como también se puede ver influenciado por estos. En estos términos, se apela al acceso y a la utilización de los servicios de atención de salud como determinantes esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad en salud.

Su influencia como determinante se da particularmente a través del tema del acceso; en tanto debe considerar las diferentes vulnerabilidades y exposiciones al riesgo de los grupos sociales. El sistema de salud debe encontrarse preparado para abordar directamente estas diferencias en la exposición y la vulnerabilidad, no solo por medio del mejoramiento del acceso equitativo a la atención, sino también por medio de

la promoción de acciones intersectoriales para mejorar el estado de salud de toda la población. Además, debe ser capaz de garantizar que los problemas de salud no conduzcan a un mayor deterioro del estado social de las personas a la vez que debe facilitar la reintegración social de los más desfavorecidos (Solar & Irwin, 2010).

En esta misma línea es preciso citar lo expuesto por Benach et al (2008) quienes mencionan la “ley inversa de atención sanitaria” como una realidad dentro de sociedades en las que imperan las desigualdades en salud e injusticias; en este sentido, se tiene que los grupos sociales más privilegiadas son lo que usualmente se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud; es decir, el uso y calidad de la asistencia sanitaria suelen variar en sentido inverso a las necesidades de la población.

Finalmente, es necesario destacar como elemento clave dentro de este enfoque de equidad, la importancia de un abordaje intersectorial de los determinantes estructurales e intermedios de la salud desde un posicionamiento político. La intersectorialidad parte del supuesto que los determinantes estructurales de las inequidades en salud solo pueden ser abordados mediante políticas que trasciendan más allá del sector de la salud; el objetivo fundamental de la intersectorialidad es atacar las raíces más profundas de las inequidades en salud y lograr resultados de salud de una manera más eficaz, eficiente o sostenible de lo que podría lograr el sector salud trabajando solo (Solar & Irwin, 2010).

Las acciones intersectoriales buscan incidir en todos los niveles de la sociedad, desde el “micro” que contempla las interacciones individuales, el nivel “meso” relacionado con las condiciones de la comunidad, hasta el nivel “macro” el cual contempla las políticas públicas universales y el contexto global (estructurales). Este enfoque posee dimensiones y direcciones clave sobre las que busca incidir; estas son: paliar las consecuencias diferenciales de la enfermedad, reducir las vulnerabilidades y exposiciones diferenciales de los grupos sociales desfavorecidos y alterar los patrones de estratificación social (Solar & Irwin, 2010).

De todo lo anteriormente expuesto es posible reflexionar lo siguiente: Los DSS incluyen desde el contexto social, político y económico en el que se desarrollan los grupos sociales, hasta las condiciones sociales específicas en que las personas nacen, viven, crecen y se desarrollan; y la interacción de todos estos determinantes se ve traducido a efectos en salud. De esta manera es necesario reconocer que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas; sino que esta se encuentra determinada por los determinantes estructurales e intermedios descritos, los cuales podrían favorecer que las personas permanezcan sanas, o por el contrario predisponerles una mala salud; ante ello, la manera más efectiva de responder a los determinantes sociales de la salud es por medio de acciones intersectoriales bien orientadas a la reducción de las inequidades en salud dentro de las sociedades.

Bajo este entendido, se reconoce que las causas fundamentales de las desigualdades en salud no se deben a factores biológicos o genéticos, “estilos de vida”, servicios de salud o, incluso, a la riqueza general del país; sino que son los factores sociales los que dañan la salud de las personas en peor situación social, a la vez que empeora otros factores de riesgo que a su vez dañan la biología, generan enfermedad y aumentan el riesgo de fallecer (Benach et al., 2008).

Finalmente, queda claro que el posicionamiento conceptual de la salud en esta investigación es diferente; se adopta una mirada de la salud que examina las causas de la buena y la mala salud a partir de las interacciones sociales, del entorno en el que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; de las inequidades en el poder, de la distribución desigual del dinero y de los recursos que dan lugar a inequidades en las condiciones de vida diaria. En definitiva, es claro que el conjunto de estos determinantes incide sobre la salud y las desigualdades en salud dentro de las sociedades.

Atención de Salud

Como ya se ha mencionado y tal y como lo describe la OMS (2008), el sistema de salud es considerado un determinante social de la salud, en tanto puede contribuir a crear más y mayores desigualdades sociales entre los grupos poblacionales. De esta manera, el sistema de salud interacciona y podría modificar el efecto de los demás determinantes y contribuir en la perpetuación y/o reproducción de inequidades en salud.

Se reconoce que sin la posibilidad de contar con atención sanitaria muchas de las oportunidades para mejorar la salud de las poblaciones desaparecerían; es por ello que, desde la OMS, se apela hacia la instauración de sistemas de salud de cobertura universal, de manera que se promuevan las prestaciones de salud equitativas y que respondan a la justicia social.

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, una cobertura universal de los servicios de salud implica que todos los habitantes de un país cuentan con la misma posibilidad de acceder a la diversidad de servicios disponibles, sin importar su nivel de ingresos, posición social, residencia y demás determinantes.

En este mismo sentido y según Vega, Solar, & Alec (2005), la intervención del sistema de salud es fundamental; parte de su responsabilidad como factor determinante intermediario, es la de asegurarle a la población el acceso y cobertura pertinente; debe asegurar un acceso equitativo e integral a la vez que promueve acciones intersectoriales para mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas y de esta manera incidir sobre su calidad de vida.

Para la comprensión en detalle de la atención de salud es preciso apelar a tres conceptos fundamentales; estos son: demanda, **accesibilidad** y **utilización**. Si bien es cierto, son términos interrelacionados en el análisis de la atención de salud, se refieren a aspectos diferentes. El interés de la presente investigación se centra en describir los procesos de accesibilidad y utilización específicamente. Sin embargo, se describe brevemente lo que es entendido por demanda.

Según Otero & Zunzunegui (2016) la demanda supone la existencia de una necesidad percibida por el individuo y posteriormente expresada; lo anterior significa que la demanda es una forma de identificar la necesidad de atención sanitaria de una población. Esta percepción de necesidad, o más bien, la ausencia de ella, podría constituirse en una barrera de accesibilidad de orden personal.

En línea con la propuesta de estos autores respecto al acceso a los servicios de salud, Levesque, Harris, & Russell (2013) conceptualizan el **acceso** como un “acceso potencial” y lo definen como el derecho o la oportunidad que poseen las personas de acercarse a un servicio, a un proveedor de salud o una institución. De esta manera, el acceso contempla la oportunidad que poseen los individuos de satisfacer sus necesidades a partir de dicho acercamiento.

Ahora bien, la **utilización** se refiere a los servicios que obtienen los individuos y se encuentra determinada por las características de la población (variables demográficas, socioeconómicas valores y creencias y relaciones sociales) y por las características del sistema sanitario, que toma en consideración las políticas de salud, la organización del sistema de salud y la accesibilidad a los servicios (Otero & Zunzunegui, 2016).

Autores como Levesque et al (2013) conceptualizan la utilización como “el acceso realizado” y coinciden con Otero & Zunzunegui al aseverar que depende tanto de las características de la población (predisposición, necesidades) como de las características de los sistemas de salud (política, recursos, organización).

De esta manera, se trata de una relación entre la capacidad del sistema de producir servicios y colocarlos a disposición de los usuarios y su consumo real. Variaciones en la utilización de los servicios podrían ser considerados marcadores de inequidades en el acceso a la atención de salud. Así, la prestación de servicios de salud implica una compleja interacción entre el servicio de salud y la población hacia la cual están dirigidos sus esfuerzos: población objetivo; descrita de esta manera por Tanahashi (1978). Este autor describe muy detalladamente las barreras que podrían

surgir a lo largo de la interacción población objetivo-servicios de salud/proveedores de salud.

Para efectos de la investigación, se toman como base justamente las conceptualizaciones realizadas por este autor, en cuanto a las barreras de acceso y/o utilización. Se parte del supuesto de que la historia de vida de cada persona y todos los determinantes sociales implicados en ella, definen las condiciones de vida subsecuentes de los individuos y asimismo sus necesidades. En el proceso, es posible que surjan barreras diferenciadoras que dificulten la interacción entre la provisión de servicios de salud y el usuario receptor de dichos servicios.

La importancia de describir esto radica en que estas barreras se constituyen en lo que él llama “cuellos de botella” y requieren ser identificados para la consecuente creación de estrategias que impacten sobre ellas y permitan disminuir las inequidades en salud a las que estas conducen. Los “cuellos de botella” pueden generarse en cualquier etapa del proceso de prestación de servicios de salud y evidencian dónde radica la dificultad en la provisión del servicio, pero no señala el factor responsable; para esto último, se requiere de un buen conocimiento del servicio de salud y de la situación de la población objetivo y analizar así los factores limitantes.

Los cuellos de botella pueden ser diferenciados para subgrupos específicos dentro de una misma población objetivo; es decir, en esta subdivisión pueden surgir “factores diferenciadores” que dificultan el acceso y la utilización de los servicios de salud de un grupo en particular. A lo largo de esta investigación, quedarán evidenciados dichos “factores diferenciadores” característicos de la población habitante de calle. Grandes diferencias entre subgrupos implican la existencia de un problema o un cuello de botella en la prestación del servicio asociado a inequidades en salud.

De esta manera Tanahashi (1978) identifica dos barreras fundamentales relacionadas con el acceso a los servicios de salud, como lo son la **disponibilidad** y la **accesibilidad**. Este autor describe tres barreras relacionadas propiamente con la utilización de los servicios de salud, como lo son la **aceptabilidad**, **contacto** y la **efectividad**.

La disponibilidad contempla la existencia de los recursos necesarios para proporcionar los servicios; sean estos: mano de obra, instalaciones, medicamentos u otros. La disponibilidad, o no, de estos recursos implica una barrera de acceso a la atención de salud, pues limita la capacidad del servicio que puede ponerse a disposición de la población.

La accesibilidad, por su parte, se define como la disponibilidad de los recursos sanitarios en el momento que son requeridos y toma en consideración las dificultades particulares que deben enfrentar las personas y ciertos grupos sociales vulnerabilizados para acceder al sistema sanitario. Y es que, no basta con que los recursos necesarios se encuentren disponibles, sino que deben ubicarse dentro del alcance razonable de las personas que deberían beneficiarse.

La accesibilidad, como barrera de acceso a los servicios de salud, implica la ausencia de todas aquellas barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o género que dificulten el acceso a la atención de salud. De esta manera, el proceso relacionado al aseguramiento de salud podría constituirse en un factor determinante de la accesibilidad, al encontrarse íntimamente vinculado a todas estas barreras mencionadas.

Ahora bien, una vez que el servicio es accesible, aún debe ser aceptable para la población; pues de lo contrario, es posible que las personas no lo soliciten e incluso busquen atención alternativa. Esta aceptabilidad puede estar influenciada por factores tales como el costo del servicio para el usuario, la forma de religión que sigue, entre otros. Una baja aceptabilidad implica una mala apreciación del servicio por parte del público.

Una vez dado el contacto real entre las partes, entra en juego la variable de efectividad; esta implica la apreciación de la población del servicio recibido y condicionará usos subsecuentes. Es decir, el contacto entre el proveedor de servicios y el usuario no siempre garantiza una intervención exitosa relacionada con el problema de salud del usuario o un servicio efectivo. El desempeño de este es evaluado según

criterios específicos del usuario; de esta manera, una apreciación calificada como de baja efectividad implica un servicio de baja calidad en perspectiva del usuario.

Finalmente, no es posible concluir este apartado sin antes mencionar aquella barrera de accesibilidad que se constituye en la llave de entrada a la atención de salud de carácter público en nuestro país: el seguro de salud. Este es un proceso fundamental en nuestro país, pues posibilita el acceso a los servicios de salud en sus tres niveles de atención, dígase primer, segundo y tercer nivel de atención, en función de la complejidad implicada; y con ello a los servicios de consulta, internamiento, provisión de medicamentos, entre otros (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermúdez, 2011).

Existen tres modalidades de aseguramiento en el país: asegurados directos, asegurados indirectos y no asegurados. La modalidad de asegurados directos contempla una submodalidad que resulta de particular interés para efectos de la investigación: asegurados por cuenta del Estado. Debe entenderse por persona asegurada por el Estado todos aquellos menores de edad, mujeres embarazadas que no se encuentran protegidas por el beneficio familiar, los pensionados del régimen no contributivo y los indigentes (debidamente identificados).

De acuerdo con Sáenz et al. (2011), el objetivo del aseguramiento por parte del Estado está en “mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en pobreza, pobreza extrema o indigencia médica”. Sin embargo, el acceso que brinda el aseguramiento por cuenta del Estado puede verse comprometido para algunas poblaciones en particular, entre ellas las personas en situación de calle (León, 2018).

Marco Político

El apartado descrito a continuación se presenta con el objetivo de describir algunos puntos de carácter político y legal de interés para la presente investigación. Los procesos de salud y habitabilidad en la calle, como temas centrales de esta, cuentan a nivel nacional con una respuesta política que precisa ser visibilizada. Recuérdese que el marco de acción de los DSS contempla el contexto socioeconómico y político como

determinantes estructurales de las inequidades en salud; de manera que puede este contexto ejercer un papel protector o, por el contrario, de riesgo para los grupos; en este caso en particular, para las personas en situación de calle. A continuación, se presenta, brevemente, la situación de nuestro país para dichos efectos.

Inicialmente, ha de ser reconocida la importancia de la salud como un bien de interés público y tutelado por el Estado, tal y como se encuentra dispuesto en el artículo 1 de Ley general de salud de nuestro país. Asimismo, en esta misma Ley se señala como función esencial del Estado el velar por la salud de la población; asignándole al Poder ejecutivo a través del Ministerio de Salubridad Pública, la creación de políticas, normativas, planificación y ejecución de todas las actividades de salud tanto pública como privada relativas a salud.

Siempre en línea con la temática relativa a salud, específicamente respecto a la prestación de servicios de salud, se detallan textualmente los artículos 3 y 9 de esta misma Ley:

ARTÍCULO 3.- Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen; y el deber de proveer a la conservación de su salud y de contribuir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad.

ARTÍCULO 9.- Todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y salud mental, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, así como a la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad.

Tal y como queda evidenciado en esta breve descripción presentada de la Ley general de salud, esta última se constituye en un elemento de gran relevancia política; contemplando la aplicación y cobertura legal para **todo habitante** de nuestro país, sin distinción alguna.

Ahora bien, respecto al fenómeno de la habitabilidad en la calle, cabe destacar la creación e importancia de la “Comisión Mixta de Atención de la Indigencia en el Cantón San José” (COMAI-CSJ). Este órgano fue creado en el año 1998; siendo el

IMAS, la Defensoría de los Habitantes, el Ministerio de Salud, el IAFA, la Municipalidad de San José y otras instituciones las impulsoras de su creación.

Esta comisión se mantiene activa en la actualidad. Como parte del proceso investigativo, fue realizada una entrevista a la licenciada Maricruz Ramírez, quien figura como representante de la Municipalidad de San José dentro de dicha comisión. Este acercamiento permitió, no solamente conocer el contexto de surgimiento de la comisión, sino también su evolución; hasta apuntar en las funciones desarrolladas en la actualidad y la importancia de su accionar en consonancia con la “Política Nacional para la Atención a las personas en situación de abandono y en situación de calle”.

De la entrevista realizada destaca la importancia que posee la COMAI-CSJ para efectos de creación y propuesta de estrategias de intervención para con la población habitante de calle; el rol de esta comisión es de acompañamiento técnico, asesoría y producción de estrategias, no así de ejecución de estas. Para esto último se apela a la participación de diversas organizaciones gubernamentales y/o no gubernamentales.

Por otra parte, pero siempre en relación con la temática de habitabilidad en la calle, existen en el país leyes y decretos relativos al proceder de las autoridades y la atención de estas personas. En el año 2007 fue publicado en la Gaceta N°117 el decreto respecto al Proyecto 16618 de “Internamiento y atención obligatoria de personas indigentes y marginadas”. En este se establece desde el accionar de las autoridades al encontrarse a una persona en situación de calle y el proceder para su traslado a un centro; hasta la especificación de las funciones de dichos centros en el proceso de “reintegración a la sociedad” de las “personas indigentes”.

En el expediente N°19.166 publicado en la Gaceta N°134 del 14 de Julio de 2014 se decreta la “Ley de impuesto a los salarios y pensiones de lujo y creación del fondo de ayuda a los indigentes y farmacodependientes”. Este decreto expone los diversos mecanismos de financiamiento adoptados por ley, tanto para el impulso de proyectos, públicos y privados de apoyo a los indigentes y farmacodependientes, dígase financiamiento de obras de infraestructura; así como para el financiamiento de la

alimentación y el apoyo físico, médico y psicológico brindado por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Los artículos de dicho decreto apuntan hacia el objetivo de “mejora de la calidad de vida de los indigentes y farmacodependientes”.

Por otra parte, destaca la reciente publicación de una política nacional para el abordaje de la habitabilidad en la calle. Esta es la “Política Nacional para la Atención a las personas en situación de abandono y en situación de calle”, la cual empezó a regir a partir de julio de 2016; esta Política es de carácter interinstitucional e intersectorial y es producto del esfuerzo conjunto que involucra a las instituciones gubernamentales, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, así como empresa privada, para responder a las necesidades de estas poblaciones.

A partir de esta Política se deriva la “Ley de creación del sistema nacional para la protección social de las personas en situación de calle y situación de abandono”, la cual fue publicada en la Gaceta N°59 del jueves 5 de abril de 2018. Esta pretende la articulación de diversos órganos e instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales con el objetivo central de “generar acciones, planes, políticas y programas gubernamentales de manera articulada, sistemática y para la prevención, atención y protección de las personas en situación de calle y personas en riesgo o en situación de abandono” (Artículo 4).

De esta manera, queda evidenciada la relevancia temática a nivel nacional y los esfuerzos políticos por visibilizar las necesidades de estos grupos vulnerabilizados, e implementar estrategias articuladas que permitan un abordaje holístico de la complejidad que implica. De hecho, por medio de la presente investigación, se pretende aportar en el accionar político subsiguiente.

Marco Teórico-Disciplinar

Este apartado más que una aproximación teórica desde determinada teorizante de enfermería lo que pretende rescatar es el posicionamiento disciplinar que posee la investigación en curso; y la inherencia como tal de la Enfermería en la investigación

de fenómenos sociales complejos como lo es la habitabilidad en la calle y los determinantes sociales de la salud a lo largo del *curso de vida* de los individuos desde un enfoque de equidad en salud.

Se presentan algunas aproximaciones propuestas por Malvárez (2018) respecto a la necesidad que posee la Enfermería de ahondar en un posicionamiento social que le permita responder a las necesidades de la sociedad y los distintos grupos sociales dentro de esta. Estas aproximaciones fueron obtenidas a partir de su conferencia inaugural titulada *Notas para una teoría social de Enfermería*, expuesta en el XV Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

El papel de enfermería en el cuidado de grupos vulnerabilizados

Se inicia la discusión en este apartado trayendo a reflexión la siguiente pregunta ¿cuál es el papel de la Enfermería en la salud; en el cuidado de la salud? Y específicamente, en el cuidado de la salud de grupos discriminados y marginalizados socialmente. Antes de entrar a ello es preciso describir el quehacer de la Enfermería como profesión y ciencia; por lo que se acude a su definición a partir de un organismo internacional: el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); este que nos dice que la Enfermería:

abarca la atención autónoma y colaborativa de personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos y en todos los entornos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de personas enfermas, discapacitadas y moribundas. La promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud y en la gestión de pacientes y sistemas de salud, y la educación también son funciones clave de Enfermería (CIE, 2020).

Tal y como se evidencia en este extracto, el marco de acción de la Enfermería es amplísimo; implica responder a las necesidades de salud de los individuos, grupos y

comunidades en todos los entornos imaginables y a lo largo de todo el ciclo de la vida. Su función esencial es el ejercicio de prácticas de cuidado; es justamente la Enfermería la ciencia del cuidado.

El cuidado enfermero es un cuidado profesional, en tanto trasciende del quehacer meramente técnico a la ejecución de prácticas y acciones intencionadas y sustentadas en una serie de conocimientos articulados de manera metódica; he allí la aplicación disciplinar del cuidado enfermero (Ramírez, 2016). Históricamente se les ha concedido a los profesionales en Enfermería el encargo social del cuidado; es reconocido el cuidado como “insumo esencial para la salud”; esto último en consideración de la salud como un proceso social, histórico y culturalmente determinado; un proceso que responde a los estilos y calidad de vida de los pueblos, así como a las condiciones económico-políticas de las sociedades (Malvárez, 2018).

Enfermería es simultáneamente la ciencia, el arte, la filosofía, la ética y la política del cuidado humano. La Enfermería es ciencia al fundamentar sus prácticas de cuidado en procesos de racionalización del saber de manera ordenada, reflexiva y metódica. Es arte en tanto cada acto de cuidado se construye en función de la necesidad de cada ser humano en su contexto; en este entendido, las experiencias de cuidado son sensibles y amorosas. Es filosofía al interesarse en la existencia y experiencia humana y en sus vicisitudes. Es ética porque sus prácticas de cuidado se rigen por valores, principios y normas profesionales cuyo objetivo es beneficiar a los individuos y sociedades, su dignidad, libertad, autonomía y derechos. Finalmente, la Enfermería es la política del cuidado al contribuir al logro de la equidad y la no discriminación mediante la prestación de servicios justos y equitativos (Malvárez, 2018).

El cuidado enfermero debe enfrentarse a un contexto cambiante de amenazas y oportunidades; es su responsabilidad, en medio de esto, atender a su razón social: el cuidado; y para ello debe aplicar principios éticos durante su ejercicio profesional. Debe dirigir su accionar acorde al contexto en el que se desarrolla, de manera que sus prácticas posean un enfoque de equidad en salud (Malvárez, 2007). De esta manera, la Enfermería con posicionamiento social, reconoce la existencia de desigualdades de

diferentes categorías; y con ello, la existencia de grupos sociales con calidad de vida, intereses, ideas, capacidades y poder distintos, los cuales son parte estructural de la dinámica social (Malvárez, 2018). El profesional en Enfermería debe reconocer esto y encontrarse preparado para responder de manera ética a las necesidades de cuidado de cada cual.

De esta forma, las intervenciones de Enfermería para y con los individuos y grupos sociales, implican el conocimiento y re-conocimiento de su contexto, realidades de vida y necesidades; y es a partir del pensamiento reflexivo, analítico y crítico que se llega a la construcción e implementación de estrategias específicas cuyo objetivo primordial es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y grupos; a la vez que se brinda evidencia científica que respalde la inherencia de Enfermería en todos estos espacios y se favorezca así, el crecimiento disciplinar.

Al comprender la multidimensionalidad tanto de la salud como del accionar enfermero, tendremos claro que este recurso humano resulta fundamental en los procesos de acercamiento, comprensión y atención de necesidades en salud de los grupos sociales. La Enfermería posee una función primordial en la atención de necesidades de todos los grupos, especialmente de aquellos cuyos derechos y necesidades suelen ser invisibilizados a razón de su condición social (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2016).

Para estos efectos, el profesional en Enfermería viene a ser un sujeto político capaz de realizar acciones orientadas a la defensa de la salud de estos grupos como un derecho humano; posee, además, el compromiso ético de promover valores fundamentales como lo son el derecho a la vida, a la dignidad de los individuos, al trato digno y al respeto. Es así, como el papel de la Enfermería en los ámbitos social y políticos toma relevancia, al contribuir a la disminución de las desigualdades, aumentar el acceso y la equidad a la salud de aquellos grupos más desfavorecidos (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2016).

En esta misma línea, se traen a reflexión 5 propuestas brindadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (2020), en lo referente al papel ejercido por las y los

profesionales en Enfermería en términos de salud. En estas premisas se enfatiza el rol enfermero en la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa. Según este organismo:

- a) Se precisa la formación eficaz de profesionales en Enfermería con orientación a cuidados accesibles y de calidad, que fomenten la equidad y cuyas prácticas sean realizadas en ausencia de discriminación.
- b) Los profesionales deben mantenerse culturalmente competentes para satisfacer las necesidades de las comunidades, aumentar el uso de los servicios de salud con calidad, y ayudar a mejorar la experiencia y comunicación entre los usuarios y los dispensadores de los servicios de salud.
- c) Se debe ampliar la función y desarrollo de enfermeras clínicas especializadas y de las enfermeras profesionales, de manera que se mejore la calidad de los cuidados brindados a todos los grupos, incluidos los más vulnerables.
- d) Es necesario ampliar el desempeño enfermero en el desarrollo de política pública, de manera que su voz (voz de las comunidades) se incluya en el análisis, defensa e investigación en los sectores donde presta sus servicios y en la consecuente y posible reestructuración de los servicios de salud.
- e) La Enfermería puede abordar asuntos como equidad y acceso con base a sus capacidades y bases sólidas de conocimiento social. De esta manera, su ejercicio e influencia se torna fundamental en el ámbito político.

