



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Miradas de prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020.

Catalina Henao Ochoa

Estefanía Palacio Mazo

Luisa Fernanda Tabares Estrada

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Medellín

2020

Miradas de prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020.

Catalina Henao Ochoa

Estefanía Palacio Mazo

Luisa Fernanda Tabares Estrada

Trabajo de grado para optar al título en Administración en Salud con énfasis en
Gestión de Servicios de Salud

Asesora

Nancy Eliana Gallo Restrepo

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

Héctor Abad Gómez

Medellín

2020

Tabla de contenido

Resumen	7
Introducción.....	8
1. Planteamiento del problema.....	9
1.1 Justificación	13
2. Objetivos	15
2.1 Objetivo general	15
2.2 Objetivos específicos	15
3. Marcos.....	16
3.1 Marco Referencial.	16
3.1.1 Habitante de calle.....	16
3.1.2 Acceso a servicios de salud	17
3.1.3 Barreras de acceso a servicios de salud.	18
3.1.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud.	18
3.1.5 Gestación y control prenatal.....	20
3.2 Marco normativo.	22
3.3 Marco contextual.....	24
4. Metodología	26
4.1 Tipo de estudio.....	26
4.2 Diseño Metodológico	26
4.3 Población y muestra	27
4.4 Criterios de inclusión a la muestra funcionarias ONG	28
4.5 Criterios de inclusión a la muestra prestadores de servicios de salud	28
4.6 Criterios de exclusión a la muestra funcionarios ONG	28
4.7 Criterios de exclusión a la muestra prestadores de servicios de salud	28
4.9 Técnicas de recolección de información e instrumentos	29
4.10 Prueba piloto	30
4.11 Análisis de la información.....	30
5. Resultados	34
6. Discusión	58

7. Conclusiones	62
8. Recomendaciones	64
9. Agradecimientos	65
10. Referencias bibliográficas	66
Anexos	73

Lista de tablas

Tabla 1. Normograma	23
---------------------------	----

Lista de Anexos

Anexo 1. Recolección de la Información	73
Anexo 2. Sistema categorial.....	75
Anexo 3. Consentimiento informado	79
Anexo 4. Redes de Atlas Ti.....	81

Resumen

Objetivo: La presente investigación pretendió conocer la mirada que prestadores de servicios de salud y voluntarios de ONG tienen sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo con un diseño metodológico basado en el paradigma de investigación cualitativa, con enfoque epistemológico hermenéutico; la recopilación de la información se hizo a través de fuentes primarias, mediante la aplicación de entrevista semiestructurada y posteriormente se hizo el análisis de la información en el software Atlas ti.

Resultados: se encontraron diferencias en la mirada sobre la situación y el contexto de salud de mujeres habitantes de calle entre los dos grupos entrevistados, voluntarias de ONG y prestadoras de servicios de salud; además de ello se encontraron dificultades estructurales, económicas, socioculturales, geográficas, administrativas y subjetivas que impiden el goce efectivo del derecho a la salud en esta población.

Conclusiones: Según los hallazgos de la investigación en la ciudad de Medellín-Colombia, se evidencian algunas miradas sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud que obstaculizan la prestación del servicio de manera oportuna y eficaz.

Palabras clave: servicio, salud, habitante de calle, gestación.

Introducción

El acceso a los servicios en salud se define como un conjunto de sucesos que surge de la necesidad de atención médica, hasta el momento que se inicia la utilización de los servicios (1). Este se refiere a la posibilidad de obtener, de manera integral, los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, conservación y mejoramiento de la salud; con oportunidad, equidad y calidad, garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna (2).

Según la Organización Mundial de la Salud-OMS el acceso a la atención en salud implica, que todas las personas reciban los servicios que necesitan. Sin embargo, el acceso es uno de los principales desafíos que debe enfrentar los sistemas de salud para garantizarle a la población el goce de su bienestar de manera digna y con calidad.

Las mujeres habitantes de calle en estado de gestación requieren servicios de salud específicos para garantizar un embarazo seguro, por lo tanto, comprender el contexto de la situación de salud de las mujeres habitantes en calle en gestación es una necesidad para mejorar los servicios que se les debe prestar al momento de la gestación y del parto para garantizar la vida y la salud del binomio madre e hijo.

La primera parte de la investigación caracteriza el problema social, el cual expone la situación en salud que presenta la población habitante de calle, en especial las mujeres en estado de gestación, lo cual destaca la importancia de este tipo de estudios en la ciudad de Medellín.

Luego, se encuentra la sustentación conceptual y normativa donde se identifican las diferentes teorías que permiten estudiar y conocer el acceso a los servicios de salud de esta población, posteriormente se pasa a la metodología, donde se expresa que a través de un tipo de investigación descriptivo, con un abordaje metodológico basado en el paradigma de investigación cualitativa, se abordó la situación y donde se emplean técnicas propias de la investigación cualitativa como la entrevista semiestructurada para la recolección de la información.

Finalmente se muestran los resultados de la investigación presentando las diferentes situaciones y dificultades que enfrenta esta población a partir de la información suministrada por las participantes en el estudio, posteriormente la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.

1. Planteamiento del problema

La OMS en su declaración de 1948, afirma que la salud es un derecho fundamental, el cual incluye el acceso oportuno a los servicios de atención en salud (3). Por su parte el acceso a los servicios en salud se define como un conjunto de sucesos que surge de la necesidad de atención médica, hasta el momento que se inicia la utilización de los servicios(1). Este se refiere a la posibilidad de obtener, de manera integral, los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, conservación y mejoramiento de la salud; sin impedimentos, con oportunidad, equidad y calidad, garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna (2). La OMS, establece que el acceso a los servicios de salud debe garantizarse sin que exponga a las personas a dificultades financieras para recibir la atención sanitaria que requieren(4). No obstante, el acceso es uno de los principales desafíos que afronta el sistema de salud colombiano (5).

Con la reforma del sistema de salud colombiano en 1993, se pasó de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, y uno de sus objetivos principales es crear condiciones de acceso a los servicios de salud a toda la población, sin embargo, Echeverry y vega sustentan que la implementación de la ley 100 no solo profundizó las inequidades, sino que generó nuevas desigualdades, debido a la prioridad que se le da a la rentabilidad por encima del derecho a la salud, lo cual genera barreras para acceder al sistema de salud de manera oportuna y con calidad(6)(7).

Una barrera de acceso a los servicios de salud implica el no uso de un servicio cuando el usuario ha percibido su necesidad, el uso a destiempo o la recepción del mismo con un bajo nivel de satisfacción; desde las Empresas Administradoras de Beneficios EAPB, son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que estas interponen para negar, dilatar o no prestar los servicios a sus afiliados (8) (9). Y, este es uno de los principales problemas presentes en todos los contextos de desarrollo social y en distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, pero se da con mayor frecuencia en personas en condición de pobreza, Wagstraff afirma que la pobreza y la mala salud se interrelacionan con tendencia a presentar peores resultados sanitarios en los países pobres y en vía de desarrollo, donde existe un círculo vicioso con peores consecuencias para los más pobres, es decir, la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo más pobres(10).

Pese a los esfuerzos que ha realizado Colombia para reducir la desigualdad social, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, este es el segundo país con índice de Gini más alto con un porcentaje de 0,51% frente al 0,46% de la media de los países de América Latina, para el año 2017, indicador que refleja, el fenómeno de la pobreza y pobreza extrema en el país, siendo el

fundamento de la pobreza la carencia de igualdad; así mismo la desigualdad causa desequilibrios sociales (11)(12).

Una de las consecuencias de la pobreza y la inadecuada distribución de la riqueza es el fenómeno de los habitantes de calle(13); el cual se define como aquella persona de cualquier edad que generalmente ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida donde satisface todas sus necesidades (14)(15).

Los habitantes de calle, sin importar su género, se convierten en grupos vulnerables y marginados de las sociedades y suelen tener que soportar una proporción excesiva de los problemas sanitarios, pero tiende a constituir una carga más pesada para las mujeres, ya que se encuentran en una situación de desventaja producto de la discriminación condicionada debido a factores socioculturales, ocasionando la desigualdad de género (16).

Con el fin de mitigar la discriminación hacia las mujeres, entre otras discriminaciones y situaciones de salud, la Organización de Naciones Unidas-ONU ha planteado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS poner fin a todas las formas de discriminación contra las mujeres y uno de sus valores agregados es asegurar el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva-SSR y los derechos reproductivos-DSR-, ya que está directamente relacionada con la calidad de vida(17). Colombia al ser uno de los 193 países que se acoge a este acuerdo internacional debe dirigir sus esfuerzos a dar cumplimiento con lo estipulado en los ODS por tanto se crea la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva donde establece que “debe garantizarse el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la SSR (18).

La maternidad, siendo uno de los temas principales de los derechos de la SSR, requiere que las acciones que se realizan para una maternidad segura estén dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido/a (18).

Las mujeres habitantes de calle no están exentas de experimentar la maternidad, y debido a las condiciones biopsicosociales a las que se ven enfrentadas estas mujeres, en pocos casos, pueden acceder a los servicios de SSR, lo que se traduce en embarazos no planeados, un mayor riesgo de enfermedad o muerte a causa de complicaciones asociadas al embarazo o el parto, la falta de asistencia por personal médico y de enfermería durante el parto y la necesidad de dar a luz por sí solas (19).

Uno de los servicios más importantes durante el estado de gestación es el control prenatal-CNP-, el cual según la OMS es el “conjunto de acciones llevadas a cabo durante la gestación y antes del parto, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza “. Por lo tanto, considerar el cuidado materno como una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (20).

Sin embargo, no todas las mujeres acceden al CPN y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo. En Colombia, el Instituto Nacional de Salud encontró que el 34% de los casos de muertes maternas tempranas están relacionados con la no asistencia a control prenatal. (10) (11). La inasistencia no solo está asociada a la disponibilidad de infraestructura de salud, sino que adicionalmente, está relacionada con la presencia de barreras económicas, socioculturales y geográficas (20).

En un elevado número de países en vía de desarrollo, las mujeres pobres presentan menos probabilidades de disfrutar de acceso a la atención de salud durante el embarazo y el parto, ya que el factor de vulnerabilidad que más se asocia a condiciones precarias de SSR entre otros, la situación de pobreza, lo que genera que los riesgos asociados con la SSR sean muchos mayores comparado con el resto de la población(18) (19).

Una investigación realizada en Medellín y Manizales indica que el conocimiento y uso de los servicios de salud, y en particular los de Promoción y Prevención PyP, incluido el programa de CPN, es bajo en la población habitante de calle. Sin embargo, cuando estas deciden acceder a los programas de PyP tienden a desertar por distintas razones, como, por ejemplo: ser devueltas sin la atención, cobros generados por la atención y tratos inadecuados por parte del personal de salud (14)

En la revisión de la bibliografía se encontró un estudio de Costa Rica donde evidencian que las principales dificultades que tienen las mujeres gestantes habitantes de calle para acceder a los servicios de salud son en el desconocimiento de los programas y la escasez de recursos económicos (21). Por otra parte, en Santa Marta mediante una investigación con mujeres gestantes de estratos bajos, se conoció que la inasistencia a los CPN se daba principalmente por barreras de acceso de tipo económico (20).

En la ciudad de Medellín se realizó un estudio que determina que uno de los servicios de salud, que tiene mayor demanda por la población de mujeres habitantes de calle es la atención al parto, sin embargo, no se encuentran estudios en la ciudad

que den cuenta de las dificultades que ellas puedan presentar al momento de recibir una atención integral durante la gestación (14).