Es así como, en consonancia con los autores antes mencionados y este organismo internacional, el papel de la Enfermería para estos efectos se constituye en el ser un agente de cambio dentro de la estructura de salud y servicios de salud, en tanto es el profesional cuyo contacto con los individuos, familias y comunidades es más cercano; es justamente esto lo que le permite conocer sus realidades y necesidades e implementar estrategias aplicables en todos los niveles del sector salud.

Las experiencias y conocimientos les permiten a estos profesionales promover la justicia social, la equidad en la distribución de recursos y servicios, así como la aplicación de principios éticos en la promoción de los derechos humanos de aquellos

quienes demandan atención por parte del sistema de salud. Es así, como el ejercicio del cuidado trasciende de un plano procedimental a un plano social y de interés por el bienestar y calidad de vida del otro hacia el cual van orientados los cuidados.

De esta manera, la sociedad actual demanda la formación de profesionales de Enfermería que promuevan los derechos y justicia social desde las diversas áreas del conocimiento y quehacer como lo son: asistencial, administrativa, e investigativa. En esta última, los esfuerzos deben orientarse hacia la visualización de necesidades, experiencias, perspectivas e intereses de los grupos, con la finalidad de orientar la construcción de políticas, programas, proyectos institucionales y contribuir así en la construcción de equidad en salud (Escobar-Castellanos & Cid-Henríquez, 2016).

Finalmente, no debe dejarse lado la pertinencia del trabajo interdisciplinar en la atención de grupos sociales vulnerabilizados, haciendo hincapié en la oportunidad que significan estos espacios para el fortalecimiento de la Enfermería. Como bien lo menciona Castañeda-Hernández (2017) puede el profesional en Enfermería ejercer como líder en los procesos colaborativos; en tanto, “El trabajo en equipo y la comunicación entre profesiones son esenciales para prestar cuidados centrados en el paciente” (p.162).

La enfermera como líder de los procesos al pretender abordar los DSS requiere, necesariamente, del enriquecimiento y *expertise* que pueda ser brindado por otras disciplinas; dígase desde Salud Pública, Trabajo Social, Docencia, Nutrición, Medicina, Psicología, Derecho, entre muchas otras; de esta manera, el trabajo interdisciplinar; lo anterior con una finalidad en mente: brindar cuidados integrales y significativos a los individuos, grupos sociales y comunidades; cuidados basados en contexto, realidades de vida y necesidades; y, sobre todo, con enfoque de equidad y respeto por los derechos humanos.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Modalidad de Trabajo Final de Graduación

Según lo establecido por la Universidad de Costa Rica y como requisito para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, se desarrolla el presente trabajo final de graduación, bajo la modalidad de Tesis de Graduación. Esta modalidad consiste en un proceso investigativo que culmina con un documento escrito que aporta nuevos conocimientos al fenómeno bajo investigación (Artículo No.5, Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación en Grado para la Universidad de Costa Rica, 2020).

Abordaje y Diseño de Investigación

Esta investigación posee un abordaje cualitativo. Según Creswell (2017), la investigación cualitativa pretende explorar y comprender el significado que los individuos o grupos le atribuyen a un problema social o humano; así como sus experiencias y realidades de vida frente a dichas situaciones. Este tipo de investigación implica indagar y recolectar datos de los individuos y sus entornos a profundidad, con la finalidad de culminar con un análisis detallado de los hallazgos; a partir de los cuales, es posible detectar patrones explicativos de lo investigado. Para este tipo de investigaciones, lo ideal, es insertarse en el entorno mismo del participante y así obtener el mayor acercamiento posible a sus realidades, así como a la comprensión de significados que los participantes elaboran a partir de sus experiencias de vida.

Para la práctica enfermera, la investigación cualitativa se constituye en una herramienta para el acercamiento cara a cara con las realidades de grupos determinados, con la finalidad de identificar necesidades de cuidado y las prácticas más apropiadas para su satisfacción. Según Polit & Beck (2018) este abordaje investigativo le permite a los profesionales en Enfermería, no solamente describir la complejidad de los fenómenos; sino, acercarse a las causas subyacentes de estos.

Las características de este abordaje de investigación coinciden con los objetivos perseguidos en este estudio, en tanto se pretende un acercamiento estrecho a los significados construidos por los participantes en respuesta a sus experiencias y realidades de vida, en torno al fenómeno de la salud y atención de la salud, bajo un enfoque de equidad en salud; esto desde una óptica cualitativa, experiencial, vivencial; no así estadística. Este es un abordaje que trasciende más allá de los números y estadísticas, a una cuestión rica en significados e interpretaciones cualitativas; esto permite ahondar en la complejidad de las situaciones y obtener un amplio panorama de la problemática en estudio.

En línea con el abordaje de esta investigación, fue seleccionado un diseño histórico; según Padilha, Nelson, & Mora (2013) la investigación histórica es aquel diseño que permite recabar información sobre situaciones del pasado, con el objetivo de auxiliar la comprensión del presente y llenar posibles vacíos de conocimiento relativos al fenómeno en cuestión; a su vez, este diseño le permite al investigador trazar perspectivas consistentes y coherentes con la realidad del momento vivido por los individuos. De esta forma, este tipo de aproximación a los participantes permite acercarse a sus historias de vida y realidades detrás de ellas.

El propósito de la investigación histórica es el de mostrar sucesos o eventos del pasado, hayan ocurrido estos en el pasado lejano, o bien en un pasado más cercano. A la enfermería, este diseño le permite no solamente comprender aquellas líneas históricas dibujadas por cada participantes respecto a sus historias de vida; sino también identificar aquellos determinantes contextuales (organizacionales, institucionales, de relaciones sociales) y causales que marcaron sus realidades (Padilha et al., 2013).

Complementariamente, Polit & Beck (2018) apuntan hacia la riqueza de los datos cualitativos (narrativos) que es posible obtener a partir de este diseño. Al aplicar este diseño cualitativo, el investigador procura no solamente describir lo que sucedió, sino también cómo y por qué sucedió. Asimismo, las relaciones entre los eventos del pasado, las personas y organizaciones se exploran e interpretan dentro de los contextos en los que tuvieron lugar.

Consideradas estas características del diseño histórico, se determina que es el adecuado para explorar la presentación de los determinantes sociales de la salud en el *curso de vida* de los participantes, con la finalidad contextualizar sus realidades de vida desde la infancia hasta la presentación y arrastre de estos determinantes estructurales e intermedios hasta la vida en la calle. Una vez en el entendido de todos estos, será posible puntualizar, finalmente, en las barreras de accesibilidad y utilización de los servicios de salud que como personas en situación de calle, que fueron, tuvieron que superar en el proceso de atención de la salud. De esta forma, la exploración al pasado lejano y cercano de estas personas, permite contextualizar sus realidades en salud, en los momentos más críticos de sus vidas.

Contexto Físico

Debido a las características particulares de esta población, descritas en capítulos anteriores, se decide realizar la investigación en una Organización no Gubernamental, pues el aspecto de “institucionalización” permite un acceso de mayor factibilidad; es decir, se constituye en una puerta de acceso a los participantes.

La institución seleccionada, por recomendación de experto, fue “Asociación Casa Libertad”. Entre los criterios de recomendación de dicha institución se destacan una amplia experiencia en la atención a personas en situación de calle (aproximadamente 10 años), el ser un dispositivo que cuenta con los criterios de idoneidad y bienestar social del IMAS, así como por ser un dispositivo cuyo programa de atención se encuentra acreditado por el IAFA.

Esta es una ONG que brinda acompañamiento a las personas en situación de calle con o sin consumo problemático de sustancias psicoactivas, desde el Modelo de Reducción de Daños. Posee capacidad de alojamiento de 24 personas aproximadamente, a quienes les brindan los servicios de alimentación, higiene, así como diversos talleres con orientación de reducción de daño; además, reciben más personas diariamente para brindarles los mismos servicios que aquellos que acceden al

alojamiento. Según la directora del centro, el servicio de alojamiento en ese momento, se ofrecía solamente a hombres; lo anterior como respuesta a un mayor número de población habitante de calle masculina, así como a la capacidad logística del centro.

Las entrevistas fueron realizadas dentro de las instalaciones de dicha ONG; para ellas se hizo uso de una oficina que se encontraba desocupada dentro de las instalaciones; el espacio físico contaba con un escritorio y sillas cómodas, así como una puerta con seguro que le permitió a la persona sentirse en un ambiente conocido, tranquilo, seguro y privado.

Contexto Temporal

Los contactos iniciales con la organización se dieron desde noviembre del año 2018; estos consistieron en dos reuniones, una de ellas con la directora del centro y la siguiente con los administradores de este; la finalidad de los encuentros fue conocer el funcionamiento del centro, así como servicios ofrecidos a la población; asimismo, conocer de manera general a las personas que hacían uso de estos.

Posteriormente, las coordinaciones con la administración permitieron la realización de las entrevistas durante los meses de julio y agosto del año 2019. Con la ayuda de la administración y según la disponibilidad de la investigadora, los participantes fueron citados (en respuesta a la aceptación de una invitación) una única vez en algún momento a lo largo de estos meses. Fueron realizadas entre 2 y 3 entrevistas por día, con una duración promedio de cada entrevista de una hora y treinta minutos.

Participantes del Estudio

El universo poblacional de la investigación corresponde a personas en situación de calle de la provincia de San José. Han de ser recordadas, nuevamente, las cifras registradas por medio del Sistema de población objetivo del IMAS (SIPO) para

el año 2019. Para octubre de este año se encontraban registrados 3733 habitantes de calle a nivel nacional, producto de la aplicación de FISI; de las cuales 2275 personas se localizaban en la provincia de San José (Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión, 2016).

De acuerdo con los registros del SIPO, un 88% de la población habitante de calle son hombres, mientras que un 12% corresponde a mujeres. Lo anterior conlleva a que algunas de las organizaciones direccionen sus esfuerzos hacia la atención de la población masculina habitante de calle, tal y como sucede con la organización seleccionada. Es decir, se parte de caracterizar a los participantes como hombres, actualmente institucionalizados y quienes poseen **antecedente** de habitabilidad en la calle; es decir **no son personas en situación de activa**.

Es decir, se tiene que, todos los participantes habían trascendido de una situación residencial de “*Rooflessness*”, es decir, sin techo, a una denominada “*Houselessness*” o sin vivienda; esto de acuerdo con Cabrera (2008) y la Tipología Europea del Sinhogarismo y la exclusión residencial. En la primera de ellas, todos los entrevistados tuvieron experiencias de habitabilidad en un espacio público y exterior (a la intemperie); en algunos casos y aún bajo esta conceptualización, tuvieron la necesidad/posibilidad de acceder a un refugio o albergue nocturno; sin embargo, a la mañana siguiente debían regresar a pasar el resto del día en la calle.

Sin embargo, en la actualidad estas personas cuentan con el recurso de **alojamiento** que les brinda esta ONG; es decir, se trata de un albergue o centro de alojamiento temporal, de tránsito, no es posible considerarlo como lugar de residencia definitivo. De ello es posible analizar que efectivamente se trata de una población que carece de una vivienda, de un espacio que sea de su propiedad, un espacio seguro y estable. Dicha situación, aunada a sus historias de vida y contexto social, económico, familiar, emocional y en la mayoría de los casos, a su situación de dependencia a sustancias psicoactivas, los coloca en una posición de elevada vulnerabilidad a “recaer” en la categoría anterior, es decir “*Rooflessness*” y no tener otro lugar al cual recurrir más que la propia calle, nuevamente.

De esta manera y si bien es cierto que, al momento de la recolección de los datos estas personas se encontraban institucionalizadas, no por ello los relatos de sus experiencias de vida en calle dejan de tener validez; sino más bien que sus percepciones sobre todas las situaciones que antecedieron a la habitabilidad en la calle, pueden encontrarse mayormente afianzadas y ser expresadas más abiertamente; así como todas aquellas percepciones asociadas a lo que significa la salud y la atención de salud propiamente dicha.

La selección de estos participantes se realizó por medio de un muestreo a conveniencia, también llamado “de bola de nieve” por Polit & Beck (2018). Para ello, se realizó un primer acercamiento con la mayoría de los residentes del centro durante una tarde del mes de junio del 2019, en la que fue realizada una breve presentación de los objetivos de la investigación y fueron invitados a formar parte de ella, asegurando la preservación de su anonimato.

Este tipo de muestreo inició con la participación de voluntarios, quienes se presentaron e identificaron con la investigación. Para efectos de esta, fue a partir de este primer acercamiento que algunos confirmaron su participación y a lo largo del proceso fueron sumados otros participantes, quienes por efecto de “bola de nieve” fueron referidos por los informantes tempranos (otros participantes) y quienes aceptaron, igualmente de manera voluntaria, participar en el proceso.

Además del criterio fundamental de voluntariedad, fueron de consideración una serie de criterios de inclusión y exclusión determinados previamente por la investigadora en función de los objetivos investigativos. Para esta investigación, los criterios de inclusión fueron:

- Persona con antecedente de habitabilidad en la calle, cuya situación residencial fuese predominantemente en “espacio público exterior” de

acuerdo con el modelo conceptual de ETHOS¹, quien recibe actualmente el servicio de alojamiento en “Asociación Casa libertad” y sea mayor de edad.

Los criterios de exclusión fueron:

- Persona con antecedente de habitabilidad en la calle, cuya situación residencial fuese predominantemente en “albergue o refugio nocturno”; o bien, correspondiente a cualquier otra categoría conceptual diferente a “sin techo”, de acuerdo con el modelo conceptual de ETHOS

Respecto al criterio de habitabilidad en la calle, se establece un tiempo mínimo de experiencia en calle de 15 días; esto bajo la categoría conceptual de “sin techo” y la categoría operativa “viviendo en un espacio público (a la intemperie)”, con la consecuente situación residencial de “espacio público exterior”². El objetivo de este criterio es plasmar las realidades de las personas que, ya sea por desconocimiento, decisiones y/o situaciones de accesibilidad, vieron limitadas sus posibilidades de acceder a un “albergue o refugio nocturno” durante su tiempo en calle y con ello, también vieron limitado el acceso a los diversos recursos puestos disposición por estas organizaciones. Es decir, se pretende lograr un acercamiento a las reseñas “más crudas” y de primera mano que enfrentan día con día las personas que hacen del espacio público exterior, su “hogar”.

Para efectos de la investigación no se contó con un número preliminar de participantes a incluir, sino que se hizo uso de la estrategia de “bola de nieve” y se adoptó la técnica de saturación de información; finalmente, se realizaron un total de 17 entrevistas. A este punto y según criterio de la investigadora, se nota una sensación de

¹ Tipología europea para la definición y/o clasificación del sinhogarismo. Propone todo un marco conceptual que permite identificar a la población sin hogar y la divide en subgrupos discretos.

² Durmiendo en la calle o en espacios públicos, sin un albergue.

cierre, en el momento en que los datos iniciaron a producir información redundante (en términos de información) (Polit & Beck, 2018).

De los 17 participantes entrevistados, se obtuvo que la mayoría de ellos eran costarricenses, sin embargo, también se encontraban nicaragüenses, salvadoreños y una persona de origen japonés. Todos los residentes del centro poseen antecedente de habitabilidad en la calle, algunos de ellos con internamientos recurrentes en diversos centros de internamiento y ONG's. Los períodos de habitabilidad en calle son muy variables, algunos datan de meses y otros hasta de 5, 6, hasta 20 años o más. Todos son mayores de edad, el menor del centro posee 25 años, mientras que el mayor tiene 70 años de edad.

En términos generales, la mayoría de ellos poseen historia de consumo de sustancias psicoactivas; algunos incluso mantenida hasta la actualidad. Muchos de ellos son autodenominados “colaboradores” de Casa Libertad, pues se encargan de diversas labores dentro del centro (dígase cocina, limpieza, realización de compras, ayuda a otros compañeros). Según la información obtenida por parte de la directora, la mayoría de ellos carecen de redes de apoyo en la actualidad; la mayoría de los entrevistados se encontraban desempleados al momento del contacto.

Procedimientos de Recolección de Datos

La técnica cualitativa seleccionada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Como bien lo describen Polit & Beck (2018) este tipo de entrevistas son empleadas cuando el investigador posee una lista de temas o preguntas amplias que pretende cubrir a partir de la entrevista; para ello, se hizo uso de una guía de temas o preguntas para garantizar que todas las categorías fuesen abordadas (ver anexo 6).

Para el aseguramiento de este punto, fue planteado un marco de preguntas basado en los componentes teóricos que respaldan los objetivos investigativos; es decir, lo relativo a conceptualización de salud, determinantes estructurales e intermedios de

la salud y finalmente barreras de accesibilidad y utilización de los servicios de salud (ver cuadro 4). Este paso metodológico fue construido con la finalidad de no olvidar ninguno de los componentes teóricos que se deseaban explorar en las historias de vida de los participantes a través de la entrevista.

Este instrumento fue solamente una guía para la investigadora, por lo que no necesariamente el planteamiento de las preguntas fue tal cual se describe; este tuvo variaciones en función del grado de comprensión de la persona; asimismo, surgieron preguntas adicionales durante el proceso de la entrevista, con el objetivo de profundizar y ampliar en ciertos puntos de riqueza para el posterior análisis.

Las entrevistas fueron grabadas en audio con previo consentimiento de la persona participante, posteriormente fueron transcritas literalmente. El anonimato de los participantes se mantuvo a lo largo de la investigación; para ello se hizo uso de un número del 01 al 17 para nombrar a cada participante. Previo al inicio de la grabación fue explicado todo el proceso investigativo y el consentimiento informado a la vez que se les instó a hacer uso de algún seudónimo en caso de ser necesario.

La recolección, manejo y análisis de los datos fue realizado de forma exclusiva por la estudiante investigadora; solamente ella tuvo acceso a los datos recolectados, y en determinados momentos, el comité asesor. Las grabaciones fueron realizadas con teléfono celular de la investigadora y posteriormente trasladadas a un computador de uso personal (exclusivo) de la misma (y fueron eliminadas del teléfono celular). En este dispositivo se contaba con una carpeta de seguridad exclusiva para el manejo de los datos referentes a la investigación; en esta misma carpeta fueron operados todos los documentos de análisis de datos.

Dada la necesidad de hacer uso de un Software específico durante el proceso de codificación de los datos, fue necesario el empleo de computadores de uso común disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; sin embargo, se mantuvo igualmente la seguridad de los datos ya que la investigadora trasladaba, en cada momento de uso, toda la información elaborada a una memoria USB (llave maya)

personal (y exclusiva para esto) y eliminaba del computador toda la información allí manejada, así como posibles respaldos.

Las anotaciones realizadas durante las entrevistas fueron tomadas en papel y posteriormente transcritas a digital y resguardadas en la carpeta mencionada. Los documentos físicos referentes a la investigación, como los consentimientos informados ya firmados, anotaciones y otros documentos de interés de la investigación fueron resguardados en una carpeta física que permanece bajo llave, siendo la investigadora la única con acceso a dicha carpeta. Estos documentos serán resguardados por un período de al menos 2 años desde su recolección y posteriormente serán desechados.

A continuación, se presenta el cuadro 4 que muestra el marco empleado para la formulación de las preguntas del instrumento de recolección de datos que fue la guía de la entrevista; este marco fue planteado según los objetivos específicos y los componentes teóricos correspondientes para cada cual.

Cuadro 4. Marco para la construcción del instrumento de recolección de datos

Objetivo	Categoría	Subcategorías	Preguntas generales
Explorar los significados del cuidado de la salud y el derecho a la atención de salud de las personas en situación de calle.	Percepción de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Lo cultural de salud (ideología, creencias, practicas, valores sociales) • Percepción biologicista • Percepción social 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Para usted ¿Qué significa la salud? ¿Cree que es un derecho? En sus palabras ¿Qué es la salud?
Contextualizar los factores estructurales generadores de exposición diferencial, vulnerabilidad diferencial y consecuencias diferenciales en el curso de vida de las personas en situación de calle.	Determinantes sociales que estructuran las inequidades en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posición socioeconómica diferencial ▪ Educación ▪ Lo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Podría comentarme cómo ha sido su vida desde niño? (¿dónde nació, es migrante, con quienes creció, fue a la escuela?) ○ ¿Cómo era su situación familiar en la infancia y adolescencia? ○ ¿Cuáles trabajos ha realizado a lo largo de su vida? ○ ¿Cómo diría que ha sido su situación económica a lo largo de la vida?
	Determinantes sociales intermedios que exponen diferencialmente a riesgos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias materiales de vida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambiente ▪ Vivienda ▪ Comida y abrigo • Circunstancias psicosociales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lo emocional-afectivo ▪ El estrés • Factores del comportamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos ▪ Conductas ▪ Estilos de vida • Apoyo y cohesión social 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cuáles situaciones de la vida cree que lo llevaron a vivir en la calle? ¿Cómo ha sido vivir en la calle? ¿Cuánto tiempo vivió en calle? ○ ¿Cómo satisfacía sus necesidades en la calle? ¿Cómo conseguía la comida; cómo hacía para asearse? ¿Qué tipo de actividades realizaba estando en calle? ¿Visitaba alguna organización de ayuda? ○ ¿Quiénes han sido y son su mayor apoyo? ○ ¿Usted se considera como una persona enferma? ¿Por qué? ¿En algún momento de su vida ha consumido alguna droga? Actualmente ¿consume alguna droga? ¿Se considera una persona enferma por consumir drogas? (Si es consumidor: ¿qué otra enfermedad padece? ¿diría que la adicción es una enfermedad? Si no es consumidor: ¿padece de alguna enfermedad?) ○ ¿Considera que el vivir en calle le provocó alguna enfermedad?

<p>Describir las circunstancias y representación de significados sobre las barreras de acceso y utilización de los servicios en la atención de salud.</p>	<p>Barreras de accesibilidad a los servicios de salud que generan injusticias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Situación de aseguramiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barreras personales ▪ Barreras económicas ▪ Barreras socioculturales ▪ Barreras de organización 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Usted qué opina del seguro social? ¿Para qué le sirve a usted el seguro? Actualmente ¿Es asegurado? ¿Alguna vez fue asegurado? ¿Ha tenido alguna dificultad para asegurarse? ○ Cuando se ha sentido mal (enfermo) ¿a dónde ha ido? ○ ¿Solo ha utilizado los servicios de salud públicos (de la CCSS)? O alguna vez ¿ha usado servicios de salud privados o de ayuda social como los que dan las ONG's?
	<p>Barreras de utilización de los servicios de salud que limitan oportunidades de atención efectiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptabilidad/Disponibilidad • Contacto usuario-proveedor de servicios de salud • Efectividad subjetiva (trato recibido) • Efectividad objetiva (citas de seguimiento, pruebas diagnósticas, obtención de tratamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cuénteme alguna experiencia (concreta) de alguna vez que haya ido a un EBAIS o clínica (<i>¿Por qué fue (emergencia, cita)? ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Qué paso? ¿Quedaba cerca?</i>) ○ Cuénteme ¿tiene alguna situación (creencias, religión, cultura) que limite el que usted vaya a un centro de salud o el recibir algún tratamiento específico). <i>Por ejemplo, el ser Testigo de Jehová.</i> ○ ¿Cómo se ha sentido cuando ha ido al EBAIS o Clínica? ¿Cómo lo ha tratado el personal (secretaria, enfermera/o, medico)? ¿Cómo se ha sentido con esto? ¿Se ha relacionado con otros pacientes? ¿Cómo ha sido su trato? ○ En general, ¿Podría comentarme como han sido sus experiencias en los centros de salud? Y ¿Cómo se ha sentido con esto? (<i>¿En algún momento siente que lo han tratado diferente según el motivo por el que consulte o por estar en situación de calle?</i>) ○ Cuando ha consultado, ¿ha recibido la atención que esperaba y necesitaba en el momento? ¿Se ha sentido satisfecho? ○ ¿En algún momento ha sido referido de un EBAIS o Clínica a un Hospital? (<i>¿Ha recibido tratamientos? ¿exámenes?</i>)

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de datos

En consonancia con el abordaje y diseño de investigación, así como con los objetivos del estudio, se selecciona como método para el análisis de los datos cualitativos el *análisis de contenido* de Laurence Bardin (2011). Este método de análisis es entendido por la autora, como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que busca la obtención de indicadores, sean estos cualitativos o no, por medio de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes. El objeto del análisis de contenido es el significado que se esconde detrás de las palabras; pretende entonces, la *búsqueda de otras realidades a través de los mensajes*, haciendo uso de la inferencia como estrategia fundamental de interpretación.