De acuerdo con las anteriores consideraciones, y teniendo en cuenta que los habitantes de calle cuentan con unas características especiales que influyen en dificultades a la hora de la atención, tales como: diferencias entre la formalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS y el estilo de vida de estas personas, modalidad en la prestación de los servicios, ausencia de enfoque diferencial e intersecciones en los programas y rutas de atención, actitudes del personal de salud, prejuicios y falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población, prejuicios del habitante de la calle sobre los servicios de salud y falta de información sobre servicios de salud, en esta población (15). Siendo esta última consideración el eje central del presente planteamiento del problema surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cual podrá ser la mirada que prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG tienen sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención? Medellín 2020?

1.1 Justificación

Esta investigación se justifica en tanto que acceder a los servicios de atención al parto es un factor influyente para el logro de la salud y el aumento o disminución de las desigualdades sociales en un país y constituye un tema significativo para mantener la calidad de vida de los ciudadanos, por ello se debe disminuir la estigmatización que sobre la población existe y garantizar la atención en salud de la población en términos de igualdad.

En Colombia, a pesar de que se han realizado estudios importantes y útiles sobre acceso a los servicios de salud para la población habitante de calle, donde evalúan las razones de no asistencia a un servicio médico y los limitantes para recibir atención, no se incluyen a las mujeres gestantes como sujeto de estudio específicamente.

Sin duda la población habitante de calle tiene una cultura y necesidades especiales, que deberían satisfacerse por medio de políticas públicas específicas y particulares que ayuden a reducir las barreras de acceso que presentan para alcanzar los servicios de salud. Por esta razón se deben considerar las características específicas con las que cuenta esta población, para asegurar el acceso a la atención en salud, en particular la ciudad de Medellín, donde se ha aumentado de manera evidente dicho fenómeno y en la comuna 10, la candelaria, Medellín Colombia, donde se concentra gran parte de estos (22).

La situación de habitar en la calle se ha convertido en un fenómeno social y es una problemática dada, principalmente, por factores como: la exclusión, la desigualdad de oportunidades, las pocas posibilidades económicas, el desplazamiento, etc. Esto aumenta su condición de vulnerabilidad y hace que no cuenten con las mismas oportunidades que tiene el resto de la población (23).

Aunque la ley incluye a esta población como parte de una sociedad y trata de garantizarles sus derechos y la posibilidad de ser tratados como cualquier otro ser humano sin ninguna discriminación, la exclusión por parte de otras personas es muy notoria, donde son vistos como individuos a quienes hay que temer, sucios, enfermos y no son reconocidos como seres humanos, que se encuentran sin techo, sin abrigo, sin comida y que requieren atención, incluyendo la salud(24). Dentro esta población se encuentran las mujeres, las cuales igualmente tienen la posibilidad de experimentar la maternidad como cualquier otra y cuando esto se presenta, requieren de cuidados específicos para asegurar el bienestar tanto de la materna, como del recién nacido y garantizar el buen crecimiento y desarrollo del feto(25).

El control prenatal es uno de los principales programas que requiere la gestante para prevenir los riesgos y complicaciones en el embarazo y garantizar el bienestar de la materna y del recién nacido, por lo tanto, acceder a él debería ser una prioridad para evitar las causas de mortalidad materna(26). Sin embargo, no todas las mujeres logran acceder a él y no sólo por la disponibilidad de recursos en salud, sino por diferentes dificultades que se presentan(20).

Esta investigación pretende aportar conocimientos sobre la mirada que tienen los prestadores de servicios de salud sobre las mujeres habitantes de calle, su situación y contexto de salud de la población para poder generar un impacto positivo en su atención.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Conocer la mirada que prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG tienen sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020.

2.2 Objetivos específicos

1. Contextualizar socio demográficamente las participantes del estudio.
2. Describir las dificultades para la prestación de los servicios de salud, desde la mirada de las prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG.
3. Relatar el contexto social y económico de las mujeres habitantes de calle en gestación al momento de solicitar servicios de salud desde la mirada de prestadoras de servicios de salud y voluntarios de ONG.

3. Marcos

3.1 Marco Referencial.

3.1.2 Habitante de calle. Para comprender el fenómeno deben mencionarse dos conceptos: habitante de calle y habitante en calle; el primer concepto, se refiere a la persona de cualquier edad, que generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida, mientras que el habitante en calle es aquella persona de cualquier edad, que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo en la calle, es preciso destacar que el habitante en calle tiene un lugar donde llegar; Y los habitantes en situación de calle es la sumatoria de los habitantes de calle y habitantes en calle (27).

Para la realización de esta investigación se ha decidido trabajar con la población habitante de calle ya que son quienes se encuentran más desprotegidos y en pocas ocasiones son sujeto de estudio para intentar cambiar su situación de vida, en especial las mujeres en estado de gestación.

Habitante de calle es toda persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria según lo establecido en la política pública que establece la ley 1641 para el restablecimiento de derechos de estas personas(28). según Antonio Velandia, la calle es un espacio que no cumple los requerimientos mínimos necesarios para considerarse un lugar de habitación en condiciones aceptables para el bienestar y la calidad de vida de un ser humano (14)(29).

La connotación de habitante de calle tiene en cuenta un componente socioeconómico enfatizado en la condición de pobreza, que según estudios de investigación se da por diferentes razones, tanto internas como externas. En las condiciones internas se resaltan los problemas psicológicos, de salud y de conflictos de carácter privado como problemas familiares o carencia de esta que le impiden sostenerse económicamente, por ende, la persona se ve despojada de su hogar; las condiciones externas según Kellet y Moore, hacen referencia a la pobreza extrema y la marginalidad, donde ven al habitante de calle como parte de una sociedad desigual y excluyente (30).