Con base es esta referente teórico, es necesario clarificar que el análisis de los datos posee un carácter inductivo; en tanto la investigadora parte de una lectura y relectura intensa de las entrevistas de los participantes para la identificación directa de las unidades de registro y de contexto dentro de las narrativas; y la consecuente determinación de los significados ocultos en ellas; todo esto, bajo el marco sistemático propuesto por Bardin. Según esta autora, son tres las principales fases del análisis de contenido; mismas que fueron seguidas para efectos de la presente investigación.

La primera fase del análisis de contenido es el *Pre-Análisis*. Esta es definida por Bardin (2011) como la propia fase de organización, su objetivo es el de hacer operativas y sistematizar las ideas iniciales, a fin de conducir a un plan de análisis. Según la autora, la lectura fluctuante es la primera actividad de esta fase y consiste en establecer contacto con los documentos. Para ello, en esta investigación fue realizada inicialmente la transcripción textual de cada una de las grabaciones de las entrevistas (17 en total); posteriormente cada una de ella fue sometida a esta lectura fluctuante propuesta; una lectura y relectura intensa le permitieron a la investigadora familiarizarse con los contenidos expresados y detectar posibles indicadores cualitativos, impresiones y pautas que respondían específicamente a uno u otro objetivo de la investigación.

Como parte de esta fase se decide hacer uso de una herramienta tecnológica que facilite el procesamiento y organización de los datos; esta fue el Software ATLAS.ti en su versión 8.4. Este Software permite la organización de la información cualitativa y ofrece múltiples herramientas para “llevar a cabo las tareas asociadas con el análisis cualitativo” (Muñoz-Justicia & Sahagún-Padilla, 2017). El uso del Software fue de gran importancia a lo largo de la primera y segunda etapa de análisis; durante la primera, se creó un “proyecto” dentro del Software en el cual fueron agregados todos los documentos digitalizados con las transcripciones de las entrevistas.

La segunda fase del análisis de contenido es llamada *Exploración del Material*; y consiste en la aplicación sistemática de una serie de procedimientos de codificación, descomposición o enumeración del material de análisis; esta fase contempla una serie de puntos neurálgicos del análisis que determinan su rigor: presencia de un código, frecuencia del código, intensidad del código, orden clasificatorio (primario o secundario) y contingencia (Bardin, 2011).

La operacionalización de estas características en la presente investigación se dio mediante la creación inductiva de una serie de microcódigos dentro de la herramienta tecnológica; son estos los elementos de significado más pequeños. Estos microcódigos contenían las unidades de registro y de contexto propias de las narrativas de cada participante; este proceso de codificación del material dio pie a la conformación de un total de 197 microcódigos brutos que posteriormente serían sometidos a análisis y clasificaciones más exhaustivas, para la determinación del cumplimiento de los requisitos necesarios para el análisis de contenido.

Posterior a esta detallada codificación, se continúa hacia la categorización. Para este proceso y haciendo uso de esta misma herramienta tecnológica, se procede a la agrupación de los microcódigos por medio de la creación de “familias de códigos”; estas familias se constituyeron en subcategorías de asociación semántica. Este procesamiento sistemático facilitó el ordenamiento de la gran cantidad de narrativas en microcódigos de significado y subcategorías que vendría a facilitar el análisis

posterior; de esta fase fueron obtenidos finalmente, 78 microcódigos distribuidos en 11 subcategorías de análisis y 5 grandes categorías.

Por último, la tercera fase del análisis de contenido según Bardin, es la de *Tratamiento de los Resultados*. En esta fase, los resultados brutos obtenidos de la codificación se tratan de manera que sean significativos (“hablantes”) y válidos; en este punto, el analista propone inferencias y avanza en interpretaciones con respecto a los objetivos previstos (Bardin, 2011). Fue justamente esto lo realizado finalmente en el análisis de los resultados de esta investigación.

Los microcódigos y subcategorías sistematizados anteriormente fueron traídos al apartado de análisis a través lo que serán llamados códigos de significado, en el entendido de que estos agrupan una serie de microcódigos que se interrelacionan entre sí para la construcción de lo que sería una frase significativa que, de forma breve, contiene el significado más general que se pretende evidenciar (ver cuadro 5). Por medio de esta tercera fase de análisis la investigadora procuró extraer los significados más puros dentro de las narrativas, haciendo uso de la interpretación y buscando, en todo momento, dar respuesta a los objetivos planteados; conservando las percepciones y las construcciones de significado de cada uno de los entrevistados.

A continuación, se presenta el cuadro 5 el cual muestra la sistematización de las categorías de análisis; cada categoría de análisis posee una serie variable de subcategorías; estas últimas a su vez contienen los códigos construidos a partir de los significados encontrados en las narrativas de los participantes. Esta sistematización permite ordenar de forma gráfica el análisis posterior.

Cuadro 5. Sistematización de las categorías de análisis

Categorías de análisis	Subcategorías	Códigos
Percepción de salud de personas en situación de calle	De la salud biológica a la salud social	Desde lo individual, la medicalización y la atención de la enfermedad
		Salud con visión social
	Salud desde lo racional a lo simbólico/ espiritual	La salud es un derecho de las personas
		Necesitamos un seguro de salud
		La salud es lo más importante
		La salud es cosa de Dios...
Los efectos, los daños a la salud y a la vida de personas en situación de calle	Consecuencias en condiciones de vida y daños a la salud	La vida de la calle: peligros, violencia, la mafia
		La adicción y la calle: un camino hacia el deterioro
El curso de vida: las causas próximas a los problemas de salud de personas en situación de calle	Deterioro de condiciones materiales de vida: ambiente, vivienda, y empleo	El callejeo, la holgazanería... pérdidas y cambios de trabajo
		Los “bunkers”, “las cuarterías”: fuente de peligro y protección...
		Entre quebrantos y pérdidas: los despojos del ambiente de la calle
	Detrimento en lo psicosocial	Sentimientos de culpa, minusvalía, y vergüenza
		Se me “salió de las manos” ... pérdida del control, de la confianza...
	Cohesión social	Nos cuidamos “unos a otros” para sobrevivir la calle...
Apoyo de otros ante las continuas recaídas		
El curso de vida: las causas estructurales de las inequidades en salud en personas en situación de calle	El contexto y jerarquía social generan desigualdad	La pobreza atraviesa sus historias de vida: se reproduce y duele
		Informalidad laboral, trabajo infantil y madres proveedoras... es la característica
	La ocupación y la educación diferencian las condiciones de vida	La educación es diferenciadora de las condiciones de vida
Aproximación a las barreras de acceso y	Barreras de accesibilidad a los servicios de salud que generan injusticias	El seguro de salud: ¿un derecho para todos?
		El “seguro de indigencia” es como pedir caridad
		¿Si no hay seguro hay que pagar...Y no puedo pagar!

utilización de los servicios de salud	Barreras de utilización de los servicios de salud que limitan oportunidades de atención efectiva	Con frecuencia somos rechazados... incluso en los servicios de emergencias
		Cuando el estar asegurado posibilita mi atención y resuelve mis necesidades
		Entre malas y pésimas experiencias: tratos de estigma y discriminación
		Los buenos tratos también se dan en los servicios de salud
		Buscando otras alternativas de atención: ONG's y programas de bien social

Consideraciones éticas

La presente investigación responde a los “Lineamientos del Comité ético científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos, biomédicas y no biomédicas”. En consonancia con dichos lineamientos esta investigación es clasificada como “biomédica observacional”, entendida como una investigación en la que no se realizan intervenciones que sometan al participante a condiciones controladas por el investigador (Universidad de Costa Rica, 2016).

Esta conllevó una serie de revisiones y aprobaciones a lo interno de la Universidad de Costa Rica. Primeramente, fue evaluado por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación (CTFG) de la Escuela de Enfermería la cual aprobó el anteproyecto en la sesión 250-2018 (ver anexo 1). Posteriormente el protocolo fue revisado por el Comité Ético Científico (CEC) el cual igualmente aprobó el desarrollo de esta investigación (ver anexo 2); asimismo evaluó y aprobó el formulario de consentimiento informado que sería empleado en los procesos de entrevista (ver anexos 2 y 3).

Respecto a esto último, la voluntariedad de participación en la investigación fue el primer paso investigativo considerado; como parte previa a la entrevista, se hizo entrega de una copia impresa del consentimiento informado y una vez que la persona fue informada respecto a la finalidad de la investigación y se dio lectura del

consentimiento informado, este accedió a participar por medio de la firma de dicho documento (dos copias, una para el participante y otra para la investigadora). En el consentimiento informado se detallan el propósito de la investigación, el contenido general de las preguntas y los potenciales riesgos y beneficios del proceso.

Tanto el consentimiento informado como todo el proceso investigativo se basan en la aplicación de los principios bioéticos de: respeto de la dignidad de las personas, beneficencia, no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia distributiva; a lo largo de todo el proceso investigativo se asegura el cumplimiento de estos (Universidad de Costa Rica, 2016).

Como bien se describe en los lineamientos brindados por el CEC-UCR en referencia al artículo 9 de la Ley No. 9234, el consentimiento informado es un proceso en el que la persona confirma, de manera voluntaria, su deseo de participar en la investigación biomédica; el objetivo primordial de este es justamente proteger al participante. El consentimiento informado elaborado para esta investigación se encuentra en la sección de anexos (ver anexo 3).

Un aspecto ético de importancia que se debe rescatar, es que la investigadora, se encuentra acreditada por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica y por tanto por el Consejo Nacional de la Investigación en Salud como investigadora observacional e intervencional; esto posterior a obtener la aprobación del curso coordinado por la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica, denominado “Buenas Prácticas de Investigación” (ver anexo 4).

Aunado a esto, la estudiante investigadora, al realizar las entrevistas, tomó en consideración el hacer uso de habilidades interpersonales y de comunicación como las mencionadas por Kelly (2012), establecimiento de una relación empática, de forma que el encuestado se sienta cómodo y seguro, comunicación clara y con un lenguaje apropiado, escucha activa, dirección e intervención a lo largo de la entrevista con intuición y tacto y participación neutral.

Finalmente, se pretende generar un beneficio indirecto para la población en situación de calle mediante ampliación del conocimiento sobre las percepciones de

personas pertenecientes a este grupo social respecto a las causas detrás de las causas del fenómeno de habitabilidad en la calle y el impacto de esta sobre la atención en salud. A través de los resultados de esta investigación se espera generar reflexiones que impacten sobre la política pública del país y favorecer de esta forma la justicia social y equidad en salud para estos grupos socialmente vulnerados.

Como parte del proceso de cierre, se propone realizar una devolución de resultados dirigido a las personas participantes y personal administrativo del centro, con la finalidad de validar los resultados, así como obtener retroalimentación por parte de estos. Para ello se propone hacer uso de la estrategia metodológica llamada grupo focal. Esta estrategia le permite al moderador guiar una discusión en torno a determinada temática, de manera que surgen opiniones simultaneas capaces de generar mucho diálogo (Polit & Beck, 2018).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE CONTENIDO

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio cualitativo desarrollado, cuyo objetivo general es analizar las percepciones y construcciones de significado de los participantes en relación a la influencia de los determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios en la *salud y la atención de la salud*. Este objetivo tiene respuesta en estos resultados que sustentan las narrativas de personas con antecedente de habitabilidad en la calle, cuyas percepciones de aquellas crudas experiencias acumuladas, dan cuenta del *curso de vida* de este grupo social.

En primera instancia se analiza la categoría *SALUD* y se explora la construcción de significados en estos participantes (valores, creencias) en torno a esta cualidad de la vida. Seguidamente, en tres apartados sucesivos se muestran las percepciones en relación con: los efectos y daños a la salud y la vida provocados por la interacción sinérgica de los determinantes estructurales e intermedios; las causas próximas a los problemas de salud que generaron exposición y vulnerabilidad diferencial en las condiciones materiales de vida, lo psico-social y cohesión social de estos habitantes de la calle; así como las causas profundas y estructurales de las inequidades en salud expresadas en la pobreza a lo largo del *curso de vida*. Hasta finalizar con el análisis de la equidad de acceso a los servicios de salud; en este punto se explora la representación de significados de los participantes respecto a las barreras u obstáculos enfrentados en cuanto accesibilidad y/o utilización de los servicios de salud.

Como ha de notarse, este capítulo de resultados toma en consideración los conceptos de *curso de vida* para abordar la equidad en salud desde el marco conceptual de los; este concepto considera el *curso de vida* como el resultado de las interacciones dinámicas entre las exposiciones y los eventos a lo largo de la vida los cuales se encuentran condicionados por mecanismos que integran tanto influencias positivas como negativas; dichas influencias son las responsables de dar forma a las trayectorias de las personas y al desarrollo social de estas (OPS, 2017).

El concepto del *curso de vida* incorpora la influencia de los DSS en los individuos y las poblaciones. Según este enfoque, estos determinantes no solo son capaces de llevar a la enfermedad y a la muerte, sino que son decisivos para construir la salud. De esta forma, la trayectoria, las transiciones, los periodos críticos y los efectos acumulativos a lo largo de la vida contribuyen a moldear la salud de las poblaciones y los grupos sociales.

Como ya fuese descrito en el capítulo de metodología, al material cualitativo obtenido en este estudio le fue aplicada la técnica de “análisis de contenido” bajo las consideraciones teóricas de Laurence Bardin. En línea con esta referente teórico se define un sistema de **categorías** y un conjunto de **códigos** surgidos de los significados identificados en las narrativas de los participantes; estos códigos fueron agrupados en **subcategorías** que se encuentran identificadas a lo largo de los resultados.

Son cinco las grandes categorías de análisis derivadas de este esfuerzo investigativo, las mismas estructuran y organizan la forma en que se presentan los resultados de este capítulo:

1. Percepción de la salud de personas en situación de calle.
2. Los efectos, los daños a la salud y a la vida de personas en situación de calle.
3. El curso de vida: las causas próximas a los problemas de salud de personas en situación de calle.
4. El curso de vida: las causas estructurales de las inequidades en salud en personas en situación de calle.
5. Aproximación a las barreras de acceso y utilización de los servicios de salud.

1. PERCEPCIÓN DE *SALUD* DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Al dar respuesta al objetivo específico de explorar los significados de salud se intenta también evidenciar cuál es la cultura de salud, la percepción de esa *salud* que rige como determinante estructural y cultural a este grupo de habitantes de la calle. Bajo esta primera categoría, se presentan las distintas subjetividades y prácticas sobre *salud*, el cuidado de la salud y el derecho a la atención de salud; es un acercamiento a las construcciones de significado intrínsecas de los participantes que fueron obtenidas a partir del análisis; dando lugar a dos subcategorías que reflejan polaridades en la forma de percibir la *salud* y un conjunto de códigos de significado que reflejan la variedad de percepciones dentro de estas (ver cuadro 6).

Cuadro 6. Subcategorías de análisis y códigos de significado asociados

Subcategorías	Códigos de significado
1.1 De la salud biológica a la salud social	1.1.1 Salud desde lo individual, la medicalización y la atención de la enfermedad
	1.1.2 Salud con visión social
1.2. Salud desde lo racional a lo simbólico/espiritual	1.2.1 La salud es un derecho de las personas
	1.2.2 Necesitamos un seguro de salud
	1.2.3 La salud es lo más importante
	1.2.4 La salud es cosa de Dios...

La salud es una cualidad inherente y fundamental en la vida de todos los seres humanos; es posible analizarla desde múltiples y/o diversos paradigmas, perspectivas o visiones de mundo; se hace uso en este análisis de algunas aproximaciones de la dimensión ontológica de Contandriopoulos (2006) en tanto, parte del entendido de la complejidad inherente al ser humano, pues somos simultáneamente y de manera indisoluble seres biológicos, sociales, emocionales y racionales.

Las narrativas que se presentan para esta categoría exhiben construcciones de significado que apuntan de manera particular hacia uno u otro elemento de la salud.

Hay quienes aluden a la salud desde una perspectiva biologicista que contempla la enfermedad como lo opuesto a la salud, siendo la enfermedad una desregulación de la función biológica; sin embargo, surgen también construcciones de significado que contemplan la salud desde una óptica social, en la que se trasciende de un plano físico/corporal e individual a uno colectivo en el que se contemplan las relaciones de los individuos con sus ambientes físicos y sociales.

Otra polaridad respecto a las percepciones de salud identificadas es aquella en la que se describen tanto aspectos racionales de la salud como aspectos simbólicos/espirituales; en el primer caso destacan como códigos de significado aquellos que describen la salud como un derecho fundamental al igual que el aseguramiento de salud; este último es considerado el medio que les asegura la posibilidad de atender su salud. Por su parte, las percepciones de salud relativas a lo espiritual se orientan hacia la importancia de una figura o ser superior capaz de gestionar la vida, la salud y el bienestar de las personas.

De esta forma, la salud se percibe como un concepto paradójico, complejo y contextual. Queda en evidencia que existen construcciones de significado variadas respecto de lo que salud envuelve; diversas visiones cambiantes de persona a persona exhiben el carácter paradigmático dual de las formas de percibir la *salud*. En esta categoría de análisis se presenta de detalle de estas percepciones particulares por parte de un grupo de personas con antecedente de habitabilidad en la calle.



Figura 2. Percepción de la salud de personas en situación de calle

Fuente: Elaboración propia

1.1 DE LA SALUD BILÓGICA A LA SALUD SOCIAL

El análisis de esta subcategoría transcurre esgrimiendo visiones paradigmáticas de la salud, que van desde su conceptualización bajo una percepción biologicista/ individual/ medicalizada; hasta una de mayor complejidad, que asume la salud como producto social. Esto último, evidencia que la salud es algo más allá que la salud individual y/o aquella relacionada con problemas de enfermedad o médicos; sino que se percibe influenciada por los entorno social, político y económico.

Esta subcategoría contiene dos códigos derivados del análisis que agrupan dichas percepciones duales de la salud: “*salud desde lo individual, la medicalización y la atención de la enfermedad*” y “*salud con visión social*” (ver cuadro 6).

1.1.1 Salud desde lo individual, la medicalización y la atención de la enfermedad

Se capta en las narrativas, el peso mayoritario otorgado a las percepciones que aluden a un discurso biologicista de la salud; un discurso centrado en aspectos físicos y de la corporalidad humana relacionado con la conceptualización tradicional centrada en la enfermedad (salud vs. enfermedad). Esta construcción de salud se relaciona con un daño a corporalidad, en el que se menciona el papel de las adicciones en el detrimento de la salud. Permea las narrativas una visión medicalizada asociada a esto y expresada en la necesidad de acudir a controles o “chequeos” médicos, así como la necesidad de recibir tratamiento farmacológico. Seguidamente, las narrativas:

“el estado físico del cuerpo... O sea, el estado normal de cuerpo... porque el que está enfermo está mal... entonces... defino la salud como el estado bueno del funcionamiento del cuerpo... de todos los órganos de cuerpo humano... eso yo lo defino como la salud.” (P. No.07, 2019).

“la salud; no es tenerla, es conservarla uno. La salud es primordial, es lo que el cuerpo humano necesita. Salud blanca, ¡salud saludable... claro! la salud es tener el cuerpo libre, limpio, puro, fresco, la mente fresca; eso es salud, tener el cuerpo sano...” (P. No.01, 2019).

“Estar bien digamos... Porque si uno no tiene salud, o no se chequea, o no se está constantemente revisando la salud me imagino que diay... se va rápido para el hueco.” (P. No.05, 2019).

“Bueno... para mí, la salud es... cuando uno está enfermo y va donde el doctor, para que ellos lo puedan medicar a uno... para aliviarse un dolor o algo...” (P. No.08, 2019).

¿La salud?... diay... como una vida ordenada, una vida saludable, como con orden... eso es lo que yo pienso como salud. Cuando usted me dice salud yo no me voy a comida... porque yo puedo comer bien, pero si uso drogas... no hay buena salud, o si practico otras cosas... por más que coma bien no hay buena salud.” (P. No.13, 2019).

“La definiría como salud sana y salud perjudicial; salud sana es aquella en la cual uno se ha sabido cuidar, se ha sabido mantener, la parte física, hasta mental, de su cuerpo; la parte mala es lo errores que uno comete muchas veces, como las adicciones, los vicios, destrucción a su propio cuerpo por meterle sustancias diferentes a su propio cuerpo; todo eso afecta la salud negativamente...” (P. No.06, 2019).

“por lo menos siendo responsable con lo que tengo que trabajar... las citas, los tratamientos que me dan... los medicamentos para mejorar la calidad de vida...” (P. No.02, 2019).

1.1.2 Salud con visión social

Se encuentran también, aquellas percepciones de carácter social de la salud en las que esta es entendida bajo un concepto mucho más amplio, que involucra aspectos de relaciones entre los individuos e interrelaciones entre los ambientes físicos y sociales. A continuación, las narrativas:

“Para tener un trabajo tengo que estar bien de salud, sino como voy a ir a buscar trabajo si estoy todo dañado... tengo que estar bien de salud para compartir con las personas que amo, que quiero...” (P. No.06, 2019).

“la salud es la posibilidad de hacer las cosas diarias... porque sin salud... si no tuviera la salud necesaria... para desenvolverme en el día

a día... la verdad es que sería un sufrimiento tremendo...” (P. No.14, 2019).

“para mí la salud depende del entorno en donde uno se crio... de ahí depende todo el enfoque de la salud... para mi verdad...” (P. No.15, 2019).

1.2. SALUD DESDE LO RACIONAL A LO SIMBÓLICO/ ESPIRITUAL

Otro de los binomios presentes al analizar las concepciones de salud desde las perspectivas de estas personas, es lo relacionado a las cuestiones de legitimidad, de derecho y de objetividad, las cuales descansan sobre la capacidad reflexiva del ser humano; así como hasta cuestiones más de carácter subjetivo que sobrevienen de las ideas y creencias de cada cual, de lo que les simboliza o representa algo; este algo vendría a ser principalmente, un ente superior capaz de gestionar las vidas de los individuos.

De esta forma, esta segunda subcategoría contiene cuatro códigos de significado que responden a concepciones de salud tanto de carácter racional como simbólico/ espiritual: *“La salud es lo más importante”*; *“La salud es un derecho de las personas”*; *“Necesitamos un seguro de salud”* y *“La salud es cosa de Dios...”* (ver cuadro 6).

1.2.1 La salud es lo más importante

Desde el plano de las subjetividades, las personas brindan diferentes significaciones e importancia a sus concepciones de salud. La salud es concebida como un bien muypreciado, como lo más importante en la vida del ser humano; un bien que se puede poseer y en un momento dado, perder. La salud “lo es todo”, es “lo primordial” y se encuentra íntimamente relacionado a la sensación de mantenerse y sentirse “bien”, “sano” y “saludable” físicamente. La salud les permite a los individuos la capacidad de desempeñarse activamente en la sociedad, movilizarse, trabajar y

relacionarse con las personas de su entorno; constituyéndose así, la salud, en la base de sus vidas.

Se introducen también, percepciones que contemplan lo emocional y psicológico como componentes clave de la llamada “vida equilibrada”; una vida en la que confluyen estos junto con estilos de vida saludables, entre los que se destacan la buena alimentación y la actividad física.

De esta forma, la salud atraviesa desde planos personales de satisfacción para consigo mismo en todos los sentidos de sus vidas (subjetividades), hasta planos de desarrollo dentro de la sociedad (objetividades); todo lo cual contribuye a construir un sentido de bienestar. Seguidamente las narrativas

“Para mí la salud es lo más importante en un ser humano, pienso... porque diay...es la base de nuestra vida, es parte fundamental de nuestra vida” (P. No.06, 2019).

“La salud es todo verdad... si, la salud para mí lo es todo; porque uno sin salud para que dinero... la salud es lo mejor que puede haber...” (P. No.11, 2019).

“Salud lo es todo, sin salud no somos nada, hasta ahí llegamos...” (P. No.17, 2019).

“la salud; no es tenerla, es conservarla uno. La salud es primordial, es lo que el cuerpo humano necesita. Salud blanca, ¡salud saludable... claro! la salud es tener el cuerpo libre, limpio, puro, fresco, la mente fresca; eso es salud, tener el cuerpo sano...” (P. No.01, 2019).

“La salud es muy importante, para realizarse uno... sentirse bien.” (P. No.09, 2019).

En todo sentido... con la salud uno puede movilizarse, hacer, trabajar y hacer muchas cosas; pero sin salud solo la cama busca uno (risas)... (P. No.09, 2019).

“Para tener un trabajo tengo que estar bien de salud, sino como voy a ir a buscar trabajo si estoy todo dañado... tengo que estar bien de salud para compartir con las personas que amo, que quiero...” (P. No.06, 2019).

“Todo lo que tiene que ver con el bienestar de... digamos... la forma que uno tenga de alimentarse, ejercitarse... todo lo que tiene que ver también con el aspecto mental, psicológico... todo eso, para mí, es la salud...” (P. No.02, 2019).

“al tener una buena salud, tenemos una buena memoria, tenemos un buen equilibrio físico y mental y podemos tener un poco de tranquilidad porque sinceramente un cuerpo con buena salud es un cuerpo que no va a sufrir...” (P. No.12, 2019).

“Yo siento que la salud es una vida bien ordenada, como equilibrada.” (P. No.13, 2019).

1.2.2 La salud es un derecho de las personas

La salud como un derecho humano es una percepción poco común pero presente al fin. La salud es un derecho humano fundamental; es un derecho que no conoce de límites en función de raza, género, etnia, posición socioeconómica. Recordemos que la salud ha sido declarada internacionalmente como un derecho humano fundamental, que le confiere la responsabilidad a los Estados de tutelar este “bien de interés público”.

Se apela, vehementemente, al principio de universalidad del derecho a la salud; esta percepción de salud trasciende a aquella limitada a los planos físicos y de ausencia de enfermedad tan popularizados; adquiere fuerza el rol del Sistema de Salud. Surgen así, esas percepciones asociadas a la salud como derecho humano bajo un marco de justicia social. Seguidamente las narrativas:

*“así a grosso modo digo yo que **la salud es un sistema para brindarle la atención primaria o secundaria, puede ser, a todos los habitantes del país... para mejorar la condición de salud de las personas... eso es lo que me imagino que es la salud.**”* (P. No.04, 2019).

*“Como un derecho... **la salud es un derecho en realidad... y la salud es como vital para cualquier ser humano o ser vivo... pero más que todo pienso que es como un derecho de la persona.** No es que va a tener una salud total verdad... porque de alguna forma uno puede tener algo, como... como... digamos, una gripe, o como alguien que necesita ir... como dicen aquí, a ASEMBIS o a algún lugar de optometría, o cosas así... Pero en sí, **para mí la salud es como un derecho de la persona que debería de tener, ya sea extranjera o nacional.**”* (P. No.10, 2019).

1.2.3 Necesitamos un seguro de salud

Una de las construcciones de significado en torno a la salud se encuentra mediada por la percepción de lo indispensable que resulta el seguro de salud; hay un claro reconocimiento de este como puerta de acceso a los servicios de salud y con ello el acceso a la salud *per se*. Se valora el seguro de salud en función de poder acceder a una serie de recursos asistenciales sin la necesidad de pagar el costo de los servicios y lo que les implicaría si tuviesen que costear por sí mismos todas las intervenciones requeridas. A continuación, las narrativas:

“¿Qué haría yo sin seguro? ¿Cómo hago para tratarme las enfermedades? ¡Dios guarde nos quiten el seguro! ¡Donde vamos a dar!” (P.No.08, 2019).

“sinceramente te digo que el seguro social para mi es una de las cosas, de las entidades, que para mí son muy buenas, porque realmente si no existiera el seguro imagínese las enfermedades y todo eso [...] El seguro es indispensable... (P.No.12, 2019).

“Claro que sí... porque diay... si uno se enferma tiene a donde ir a que lo atiendan; en cambio, yo me puedo enfermar, me estoy muriendo y ¿A dónde voy a ir? Y sin dinero para comprar nada ¿Qué hago? ...” (P.No.09, 2019).

“Claro que es útil... claro que sí... porque digamos, si uno tuviera que pagar el costo de la atención que le dan muchas veces... uno sin empleo o con los problemas que ha tenido uno, no podría cubrirlo.” (P.No.02, 2019).

“Vieras que yo he tenido la suerte que cuando he estado en el hospital, ha sido tan bueno... que si hubiera tenido que pagar eso... estamos hablando de millones vea`... porque estar 2 meses y medio en un hospital, imagínese lo caro que es vea´. Y aparte de eso son problemas crónicos, como el corazón, la tiroides... imagínese usted vea´. Después, ahora que me quebré, hace como 2 años... también, un montón de meses ahí en el hospital, que si me cobraran todo eso... no me alcanzaría la plata para pagar, sino fuera por la cuestión del seguro...” (P.No.17, 2019).

*“De verdad que yo digo que Jehová es grande, porque **me pasó eso cuando todavía me iba a cubrir un seguro, porque la operación fue delicada.**” (P.No.13, 2019).*

1.2.4 La salud es cosa de Dios...

Una visión un tanto predominante de la salud es aquella que proviene de lo simbólico y/o espiritual. Es Dios la figura mediadora en los procesos de salud; es considerada esta como un regalo de su parte. Se le confiere a este ser superior la responsabilidad de gestionar lo relativo a una buena salud y buena calidad de vida. La comunicación constante con ÉL es el canal fundamental para solicitar su ayuda y acceder así a todo aquello que necesitan para mantener, desde la estabilidad mental y física, hasta la funcionalidad en la sociedad. Seguidamente las narrativas:

*“Para mí, **la salud es una cosa que Dios nos regaló para poder tener una estabilidad física y mental, donde todo este en orden y en buen funcionamiento... y podamos tener una calidad de vida buena... o sea, al tener una buena salud, tenemos una buena memoria, tenemos un buen equilibrio físico y mental y podemos tener un poco de tranquilidad.**” (P. No.12, 2019).*

*“Es que... como le dijera... **salud es todo, con salud usted puede trabajar, todo lo puede hacer... todo, todo, todo... y pídale a Dios que tenga salud.**” (P. No.17, 2019).*

*“¿Cómo es el tratamiento? **Buscando de Dios, leyendo la palabra, orándole a él, teniendo terapias con psicólogas con trabajadoras sociales, terapeutas...**” (P. No.03, 2019).*

“Si yo hubiera sido obediente a mis padres y a mi Dios, yo no me hubiera metido en esto de la adicción... Entonces siento que no es una

enfermedad, porque si Jehová hizo a las personas perfectas, el no hizo enfermedades... el que las ha causado hasta el día de hoy es satanás...” (P. No.13, 2019).

2. LOS EFECTOS, LOS DAÑOS A LA SALUD Y A LA VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Esta categoría de análisis presenta una subcategoría titulada “Consecuencias en condiciones de vida y daños a la salud” la cual contiene dos códigos de significado asociados (ver cuadro 7); estos muestran las percepciones de los participantes respecto a las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y de enfermedad adquiridas en la calle como producto de largos procesos de acción sinérgica de los determinantes de posición socio-económica y de condiciones de vida que los mantuvo a lo largo del curso de sus vidas en exclusión social, alta exposición a factores de riesgo y vulnerabilidad social y débiles recursos personales para enfrentar situaciones.

Cuadro 7. Subcategorías de análisis y códigos de significado asociados

Subcategorías	Códigos
2.1 Consecuencias en condiciones de vida y daños a la salud	2.1.1 La vida de la calle: peligros, violencia, la mafia
	2.1.2 La adicción y la calle: un camino hacia el deterioro

2.1 CONSECUENCIAS EN CONDICIONES DE VIDA Y DAÑOS A LA SALUD

Las desigualdades sociales arrastradas y acumuladas a lo largo del *curso de vida* de estas personas inciden en la producción y re-producción de una serie de vulnerabilidades que determinan sus condiciones de vida; el ser personas habitantes de calle y consumidoras (en la mayoría de los casos) son las consecuencias de aquella “combinación tóxica” (en palabras de Benach, Vergara, & Muntaner) de los determinantes sociales, económicos y políticos que les han marcado la vida. A lo largo

del *curso de vida* estos individuos se han enfrentado exposiciones diferenciales que les han llegado a determinar una vida sumida entre peligros y carencias.

Por un lado, la calle agrupa una serie de riesgos particulares en cuanto a lo que vivir en ella implica y significa. Para las personas en situación de calle las condiciones de vida en ella le suman daños a su salud y son capaces de perpetuar el círculo de vulnerabilidades a las que se ven expuestos días con día. Los comportamientos adoptados en el *curso de vida* han sido determinados por los grados de exposición a condiciones acumulativas de privación; situaciones que no se producen por elección propia sino por todo el contexto socioeconómico que les envuelve.

Así entonces, las consecuencias diferenciales para estos grupos sociales son producto de los grados de exposición a condiciones de vida socioeconómicamente precarias; la vulnerabilidad asociada a una extensa exposición a estas condiciones que generó consecuencias que se expresan en efectos y daños a la salud y un mayor detrimento de las condiciones materiales de vida; a la vez que se convierten en inequidades en salud.

Para los participantes, tanto la vida en la calle llena de peligros y violencia como el consumo de sustancias psicoactivas son las consecuencias de dichas exposiciones diferenciales acumulativas en el *curso de vida*; los efectos de ambos fenómenos se comentan en esta subcategoría desde las vivencias y percepciones de los participantes.

Esta subcategoría posee dos códigos de significado titulados “*La vida de la calle: peligros, violencia, la mafia*” y “*La adicción y la calle: un camino hacia el deterioro*”; estos agrupan las percepciones de los participantes de los efectos asociados a una vida de calle y consumo; una vida de miserias, deterioro y daños a la salud.

2.1.1 La vida de la calle: peligros, violencia, la mafia

Se percibe la calle como violenta y peligrosa; en tanto el vivir en ella transcurre entre el convivir con personas peligrosas, bandas y mafiosos. En estos entornos conviven diariamente tanto víctimas como victimarios de diversas actividades antisociales; tanto los unos como los otros se exponen a riesgos potenciales para su salud. Los unos, en su búsqueda por el respeto y la autoridad se sumergen en actividades peligrosas; mientras los otros, sufren como víctimas de este entorno hostil, violento y peligroso. En estos últimos casos, aparece el temor de la noche; se percibe así, la incertidumbre y la inseguridad del tener que dormir y vivir en calle. Seguidamente algunas narrativas:

“La noche es horrible, sea aquí en SJ o en otro lado... Aquí esta toda la mafia, las bandas, los colombianos, los negros, lo haitianos y uno no sabe si le sale un negro en la noche y tal vez son malos...” (P. No.12, 2019).

“ya era respetado por la mafia, ya no le tenía miedo a la mafia... ya ellos me veían como uno más, con respeto, robaba armas... ya vaciaba bodegas grandes... ya no era tan pequeño... o sea, ye era prisionero de ese ámbito, ya estaba en esa nube y ya todos los días soñaba con robar más, con tener más... Cuando me daba cuenta aparecía con joyas o con toda una vitrina de la joyería... en veces me resultaba, en veces no me resultaba y me tenía que agarrar a balazos con la misma gente, porque tal vez habían diferencias o ganas de quitármelo... y yo marcaba mi terreno, imponía respeto.” (P. No.06, 2019).

“me han garroteado, me han pegado... tengo puñaladas, tengo balazos, tengo garroteadas... producto de andar en la calle [...]. Las mismas personas... la misma chusma... por problemas... pleito por droga...” (P. No.08, 2019).

“en la calle se sufre mucho porque mucho frío y en la noche lo pasan tocando y levantando a ver quién es... uno no sabe si al rato le tiran un balazo ... andan viendo a ver que se roban y si usted tiene la botella ahí y llega otro y tal vez porque fuman piedra al borracho lo quieren asaltar y tal vez traen cuchillo o algo... ¿me entiende?” (P. No.12, 2019).

“Entonces dormía poco, porque tenía miedo que un maleante llegara y me pasara algo, aunque ellos me cuidaban... ellos me cuidaban mucho...” (P. No.11, 2019).

2.1.2 La adicción y la calle: un camino hacia el deterioro

Durante la vida en la calle, pareciera que las situaciones de salud no figuraron como prioridad; sin embargo, en la actualidad llegan a reconocer la asociación entre el consumo de drogas y la vida en la calle como predisponentes y causantes de problemas de salud; problemas que estando en calle eran invisibles, ignorados o paliados estratégicamente. El deterioro de su ser físico llega a ser uno de esos resultados finales indeseados. Seguidamente las narrativas:

“es que yo en la calle... yo siempre he dicho que los problemas que uno tiene de salud ya es hasta al final, entonces casi que uno está esperando a morirse verdad... porque si yo tengo gripe me la quito con el alcohol, si yo tengo dolor de cabeza me lo quito con eso, si me daba dolor de muela me lo quitaba con alcohol, o sea, esa era la anestesia. Entonces ya que aquel se va a quedar sin dientes porque los perdió, aquel otro va con un pedazo menos de hígado porque ya perdió el otro, el otro que el corazón ya lo tiene grandísimo de tanto tomar, que tiene problemas renales de tanta cochinidad que le mete al cuerpo, que el cuerpo no aguanta... ¿me entiende? El consumidor o el que es habitante de calle usted siempre lo ve con su salud deteriorada porque

él va donde el médico ya cuando ya se está muriendo, no es así que cada 3 meses” (P. No.12, 2019).

*“Algo me robaba, ya cuando estuve en un cartón algo me robaba, un celular, algo que veía puesto, que me iba a generar plata, **para poder buscar comida... pero igual, no era ni comida... ya estaba tan hundido en la cocaína, que lo que me robaba era para consumir, ya no quería ni pagar para un cuarto, para dormir...**” (P. No.13, 2019).*

*“estaba muy delgadillo, yo llegue a bajar hasta a 45... en esos 3 meses. Comía una vez al día. Una vez... sin mentirle... me compré medio cantones y me duró 2 días para podérmelo comer; porque yo... digamos, me compraba el alcohol, porque yo no podía fumar si no tenía el alcohol, tenía que comprar cigarros... esas cosas digamos y me compraba algo de comer, pero **por la ansiedad de consumir se me quitaban las ganas de comer...** comía como a la fuerza, comía porque me sentía débil... yo me sentía super débil y yo decía: es que no he comido nada; pero no me daba hambre... par mi era riquísimo comprar un helado o yogurt o cosas así, pero no me sustentaba. (P. No.02, 2019).*

“en la calle yo siempre andaba drogado, 24/7... yo no comía, yo no dormía, cuando comía era a la brava, para alimentarme y poder ir a robar... para sentirme fuerte porque ya estaba muy débil...” (P. No.06, 2019).

“ahora en un basurero, todo adicto, sin bañarme, flaquitico... cuando me interné yo pesaba 46 kilos... ayayay mami... era flaco, flaco... no es que ahora sea gordo, pero vieras que cuando no uso drogas me

pongo bien pochotón, porque me gusta hacer ejercicio...” (P. No.13, 2019).

“dejé de fumar hace 5, 6 años, porque me dio un infarto también... o sea, que no es que dejé de fumar por... pero Dios es tan grande que me lo quitó, a mí me dio el infarto porque no había manera de dejar de fumar y le pedí a Dios ayuda y el hombre me mando un infarto vea’ (risas). Todo sucede después de que uno ha consumido. Ahora, si usted me dice del corazón, claro que el cigarro... porque hay gente que le da cáncer de pulmón, pero a mí no me dio cáncer de pulmón, sino que me llegó directo al corazón...” (P. No.17, 2019).

3. EL CURSO DE VIDA: LAS CAUSAS PRÓXIMAS A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

En el análisis de esta tercera categoría, se rescatan los significados y percepciones inmersos en las narrativas de los participantes en torno a los determinantes intermedios de la salud. El análisis de estos determinantes se realiza en función de tres subcategorías: *“Deterioro de condiciones materiales de vida: ambiente, vivienda, y empleo”*; *“Detrimento en lo psicosocial”* y *“cohesión social”*. Cada subcategoría contiene una serie de códigos de significado específicos (ver cuadro 8).

Según el modelo de la OMS (2008), las causas proximales son los determinantes sociales más específicos que afectan la salud de los individuos; son los determinantes sociales intermediarios que producen y reflejan las realidades de vida diferenciadas de las personas en función de la ubicación social del individuo dentro del sistema social al que pertenece.

Este modelo supone que aquellos grupos sociales socioeconómicamente más desventajados viven en circunstancias materiales de vida menos favorables que los que

se encuentran en una posición social superior; los primeros suelen exponerse y adoptar con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud, en comparación con los grupos sociales más privilegiados.

Cuadro 8. Subcategorías de análisis y códigos de significado asociados

Subcategorías	Códigos
3.1 Deterioro de condiciones materiales de vida: ambiente, vivienda, y empleo	3.1.1 El callejeo, la holgazanería... pérdidas y cambios de trabajo
	3.1.2 Los “bunkers”, “las cuarterías”: fuente de peligro y protección...
	3.1.3 Entre quebrantos y pérdidas: los despojos del ambiente de la calle
3.2 Detrimiento en lo psicosocial	3.2.1 Sentimientos de culpa, minusvalía, y vergüenza
	3.2.2 Se me “salió de las manos” ... pérdida del control, de la confianza...
3.3 Cohesión social	3.3.1 Nos cuidamos “unos a otros” para sobrevivir la calle...
	3.3.2 Apoyo de otros ante las continuas recaídas

Los niveles de exposición y vulnerabilidad social son distintos para cada grupo social en función del acceso a recursos materiales y sociales y de los mecanismos de distribución de los determinantes sociales que estratifican, sean estos la ocupación, la educación, género, raza; estos crean la jerarquía social y contemplan la existencia de pobreza y privación en aquellos grupos que ocupan un menor estatus (Castillo, 2016). Así, existen grupos sociales cuyas condiciones de vida no hacen más que predisponerles un círculo de vulnerabilidades que se suman y reproducen entre sí para ensanchar las brechas sociales entre grupos y las vulnerabilidades a las que son sometidos quienes se encuentran en esa parte inferior de la jerarquía social.

La vulnerabilidad social es aquella que resulta de la mayor acumulación de desventajas y riesgos derivados de un conjunto de causas sociales, personales y culturales capaces de generar daños a la salud y dificultades al bienestar y calidad de vida de los grupos. Así, exposiciones y vulnerabilidades distintas en el ámbito social,

económico y sobre la salud entre los distintos grupos sociales genera diferencias en las consecuencias que enfrenta cada uno de estos.

Las narrativas que se presentan para esta categoría exponen las percepciones de los participantes en relación tanto a las condiciones materiales de vida precarias y vulnerabilizadoras, como a factores psicosociales y de cohesión social que los han acompañado a lo largo de sus vidas y les han marcado en los momentos más críticos de esta.

3.1 DETERIORO DE CONDICIONES MATERIALES DE VIDA: AMBIENTE, VIVIENDA, Y EMPLEO

Desde el enfoque de equidad en salud y bajo el marco conceptual de DSS, el entorno, la vivienda, el empleo, así como los medios financieros para acceder a comida, alimentación etc., se agrupan en las llamadas circunstancias materiales de vida. La calidad de estas circunstancias determina el hecho de que sean consideradas recursos para la salud y medios para la contención de riesgos; o, por el contrario, signifiquen exposiciones diferenciales vulnerabilizadoras y factores de riesgo. Esta subcategoría contiene un acercamiento a estos determinantes desde la óptica y experiencias de vida de personas en situación de calle, a través de tres códigos de significado específicos: *“El callejeo, la holgazanería... pérdidas y cambios de trabajo”*; *“Los “bunkers”, “las cuarterías”: fuente de peligro y protección...”*; *“Entre quebrantos y pérdidas: los despojos del ambiente de la calle”* (ver cuadro 8).

3.1.1 El callejeo, la holgazanería... pérdidas y cambios de trabajo

Las narrativas destacan la inestabilidad laboral como la tónica en el curso de sus vidas. Las labores desempeñadas estuvieron marcadas por la inestabilidad e informalidad; pérdida del trabajo y búsqueda de uno nuevo; predominan así, los trabajos ocasionales como medio para el subsistir. La percepción prevalente respecto al desempeño laboral, es de vagancia; se desencadenan ante esto sentimientos de culpabilización y recriminación para consigo mismo.

Se percibe el entorno y relaciones de trabajo como facilitadores del consumo de sustancias psicoactivas; se presenta una “justificación” de consumo en respuesta a un entorno de consumidores; lo “normal” parecía ser consumir y trabajar. Esta relación entre el ámbito laboral y el consumo de drogas les llegó a significar incluso, la pérdida misma del trabajo. Seguidamente las narrativas:

*Entonces trabajo un tiempo con un tío, por ejemplo... **trabajaba 6 meses y me la pelaba o algo, entonces pasaba de vago una semana y me contrataba otro tío; me la pelaba y me contrataba mi papa; me la pelaba y me volvía a contratar el mismo tío... siempre trabajé con ellos.***” (P. No.16, 2019).

*“en construcciones; conseguía **trabajitos ahí** porque yo era muy bueno, entonces cualquiera me daba trabajo, **pero la vagancia era la que me tenía más dominado** ... con mis amigos, los fines de semana... Entonces ahí estuve, **en construcción...** “**ya no te necesitamos**” ... y a **buscar otro trabajo...** y volvía a trabajar y así y así... **hasta que me quedé en la calle.**”* (P. No.09, 2019).

*“yo no culpo a ellos ni a nadie, sino que yo fui el que descuidé... cuando yo pude...yo **tenía todo en mis manos** y **¿Por qué lo perdí? Por la misma vagancia, por la misma estupidez de cometer los errores que uno comete, la droga, el guaro y se deja llevar...** entonces se llevó lo que tenía.”* (P. No.09, 2019).

*“**Todo se agravó cuando empecé a trabajar...** no por el dinero, sino por el ambiente laboral donde yo estaba. Yo ya comencé a verlo **normal...** yo comencé a usar marihuana para trabajar en la bananera... **por ser un trabajo tan duro...** y a mí me decían que la **marihuana ayudaba al trabajo físico, más que el trabajo mío era muy***

pesado... cargaba cajas dentro de un container y yo lo veía que sí...”
(P. No. 14, 2019).

“entonces yo ya desde Nicaragua venía arrastrando lo de la cocaína, como cualquier adicto, me supongo... lo primero que va a buscar es donde comprarla y lamentablemente dentro del trabajo sobra quien le pueda decir... desgraciadamente... pero nunca le dicen dónde está una iglesia, donde esta una biblia... Pero, me fui con un compañero y... fue fácil... facilísimo.” (P. No.04, 2019).

“yo tomaba los fines de semana y trabajaba... Me iba hecho leña al trabajo, tomaba... y ya el lunes sin plata... tal vez no lo había gastado todo, porque tenía que pagar comida, casa... pero el resto que quedaba... mi hermanita... se iba para la tomadera... pero de ahí no me bastó eso y ya a los trabajos ya no les ponía mucha mente ...” (P. No.05, 2019).

“terminé hasta fumando en tubo y yo ya no quería ni trabajar, el vicio te vuelve ocioso, el vicio te vuelve vago... las cosas importantes las dejas a un lado y buscas lo malo... meterte en pandillas, meterte en grupos que fuman...el vicio te pierde...” (P. No.07, 2019).

“Entonces empecé a tener problemas en el trabajo, porque me levantaba indispueto... ya llegaba tarde, a veces llamaba que no podía ir y ya llegué al punto que me llamó el que me había contratado y me dijo: usted como persona, como compañero, 0 quejas; según ellos yo solo tenía problemas con el licor... entonces me despidieron, me dio la liquidación...” (P. No.02, 2019).

3.1.2 Los “bunkers”, “las cuarterías”: fuente de peligro y protección...

Las condiciones económicas de vida de estos individuos se caracterizan por ser limitadas y/o precarias; estuvieron expuestos al hacinamiento, e inseguridad. Fueron las cuarterías y los bunkers un recurso a su alcance que les permitieron satisfacer desde sus necesidades de consumo de drogas hasta de refugio nocturno; sin dejar de lado el reconocimiento del peligro que sitios como los bunkers significan. Las cuarterías, por su parte, llegan a ser consideradas espacios de transición previo al “tocar calle”. A continuación, las narrativas:

“me iba para los bunkers a comprar; los bunkers ¿sabe que es un bunker? Es una casa donde ahí mismo vender y usted puede entrar y sentarse tranquilo a fumar, no hay problema de nada, mientras no haga escándalo de nada... Me iba a meter a los bunkers y a ligarme con más gente así y a hacer loco.” (P. No.13, 2019).