En Colombia, tanto a nivel económico como social, una de las causas de la habitabilidad en calle es la pobreza y la desigualdad, siendo un fenómeno que está presente en el contexto del país de manera visible en la cotidianidad de sus ciudadanos. Dicho fenómeno se caracteriza por ser una problemática, dada por diferentes causas, como la violencia, el desplazamiento, problemas económicos,

familiares y de salud, que ha enfrentado la población a lo largo de la historia y que se torna difícil de controlar debido a la complejidad de los elementos que la componen (31).

En lo que respecta a Medellín, con el Ferrocarril de Antioquia se facilitó el fenómeno migracional y lugares como la plaza de Cisneros o Plaza de Guayaquil, el hoy "Parque de las Luces", y el Barrio Corazón de Jesús, conocido como "Barrio triste" comenzaron a ser poblados por habitantes de calle, que encontraron en la ciudad un lugar de asentamiento; así mismo el proceso de modernización hace que los habitantes de calle comienzan a desplazarse de sus lugares de asentamiento, haciendo más visible este fenómeno para quienes transitaban el centro de la ciudad, aumentando los niveles de inseguridad, las dificultades en el tránsito público y la salubridad (32).

3.1.2 Acceso a servicios de salud. Donabedian en el artículo un marco para el estudio del acceso a la atención médica plantea que el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos materiales y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos. En los aspectos socio-organizacionales se incluyen los recursos como costos de los servicios, la especialización del proveedor, etc. y la accesibilidad geográfica que se dan en función de tiempo y distancia que deben atravesarse para recibir atención (33).

Al considerar los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud, aparte de los recursos socio-organizacionales y el espacio, se debe considerar la "disposición" del consumidor potencial para buscar atención, lo cual depende de sus actitudes y el conocimiento sobre la atención de salud y las definiciones sociales y culturales de enfermedad que ha aprendido (33).

El acceso a la prestación de servicios según Andersen se define como la "capacidad que desarrolla una persona para buscar y obtener atención médica cuando y donde sea necesario", teniendo en cuenta que la capacidad está sujeta a cambios de acuerdo a las características inherentes de cada individuo como la edad, su estado de salud o su percepción frente al sistema, la disponibilidad de recursos y el contexto donde se desenvuelve, como la facilidad de transporte, los aspectos culturales o la convivencia, etc. (2).

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín el acceso es definido como la posibilidad de obtener, de una manera integral, los servicios de salud para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento de la enfermedad, y de conservación y mejoramiento de la salud; sin obstáculos, con oportunidad, equidad y calidad; garantizando el derecho fundamental a la salud y a una vida digna, y contando con

la persona como corresponsable en el autocuidado y en el uso adecuado del sistema (2).

El modelo conceptual más representativo y citado en la literatura disponible sobre acceso a servicios de salud es el modelo de Aday y Andersen, los cuales plantean dos dimensiones de acceso: Potencial y real. El potencial se define como la posibilidad de recibir atención por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios (disponibilidad de recursos, tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (Disposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida); por otra parte, el acceso real se refiere al uso efectivo de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios (34).

3.1.3 Barreras de acceso a servicios de salud. Son obstáculos que impiden el proceso de atención mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención en salud sea resuelta, ya sea por el lado de la oferta (prestador o sistema) o por el lado de la demanda (individuo). Estas barreras generan como consecuencia efectos negativos en el estado de salud en las personas, impactando de una manera desfavorable el sector salud y sus diferentes actores; estas barreras pueden ser de tipo administrativo, geográfico, económico, cultural y social (35).

Andersen y Aday definen las barreras de acceso de acuerdo con la identificación de las dificultades para que la necesidad, búsqueda y obtención de los servicios transcurra de manera normal y se logre la satisfacción del usuario y la mejora de su nivel de vida (36).

Según informe de la OMS, la pobreza se convierte en una barrera para acceder al sistema de salud, lo que impide crear un entorno de vida sano deteriorando las condiciones de salud y bienestar, lo que se traduce en altas tasas de mortalidad, que son más evidentes en las zonas más pobres de los países (37).

Si bien el sistema de salud colombiano cuenta con un marco normativo el cual busca garantizar la cobertura universal de la población y atender sus necesidades en salud, las políticas públicas han resultado ser ineficaces y han entorpecido la implementación de estrategias de universalidad del sistema de salud de tal forma que las personas ven condicionado su acceso a la salud dependiendo de su situación socioeconómica. Al punto de que quienes viven en situación de pobreza y pobreza extrema no tienen ninguna posibilidad de gozar del derecho a la salud como derecho fundamental y como servicio público (38).

3.1.4 Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con relación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia fue establecida la ley 100 de 1993,

creadora del modelo de salud actual, la cual estableció entre los principios fundamentales del sistema el principio de universalidad, que garantiza a todos los colombianos el acceso al servicio público de salud (39). Igualmente, la ley 100/93 establece en su artículo 152 como uno de sus objetivos crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, esto se cumple a través del aseguramiento de la población, ya sea al régimen contributivo al cual pertenecen las personas con capacidad de pago o el régimen subsidiado, por medio del cual la población más pobre del país sin capacidad de pago tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado; igualmente está la población pobre no asegurada, que no se encuentran afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción (40)(41).

Las personas que pertenecen al régimen subsidiado se encuestan por medio del SISBÉN, el cual refleja el nivel de clasificación socioeconómico de acuerdo con el puntaje obtenido. Sin embargo, los y las habitantes de calle, pese a que según lo dispuesto por el Decreto 780 de 2016 deben pertenecer al régimen subsidiado, se clasifican mediante el Listado Censal y no por la encuesta SISBÉN. El listado Censal es la herramienta que permite focalizar a la población especial y contiene los datos de identificación mínimos necesarios para realizar el proceso de afiliación ante la Entidad Promotora de Salud-EPS (42).

Actualmente en Colombia rige la ley 1641 de 2013, la cual establece los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de calle, dirigida a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas y uno de sus componentes es la atención integral en salud (28).

Para este grupo poblacional aumentan los problemas para acceder a los servicios de salud, presentando las siguientes barreras:

1. Existe falta de reconocimiento como sujetos de derecho, social y legal de estas poblaciones, lo cual supone una desigualdad de condiciones con el resto de la ciudadanía.
2. Estigmatización, discriminación y violencia tanto del Estado como de la ciudadanía en general hacia estos sectores poblacionales, que les impide acceso adecuado y oportuno a servicios de salud, incluso de emergencia.
3. Carencia de documentos de identidad u oficiales y domicilio fijo, que restringen o impiden su acceso a posibilidades de subsistencia, empleo y beneficio de programas sociales.
4. Existen diferencias entre la formalidad del SGSSS y el estilo de vida de las personas habitantes de calle, debido a que el estilo de vida de estas personas es muy informal, con normas escasas y diferentes, lo cual hace que entren

en contradicción con el diseño del funcionamiento de los servicios de salud y del sistema.

5. En la mayoría de los casos, los servicios de salud se encuentran en instituciones distantes al lugar donde viven y permanecen los habitantes de la calle y como la modalidad es principalmente residencial y no ambulatoria, hace que se dificulte la atención.
6. Al no contar con programas de promoción de la salud y de prevención que tengan en cuenta las particularidades de esta población, o no disponer de mecanismos para que los programas lleguen a ellos con temáticas y lenguajes acordes a su realidad y necesidades para lograr su sensibilización respecto al autocuidado en entornos poco saludables, manejo de riesgos, nutrición y prevención de enfermedades transmisibles, se constituye en una barrera que además ocasiona que los diagnósticos sean tardíos y no accedan de manera oportuna a tratamiento.
7. La percepción de las personas que trabajan en las Empresas Social del Estado-E.S.E. y en las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud-IPS frente a esta población muchas veces es negativa o estigmatizadora, lo cual hace que se niegue la atención aun cuando la persona está afiliada.
8. En la mayoría de los casos, el personal de salud no está familiarizado con esta población. Esto hace que sienta rechazo hacia ella por sus hábitos de higiene y tenga dificultades para la interacción, reforzando los imaginarios negativos de las personas habitantes de la calle sobre el sistema de salud.
9. El desconocimiento o el prejuicio que tiene la población sobre el ingreso a los servicios de salud es una barrera aún más compleja, puesto que evitan ser atendidos de manera recurrente debido a que ligan la atención con la internación.
10. Muchas de las personas habitantes de la calle desconocen la gratuidad de los servicios de salud y los lugares de atención (15).

3.1.5 Gestación y control prenatal. La gestación o embarazo es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento, donde el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. En el ser humano para esta etapa, se utiliza el término “Edad gestacional”, para describir al avance que ha tenido el embarazo y se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual (43).

En todo el proceso de gestación es importante el CPN y para garantizar el bienestar de la materna y el bebé, evitando infecciones o enfermedades a las que están expuestas. Considerando las condiciones que presentan las mujeres habitantes de

calle y su vulnerabilidad, se hace aún más importante la etapa de gestación y los servicios de atención en salud que requieren, para que se lleve a cabo el proceso de una manera exitosa.

Según la OMS, el CPN es un “conjunto de acciones llevadas a cabo durante la gestación y antes del parto, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza “. Por lo tanto, considera el cuidado materno como una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (26).

3.2 Marco normativo.

La Constitución Política de Colombia de 1991 en el artículo 48 establece que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, a partir de esta premisa el sistema de salud en Colombia tuvo una reforma mediante la ley 100 de 1993, por la cual crea el Sistema de Seguridad Social Integral, en su artículo 3 se establece la obligación que tiene el Estado de garantizar a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social (44)(7).

Anteriormente el derecho a la salud se exigía por medio de la acción de tutela cuando se encontraba en conexidad con el derecho a la vida, según lo instauró la sentencia No. T-597/93, pero en Colombia la salud pasa a ser un derecho fundamental mediante la ley estatutaria del 1751 2015 (45).

Si bien, el derecho fundamental a la salud va dirigido a toda la población colombiana, los habitantes en situación de calle cuentan con una política pública social, creada mediante la 1641 de 2013, la cual tiene como objeto “establecer los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social”, bajo los principios de dignidad humana, autonomía personal, participación social, solidaridad y coordinación entre los diferentes niveles de la administración pública (28).

Según el decreto 780 de 2016 pertenecen al régimen subsidiado las poblaciones especiales, es decir, “las personas que, por sus condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o en situación de debilidad”. En este grupo no estaban incluidas las personas habitantes de calle, por esta razón, el decreto 2083 de 2016 modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, incluyendo a la población habitante de calle, de esta forma harán parte del régimen subsidiado (46)(47).

Para ser beneficiarios del régimen subsidiado La población especial es identificada mediante el listado censal y no por la encuesta del SISBÉN, y la resolución 5246 de 2016, define que el responsable de la generación, consolidación y reporte de los listados censales para los habitantes de calle es la Agencia Colombiana para la Reintegración (48).

Tabla 1. Normograma

Tipo de documento	Número	Fecha de emisión	Descripción	Entidad Emisora
Artículo CPC	48	1991	La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado.	Constitución de Política de Colombia
Ley	100	1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia
Ley estatutaria	1751	2015	por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de la República de Colombia
Ley	1641	2013	Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia
Decreto	780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Presidente de la República de Colombia
Decreto	2083	2016	Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Presidente de la República de Colombia
Resolución	5246	2016	Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen	Ministerio de Salud y Protección Social

Tipo de documento	Número	Fecha de emisión	Descripción	Entidad Emisora
			los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información.	
Resolución	429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución	1841	2013	Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	Ministerio de Salud y Protección Social

3.3 Marco contextual

La Ciudad de Medellín cuenta con un territorio urbano extenso, distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas: Popular, Santa Cruz, Manrique, Aranjuez, Castilla, Doce de Octubre, Robledo, Villa Hermosa, Buenos Aires, La Candelaria, Laureles- Estadio, La América, San Javier, El Poblado, Guayabal y Belén y cinco corregimientos: Palmitas, San Cristóbal, Alta vista, San Antonio de Prado y Santa Elena (49). Esta ciudad es receptora de personas de diferentes lugares del país, en busca de oportunidades para mejorar las condiciones de vida, en un espacio que posibilite condiciones de existencia dignas para todos. Sin embargo, en la ciudad existe una población flotante y sin arraigo que no logra condiciones de vida digna, denominada habitantes de calle.(50)

Según el último censo realizado en la ciudad de Medellín para el año 2019, el total de la población habitante de calle era de 3.214 (27).