“Cuando tenía plata, vivía... me quedaba en un bunker, cuando no tenía plata me quedaba detrás de un salón comunal que había ahí... Es una casa, es una casa de una persona que es adicta ...” (P. No.02, 2019).

“hay bunker en los que la misma persona vende... estos lugares que venden droga y se consume son como muy... muy peligrosos, son altamente peligrosos, todo el mundo está drogado, todo el mundo está con el deseo de seguir consumiendo, el crack es una sustancia muy fregada en el organismo de uno...” (P. No.02, 2019).

“Mi tata siempre ha vivido ahí, hace 15 años él vive ahí... hace como 8 años comencé a vivir yo ahí... 3 meses me iba por allá, alquilaba en otro lado y volví ahí... pero en esa cuartería ya no me sirve vivir porque ahí yo fumo... y me dejaban fumar los dueños y tenía amañado

el sistema para que nadie se diera cuenta cuando yo fumaba” (P. No.14, 2019).

“No caí en calle, me vine para SJ a una cuartería ... aquí viene la parte más buena (risas)... Sí, porque le voy a contar la parte de consumo ya... arrastrado. Vengo y me consigo una cuartería por medio del periódico, que se alquilan cuartos en SJ a 20 mil por semana, sin comida... un cuarto donde solo cabe la cama, que la cocina y el baño compartidos con un poco de nicaragüenses... cochinos... viera` usted donde me metí! me metí a un lado tan feo que todas las guilas que vivían ahí eran prostitutas... me volví más loco!” (P. No.13, 2019).

3.1.3 Entre quebrantos y pérdidas: los despojos hacia y del ambiente de la calle

Es el camino hacia la habitabilidad en la calle progresivo; una transición caracterizada por el despojamiento material e inmaterial paulatino. Una vez inserta la persona en el medio de calle, desprovista no solo de lo material, sino también del apoyo, vínculos, valores e incluso, su propia dignidad e identidad; suele verse obligada, además, a adaptarse a las nuevas dinámicas de calle y adoptar comportamientos muy particulares.

Para ellos cada día significa incertidumbre y angustia, principalmente a la llegada de la noche; se ven obligados a aprender a vivir en la calle; aprender la sobrevivencia de la calle. Se visualiza una vida entretejida a la luz de la miseria; una vida mísera per se, reflejada en las estrategias para dormir, comer y asearse. Seguidamente las narrativas:

“a mi me gustaba bailar y tomar, yo amanecía en la calle, pero era algo normal y eso se fue graduando... eso se me fue haciendo una bola de nieve” (P. No.12, 2019).

“me acogí a una movilidad laboral... me pagaron y todo eso lo gasté... vendí mis 2 casas, vendí mi moto, quedé en la calle... durmiendo ahí en la zona roja... en un cartón.” (P. No.08, 2019).

“yo me sentía contento, alegre... pero ya en la noche... yo ya me sentía diferente... digo yo: ¿dónde me voy yo acostar?... ya me buscaba una esquinita por ahí, en el mismo Guadalupe o si no me iba al jardín de la iglesia y ahí me quedaba... ahí me cubría con un cartón.” (P. No.01, 2019)

“para comer se come hasta de la basura y yo hasta eso aprendí con ellos... porque diay imagínate... yo irme a un estación de basura y sacar, digamos, de KFC, donde tiran los desechos y meter la mano ahí y comer... mi estomago se acostumbrió a eso...” (P. No.15, 2019).

“andaba todo sucio, anduve como 2 meses sin bañarme y nada de eso... y ya la misma chusma, como dicen aquí, me empezaron a enseñar donde dan comida, donde uno se podía bañar...” (P. No.10, 2019).

“Vieras que... eso me da pena contarlo... pero si... nosotros teníamos por allá un servicio ¿Cómo llamarlo?... la cosa es que nosotros teníamos un lote baldío, era el lote donde nosotros íbamos a hacer las necesidades.” (P. No.07, 2019).

3.2. DETRIMENTO EN LO PSICOSOCIAL

Lo psicosocial considera todo lo relativo al afrontamiento, a la expresión de sensaciones y sentimientos. El *curso de vida* de los individuos los ha llevado a experimentar situaciones diversas y complejas que los han expuesto a eventos

estresantes, amenazantes o atemorizantes, los cuales han sido capaces de incidir directamente sobre su capacidad de manejo y afrontamiento de las situaciones.

Así como diferentes grupos sociales están expuestos en diferentes grados a experiencias y sensaciones de la vida, las respuestas ante dichas situaciones son también diferentes. Desde la teoría, se reconocen los grupos sociales más desfavorecidos como los más afectados por el estrés psicosocial asociado a la exclusión social, falta de autoestima y discriminación de la sociedad que les rodea.

El análisis de los psicosocial como determinante intermedio de la salud se presenta como la segunda subcategoría para esta categoría de análisis y posee dos códigos de significado asociados, emergentes de las narrativas de los participantes: *“Sentimientos de culpa, minusvalía, y vergüenza a lo largo del proceso”*; *“Se me salió de las manos” ... pérdida del control, de la confianza...*” (ver cuadro 8).

3.2.1 Sentimientos de culpa, minusvalía, y vergüenza a lo largo del proceso

Las narrativas llegan a mostrar también, lo más profundo del ser. Prevalece en los discursos un fuerte componente emocional asociado a todas las pérdidas implicadas a lo largo del proceso hacia la habitabilidad en la calle; sin importar si las pérdidas a las que hacen alusión son de carácter material o inmaterial, el discurso es el mismo. Aparece la culpa; culpa hacia sí mismos o hacia entes externos; en estos escenarios figura una postura de victimización y de culpabilización hacia el otro.

Median también sentimientos de dolor, vacío emocional, anhelo, minusvalía y conmiseración. Permea una percepción de la calle como transformadora de su carácter, de su identidad, de su “ser”. Un ser que se mira a sí mismo de manera avergonzada; un ser que acepta la estigmatización social y/o familiar recibida; un ser que asume, con vergüenza, la pérdida de su dignidad a partir de su situación de habitabilidad en la calle. Seguidamente las narrativas:

“Yo fui el responsable... yo me dejé llevar por la droga...” (P. No.14, 2019).

“O sea, yo tengo un trastorno psicológico que yo aún a mi hermano no lo perdono... yo siento como que hay una factura pendiente entre el y yo porque ¿por qué me destruyó la vida?” (P. No.06, 2019).

“o sea, yo como que tenía tanto... lo que me había hecho la ex, la familia que me había dejado... porque para mí, todo el mundo me había hecho el daño... Entonces, yo era tanto el odio... que hasta conmigo mismo ... (P. No.02, 2019).

“en mi corazón, anhelo todavía mi hogar, anhelo mis hijos, anhelo una comida con ellos, anhelo hablar y darles un consejo, anhelo vivir en paz... irme, tener mi casa, vivir tranquilo... yo sé que todos ellos son mis amigos y mis hermanos, pero... todo aquello que yo perdí yo lo anhelo” (P. No.12, 2019).

“Como 2 años comí de la basura, día con día. Y te soy sincero, a veces lloraba en el basurero, veía la luna... decía yo: perdí mi casa, perdí mi mamá, estuve juntado, trabajaba, era un buen muchacho, que me recomendaban las empresas por mis títulos y ahora en un basurero, todo adicto, sin bañarme, flaquitico... cuando me interné yo pesaba 46 kilos... ayayay mami... era flaco, flaco.” (P. No.13, 2019).

“Soy sincero, fue como para sentir que no valía nada... aquel hombre lindo, aquel hombre respetuoso, aquel hombre trabajador, aquel hombre que la mamá le enseñó principios, ya no existía”. (P. No.02, 2019).

“el vicio te pierde y lo que mas pierde uno como humano es la dignidad, pierde uno la identidad... dejas de ser tú, te vuelves otra

persona, te vuelves un monstruo ... la familia empieza a desconfiar de ti y la gente, la sociedad empieza a apartarte, a hacerte a un lado ...” (P. No.07, 2019).

“en el día no salía por lo mismo, porque como yo había sido parte de la sociedad, me levantaba, me bañaba... y al verme yo en esa situación... a mi me chocaba el día...” (P. No.02, 2019).

“dormí en cartón, pero no a la vista de la gente ... como los que se tiran así en la acera, a la vista de la gente... no. Y no dormía nunca en SJ, mi adicción fue aquí en SJ, pero siempre para dormir me iba para los lados de San Pedro... buscaba un techo, un basurero... hasta con tapa lo buscaba...” (P. No.13, 2019).

3.2.2 Se me “salió de las manos” ... pérdida del control, de la confianza...

Las narrativas respaldan una de las percepciones más generalizadas a lo largo de los discursos y esta es la asociada a una “pérdida del control”; una pérdida del dominio sobre sus vidas, sobre sus decisiones. Se percibe la adicción a drogas como el responsable de esta pérdida; fue la droga capaz de transformar sus vidas. Median sentimientos de autoculpabilización en relación a su incapacidad de controlar el consumo y con ello mantener el ritmo habitual de sus vidas. Les significó esto consecuencias importantes en sus vidas; significó desde la pérdida del trabajo, la familia y el hogar, hasta la propia apariencia física y la confianza misma; predomina en todos los escenarios, el dolor emocional. A continuación, algunas narrativas:

“Me jalé un montón de tortas... un montón de tortas más... porque yo ya no controlaba el vicio... era un títere del vicio... o sea, el vicio me hacía como le daba la gana.” (P. No.07, 2019).

“yo iba a trabajar y me drogaba... hasta que llegó un tiempo que no podía manejar eso... que se me salió de las manos.” (P. No.08, 2019).

“ya yo vi que se me salió de las manos; yo ya... ya tuve que tirarme a la calle... ya me volví dañino, me llevaba todo lo de mi casa, primero vendí todo lo mío, la ropa, la grabadora.” (P. No.11, 2019).

“¿Cuál era mi hobby? Fumar... y duré como 10 años con esa disciplina, siendo un adicto, pero no quería todos los días; solo los días libres, para dejar el trabajo tranquilo y ser más estable... pero llegó un día que se me salió de las manos... que fue el año antepasado, que duré 1 mes durmiendo en el polideportivo de Aranjuez.” (P. No.14, 2019).

“decía yo: perdí mi casa, perdí mi mamá, estuve juntado, trabajaba, era un buen muchacho, que me recomendaban las empresas por mis títulos y ahora en un basurero, todo adicto, sin bañarme, flaquitico... cuando me interné yo pesaba 46 kilos... ayayay mami... era flaco, flaco...” (P. No.13, 2019).

“De hecho, ya nadie confía en mí, yo no confío en mi muchas veces... Es doloroso... son muchas cosas, no crea...” (P. No.02, 2019).

3.3 COHESIÓN SOCIAL

Las relaciones sociales influyen sobre la salud de los individuos a través de los mecanismos de apoyo que estas proporcionan. Las relaciones entre los individuos, grupos, redes e instituciones interactúan a lo largo del *curso de vida* de los individuos y son claves en el desarrollo de estrategias de favorezcan la equidad. Esta subcategoría en particular, contiene dos códigos de significado que plasman la percepción de los

participantes respecto a “cohesión social”: “Nos cuidamos “unos a otros” para sobrevivir la calle...”; “Apoyo de otros ante las continuas recaídas” (ver cuadro 8).

3.3.1 Nos cuidamos “unos a otros” para sobrevivir la calle...

En medio de un entorno fundamentalmente violento, las prácticas de cuidado de los unos para con los otros son muy bien valoradas. Es percibido un sentido de protección, en función del ser acogido por un grupo; un grupo de iguales que se cuidan y apoyan entre sí. De esta forma, el apoyo se hace también presente en estos entornos de precariedad; entornos en el que darle al otro un tanto de lo poco que tengo, no es más que un acto de amor. Aún en estos espacios, es posible el surgimiento de lazos de amistad bajo elementos de co-protección y compañía; prevalecen actos de solidaridad y empatía para con el otro quien se encuentra en la misma situación. Seguidamente las narrativas:

“Los primeros meses, como te digo... fue la sobrevivencia... es muy duro, pero de alguna manera se hace... empecé a hacer amistades en la calle” (P. No.07, 2019).

“allá yo tenía mi gente, entonces nos cuidábamos los unos a los otros... nosotros teníamos el grupo, el grupo que consumía andaba junto y nos cuidábamos.” (P. No.09, 2019).

“ellos me cuidaban mucho... eso sí, siempre tuve el apoyo de ellos... el grupo con el que yo me quedé me cuidaba mucho...” (P. No.15, 2019).

“y tal vez alguien que estaba en la calle, sacaba un pedazo de pan del maletín y era “mae ¿tiene hambre? ¿ya comió? Mae aquí tengo comida” y sacaba aquel pan verdicítico... (risas) pero yo veía el gesto, el corazón de aquella persona... está en calle, no tiene ni donde

dormir, huele feo... bueno... muchas cosas y el amor hacia alguien igual que él es... increíble.” (P. No.13, 2019).

3.3.2 Apoyo de otros ante las continuas recaídas

Así como el camino hacia la habitabilidad en la calle va transcurriendo de manera progresiva, el camino de la “vuelta atrás” es también un proceso largo y complejo; un proceso en el que las recaídas se presentan una tras otra. En cada uno de estos episodios es percibido el temor; un temor vinculado directamente a fracasar nuevamente con su intento de levantarse de la calle y no volver a ella. Junto con el reconocimiento de este temor, surge entonces la necesidad de contar con apoyo durante estos procesos; es así como el contar personas significativas y recursos al alcance es de vital importancia.

La pareja, la familia, los amigos, los recursos institucionales y Dios/Jehová son mencionados incansablemente como recursos a los cuales aferrarse en el proceso hacia el levantarse de la calle. Las organizaciones no gubernamentales, por medio de los centros de internamiento son las que median directamente en ese proceso; se perciben como un recurso que brinda apoyo desde lo material (techo, cama, alimentación y abrigo) y lo emocional/espiritual, hasta lo informativo e instrumental (en el proceso de aseguramiento, por ejemplo). El agradecimiento para con estas organizaciones es extensivo; las narrativas evidencian la significancia de estos sitios durante una de las etapas más críticas de sus vidas. Seguidamente las narrativas:

“Recaía... Abandonaba y recaía... toda una vida... recaídas y recaídas ...” (P. No.11, 2019).

“y ahora tengo una pareja, tengo 8 meses con ella, me ha ayudado mucho en este tiempo; por eso también, no esperé a quedarme en la calle, tenía miedo con esa recaída que tuve hace 15 días y mejor decidí buscar ayuda, antes de que de nuevo vuelva a perder todo ...” (P. No.16, 2019).

*“mi hermano siempre me aconsejaba, pero cuando me veía muy mal, más bien le daba colera y me trataba super mal... pero él me quería y dentro de eso, era un sentimiento como bonito... él me dijo **“intérnese, yo le voy a ayudar”** (P. No.02, 2019).*

“Muchas veces intenté levantarme de la calle, pero vieras que difícil... que difícil levantarse sin un dispositivo como este, un techo como este... o sea, es imposible. Yo una vez lo intenté hacer, me metí a trabajar a una construcción, me levantaba de un cartón a una construcción y nombres... lo que duré fueron 3 días... me pagaron esos 3 días y no volví más” (P. No.07, 2019).

“Llegó un momento a los 32 años, en un basurero; yo le digo a Jehová que si de verdad el me escucha y me perdona que me ayude a salir de ahí, porque no puedo más... le digo que no puedo... Y hasta el día de hoy, yo guardo algo por dentro, que yo a veces le digo a Jehová: si usted no me da fuerzas, yo no puedo salir.” (P. No.13, 2019).

“eso fue porque Dios me ayudó. Estoy hablando mucho de Dios vea’... (risas) Es que definitivamente es el ser que le puede a uno ayudar y el hombre con fe... y sí se puede salir.” (P. No.17, 2019).

“Le agradecí tanto a Marvin... yo lloré... les agradecí todo, todo... y por eso volví ahora, después de 3 años; nada más estoy aquí ahora para agradecer lo que ellos han hecho por mí; yo dejé 1 año de mis estudios y me vine nada más para acá para agradecerles a ellos lo que ellos hicieron por mí... uno tiene que ser agradecido en la vida. Uno puede tener casa, puede tener estudios, puede tener trabajo, pero si tu no compartes con los demás... no tienes nada; y si no sos agradecido,

no tienes nada... yo lo aprendí mucho de la calle, eso... por eso yo amo a este centro... amo a estas personas...” (P. No.10, 2019).

4. EL CURSO DE VIDA: LAS CAUSAS ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

El análisis de contenido para esta categoría se realiza en función de dos subcategorías: “El contexto y jerarquía social generan desigualdad” y “La ocupación y la educación diferencian las condiciones de vida” (ver cuadro 9); estas reúnen las narrativas cuyos significados y percepciones caracterizan los determinantes contextuales y estructurales que han afectado el *curso de vida* de estos individuos.

Cuadro 9. Subcategorías de análisis y códigos de significado asociados

Subcategorías	Códigos
4.1. El contexto y jerarquía social generan desigualdad	4.1.1 La pobreza atraviesa sus historias de vida: se reproduce y duele
4.2. La ocupación y la educación diferencian las condiciones de vida	4.2.1 Informalidad laboral, trabajo infantil y madres proveedoras... es la característica
	4.2.2 La educación es diferenciadora de las condiciones de vida

Los determinantes estructurales de las inequidades en salud son de dos tipos: el Contexto sociopolítico y la Posición socioeconómica. Respecto al contexto específico para la población habitante de calle se tiene, como ya fuese desarrollado en el apartado “Marco Político”, la *Política Nacional de Atención Integral para personas en situación de abandono y en situación de calle* publicada en el 2016 la cual pretende responder a las necesidades particulares de la población a través de acciones intersectoriales; sin embargo, ante su reciente publicación hay ausencia, hasta el momento, de estudios que evidencien los resultados de los indicadores puestos en marcha a través de ella; sin embargo, sí es preciso detonar la existencia de este marco

que cobija el accionar de las instituciones que buscan el mejoramiento de la calidad de vida de estos grupos.

Por su parte, los determinantes sociales de posición socioeconómica dan origen a la jerarquía social y son los productores dinámicos y sinérgicos de las desigualdades sociales que, siendo injustas y evitables, se estructuran como las inequidades en salud.

Según las narrativas correspondientes a esta categoría de causas profundas o estructurales, los determinantes sociales que con mayor peso estratificaron socialmente a este grupo de personas posiblemente desde edades muy tempranas de sus vidas, fueron la ocupación de sus padres en tanto trabajo informal y ocupaciones poco calificadas; o las propias como el trabajo infantil; además de la limitada educación. Como se notará en los contenidos expresados, fueron estos los mecanismos que configuraron la falta de oportunidades en la vida, la dificultad de acceso a los recursos materiales y sociales y la pobreza que atraviesa el curso de sus vidas.



Figura 3. Causas estructurales de las inequidades en salud en personas en situación de calle

Fuente: Elaboración propia

4.1. EL CONTEXTO Y JERARQUÍA SOCIAL GENERAN DESIGUALDAD

El modelo social de la salud, desde los DSS, reconoce que no es lo mismo nacer crecer y desarrollarse siendo parte de distintos grupos sociales según sus posiciones en la jerarquía social. En el entendido de esta premisa esta subcategoría contiene las particularidades y riqueza de las narrativas de los participantes a través del código titulado “*La pobreza atraviesa sus historias de vida: se reproduce y duele*”, en el que las percepciones captadas hablarán de las causas más profundas de las inequidades en salud desde la perspectiva de quienes las vivieron en carne propia en el curso de sus vidas.

4.1.1 La pobreza atraviesa sus historias de vida: se reproduce y duele

Permea el discurso de los participantes la fuerte presencia de la palabra “pobre”, al describir los entornos en los que crecieron. Según las aportaciones de Wilkinson & Marmot (2000), se tiene que la pobreza de los padres de familia predispone una cadena de riesgos sociales para los infantes del hogar; esto suele asociarse a una menor disposición para el estudio, pocos logros escolares y consecuencias importantes en la vida adulta, como lo son un mayor riesgo de desempleo, marginalidad social percibida, trabajos de bajo nivel social y poca responsabilidad en la edad adulta.

En las narrativas la palabra *pobre* se repite incesantemente. Se refieren a ella al mencionar los contextos y los entornos socioeconómicos en los que crecieron. Apuntan con énfasis los lugares, territorios o barrios en lo que les tocó vivir; barrios como los del sur y oeste de San José, entre ellos Pavas, Barrio Villa Esperanza; Desamparados, Barrio Cristo Rey, así como otros entornos urbanos. Todos ellos, espacios poblacionales caracterizados históricamente por sus grandes necesidades sociales y real precariedad. Se asocia esto a vivencias personales y familiares llenas de sufrimiento y dolor, en especial para las madres jefas de hogar, como se nota en los siguientes relatos. Seguidamente las narrativas:

“pequeños como todo el mundo en aquel tiempo, la gente era muy pobre, nosotros vivimos... pero fue un gran hogar, mi padre, 4 hermanos y 1 hermana, papá y mamá... ¿Cómo fuimos? Diay... el tiempo de antes era, o trabaja o estudia, así que eso es lo que hicieron, porque como era una familia grande nos pusimos a trabajar la mayoría de mis hermanos. En la escuela estuvimos... yo estuve en la Escuela Nicaragua, porque yo nací en Barrio Cristo Rey...” (P. No.17, 2019).

“Mi papá era vendedor de lotería en ese tiempo, pero no estábamos muy bien.... crecí en un barrio muy marginado, pobre.” (P. No.06, 2019).

“soy nativo de SJ, de Pavas, Villa Esperanza, ahí empecé mi vida, ahí nací, ahí crecí; fui a la escuela, cursé primaria, la terminé; era un barrio pobre; con el apoyo de mis padres, mi papá y mi mamá y 3 hermanos más. Crecí y ahí me desarrollé como un niño normal, clase pobre verdad...” (P. No.06, 2019).

“Sufrimos muchas necesidades... mucha pobreza... porque mi papá ya empezó a apartarse del núcleo familiar, mi madre.... Yo pasé muchas necesidades, yo la veía llorar... ella pasó mucho sufrimiento porque mi papá por sus borracheras... que el pago de la casa, el alquiler, el agua, de la luz, de la comida, en veces llegaba a dejarnos comida...” (P. No.03, 2019).

“Comenzamos a realizar nuestra vida verdad... a crecer... bajo la pobreza... estudiando, ya por lo menos saqué la primaria, con ella, hasta donde nos dio el alcance y ya después tuve que cubrir mis estudios... trabajaba y estudiaba.” (P. No.15, 2019).

“Mi infancia fue muy, muy pobre... nosotros éramos muy pobres. Mi mamá sufría mucho, igual que yo... porque ella... el hombre que tenía era muy borracho y todo lo que ganaba, todo se lo tomaba... a nosotros nos dejaba muertos de hambre igual como mi papá... ella buscaba, la pobrecita, que darnos de comer.” (P. No.09, 2019).

4.2. LA OCUPACIÓN Y LA EDUCACIÓN DIFERENCIAN LAS CONDICIONES DE VIDA

La educación y la ocupación se constituyen en fuertes indicadores de la posición socioeconómica. La educación por su parte es capaz de reflejar los recursos materiales, intelectuales y otros de la familia de origen; comienza desde edades tempranas y se ve influido por las posibilidades de acceso diferenciadas para cada grupo social; a su vez que se constituye en una herramienta importante de acceso al ambiente laboral formal. Las condiciones materiales de vida se encuentran determinadas fuertemente por estos determinantes estructurales de las inequidades en salud.

Así, esta segunda subcategoría contiene dos códigos de significado que exponen la perspectiva de los participantes respecto al papel de la educación y la ocupación como determinantes clave tanto de la posición socioeconómica como de la capacidad adquisitiva de recursos materiales; estos códigos se han titulado: *“Informalidad laboral, trabajo infantil y madres proveedoras... es la característica”* y *“La educación como diferenciadora de condiciones de vida”* (ver cuadro 9).

4.2.1 Informalidad laboral, trabajo infantil y madres proveedoras... es la característica

Las narrativas buscan dar un panorama global sobre cómo la informalidad se da en el curso de sus vidas. Este enfoque de *curso de vida* permite analizar la manera en la que impactan las trayectorias laborales desde sus orígenes sociales; también permite reflejar las desigualdades sociales; a la vez que muestra cómo la informalidad

coincide con la exclusión, la pobreza y el trabajo infantil; estas son parte del producto de la economía informal.