La comuna 10, denominada La Candelaria, se encuentra en la zona centro-oriental de la ciudad, donde la densidad de la población es baja, debido a las características mismas del centro de la ciudad; los funcionarios y técnicos de la secretaria de bienestar social afirman que los sitios estratégicos de mayor concentración de habitantes de calle es todo el cuadrante del centro el cual pertenece a dicha comuna (51)(27).

Según datos estadísticos emitidos por la alcaldía de Medellín en el año 2018 en la comuna 10 habitaba el 3,4% del total de población de Medellín, el total de los habitantes de dicha comuna era de 85.783, del cual 44.035 fueron mujeres y 41.748 hombres. (52). Estudios afirman que en dicha comuna se acentúa la gran mayoría de personas habitantes de calle (29).

La comuna 10, al ser un lugar de aglomeración de los habitantes de calle, diferentes ONG se dirigen hacia la comuna para realizar diferentes actividades con el fin de ayudar a reestablecer los derechos de esta población y de esta forma generar valor social. Estas organizaciones sin ánimo de lucro trabajan en pro de la población habitante de calle, por esta razón son sensibles y muestran su interés en investigaciones académicas que busquen comprender la situación de la habitabilidad en calle y todo lo que esto conlleva, por lo cual, una ONG ha decidido abrir las puertas para que este proyecto se lleve a cabo con el acompañamiento y asesoramiento de algunas de sus voluntarias.

La política pública de habitante de calle muestra relación de la oferta de los servicios locales prestados en los diferentes territorios, principalmente para la población habitante de calle adulta. En dicha relación, se encuentra que, para la ciudad de Medellín, la institución líder de la prestación es la Secretaría de Inclusión Social, además de siete ONG especialmente religiosas con servicios de alimentación que prestan servicios sociales para esta población, en convenio con diecisiete unidades encargadas de operacionalizar los servicios (53).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un tipo de estudio descriptivo con un diseño metodológico basado en el paradigma de investigación cualitativa, con enfoque epistemológico hermenéutico, ya que busca comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con su contexto (54). Se emplearon técnicas propias de la investigación cualitativa como la entrevista semiestructurada para la recolección de la información.

4.2 Diseño Metodológico

Sobre la hermenéutica:

Breve Historia de la hermenéutica: Hermenéutica es un término de origen griego (*ἑρμηνευτικός*) no siempre ligado a las ciencias. En la literatura sobre el tema se encuentra que la palabra estuvo unida a la capacidad natural de comprensión de las personas. Refiere Gadamer que se debe a Schleiermacher la orientación de la hermenéutica como un método de las ciencias denominadas del espíritu.

“La palabra hermenéutica es antigua; pero también la cosa por ella designada, llámesela hoy interpretación, exposición, tradición o simplemente comprensión, es muy anterior a la idea de una ciencia metódica como la construida en la época moderna (...) A finales del siglo XVIII y principios del XIX la presencia de la palabra «hermenéutica» en algunos escritores muestra que la expresión—procedente al parecer de la teología— era de uso corriente y designaba tan sólo la facultad práctica de comprender, es decir, una perspicacia sutil e intuitiva para conocer a los demás (55).

Si bien la palabra hermenéutica se ha utilizado en la actualidad para designar un método, Schleiermacher expresa que esta se requiere tanto para el tratamiento de textos, como en “el trato a personas (55) . con ello y a pesar de la nueva orientación que le daría a la hermenéutica, el autor defiende que ésta designa sobre todo una capacidad natural del ser humano.

La hermenéutica ha sido definida como el arte de la interpretación, de la comprensión; ésta tiene como fin último la aplicación. Gadamer observa estos tres pasos como uno solo, expresándolo de la siguiente manera: “es un proceso unitario no sólo el de comprensión e interpretación, sino también el de la aplicación (55).

La hermenéutica, vista como método, posee dos lados importantes de analizar. De un lado, “El hermeneuta: es quien hace la interpretación de textos, de fenómenos culturales; es también, quien hace la traducción porque de alguna manera, interpretar es traducir unos códigos de unos marcos de referencia (históricos, lingüísticos, etc.) a otros (56) y, de otro lado, el texto.

Dice Bajtín que cualquier investigación –interpretación- que deje por fuera los enunciados presentes en cada estilo discursivo deja por fuera no solo el carácter histórico de una investigación, sino que debilita el lazo ineludible que existe entre lenguaje y vida. Miremos cómo lo relata el autor:

“El menosprecio de la naturaleza del enunciado y la diferencia frente a los detalles de los aspectos genéricos del discurso, llevan en cualquier esfera de la investigación lingüística, al formalismo y a una atracción excesiva, desvirtúan el carácter histórico de la investigación, debilita el vínculo del lenguaje con la vida. Porque el lenguaje participa en la vida a través de los enunciados concretos que lo realizan, así como la vida participa del lenguaje a través de los enunciados (57).

Los enunciados tienen vital importancia porque sobre ellos se puede abstraer la individualidad, asunto para el escritor de primer orden a la hora de investigar. “Todo enunciado, oral o escrito, primario o secundario, en cualquier esfera de la comunicación discursiva, es individual y por lo tanto puede reflejar la individualidad del hablante (o del escritor), es decir, puede poseer un estilo individual (57).

Por ello la presente investigación pretendió realizar una acción de interpretación entre el discurso de las participantes y la comprensión de las investigadoras.