Dentro de estos entornos, se percibe como “*natural*” o “*normal*” la necesidad de ponerse a trabajar desde edades tempranas y sin ningún tipo de derechos o condiciones dignas de empleo. Las dificultades en términos económicos para estas familias empobrecidas les conllevaron a los participantes necesidad de *trabajar para ayudar* en el hogar. Hogares caracterizados por la presencia femenina como jefa de hogar; madres abandonadas por sus parejas que debían ahora asumir el cuidado económico del hogar. El desarrollo de labores de carácter informal fue también una estrategia adoptada por los menores para costear su propia educación. Seguidamente algunas narrativas:

“Mi papá era vendedor de lotería en ese tiempo, pero no estábamos muy bien. Sí teníamos una casita propia, con un beneficio la obtuvieron creo... mi mamá era empleada doméstica, nos tocó luchar mucho la vida, a ellos más que todo; estudié hasta la primaria completa y después de ahí decidí empezar a trabajar; crecí en un barrio muy marginado, pobre.” (P. No.06, 2019).

“ella trabajaba de doméstica, lavaba, planchaba en casas; pero de repente, de casualidades, no era un trabajo fijo que ella tenía...” (P. No.09, 2019).

“Ya trabajaba en trabajos ocasionales... Trabajaba con unas personas que trabajan con lo que es verdulería y todo eso, que se dedican a traer verduras a Senada, Senada queda aquí, en Barrial de Heredia; entonces yo trabajaba ahí con ellos... venía acá a traer verduras con ellos y en Esparza a descargar y a acomodar y eso... trabajos ocasionales.” (P. No.03, 2019).

“mi niñez no fue tal vez muy bonita, porque yo a los 16 años empecé a trabajar para ayudarles a mis abuelos, que eran mis papás en ese momento, porque yo no fui reconocido por mi papá, siendo un militar... y mi mamá se dedicó mucho a trabajar, casi no se mantenía con nosotros, quien nos crió fueron nuestros abuelos... entonces me tocó una niñez muy dura porque no tuve ni la oportunidad de jugar con carritos o cositas así, como un niño... me dediqué prácticamente a ayudarles a ellos” (P. No.04, 2019).

“iba a Honduras, a... a hacer cambios de veneno, a vender telas a hacer cosas... solo con el hecho de los venenos o cosas así... o iba a comprar mercadería al lado de Honduras y las traíamos a vender... o vendía tomates en el mercado... comerciaba con mi mamá, le ayudaba.” (P. No.05, 2019).

“Entonces yo le trabajaba a una ferretería que se llamaba La Mano, entonces... yo trabajé, el patrón mío me tuvo confianza entonces yo le comencé a trabajar a los 14 años... entonces desde los 14 hasta los 25 años yo estoy trabajando ahí en esa ferretera; entonces de ahí pagué mis estudios... de ahí le ayudo yo a mi mamá, a mis hermanas...” (P. No.10, 2019).

“Comenzamos a realizar nuestra vida verdad... a crecer... bajo la pobreza... estudiando, ya por lo menos saqué la primaria, con ella, hasta donde nos dio el alcance y ya después tuve que cubrir mis estudios... trabajaba y estudiaba.” (P. No.15, 2019).

“yo me salí del estudio... entonces empecé a levantarme a las 4 de la mañana, ya empezaba en las madrugadas a trabajar... a ganarme la plata para ayudar a mi familia.” (P. No.03, 2019).

4.2.2 La educación como diferenciadora de condiciones de vida

Es la educación un determinante social estructural clave en la generación de exposiciones diferenciadas en las condiciones de vida de los individuos. En el modelo de los DSS, la educación actúa y es un factor estructurante de la posición socioeconómica, que impacta y crea exposiciones diferenciadas en los grupos sociales.

En el caso del grupo social estudiado, es decir, los habitantes de calle como grupo socialmente excluido, parece conformarse una percepción de *naturalidad* y *normalidad* en las narraciones respecto a las pocas oportunidades de acceso a la educación formal superior; figura la deserción escolar como el efecto final de la expulsión realizada por el sistema social ante la inminente necesidad de los individuos de contribuir a la subsistencia del grupo familiar y/o personal mediante la ejecución de labores informales. Seguidamente las narrativas:

“Después de ahí... no pude seguir estudiando porque ya para mí era muy cansado; más bien no sé cómo hice para resistir tanto... fueron 3 años de una lucha intensa... trabajando de día y sabiendo que en la noche tenía que llegar rápido a alistarme porque estaba a las 6 y salía a las 10... y a las 10 llegaba en carreras, a acostarme y saber que a las 4 de la mañana tenía que estar otra vez en pie...” (P. No.03, 2019).

“cuando cumplí 12 empecé a crecer, mis papás se fueron para Siquirres y me tocó irme y de ahí... mi papá no me dejó estudiar porque tenía que trabajar, tenía unos poolles, unos villares, maquinas, pulpería, casa de alquiler, entonces tenía que trabajar, no me quedaba tiempo para estudiar; porque el colegio de Siquirres... yo no vivía en el centro entonces el bus pasaba a las 5 de la mañana y regresaba a las

6 de la tarde, entonces como a medio año de séptimo me sacó para trabajar... ” (P. No.16, 2019).

5. APROXIMACIÓN A LAS BARRERAS DE ACCESIBILIDAD Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El análisis de las barreras en la atención de salud se realiza bajo dos subcategorías: “Barreras de accesibilidad a los servicios de salud que generan injusticias” y “Barreras de utilización de los servicios de salud que limitan oportunidades de atención efectiva”. Cada una de estas contiene un conjunto de códigos de significado que agrupan las narrativas que dan cuenta de las percepciones de personas en situación de calle acerca de las barreras por superar en sus intentos de acercamiento y/o contacto con los servicios de salud (ver cuadro 10). Por medio de estas subcategorías y códigos es posible responder al tercer y último objetivo específico de la investigación, siendo este el relacionado a la descripción de las percepciones y significados de este grupo social en relación con las barreras de acceso y utilización a los servicios de salud.

Cuadro 10. Subcategorías de análisis y códigos de significado asociados

Subcategorías	Códigos
5.1. Barreras de accesibilidad a los servicios de salud que generan injusticias	5.1.1 El seguro de salud: ¿un derecho para todos?
	5.1.2 El “seguro de indigencia” es como pedir caridad
	5.1.3 ¡Si no hay seguro hay que pagar...Y no puedo pagar!
5.2. Barreras de utilización de los servicios de salud que limitan oportunidades de atención efectiva	5.2.1 Con frecuencia somos rechazados... incluso en los servicios de emergencias
	5.2.2 Cuando el estar asegurado posibilita mi atención y resuelve mis necesidades
	5.2.3 Entre malas y pésimas experiencias: tratos de estigma y discriminación
	5.2.4 Los buenos tratos también se dan en los servicios de salud
	5.2.5 Buscando otras alternativas de atención: ONG`s y programas de bien social

Todos los determinantes intermedios de la salud, incluido el propio sistema de salud constituyen potenciales desencadenantes de inequidades en salud, esto a partir principalmente de los elementos de accesibilidad y utilización de los servicios de salud, pues la estratificación social es también capaz de crear disparidades en estos términos. En el entendido de procesos de estratificación social, es responsabilidad del sistema de salud considerar las vulnerabilidades y exposiciones al riesgo diferenciales de los grupos sociales con la finalidad de brindar atenciones en salud equitativas e incidir sobre el mejoramiento de la calidad de vida de todos los grupos.

Se reconoce entonces la existencia de barreras tanto de accesibilidad como de utilización en los servicios de salud como una realidad en las sociedades que requiere de intervenciones intersectoriales. En este caso, las narrativas aquí presentadas exhiben los significados asociados a dichas barreras desde la óptica de personas con antecedente de habitabilidad en la calle quienes se han enfrentado a estas.

5.1. BARRERAS DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE GENERAN INJUSTICIAS

El acceso a los servicios de salud es reconocido por numerosos autores como un derecho y como una oportunidad que poseen las personas de acercarse a un servicio, proveedor de salud o institución de salud. Dicho acceso contempla la posibilidad de las personas de satisfacer sus necesidades a partir de dicho acercamiento; sin embargo, este puede verse mediado por una serie de barreras que vienen dificultar la obtención de los servicios.

Las barreras o dificultades en el acceso a la atención de salud pueden ser de orden personal, geográfico, económico, sociocultural, de organización o género. En las narrativas presentadas bajo esta subcategoría, se observa que son las barreras de tipo económico los principales muros u obstáculos identificados a través de los relatos de los participantes como barreras de accesibilidad a los servicios de salud y esto se relaciona con los precios cobrados por los proveedores de servicios de salud, dígame

públicos y/o privados frente a la posibilidad/imposibilidad de las personas de asumir dichos costos.

A pesar de que nuestro sistema público de salud es de cobertura universal con base a ciertos principios, entre ellos el de solidaridad social; no son pocos los participantes que relatan haberse enfrentado a muchas barreras ante la ausencia de un seguro de salud que les dé cobertura y derecho a la atención de salud. El aseguramiento es un requisito fundamental del sistema de atención médica de la seguridad social y se constituye en la “llave de entrada” al sistema de salud público del país.

Para esta subcategoría, son tres los códigos que dan cuenta de las percepciones diversas asociadas a la accesibilidad a los servicios de salud; estas percepciones aluden hacia: la atención de salud como un derecho, el componente económico como una barrera y una sentida atención diferenciada en función del tipo de aseguramiento de salud.

Los códigos de significado emergentes de las narrativas que evidencian estas percepciones son los siguientes: “*El seguro de salud: ¿un derecho para todos?*”; “*Si no hay seguro hay que pagar ... ¡Y no puedo pagar!*”; “*El “seguro de indigencia” es como pedir caridad*” (ver cuadro 10).



Figura 4. Aproximación a las barreras de accesibilidad a los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia

5.1.1 El seguro de salud: ¿un derecho para todos?

Pareciera ser que la respuesta a esta interrogante es: ¡no! No porque no se encuentre normado o legislado de esta manera, porque de hecho así es; sino, porque en la práctica, el ejercicio de este derecho se ve violentado. Se llega a percibir a los empleadores como explotadores, en tanto vienen a lesionar el derecho al aseguramiento que poseen como trabajadores.

Asimismo, son también las personas en situación de calle un grupo social para el que el ejercicio de este derecho se ve comprometido. Sin embargo, así como hay quienes perciben como la obviedad que el aseguramiento en estos entornos de calle no existe; o que incluso, no es necesario; hay quienes apelan a la relevancia que este recurso posee. Seguidamente las narrativas:

*“Andaba con unas náuseas y vómitos y sudando frio, andaban como unos virus... Y tenía que trabajar por fuerza... Y **No, no me tenía asegurado... eran unos explotadores, ahí en unas bodegas...** (P. No.06, 2019).*

*“La muchacha del seguro me dijo: cuando usted llegue a trabajar a una empresa ese número de seguro pasa inmediatamente al sistema de la empresa, **pero como a mí me dicen (en referencia a una empresa x): no puedo pagarle el seguro, no puedo pagarle el seguro...**” (P. No.04, 2019).*

*“Por suerte, la primera vez que yo tuve un accidente, trabajando aquí, que me chocó una moto; cuando yo conseguí la residencia tenía que pagar un seguro independiente y ese seguro independiente fue el que me cubrió en ese momento [...] en ese momento, con la persona que yo trabajaba... **como muchos empresarios de aquí, se quitan el pago del seguro de los empleados, entonces lo que le daba decir a ellos era: diga que usted trabaja independiente, que no trabaja conmigo.**”*

Entonces, por temor a represalias, uno tiene que decir eso...” (P. No.04, 2019).

“Y fui... y esa es la parte que también me duele, porque como era un indigente, que andaba en la calle y que no tenía seguro ni nada de esas cosas...” (P. No.06, 2019).

“no estaba asegurado... yo andaba en la calle... seguro naahh, para nada...” (P. No.01, 2019).

“Por eso es que uno se muere en las calles, porque ¿Qué salud puede haber en la calle? Uno sucio no lo dejan entrar casi, a esos lugares, tiene que ir con el brazo caído o ya una enfermedad muy grave y que ya lo dejen internado y que ya ahí adentro lo bañan. Pero prácticamente que...” (P. No.12, 2019).

“nunca tuve seguro (durante el tiempo en calle) y nunca me enfermé (risas). Te soy sincero... nunca fui a un hospital... cuando uno anda en ese estilo de vida... la droga como que lo hace inmune a todas esas cosas chiquilla...” (P. No.13, 2019).

“De hecho que yo lucho porque todos ellos puedan tener, o sea, porque el indigente tenga seguro... porque la indigencia tras la salud... imagínese... más peor... tras de indigente y no tiene buena salud; pero diay... si hay indigencia, pero hay salud y se le puede dar una ayuda, una asistencia, se le puede cooperar, esa persona le va a costar menos salir de ahí... El seguro es indispensable...” (P. No.12, 2019).

5.1.2 Si no hay seguro hay que pagar ... ¡Y no tengo con qué pagar!

Es la imposibilidad de pagar la consulta, los medicamentos, los exámenes y otros costos en los centros de salud públicos (ante la carencia de aseguramiento alguno) una realidad de las personas en situación de calle; para ellos el cobro de por estos rubros en los centros de salud es algo que no pueden asumir. A continuación, algunas narrativas:

“yo tuve la consulta médica y todo eso, pero cuando ya me hicieron la factura no me dieron los medicamentos... y me hicieron una factura andaba en la calle... y no podía pagarla... Entonces para mí en realidad... como te digo CR es un país muy hermoso, tiene todo y a mi parecer la medicina es excelente pero lo único malo es que, así como ese hospital que son como el San Juan de Dios que se supone son públicos, en realidad no son públicos porque te cobran.” (P. No.10, 2019).

“yo iba muy enfermo, muy grave... con gripe, calentura y mareo y entonces me fui a emergencias y el muchacho me atendió, me atendió el doctor y me dice: vaya a valoraciones para que le valoren eso, me fui y ya la muchacha me dijo que eso lo tenía que pagar... que valía tanto... Me regresé enfermo...” (P. No.09, 2019).

“nos atienden en la clínica, pero digamos es una burocracia... porque que te dijera... sí te atienden, pero a la hora que te dan la receta con el medicamento, depende de cuánto vale el medicamento, sino una parte la cubren ellos y el resto hay que cubrirlo uno... y si no tiene plata uno...” (P. No.15, 2019).

“todo ser humano necesita una atención, más bien ojalá fuera gratuita... pero no, no... es importante y si hay que pagar, hay que pagar. Pero sí, siempre con un buen trato” (P. No.12, 2019).

5.1.3 El “seguro de indigencia” es como pedir caridad

Pareciera permear en las narrativas de los participantes un sentido de caridad y desprecio intrínseco a la modalidad de aseguramiento por el Estado; reconocido despectivamente por ellos como “*seguro de indigencia*”; el no sentirse como sujetos de derecho les ha llegado a limitar el realizar la solicitud del mismo. Se apela también a una sentida percepción de discriminación ante la atención recibida siendo poseedor de uno u otro tipo de aseguramiento; son estas situaciones barreras de acceso de orden personal en tanto median percepciones de no necesitar, ni querer, ser sujetos de esta aparente caridad. Seguidamente las narrativas:

“No, pero... ¿Cómo te dijera?... no, no... no quiero decirte como que no lo necesito, porque tal vez sí lo llegue a necesitar, pero como te digo, yo solo estoy aquí 1 año y ese seguro lo puede necesitar otra persona... Entonces yo no le quiero quitar a CR lo mucho que este país me ha dado... yo me conformo con venir a colaborar aquí y regresarme a mi país...” (P. No.10, 2019).

“no lo quiero! Es que...pedirle seguro al Estado es como no tener... porque pedirle un seguro al Estado es como decir: julanito no tiene seguro, entonces le vamos a dar. Entonces yo prefiero que ese seguro sea para personas que no lo tienen, que en verdad lo necesitan, yo lo necesito también; pero seguro como tal ¿me entiende?” (P. No.04, 2019).

“Yo he sentido algo... es muy diferente que usted vaya con el seguro de indigencia con el seguro suyo... a mí me tienden en cualquier lado

mientras yo tenga el seguro mío... yo casi nunca he usado el de indigencia...” (P.No.02, 2019).

5.2. BARRERAS DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE LIMITAN OPORTUNIDADES DE ATENCIÓN EFECTIVA

Es la utilización “el acceso realizado”; es decir, el consumo real de los servicios de salud y se relaciona directamente con el resultado que se obtiene a partir de la interacción población objetivo-proveedor de servicios de salud. La utilización del servicio de salud implica que este se encuentra al alcance de la población y que esta lo solicite; o sea, que es aceptado; pues de lo contrario, es posible que las personas no lo soliciten e incluso busquen atención alternativa.

La “utilización” involucra directamente el criterio de contacto entre las partes; de hecho, se reconoce el “contacto” como el eje central de la utilización de los servicios de salud; este considera la experiencia real del usuario durante la prestación de dichos servicios; sin embargo, este contacto entre el proveedor de servicios y el usuario no siempre garantiza una intervención exitosa relacionada con el problema de salud del usuario, ni tampoco garantiza que el servicio sea percibido como efectivo.

Media entonces una efectividad subjetiva en el proceso, en tanto la población objetivo valora cuestiones intrínsecas a la atención recibida; es la apreciación del trato recibido por parte del recurso humano de los centros de salud, uno de los factores determinantes de dicha valoración. Finalmente, como componente fundamental del proceso de utilización de los servicios de salud, se encuentra el criterio de efectividad objetiva; este trasciende en términos más allá de la percepción del trato recibido para contemplar cuestiones objetivas como lo relativo a la satisfacción de las necesidades en materia de atención médica (indicación de citas de seguimiento, realización de pruebas diagnósticas, entrega de medicación).

Las barreras de utilización de los servicios de salud analizadas en esta subcategoría se realizan en función de estos criterios mencionados: aceptabilidad de los servicios de salud, contacto proveedor-servicio de salud, efectividad subjetiva y

efectividad objetiva. Son cinco los códigos de significado emergentes de las narrativas y que apuntan hacia dichos criterios (ver cuadro 10).

Las narrativas presentadas exponen el rechazo, el estigma, la discriminación y malos tratos en general como la tónica de las atenciones recibidas durante el tiempo en calle; sin embargo, reconocen a la vez la diferenciación de trato y atenciones recibidas en función de su situación de aseguramiento en determinados momentos de sus vidas; asimismo, se presenta la significancia que posee para estos grupos sociales las atenciones ofrecidas por instancias como ONG`s y centros privados. A continuación, el detalle

5.2.1 Con frecuencia somos rechazados... incluso en los servicios de emergencias

Aparecen la resignación y molestia como respuestas ante la inatención en centros de salud públicos tanto durante los períodos de habitabilidad en la calle como durante el internamiento en ONG`s; se percibe el sistema de salud público como un recurso al que pueden acudir solamente en casos de estricta emergencia y aún bajo este entendido se han topado ante la negativa de atención; percepciones de injusticia y discriminación sentida, se asoman en medio de esta molestia y resignación. Queda en manifiesto la clara insatisfacción de necesidades. Seguidamente las narrativas:

“una vez, estaba durmiendo en una acera y cuando sentí era que me estaban puñaleando entre dos maes, uno me tiró un puñal y apenas me raspó aquí (señalando el antebrazo derecho) y otro en el muslo...esa vez me ofrecieron llevar a emergencias; fui a la clínica de Pavas y me dijeron que, si tenía seguro y les dije que no, entonces me dijeron que no me podían atender y que eso no era nada, que no me iban a coser ni nada... entonces en las mismas di media vuelta y me fui; esa vez no me atendieron.” (P. No.16, 2019).

“Diay... no me atendieron. Porque, bueno yo anteriormente le había comentado a usted que tenía lo del robo de la cédula, pero sí tenía el documento que me había dado la fiscalía donde salía el número de

cédula y todo. Entonces ellos me dijeron que no me podían atender y que además no era una emergencia... ¿Que no era una emergencia? Es insólito que ustedes sigan pensando en eso, algo que no tiene sentido, o sea, ¿uno tiene que venir con la tripa afuera, le digo yo, o con un balazo en la frente para que lo puedan atender? Entonces me dice “prácticamente” o sea, esa no es una respuesta de un profesional de la medicina...” (P. No.04, 2019).

“donde sí no me han atendido ni con la carta de doña Erika fue aquí en la clínica esta, en la Moreno Cañas... yo iba muy enfermo, muy grave... con gripe, calentura y mareo y entonces me fui a la emergencias y el muchacho me atendió, me atendió el doctor y me dice: vaya a valoraciones para que le valoren eso, me fui y ya lo muchacha me dijo que eso lo tenía que pagar... que valía tanto... la decepción que me llevé fue cuando la muchacha, la de valoraciones me dijo que no podía hacer nada... ¡Me regresé enfermo!” (P. No.09, 2019).

5.2.2 Cuando el estar asegurado posibilita mi atención y resuelve mis necesidades

El acceso al aseguramiento significa la posibilidad y oportunidad de tener el derecho a un seguro de salud; esto se deviene junto con la posibilidad de acceder a una serie de recursos del sistema de salud. De esta forma logran acceder a diversidad de pruebas diagnósticas, tratamientos y seguimientos especializados; significa esto la posibilidad de satisfacer de sus necesidades en salud. Para estos efectos, la figura de los centros de internamiento es muy bien reconocida y valorada en tanto les posibilita dicho acceso. A continuación, una serie de narrativas:

“aquí le ayudan con las vueltas de todo, aquí el que este y no esté asegurado es por vagancia de uno; definitivamente aquí le dan toda la oportunidad de asegurarse.” (P. No.17, 2019).

“cuando estuve en Maná, ahí lo aseguraba a uno y ahí sí iba a una clínica que esta por San Sebas, creo que es la de San Sebas, por la López Mateo... y me puse en tratamiento, me limpié los dientes, me calcé las muelas. Me trataron bien esa vez... y me hicieron exámenes de todo.” (P. No.16, 2019).

“Acudo a la clínica, a la Moreno Cañas... ahí me atienden bien... voy a odontología... me hice exámenes de sífilis, de gonorrea, de SIDA y gracias a Dios, en la copia que me dieron, salgo bien.” (P. No.03, 2019).

“Yo tengo un carnet también, del IAFA, donde llevo las citas. También tengo un carnet de vacunas. En septiembre tengo una cita en la Moreno Cañas de fondo de ojo; por medio de ASEMBIS ya tengo anteojos.” (P. No.06, 2019).

5.2.3 Entre malas y pésimas experiencias: Ser tratados bajo estigma y discriminación

El trato recibido en los centros de salud públicos una vez dado el contacto, no suele ser recordado como el mejor. Parece que el ser receptores de comentarios inhumanos, ofensivos, despectivos, discriminatorios; o bien ser tratados de manera grosera (“concha”) tanto física (entiéndase en la realización de los procedimientos) como verbalmente es característico para con las personas en situación de calle. Son ellos sujetos de actos injustos que los hacen sentir indignos, irrespetados, violentados y rechazados.

Es más que clara la diferenciación social (discriminación) mostrada en los relatos; el trato diferente e injusto coloca a estas personas en una posición (adicional) de vulnerabilidad muy marcada; a la vez transgrede su dignidad como seres humanos, es decir, su derecho a ser tratados con respeto. Estos actos son claramente percibidos

por ellos como discriminatorios y diferentes en comparación con quienes no están en su misma situación, en función desde su apariencia física hasta de su situación de aseguramiento. Seguidamente las narrativas:

“Solo hubo una vez que yo fui a sacar un medicamento, que hasta incluso quise poner una queja, porque yo llevaba como 4 cositas, recetas y la señora me dijo: ¿usted qué piensa? Que aquí es centro de beneficencia o que, si usted ya lleva muchas cosas... [...] Sí, me las dieron, pero yo fui a la administración para quejarme de lo que me había dicho la doctora [...] Tampoco es que digo que le hagan nada, solo digo que deberían de tener a alguien más gente, no como un animal” (P. No.05, 2019).

“llegó una muchacha, no sé si era aprendiz o que, ahí en emergencias una vez me dijo: es que este tipo de personas no deberían de atenderlas, porque ellos se están matando solos. Entonces yo veía muchas cosas... hay personas que no son... dicen que van a tener la ética y la devoción, enfermeras o algo, pero hay gente que no nació para eso...” (P. No.11, 2019).