4.3 Población y muestra

La población de referencia está conformada por las voluntarias de ONG que atiendan y trabajen en pro de las personas habitantes de calle en la ciudad de Medellín y cumplan con los criterios de inclusión. Además, se incluyó al personal de la salud del área asistencial que hace parte de la atención de esta población.

La muestra con la que se trabajó durante la investigación fue a conveniencia, un total de seis personas entrevistadas.

El muestreo fue por conveniencia; buscando saturar las categorías preliminares de estudio, se trabajó con integrantes de las instituciones de apoyo social y personal de salud del área asistencial que hayan atendido a mujeres habitantes de calle en estado de gestación, seleccionados a conveniencia que cumplan con los criterios de inclusión establecidos en la presente investigación.

La muestra final del estudio estuvo comprendida por seis personas, todas ellas mujeres, esto no fue intencionado, si no que emano de la técnica de bola de nieve aplicada en la investigación, de estas seis personas, tres mujeres participaban de las ONG y tres mujeres participaron como prestadoras de servicios de salud.

4.4 Criterios de inclusión a la muestra funcionarias ONG

- Voluntarias de ONG de la ciudad de Medellín que trabajen con la población habitante de calle.
- Personas con capacidad mental para responder totalmente la entrevista.
- La persona que lea y acepte el consentimiento informado antes de realizar la entrevista.

4.5 Criterios de inclusión a la muestra prestadores de servicios de salud

- Personal de salud que preste sus servicios actualmente.
- Personas con capacidad mental para responder totalmente la entrevista.
- La persona que lea y acepte el consentimiento informado antes de realizar la entrevista.

4.6 Criterios de exclusión a la muestra funcionarios ONG

- Voluntarias de ONG de la ciudad de Medellín que no hayan evidenciado las experiencias de mujeres habitantes de calle gestantes con respecto a los servicios de salud.
- Personas con limitaciones para comunicarse y con alteraciones en la esfera mental.
- Personas que no quieran participar en el estudio.

4.7 Criterios de exclusión a la muestra prestadores de servicios de salud

- Personal de salud que no haya tenido la oportunidad de atender población habitante de calle gestantes.
- Personas con limitaciones para comunicarse y con alteraciones en la esfera mental.
- Personas que no quieran participar en el estudio.

4.8 Procedimiento para recolección de la información

El procedimiento que se llevó a cabo para la recolección de la información constó de cuatro fases, *la primera* de ellas fue realizar una búsqueda de las ONG a través de la voz a voz, que tuvieran experiencia de trabajar con mujeres habitantes de calle en estado de gestación, localizando así la ONG que participó en el estudio, además de ello, a través de una técnica de bola de nieve identificar las funcionarias de los servicios de salud que cumplieran con los criterios de inclusión a la muestra. *La siguiente fase* fue la elaboración y definición de las categorías iniciales del estudio y el diseño de la entrevista semiestructurada, con el objetivo de recopilar la información de las gestantes a través de la experiencia de las participantes. *Luego* se da a conocer el consentimiento informado, con el fin de informar a las participantes acerca del objetivo de la investigación y que este no representa riesgos ni físicos ni psicológicos, se procedió a enviar el consentimiento informado vía electrónica para así obtener la firma y aceptación de este por parte de las participantes. *En la última* etapa se procede a realizar las entrevistas a las participantes virtualmente, por la plataforma de Google Meet, dejando grabación de cada una de las entrevistas.

4.9 Técnicas de recolección de información e instrumentos

La recopilación de la información se hizo a través de fuentes primarias, mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada al personal asistencial de salud que atienden o hayan atendido esta comunidad, y de la ONG seleccionada, que cumplieran con los criterios de inclusión, con previo consentimiento informado.

La técnica para la recolección de información utilizada fue una entrevista semiestructurada (ver anexo 1) con una duración de alrededor de 50 minutos, por participante, aplicada por entrevista personal que tuvo preguntas definidas y abiertas, las cuales permitieron que la población participante del estudio realizara apreciaciones sobre lo que se investigó.

4.10 Prueba piloto

La realización de la prueba piloto se llevó a cabo por las investigadoras virtualmente, a través de una videollamada por la plataforma Google Meet, con el fin de identificar una correcta estructura y funcionamiento de la entrevista, se realizó la prueba piloto a una persona que trabajó con esta población por medio de los centros día por quince años, elegida a conveniencia, lo que permitió identificar si las preguntas estaban correctamente formuladas, si fueron claras para la entrevistada y si verdaderamente dieron respuesta a lo planteado en el proyecto; de tal modo, la prueba piloto constituyó una herramienta para comprobar aspectos de la guía de preguntas y de esta manera se obtuvo la información esperada.

Al terminar la entrevista, se comenzó con la segunda fase, que consistió en la recolección de la opinión de la entrevistada con respecto al instrumento, indagar si hubo ambigüedades, si hubo algún término o pregunta confusa.

4.11 Análisis de la información

Para el desarrollo del trabajo se contactaron las instituciones participantes y las personas prestadoras de servicios de salud que trabajan con los habitantes de calle, quienes describieron el acceso a la atención de estas mujeres y las dificultades percibidas de acuerdo con su experiencia.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se construyeron las siguientes categorías iniciales: Características sociales y demográficas de las personas entrevistadas (CS); Experiencia de Prestadores de Servicios de Salud (EPSS); Experiencia de funcionarios de ONG (EFONG); y las subcategorías dificultades geográficas, económicas, socioculturales y administrativas. (Ver anexo 2).

Después de realizar y grabar las entrevistas, se procedió a transcribirlas, se codificó la información suministrada por las entrevistadas buscando responder la pregunta de investigación planteada en el estudio.

Para el análisis de la información obtenida en las entrevistas, una vez transcritas se procedió a introducirlas en el software Atlas ti, versión 8.0, con el fin de facilitar dicho proceso y obtener resultados óptimos.