“Hay muchas personas de buen corazón a como hay mucha gente, como en todo, que juzga mucho... al verlo a uno hediondo o... uno escucha comentarios también, estando ahí en la cama... que “bien merecido” ... que uno se merece lo que le hicieron o hay gente que sí se ve que presta la atención.” (P. No.16, 2019).

“voy a ser honesto... el seguro no es nada cordial, ni es nada como respetuoso... como formal, formal... no es formal. “¿Dónde vive usted?” es que ahorita no tengo domicilio, vivo en la calle... “Ahhh... espérese allá” es que tengo un balazo “sí, sí, espérese, eso no es de

emergencia”. Un día me pegaron un cachazo en la cabeza y me dicen “no, no, no... no me lo pasen al salón... Hágalo aquí a un lado, en esta camilla, nosotros lo cosemos aquí” ...” (P. No.06, 2019).

“y resulta que me pasan y ponen a unos estudiantes a coserme esta herida... unos estudiantes... o sea, que es esa falta de seriedad... como van a poner a unos estudiantes que apenas están aprendiendo, como “cosa a ese mae”, como si fuera un muñeco... y yo me enojé, cuando me di cuenta digo yo: yo voy jalando de aquí... en la loquera mía y me fui y aquí iba con el hilo y la aguja guindando y así me fui para Esparza, porque sentí que era como una falta de respeto... Yo siento que lo hicieron como: es un alcoholiquillo, medio cósaló ahí y si queda bien bueno y, sino que Dios lo acompañe...” (P. No.07, 2019).

“Sí porque he llegado limpio... pero si usted llega de la calle y barbudo... lo vuelven a ver diferente a uno... no le toman importancia, lo tratan como a un animal. A mí no me pasó... pero he visto. Porque, aunque yo andaba en la calle, siempre buscaba como afeitarme, como bañarme, de cambiarme la ropa ahí en la Puerta abierta...” (P. No.08, 2019).

“Sí noté algo, que si las personas tienen sus papeles al día, son bien atendidos; vi necesidades de muchas personas, seguro pobres, que si no hay papeles al día, no hay nada... no lo tratan bien... la comida siempre es igual pa’ todos... no es que a usted le llevan esto porque usted paga... todo es igual, la comida... pero el trato sí es diferente... eso sí lo noté... en el San Juan sí lo noté eso...” (P. No.13, 2019).

5.2.4 Los buenos tratos también se dan en los servicios de salud

Bien es cierto que prevalece mayoritariamente una percepción de haber sido receptores de malos tratos por parte del personal de los centros de salud siendo habitantes de calle; sin embargo, hay quienes rescatan las “buenas atenciones” recibidas en estos escenarios. Es decir, no se pretende por medio de estos hallazgos generalizar los malos tratos como una norma en la atención de las personas en situación de calle o con antecedente de este; sin embargo, sí se reconoce su mayor vulnerabilidad a ser receptores de estos.

El sentido de buen trato recibido por parte de diversos funcionarios de los centros de salud se hace presente ante la significancia de las atenciones que trascienden más allá del plano físico/corporal, sino a uno emocional; en el que la sensibilidad y la humanidad mostrada por estos les hicieron sentir apoyados en momentos difíciles; estas atenciones se traducen a un sentido general de satisfacción para con el servicio recibido. Seguidamente las narrativas:

“no le voy a mentir... me han atendido bien, me han tocado enfermeras, doctores excelentes... en el San Juan me he topado con doctores que me han dicho: usted tan joven y tomando alcohol... Me he topado con policías en la calle, doctores, enfermeras... que me aconsejan... siempre aparece alguien que más bien me habla de la palabra de Dios... Entonces son cosas que Dios me pone a través del camino. Y no tengo queja del hospital...” (P. No.03, 2019).

“ahí eso sí puedo decir, mejor que un hotel... o sea, nacieron para eso, para eso hay que tener vocación [...] Muy bien... las enfermeras muy dedicadas, los muchachos muy dedicados a uno como enfermo. Imagino que a ellos los entrenan, los hacen ver qué tienen que tener vocación para tratar a los pacientes.” (P. No.07, 2019).

“lo bonito fue que me trataron tan bien... vieras Jeniffer que momento más duro para mí, porque nunca me había tratado tan bonito una persona que no conozco, menos una enfermera... que le cuesta dormirme y ya... y me trató con cariño... Me metieron algo en la nariz y empecé a sentir un aire frío... Cuando me desperté estoy chingo, con esta pierna en alto y estoy amarrado, pero ella está a la par mía, la enfermera” (P. No.13, 2019).

5.2.5 Buscando otras alternativas de atención: ONG`s y programas de bien social

La respuesta a las necesidades de salud no satisfechas desde el sistema de salud público como parte de este grupo social, parece encontrarse fuera de este; sin embargo, considérese que, los sectores o recursos comunitarios y/o privados son también parte de este todo que constituye finalmente el sistema de salud de un país.

Dadas las barreras organizacionales y/o económicas a las que se han visto expuestos los participantes desde el sistema de salud público; han decidido acudir a estrategias de carácter privado y/o de bien social, brindado por ciertas instituciones a costos inferiores en comparación a lo “ofrecido” por el sistema de salud público de nuestro país. Las narrativas evidencian cuán conveniente y factible les resultan estas opciones de atención.

Existe una percepción de mayor valoración de estos recursos versus los ofrecidos por el sistema público; significa, para ellos, la única posibilidad de acceder a los medicamentos que requieren, o bien, simplemente de recibir una valoración médica; incluso, de acceder a intervenciones más complejas. Permea una percepción de haber obtenido las atenciones que desde la seguridad social no recibieron; es por ello que la satisfacción y el agradecimiento para con estas instituciones y organizaciones no se hace esperar. A continuación, las narrativas:

“Son un grupo de mojas que hicieron un proyecto de bien social para apoyar a todo tipo de gente... ellos brindan servicio de consulta... hay que pagar 2000 colones... y eso es más que todo para la gente que

no tiene documentos. En este tiempo yo no tenía seguro...” (P. No.07, 2019).

“por eso tomé la decisión de irme a María Auxiliadora; María Auxiliadora son 2 mil colones, presento una constancia de que no estoy asegurado a través de la Caja y ahí me atienden a mí por 2 mil colones los doctores, porque son de la Clínica Bíblica y me regalan el medicamento.” (P. No.15, 2019).

“hace año y medio fui a odontología de la Clínica Bíblica, trabajos de bien social... Ahhh sí, hace año y 6 meses me dieron la prótesis de arriba, muelas, todo... por medio de cuotas... este trabajo valía como 200 mil y me lo dejaron en 4 cuotas de 7500, me salió como por treinta y resto.” (P. No.11, 2019).

“Pero por eso yo busco las alternativas, yo voy a ASEMBIS y ya ellos son mis amigos entonces yo me voy a ASEMBIS y ya me dicen “¿si don xxx?” vieras que ocupo tal cosa “sí claro” y ya me voy donde la trabajadora social... Esto (señalando la vista) me lo regalaron... ellos siempre preguntan ¿anda o no anda plata?, no ando, “tranquilo, yo se lo voy a exonerar... por eso yo siempre digo que Dios no le falta a nadie, porque lo que no me hizo el seguro, me lo hizo ASEMBIS” (P. No.12, 2019).

“yo las veces que he estado yendo y que he recibido atención medica... voy donde estas monjas... María Auxiliadora... ellas sí lo atienden a uno; uno da algo, aunque sea un rojito, da algo... ese es el lugar... ellas te dan medicamentos y te toman la presión y te atienden... ¡vieras que lindo como te atienden!” (P. No.09, 2019).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

A partir del análisis de las entrevistas realizadas a un total de 17 personas con antecedente de habitabilidad en la calle institucionalizados en Asociación Casa Libertad y en respuesta a los objetivos investigativos planteados, se obtienen las interpretaciones finales que se describen a continuación.

En primera instancia, se tiene que la construcción de significado que poseen los participantes en cuanto a lo que **la salud** implica, posee componentes paradigmáticos duales; la percepción de salud desde un plano biologicista es la protagonista principal en las narrativas. En estos términos, la salud es entendida desde la medicalización y atención de la enfermedad. Estas percepciones de salud se construyen porque es lo que se ha vendido ideológicamente, es lo más popularizado, e históricamente constituye un paradigma muy impregnado en las sociedades.

Surge como trascendental en este discurso, la adicción a sustancias psicoactivas como un determinante importante en la posibilidad de tener o no salud; es decir, consideran su problemática adictiva como una enfermedad, la cual ha incidido negativamente sobre su salud. La percepción de salud bipolar a esta, es la relativa a una salud social en la que median las relaciones entre los individuos e interrelaciones entre los ambientes físicos y sociales como determinantes de una buena salud.

El segundo binomio identificado en las narrativas de los participantes considera tanto aspectos racionales como simbólico/espirituales. Desde la racionalidad, la salud es entendida como “*objeto*”, como aquella posibilidad de desempeñarse en la vida cotidiana; asimismo, se presenta una asociación entre la salud, la atención médica institucionalizada, derecho a la salud y derecho al aseguramiento, como parte de estas construcciones de significado de la salud con carácter racional. Desde lo simbólico/espiritual, se asume una interrelación entre la salud y un ser superior; un ser capaz de gestionar las vidas de los individuos y determinar su nivel de salud.

Respecto al segundo objetivo es posible apuntar hacia una percepción de arrastre y afrontamiento desde su infancia y/o adolescencia, de situaciones económicas atravesadas por la pobreza, situaciones difíciles y/o precarias; las historias de vida cursan con relatos de inestabilidad económica familiar, precariedad habitacional, problemas intrafamiliares asociados al consumo de sustancias psicoactivas, trabajo infantil con consecuente deserción escolar y separación de padres de familia.

Se tiene que la exposición diferencial a la que se vieron expuestos desde edades tempranas responde a procesos de jerarquización social. Las inequidades sociales relacionadas con la vivienda, el ambiente físico en el que crecieron (barrio, vecindario, la calidad de la vivienda) y el trabajo en el *curso de vida* les fueron acumulativas a lo largo de esta; a la vez que diferentes factores de riesgo fueron sumándose de manera acumulativa. El círculo de exposiciones y vulnerabilidades sociales les conllevaron consecuencias importantes en sus vidas, siendo estas la calle y el consumo de sustancias psicoactivas (en la mayoría de los casos); situaciones capaces de reproducirles aún más vulnerabilidades y determinarle daños a su salud.

Así, se tiene que los grupos sociales más desventajados socialmente como este, poseen limitaciones respecto al manejo de factores de riesgo y la adopción de estrategias de protección ante el daño, la enfermedad y mejoramiento de sus condiciones de vida. Las consecuencias y daños a la salud diferenciales de estos grupos sociales responden en definitiva a contextos macro-económicos, sociales, políticos y culturales.

Las condiciones materiales de estas personas a lo largo del curso de vida les fueron sumando daños a la salud y fueron capaces de perpetuar el círculo de vulnerabilidades a las que se vieron expuestos días con día. La inestabilidad laboral aparece como la tónica en sus vidas, una inestabilidad que les implicó exponerse a situaciones de habitabilidad precarias y/o riesgosas; son las cuarterías y los bunkers los protagonistas de las narrativas. En medio de un panorama de precariedad económica, se perciben las pérdidas materiales e inmateriales como un camino paulatino hacia la miseria de la calle.

Media también un fuerte detrimento en lo psicosocial, relacionado a todo el proceso hacia la habitabilidad en la calle y una vez insertos en este medio; destacan sentimientos de dolor emocional, culpa, minusvalía, y vergüenza; así como a una sentida percepción de pérdida del control sobre sus vidas.

Una vez en calle y desprovistos tanto de lo material como de lo inmaterial en términos de vínculos y relaciones de apoyo, esta les recibe de manera tosca. La vida en la calle es percibida como una vida riesgosa, difícil y de precariedad, esto último implica múltiples dificultades en los procesos de satisfacción de necesidades básicas.

Asimismo, la calle se constituye en un entorno en el que la violencia se encuentra a la orden del día; en el que las personas en situación de calle pueden figurar tanto como víctimas, o bien como victimarios. La rudeza de la vida en calle les conlleva a muchos de ellos a participar en la ejecución de actos delictivos, actos en los que entra en juego la propia vida en muchas de las ocasiones. Aún en ese entorno hostil y violento, destaca el significado que posee para estas personas el surgimiento de lazos de amistad; vínculos que surgen bajo elementos de co-protección y compañía donde actos de solidaridad y cuidado entre pares es muy bien valorado.

Los participantes llegan a expresar el deseo recurrente de “levantarse” de la calle; ante esto, figuran como recursos importantes de apoyo y ayuda los amigos, familiares e incluso Dios, así como organizaciones no gubernamentales; estas últimas son las principales protagonistas de los discursos de agradecimiento durante los procesos de recaídas-internamiento.

Producto del entorno violento que la calle significa, se relatan como principales motivos de consulta en los centros de salud durante el tiempo en calle, aquellos relacionados con situaciones de emergencia (heridas de arma blanca o de fuego), figurando esta como la principal vía de acceso al sistema de salud público del país. Se percibe por los participantes un sentido de desprotección por parte de la seguridad social como personas en situación de calle, a no ser, que se encuentren institucionalizadas; pues es por medio de organizaciones no gubernamentales

(debidamente acreditadas) que les es posible acceder al aseguramiento por parte del Estado.

En situación de calle y ante la ausencia de aseguramiento, destacan la imposibilidad de financiar la atención de salud ante la carencia de medios económicos para ello. Además de la ausencia de aseguramiento como barrera de acceso de tipo organizacional y financiero, median otras barreras en el proceso de prestación de servicios de salud como lo son las de tipo personal, entre las que se citan: percepción de “no necesitar” de la “caridad” que les significa el aseguramiento por parte del Estado, malas experiencias anteriores en centros de salud, “desconfianza” en el sistema de salud, entre otros.

Se identificaron como principales barreras de utilización de los servicios de salud aquellas relacionadas a experiencias previas que les han construido una percepción de insatisfacción con el servicio de salud recibido, en tanto se apela al haber sido víctimas de comentarios ofensivos, insultantes, discriminatorios, o bien ser tratados de manera grosera (“concha”) tanto física (entiéndase en la realización de los procedimientos) como verbalmente.

Sin embargo, quienes cuentan o han contado con el aseguramiento por parte del Estado estando institucionalizados, mencionan sentirse satisfechos con los servicios de salud, al haber logrado acceder a diversas pruebas diagnósticas y preventivas, así como contar con citas de control y seguimiento de padecimientos crónicos y recibir el tratamiento pertinente. Por otro lado, las realidades de quienes carecen de aseguramiento distan de estas, pues solamente pueden acceder a los centros de salud por medio del servicio de emergencia, lo mismo aplica para aquellas personas migrantes cuya situación es irregular.

Las personas en situación de calle, ante las barreras organizacionales y/o económicas que se les presentan en los procesos de acceso y utilización de los servicios de salud públicos, se ven obligadas a buscar estrategias alternativas de atención que les permitan satisfacer sus necesidades y les brinden un servicio de calidad. Se identifica un sentido de satisfacción ante la atención de salud brindada tanto por entes

de carácter privado (por medio de servicios de acción social), como por parte de ONG's (Clínica María Auxiliadora principalmente). Este último recurso posee un gran valor principalmente para aquellos migrantes con situación migratoria irregular, pues esta organización no solicita documentación alguna para poder brindarles el servicio.

Entre los motivos de utilización de estos recursos se destaca la necesidad de satisfacer desde aspectos físicos y/o estéticos, dígase problemas de visión, dentadura u otros; hasta situaciones de carácter emocional y/o psicológico. Intrínsecamente al discurso de la mayoría de los participantes, se identifican vacíos en la satisfacción de necesidades en términos emocionales; muchos de ellos apelan a la necesidad latente de sentirse escuchados, acompañados y comprendidos.

De esta forma, es claro que las inequidades en salud se presentan a lo largo y ancho del curso de vida de estas personas; manifestándose incluso como barreras de acceso y utilización a los servicios de salud.

Se concluye también que el ejercicio real y efectivo del derecho a la salud para estos grupos queda entredicho; ¿Es realmente la salud un derecho para todas las personas sin distinción de edad, sexo, raza, género, condición socioeconómica o social? Las historias de vida de estas personas parecen revelar la realidad de aquellos grupos vulnerabilizados socialmente.

Por otra parte, no es posible concluir sin antes hacer hincapié en la perpetuación de necesidades de los participantes aún bajo su situación actual de institucionalización. La carencia de recursos económicos en función de su estatus de desempleados (la mayoría de ellos) se mantiene latente; la reinserción socio-laboral es uno de los mayores retos que deben enfrentar como personas con antecedente de habitabilidad en la calle, en tanto parecen ser sujetos de estigma y discriminación en estos espacios.

Asimismo, requieren del fortalecimiento y/o reconstrucción de sus redes de apoyo familiares y/o sociales; existe para ellos, una necesidad latente de sentirse escuchados, apoyados y comprendidos y las figuras de apoyo para ello parecen ser escasas en la actualidad. Respecto a esto no es posible finalizar esta investigación sin

antes apuntar a un hallazgo intrínseco a todo el proceso, que si bien no responde explícitamente a los objetivos, precisa ser visibilizado; este es aquel relacionado a una de las necesidades de los participantes más evidenciada; la cual responde a lo emocional y afectivo del *ser*; la necesidad de ser escuchados, comprendidos y valorados, el deseo de no ser señalados y juzgados socialmente por el hecho de verse sumidos en la miseria de la calle.

“Es muy bueno lo que ustedes están haciendo, que como estudiantes se acerquen a la persona en situación de calle y conozcan sus necesidades, que no son de alimentación ni nada, sino el ir a comprender a esa persona qué está ahí tirada en la calle... el saber que esa persona tiene sentimientos y tiene una historia...” (P. No.12, 2019).

Trascienden las necesidades de estos grupos socialmente excluidos, discriminados y vulnerabilizados aquellas relacionadas con la satisfacción de necesidades básicas, o bien, a la atención de problemas de salud de “emergencia”; sino que, prevalecen sobre ellas estas otras, pues son los actos de escucha y acompañamiento los que les reivindica su dignidad como seres humanos merecedores de un trato digno, justo y equitativo.

Es así como el sentido de apoyo brindado por el otro de manera desinteresada, les permite sentirse valorados y humanos, nuevamente. Recuérdense el elevado componente de culpa inmerso en sus discursos, esto evidencia parte de ese dolor emocional que requiere de intervenciones oportunas y efectivas; intervenciones de competencia del ámbito de la salud y por lo tanto de la Enfermería:

*“Y yo considero que usted, en esta entrevista, es la segunda persona que ha escarbado más en mi vida ya aquí en este lugar, yo confío mucho en doña Erika, porque es una persona que ha tenido compasión de Dios, corazón de madre increíble [...] hay cosas que uno prefiere seguir guardando, porque **no me gusta que la condición de adicto de uno se vuelva como algo condenatorio...** a veces nosotros queremos*

*jugar de Dios y queremos juzgar a las personas y condenarlas y yo creo que eso también me ha hecho reflexionar mucho en que yo no he podido encontrar a una persona a quien yo le pueda decir que me pasa a diario, que pienso, que siento... [...] **Ustedes se están dirigiendo a un grupo social que es duro, nuevamente agradecerle a usted por esta entrevista...**” (P. No.04, 2019).*

De esta manera, es más que clara la competencia de Enfermería en la atención de estos grupos partiendo desde un posicionamiento social capaz de conocer, reconocer y responder de manera ética, a las necesidades de cuidado de estos grupos e individuos bajo un enfoque de equidad. Las realidades de vida de estos se construyen a la luz de un contexto determinado y un entretrejido de DSS que deben ser contemplados, en el entendido de responder a las necesidades en salud que se devienen de los procesos.

Desde la óptica política de la Enfermería y en respuesta al marco ético de esta, es responsabilidad de la profesión ocuparse de la atención de las poblaciones en función de los determinantes sociales de la salud con la finalidad de producir intervenciones sociales de cuidado orientadas a la equidad. Se concluye, haciendo hincapié en la oportunidad de espacios y vacíos de accionar que existen en la atención de las necesidades de estos grupos sociales; espacios en los que Enfermería podría ejercer un rol político y de liderazgo que le permita, como diría Malvárez (2018), construir un futuro “en favor de la equidad, la justicia y la paz en el mundo”.

Finalmente, se espera que el impacto de esta investigación se haga sentir en materia de política pública a nivel del país, de manera que se adopten las estrategias intersectoriales necesarias para incidir verdaderamente sobre el mejoramiento de la calidad de vida de estos grupos por medio de la actuación sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud; es claro que la resolución de los problemas derivados de las inequidades en salud que afectan a este grupo social no pueden lograrse desde un solo nivel de organización o sector; sino que, se requieren acciones intersectoriales que impacten los DSS. El trabajo para las autoridades competentes es

arduo pero necesario en el proceso de construcción de una sociedad costarricense más justa, equitativa y garante de los derechos humanos.

Recomendaciones

Las recomendaciones aquí presentadas se encuentran dirigidas hacia varios entes y sectores, entre ellos la comunidad académica, la COMAI (como ente de carácter interinstitucional), al sector salud y en política pública.

A la comunidad académica, específicamente a aquellas universidades formadoras de profesionales en Enfermería; a ellas la recomendación vehemente de introducir, o bien, extender las temáticas de salud pública como parte fundamental en sus planes de estudios; específicamente aquellas orientadas hacia la visibilización, sensibilización y des-estigmatización de poblaciones vulnerabilizadas socialmente como lo son las personas en situación de calle, con la finalidad de conocer y re-conocer sus necesidades en salud.

Resulta apremiante la formación de profesionales en Enfermería con una visión social del cuidado y con enfoque de equidad; una visión que trascienda más allá de los paradigmas reduccionistas centrados en la atención de la enfermedad y en la ejecución de labores meramente técnicas. Se requieren profesionales con una visión holística de las realidades de aquellas personas menos favorecidas, para de esta manera brindarles un proceso de cuidado profesional, ético, sensible, justo y sobre todo, promotor de los derechos humanos.

Se requieren profesionales que deseen verdaderamente brindar un cuidado sin distinción de edad, sexo, etnia, raza, nivel educativo, condición socioeconómica y demás determinantes. Se requieren profesionales interesados en aplicar aquella frase icónica de Malvárez, que nos confiere la **responsabilidad** de “cuidar el mundo y cuidarlo bien”; partiendo así, del reconocimiento de que todos los seres humanos, somos merecedores de una atención en salud equitativa y basada en derechos humanos.

Los profesionales en Enfermería como parte fundamental de los equipos de salud, deben contar con los conocimientos y bases científicas sólidas que les permitan fortalecer y/o ejecutar estrategias orientadas a la atención particular de estos grupos. Es solamente a través de una formación académica sólida en determinantes sociales de la salud, que es posible generar conciencia en el estudiantado en cuanto a la necesidad de brindar un “cuidado social” a todos los grupos sociales en función de sus realidades de vida y necesidades en salud. Asimismo, la motivación y el impulso académico hacia la puesta en marcha de investigaciones en Enfermería para con estos grupos resulta fundamental.

A la COMAI-CSJ, en primera instancia, es preciso extender un reconocimiento por sus arduas labores desempeñadas desde su instauración en 1999 hasta la actualidad, en la lucha por los derechos y reconocimiento de las necesidades de las personas en situación de calle del cantón central de San José. Sin embargo, se presentan algunas recomendaciones; todas ellas se encuentran orientadas hacia la urgencia de que como organización encargada de la gestión de estrategias dirigidas hacia esta población promuevan un enfoque intersectorial, con la finalidad de incidir verdaderamente sobre la calidad de vida de estos grupos por medio del actuar sobre los determinantes estructurales de las inequidades en salud.

Una de las recomendaciones específicas asociadas a esto, es la relacionada a generar acciones intersectoriales que contemplen a la comunidad académica, en este caso en específico al estudiantado de Enfermería. La academia podría colocar a disposición de la comisión recurso humano generador de proyectos y/o estrategias de abordaje desde un enfoque social de la Enfermería; de manera que la articulación de las partes resultaría en un beneficio tanto para el grupo social al que van dirigidos los esfuerzos como para el estudiantado, quien estaría siendo formado un área que requiere ser explotada

Por otra parte, dada la amplia experiencia de la COMAI-CSJ es necesaria su mayor implicación con otras municipalidades del país, con la finalidad de servir de guía en los procesos de instauración de comisiones similares en otras partes del país y

de esta manera hacer extensiva la aplicación de estrategias efectivas para con la población habitante de calle a nivel nacional.

Se recomienda la promoción de estrategias enfocadas en la reinserción socio-laboral de estas personas. Podrían ser consideradas acciones intersectoriales que contemplen a los centros de educación superior y/o técnica como facilitadores del recurso humano y material necesario para brindarles a las personas en situación de calle y/o con antecedente de este, cursos, charlas y/o talleres formadores en diversas áreas o habilidades técnicas, de manera que esto les facilite la búsqueda de un empleo digno. En la misma línea, se precisa de la creación de vínculos con empresas públicas y/o privadas con la apertura de brindarles a las personas con antecedente de habitabilidad en la calle, oportunidades laborales libres de estigma y discriminación; oportunidades que les permitan reivindicarse social y económicamente.

En política pública se hace necesaria la promoción de acciones intersectoriales orientadas a la prevención de la habitabilidad en la calle como un fenómeno social complejo que responde a DSS. La identificación grupos vulnerables de la sociedad por medio de estadísticas sociales y de salud que evidencien la extensión real de la problemática que se esconde detrás los grupos sociales más desventajados es también una necesidad de inherencia política.

Al sector salud, la investigadora recomienda el redoble de esfuerzos en la creación de un protocolo específico y estandarizado para todos los centros de salud del país; de manera que se les asegure a estos grupos una atención equitativa y de calidad en consonancia con sus necesidades y particularidades de vida; y de esta manera evitar que sean sujetos de actos discriminatorios, capaces de rayar en la violación de los derechos humanos.

En consonancia con lo anterior, se recomienda la creación de espacios de fortalecimiento de conocimientos con enfoque de des-estigmatización y sensibilización para con la población en situación de calle; así como de cuidado humanizado e integral, derecho a la salud y demás temáticas vinculativas; dirigidos a los prestadores de servicios de salud (dígase personal administrativo, guardas de

seguridad, médicos, enfermeros y demás profesionales de la salud); con la finalidad de brindarles a estos grupos una atención en salud de alta calidad.

Se hace necesaria la implementación de estrategias de registro diferenciadas de la población habitante de calle que acude a los centros de salud; lo anterior con la finalidad de comprender en detalle el perfil epidemiológico de estos grupos y se cuente así con datos empíricos que respalden el desarrollo de estrategias específicas de intervención en atención de salud.

Se hace necesaria la consideración de crear una figura, o protocolo específico para la atención de esta población, tomando en consideración que para algunos de los procedimientos realizados en el ámbito hospitalario se requieren de actividades pre-hospitalarias y/o post-hospitalarias; actividades que muchas de estas personas se ven imposibilitadas de realizar al carecer de un espacio digno, seguro y privado que les permita ya sea, prepararse para algún procedimiento o cirugía en particular, o bien para lograr una recuperación oportuna posterior a esto. Esta última recomendación es girada en función de lo discutido con la Lic. Maricruz Ramírez respecto a la atención en salud que reciben las personas en situación de calle directa, es decir, no institucionalizadas.

Limitaciones

Una de las limitaciones por destacar, es aquella relacionada a la profundidad de ciertas temáticas frente a otras; lo anterior responde tanto al planteamiento de las preguntas por parte de la investigadora, como a la significancia de cada una de las temáticas para los participantes; es decir, algunas de ellas poseen un protagonismo muy particular en función justamente de la importancia otorgada por los entrevistados.

Las limitaciones en términos de estadísticas a nivel de país en cuanto a las necesidades en salud de estos grupos son grandes. No existen datos estadísticos a nivel del sistema de salud público del país que permitan conocer las realidades de accesibilidad y/o utilización de los servicios de salud por parte de estos grupos y analizar así factores relacionales respecto a los relatos de los participantes.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amore, K., Baker, M., & Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *European Journal of Homelessness*, 5(2), 19–37. Retrieved from <http://www.feantsaresearch.org/IMG/pdf/article-1-3.pdf>
- Banco Mundial. (2018). Según el Banco Mundial, la pobreza extrema a nivel mundial continúa disminuyendo, aunque a un ritmo más lento. Retrieved May 9, 2020, from Banco Mundial website: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/09/19/decline-of-global-extreme-poverty-continues-but-has-slowed-world-bank#>
- Banco Mundial. (2020). Panorama general. <https://doi.org/10.1787/leo-2014-6-es>
- Baptista, C. M., Herrera, G. E., & Piedrahíta, L. Z. (2017). Entre el hogar y el asfalto: Relatos y experiencia de vida de habitantes en condición de calle. *Revista Lasallista de Investigacion*, 14(2), 65–72. <https://doi.org/10.22507/rli.v14n2a6>
- Bardin, L. (2011). *Análisis de contenido*. Sao Paulo: Grupo Almedina.
- Benach, J., Vergara, M., & Muntaner, Y. C. (2008). Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. *Papeles*, 103, 29–40.
- Brenes, M., & Chacon, M. S. (2009). *Intervención con personas en situación de indigencia : Un análisis crítico en cuatro Organizaciones no Gubernamentales*. Universidad de Costa Rica.
- Cabrebra, P., Rubio, M. J., & Jaume, B. (2008). *¿Quién duerme en la calle? Una investigación social y ciudadana sobre las personas sin techo* (A. Maura, Ed.). <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>
- Cabrera, J. P. (2008). Personas sin hogar. In M. Hernandez Pedreño (Ed.), *Exclusión social y desigualdad* (1st ed., p. 409). Retrieved from <https://books.google.co.cr/books?hl=en&lr=&id=Hq4zvOB7a9QC&oi=fnd&pg=PA185&dq=pedro+cabrera+cabrera+sinhogarismo&ots=MXG8M12i07&sig=c5Txbqk0iMW3XY5eDmz2D8kCidQ#v=onepage&q=pedro+cabrera+cabrera>

sinhogarismo&f=false

- Campos, H., Gamboa, B., Morales, D., Pizarro, S., Ramírez, K., & Villalobos, J. (2015). *Experiencias de vida de las personas en situación de calle que consumen drogas legales e ilegales, y que asisten al Centro Dormitorio de Atención Primaria para Personas Habitantes de Calle. San José, Costa Rica, durante el año 2014*. Universidad de Costa Rica.
- Caravaca, J., & Padilha, M. (2015). Entre Batalhas E Pedras: Histórias De Vida De Moradores De Rua, Usuários De Crack. *Hacia La Promoción de La Salud*, 20(1), 49–66. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.4>
- Castañeda-Hernández, M. A. (2017). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus vínculos con la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(3), 161–163. Retrieved from www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ICN_
- Castillo, A. (2016). Diplomado virtual gestión de determinantes sociales de la salud: Introducción a la gestión de determinantes sociales de la salud. In *REDET - COLAM* (pp. 1–16). Organización Universitaria Interamericana (OUI).
- CEPAL. (2015). Se estanca la reducción de la pobreza y la indigencia en la mayoría de los países de América Latina. Retrieved May 9, 2020, from CEPAL website: <https://www.cepal.org/es/comunicados/se-estanca-la-reduccion-de-la-pobreza-y-la-indigencia-en-la-mayoria-de-los-paises-de>
- CEPAL. (2019). Panorama Social de América Latina. In Naciones Unidas (Ed.), *CEPAL*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- CEPAL. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales. *Informe Especial Covid-19*, (1), 1–15. Retrieved from https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/S2000264_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2020). Definiciones | ICN - International Council of Nurses. Retrieved May 10, 2020, from Consejo Internacional de Enfermeras website: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>

- Contandriopoulos, A. . (2006). Elementos para una “topografía” del concepto de salud. *Ruptures, Revista Interdisciplinaria de Salud*, 11(1), 86–99.
- Cordero, H. (2010). *Acceso a tratamiento antirretroviral de las personas con VIH y sida que viven en condición de calle como Derecho Humano a la Salud*. Universidad de Costa Rica.
- Correa, M. L. (2015). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista CUIDARTE*, Vol. 7, pp. 1227–1231. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Creswell, J. (2017). Research desing. In *The British Journal of Psychiatry* (4th ed.). <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>
- Di Iorio, J., Seidmann, S., & Rigueiral, G. (2016). Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas*, 15(3), 123–134. <https://doi.org/10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL>
- Elrod, J. K., & Fortenberry, J. L. (2017). Advancing indigent healthcare services through adaptive reuse: Repurposing abandoned buildings as medical clinics for disadvantaged populations. *BMC Health Services Research*, 17(Suppl 4). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2752-8>
- Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2016). Equidad en la atención se salud y Enfermería. *BIOtecnia*, 18(1), 44. <https://doi.org/10.18633/bt.v18i1.228>
- Fernández, B., Cardona, D. S., Arango, Á. C., & Velasquez, D. C. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle HIV vulnerability index in homeless persons El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH sigue siendo un importante problema de individuales y atendiendo a los contextos sociales y de exclusión d. *Enfermería Global*, (45), 154–168.
- Fernández, D., Agudelo, L., Castaño, C., Galeano, P., Segura-Cardona, A., & Montoya-Velez, L. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *CES Salud Pública*, 5(2), 147–153. <https://doi.org/10.21615/3076>

- Fitzpatrick, S., Quilgars, D., & Pleace, N. (2011). *Ending youth homelessness : Possibilities , challenges and practical solutions Acknowledgements Ending youth homelessness : Possibilities , challenges and practical solutions*. Heriot-Watt University.
- How much. (2019). The Definition of Extreme Poverty Has Just Changed - Population Living on Less than \$1.90 a Day. Retrieved September 12, 2020, from How much website: <https://howmuch.net/articles/charting-extreme-poverty-around-world>
- INEC. (2018). *Costa Rica en Cifras*. Retrieved from <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/recostraricaencifras2018.pdf>
- IMAS (2020). Datos estadísticos generales sobre la población en situación de calle. Área de Acción Social y Administración de Instituciones.
- Kelly, S. E. (2012). Qualitative Interviewing Techniques and Styles. In *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (pp. 307–326). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781446268247>
- Krieger, N. (2002). Glosario De Epidemiología Social. *Rev Panam Salud Publica*, 11(5), 480–490.
- Leiva-Hidalgo, J., Madrigal-Méndez, A., & Salas-Segura, D. (2013). Seroprevalencia de hepatitis B, C y VIH en indigentes en Costa Rica Seroprevalence. *Rev Costarr Salud Pública*, 22(2), 113–118. Retrieved from http://www.nacion.com/ln_ee/2008/
- León, D. (2018). *La seguridad social en Costa Rica-Una radiografía de su estado*. 42. Retrieved from <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/14518.pdf>
- Levesque, J., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Madrigal, C. R. (2006). Indigencia en San José: expresión de la exclusión social y el desarraigo. *Reflexiones*, 85(1–2), 189–197.

- Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm*, 16(3), 520–530.
- Malvárez, S. (2018, 08 de octubre). Notas para una teoría social de Enfermería [conferencia inaugural]. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Conferencia llevada a cabo en el XV Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, en San José, Costa Rica.
- Marmot, M., & Allen, J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*, 104(SUPPL. 4). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Marmot, M., & Bell, R. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*, 126(SUPPL.1), S4. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión. (2016). *Política Nacional de Atención Integral para personas en situación de abandono y en situación de calle*. 157. Retrieved from [https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento Poliética final 3 de julio \(5-7-16\).pdf](https://www.iafa.go.cr/images/contenido/articulos/acerca-de-iafa/Documento%20Politi%20ca%20final%203%20de%20julio%20(5-7-16).pdf)
- Muñoz-Justicia, J., & Sahagún-Padilla, M. (2017). Hacer un análisis cualitativo con Atlas.ti 7. In *Universidad Autónoma de Aguascalientes*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.273997>
- Navarro, R. (2002). El derecho fundamental a la seguridad social, papel del estado y principios que informan la política estatal en seguridad social. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de La Seguridad Social*, 10(1). Retrieved from https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100002
- Nieto, C. J., & Koller, S. H. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2162–2181. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30007-2](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30007-2)
- OMS. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Informe fial de lamision sobre Determinante Sociales de la Salud Co* (OMS, Ed.). Buenos

Aires: Ediciones Jornal S.A.

- OPS. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). In *Revista Panamericana Salud Pública* (Vol. 21). <https://doi.org/ISN 92 75 32699 1>
- OPS. (2017). Construyendo la salud en el curso de la vida. In *Salud en las Américas 2017* (2017th ed., pp. 1–30). <https://doi.org/10.1038/nrg1871>
- Otero, Á., & Zunzunegui, M. V. (2016). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In *Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (Primera e, pp. 87–99). <https://doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00006-5>
- Padilha, M. I. C. de S., Nelson, S., & Mora, A. L. V. (2013). Metodología de la investigación histórica en enfermería. In M. L. do Prado, M. de L. de Souza, M. Monticelli, M. C. Cometto, & P. F. Góme (Eds.), *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Polit, D., & Beck, C. T. (2018). *Essetials of Nursing Research* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Puyol, Á. (2012). Ética, Equidad Y Determinantes Sociales De La Salud. In L. Jadue & F. Marín (Eds.), *Gaceta Sanitaria* (1st ed., Vol. 26, pp. 178–181). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.08.007>
- Ramírez, N. (2016). Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. *Enfermería En Costa Rica*, 34(II), 66–71.
- Reglamento General de los Trabajos Finales de Graduación en Grado para la Universidad De Costa Rica (2020). La Gaceta Universitaria, San José, Costa Rica, 12 de marzo del 2020.
- Restrepo Alzate, A. A. (2016). El ser humano al límite: una mirada reflexiva al habitante de calle. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 89. <https://doi.org/10.21501/24631779.1759>

- Ribeiro, A. L., & do Nascimento, W. F. (2017). Drogas , direitos humanos e bioética : dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua * Drogas , derechos humanos y bioética : la doble vulnerabilidad del consumidor de drogas habitante de calle Drugs , human rights , and bioethics : double. *Revista Latinoamericana*, 17(2), 63–75. <https://doi.org/10.1016/j.canlet.2009.05.039>
- Sáenz, M. del R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Publica de Mexico*, 53(SUPPL. 2).
- Schervinski, A. C., Negrão Merry, C., Evangelista, I. C., & Cardoso Pacheco, V. (2017). Atenção à saúde da população em situação de rua. *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão*, 14(26), 55. <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2017v14n26p55>
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1996, December 3). Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Retrieved June 5, 2020, from http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. In *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150085 2](https://doi.org/ISBN%20978%204%20150085%202)
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. In *Bulletin of the World Health Organization* (Vol. 56). Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/261736/PMC2395571.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Universidad de Costa Rica. (2016). *Lineamientos del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para investigaciones con seres humanos biomédicas y no biomédicas*. Retrieved from [https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Lineamientos Comité Ético Científico2\(1\).pdf](https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/Lineamientos%20Comité%20Ético%20Científico2(1).pdf)
- Watson, J., Crawley, J., & Kane, D. (2016). Social exclusion, health and hidden

homelessness. *Public Health*, 139(519), 96–102.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.017>

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington, D.C.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2000). *Social Determinants of Health. The Solid Facts* (pp. 1–29). pp. 1–29. Colombia: OMS.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Anexo 1. Aprobación de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación



EE Escuela de
Enfermería

12 de diciembre 2018
EE-2526-2018

Jeniffer Hernández Guzmán B53380.

Estimada estudiante:

Por este medio se le informa que en sesión 250-2018 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su anteproyecto: "Atención de la salud de personas en situación de calle: un análisis desde los determinantes sociales de la salud".

OBSERVACIONES:

Presenta nota indicando que se adjunta la carta con el visto bueno departe de la ONG, en la cual se autoriza la realización del trabajo final.

ACUERDO FIRME: SE APRUEBA.

Atentamente,


Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSc, Lic
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



Drm/Npa



Anexo 2. Carta de aprobación del Comité Ético Científico



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

VI Vicerrectoría de
Investigación

7 de junio de 2019
VI-3527-CEC-0312-2019

privada
ESCUELA DE ENFERMERIA
UCR 09:45:19 JUN 10


Dr. Derby Muñoz
Coordinador CTFG
Escuela de Enfermería

Acusamos recibo del protocolo concerniente a la tesis de grado elaborada por la estudiante Jennifer Hernández Guzmán para optar por el grado de licenciatura en la carrera de Enfermería, denominada "Atención de la salud de las personas en situación de calle: un análisis desde los determinantes sociales de la salud".

Al respecto se analizó la documentación aportada digitalmente y se tiene como una investigación cualitativa, que pretende estudiar la atención de salud de las personas en situación de calle, tomando en cuenta sus necesidades, el acceso que tienen a los servicios de salud y el uso que hacen de ellos. Se va a basar básicamente en la técnica de entrevista anonimizada y vienen los criterios de inclusión y exclusión, así como de la muestra.

Se revisó igualmente el Consentimiento Informado y en términos generales no se observa ningún impedimento ético y más bien lo que se pretende es sistematizar los condicionantes del servicio de salud a este sector vulnerable. En consecuencia, y en aras de la agilidad del proceso y las potestades conferidas por el numeral 9.3 de los Lineamientos actuales del Comité Ético Científico, nos servimos aprobar la presente investigación.

Atentamente,


MSc. Alfonso Chacón Mata
Presidente CEC-UCR



da
C. Jennifer Hernández Guzmán, Estudiante, Escuela de Enfermería
Arquivo

Anexo 3. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201



FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234
"LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" y EL "REGLAMENTO ÉTICO
CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN
LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS"

Trabajo final de graduación: Tesis

*Atención de la salud de las personas en situación de calle: un análisis desde los determinantes
sociales de la salud.*

Nombre de la investigadora: Jeniffer Hernandez Guzman

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/el participante: números de teléfono:

Correo electrónico:

Contacto a través de otra persona:

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: La presente investigación pretende estudiar la atención de salud de las personas en situación de calle, tomando en cuenta sus necesidades, el acceso que tienen a los servicios de salud y el uso que hacen de ellos. El proyecto será realizado por una estudiante de último año de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?: Se realizará una entrevista con unas preguntas sobre lo mencionado anteriormente; la entrevista será grabada en audio, para después poder transcribirla a un documento escrito y mostrar los datos de interés. La entrevista será realizada después de firmado este documento; se necesitará de una o dos sesiones con duración aproximada de hora y media cada una. Será realizada entre los meses de Abril y Agosto, aproximadamente, del año 2019 en la "Asociación Casa Libertad".

C. RIESGOS: La participación en este estudio no causará ningún daño físico en la persona, sin embargo, puede generar algún grado de incomodidad al preguntar respecto a temas que ahondan en la privacidad de los y las participantes.

D. BENEFICIOS: Como resultado de la participación en esta investigación, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, por medio de la información brindada se puede profundizar en el conocimiento de la atención de salud de las personas en situaciones calle y así mejorar las políticas en relación con la situación. Asimismo, se mantendrá contacto para coordinar la presentación final de los resultados obtenidos en la investigación.

2

Firma de sujeto participante: _____

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____

Universidad de Costa Rica



E. VOLUNTARIEDAD: La participación en la investigación es voluntaria y puede negarse a participar o no responder algunas preguntas, sin que esto afecte los beneficios que recibe de la institución.

F. CONFIDENCIALIDAD: La participación en este estudio es confidencial, los resultados pueden aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de forma anónima. Todos los audios y documentos serán protegidos por la investigadora y solo ella tendrá acceso a la información que recolecte.

H. INFORMACIÓN: Antes de dar la autorización de participación, se debe hablar con la investigadora y haber aclarado cualquier pregunta del estudio. Si se desea más información puede llamar a la investigadora al 8629-8350 en el horario de lunes a viernes de 2:00p.m. a 6:00p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398, de lunes a viernes de 8:00a.m. a 5:00p.m.

I. Si acepta participar, recibirá una copia de este documento firmada para uso personal. Importante, hay que destacar que NO perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y acepto participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula de la investigadora que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017
Formulario aprobado en sesión ordinaria

2

Firma de sujeto participante

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____
Universidad de Costa Rica



Anexo 4. Certificación en “Buenas prácticas de investigación”



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE ACCIÓN SOCIAL

Otorga el presente

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN A:

Jennifer Hernández Guzmán

Cédula: 2-0762-0028

Por haber cumplido con los requisitos del curso

BUENAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN

Curso de Buenas Prácticas Clínicas tipo Observacional aprobada en Sesión N°73 del 24 de agosto del 2016 por el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).

Impartido el 03 y el 10 de setiembre del 2018 en el marco del proyecto: “Programa de Educación Continua del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería”, con una duración de 18 horas.

Asistencia efectiva: 18 horas.

Firmado en la Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, a los 14 días del mes de setiembre de 2018

[Firma]
Msc. Selvy Milena Quirós
Directora de la Escuela de Enfermería

[Firma]
M.L. Marjorie Jiménez Castro
Vicerrectora de Acción Social

Anexo 5. Carta de aprobación “Asociación Casa Libertad”



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

EE Escuela de
Enfermería

12 de noviembre del 2018
EE-2303-18

Sra. Erika Lizano Conejo
Presidenta
Asociación Casa Libertad

Estimada señora:

Le saludo muy cordialmente, y a su vez le solicito autorización para que una estudiante realice su Trabajo Final de Graduación para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de Costa Rica.

La postulante es:

Nombre	Carnet	Teléfono
Jeniffer Hernández Guzmán	B53380	8629-8350

La tesis lleva por nombre: "Atención de la salud de las personas en situación de calle: un análisis desde los determinantes sociales de la salud".

Objetivo General

Analizar la atención de salud de las personas en situación de calle desde los determinantes sociales de la salud.

Objetivos Específicos

1. Identificar las necesidades de salud percibidas por las personas en situación de calle.
2. Analizar el acceso a la atención de la salud de las personas en situación de calle.
3. Describir la utilización de los servicios de atención de salud por parte de las personas en situación de calle.

Cabe mencionar que la estudiante cuenta con el apoyo del comité asesor, quienes los guiarán en todo momento, si tiene alguna duda o inquietud puede comunicarse al 2511-2094.

Les agradezco de antemano su fina colaboración para poder desarrollar esta investigación.

Atentamente,



AMPS

Cc: Archivo


M^{Sp}. Mary Solano Rivera
Directora de Tesis



Anexo 6. Guía de preguntas

- Para usted ¿Qué significa la salud?
- ¿Podría comentarme cómo ha sido su vida desde niño? (¿dónde nació, es migrante, con quienes creció, fue a la escuela?)
- ¿Cómo ha sido vivir en la calle? ¿Cuáles situaciones de la vida cree que lo llevaron a vivir en la calle?
- ¿Usted se considera como una persona enferma? ¿Por qué?
- ¿En algún momento de su vida ha consumido alguna droga? Actualmente ¿consume alguna droga? ¿Se considera una persona enferma por consumir drogas? (Si es consumidor: ¿qué otra enfermedad padece? Si no es consumidor: ¿padece de alguna enfermedad?)
- ¿Usted qué opina del seguro social? ¿Para qué le sirve a usted el seguro? Actualmente ¿Es asegurado? ¿Alguna vez fue asegurado? ¿Ha tenido alguna dificultad para asegurarse?
- Cuando se ha sentido mal (enfermo) ¿a dónde ha ido?
- ¿Solo ha utilizado los servicios de salud públicos (de la CCSS)? O alguna vez ¿ha usado servicios de salud privados o de ayuda social como los que dan las ONG's?
- Cuénteme alguna experiencia (concreta) de alguna vez que haya ido a un EBAIS o clínica (¿Por qué fue (emergencia, cita)? ¿Cómo fue esa experiencia? ¿Qué paso? ¿Quedaba cerca?)
- Cuénteme ¿tiene alguna situación (creencias, religión, cultura) que limite el que usted vaya a un centro de salud o el recibir algún tratamiento específico). Por ejemplo, el ser Testigo de Jehová.
- ¿Cómo se ha sentido cuando ha ido al EBAIS o Clínica? ¿Cómo lo ha tratado el personal (secretaria, enfermera/o, medico)? ¿Cómo se ha sentido con esto? ¿Se ha relacionado con otros pacientes? ¿Cómo ha sido su trato?
- En general, ¿Podría comentarme como han sido sus experiencias en los centros de salud? Y ¿Cómo se ha sentido con esto? (¿En algún momento siente que lo han tratado diferente según el motivo por el que consulte o por estar en situación de calle?)
- Cuando ha consultado, ¿ha recibido la atención que esperaba y necesitaba en el momento? ¿Se ha sentido satisfecho?
- ¿En algún momento ha sido referido de un EBAIS o Clínica a un Hospital? (¿Ha recibido tratamientos? ¿Le han realizado exámenes?)