Para la descripción del contexto de la situación de salud de las mujeres habitantes de calle en estado de gestación, se tomaron los aportes más relevantes que evidenciaron y respondían a la pregunta de investigación de acuerdo con las experiencias de las personas participantes en estudio y a las categorías preliminares de estudio definidas.

Consideraciones éticas

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud realizada en seres humanos, este proyecto se encuentra en la categoría de riesgo mínimo, ya que no pretende alterar o manipular la conducta de los sujetos sometidos a investigación. Por su parte los investigadores no presentarán riesgos físicos ya que no hubo desplazamiento ni exposición al ambiente dado que la información se obtuvo de manera virtual por la contingencia del COVID 19.

En concordancia con las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (CIOMS), la investigación cuenta con un valor social importante, donde se preservan los derechos humanos y se protegen a las personas participantes en el estudio y las comunidades donde se realiza, brindando un trato responsable y de esta manera evitar algún daño psicológico que se pueda presentar durante la ejecución de ésta.

El valor social de la investigación se sustenta en la calidad de la información que se va a producir, su pertinencia para abordar problemas de salud importantes, y su contribución a la formulación o evaluación de políticas o prácticas que promuevan la salud de las mujeres habitantes de calle gestantes.

Se tuvo especial cuidado en el diseño de la investigación, incluyendo el proceso del consentimiento informado, para asegurar de que las personas participantes en el estudio tuvieran el tiempo necesario y un ambiente apropiado para tomar decisiones basadas en la información recibida.

Las mujeres entrevistadas en el estudio se consideran vulnerables dentro del contexto de la investigación, por tal motivo se quiere trabajar en pro de esta población, buscando que se respeten sus derechos y puedan recibir atención oportuna y un trato digno por parte de las instituciones de salud. En este caso se identifica a las participantes por medio de organizaciones no gubernamentales e instituciones de salud y así garantizar un buen manejo de la información y del lenguaje.

Fue necesario tener precaución en la presentación de los datos para no dar pie a interpretaciones erróneas y a estigmatizar la población. Para ello, es importante que la publicación de los resultados presente los intereses de la comunidad y señalen aspectos estructurales que respondan a los fenómenos problemáticos.

Para la realización de este trabajo se consideraron algunos principios éticos que guiarán el estudio:

Confidencialidad: Se guardó la privacidad e identidad de los y las participantes en el estudio y no se publicaron sus datos. Los resultados se presentaron de manera general conservando su confidencialidad y los datos suministrados por las personas encuestadas fueron manipulados únicamente por los investigadores y se utilizaron sólo con fines investigativos.

Autonomía: A todas las personas seleccionadas para este estudio se les dio a conocer el consentimiento informado para estar al tanto de si estaban de acuerdo o no con la aplicación de la entrevista. Antes de aplicar el instrumento para la recolección de información, se dio a conocer el consentimiento informado y fue explicado de forma verbal. Una vez se garantizó que todos los aspectos de la investigación han sido comprendidos se procedió a la firma y todas las personas seleccionadas tuvieron la libre opción de no participar si así lo deseaban.

Veracidad: Se aseguró que toda la información que se obtuvo fue de fuente primaria por medio de las encuestas aplicadas en la población.

De acuerdo con el informe Belmont se tuvo en cuenta tres principios básicos, los cuales son relevantes para la investigación con seres humanos:

1. Respeto por las personas: Las personas participantes se trataron con total autonomía, protegiendo sus derechos y respetando sus opiniones.

2. Beneficencia: Se respetaron las condiciones de los sujetos y se disminuyeron los posibles daños que se pudieran presentar en el desarrollo de la investigación.

3. Justicia: Las personas participantes recibieron un trato y una participación igualitaria y tuvieron el derecho a retirarse libremente en cualquier momento del proceso.

4. No maleficencia: Tratamos de hacer el bien, pero en caso de no poderlo hacer, no haremos mal. Este principio nos obliga a no hacer daño a los y las participantes en el estudio.

Limitaciones del estudio:

Dada la situación de pandemia por la enfermedad COVID 19 que se vivió en el mundo durante el año 2020, la investigación tuvo como limitación que no se pudo explorar la percepción del contexto de la situación de salud desde la perspectiva de las mujeres habitantes de calle, la idea era poder triangular la percepción de tres actores diferentes: prestadores de servicios de salud, voluntarios de ONG y mujeres habitantes de calle, dado que esto daría una imagen mucho más fina y específica de la situación de atención de estas mujeres, pero dicho proceso de recolección de información no se pudo hacer, solo se entrevistaron los dos primeros grupos mencionados. Además, todas las entrevistas debieron realizarse virtualmente por la situación de pandemia del mundo durante año 2020.

Es un estudio de tipo cualitativo lo que implica una inmersión en las subjetividades e imposibilita la posibilidad de realizar generalizaciones a las poblaciones.

5. Resultados

Para el proceso de recolección de información se realizaron seis entrevistas semi estructuradas, llevadas a cabo entre los meses de julio y octubre del año 2020 en el municipio de Medellín-Antioquia; su desarrollo fue posible dado que se contó con la colaboración y la disposición de funcionarias de una ONG y prestadoras de servicios de salud del municipio.

En este capítulo del trabajo de grado se consignarán los resultados más relevantes con relación a los objetivos de estudio, en este sentido se presentará inicialmente los aspectos sociodemográficos de las participantes en el estudio, luego se describirá las dificultades para la prestación de los servicios de salud desde la mirada de las prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG. Posteriormente se relatará el contexto social y económico de las mujeres habitantes de calle en gestación al momento de solicitar servicios de salud, luego se describirán unas categorías emergentes de la investigación sobre todo en materia de la IVE - Interrupción voluntaria del embarazo- y los derechos en salud de las mujeres y finalmente con los facilitadores para la prestación de los servicios de salud con esta población.

Para mantener el anonimato de estas mujeres entrevistadas se les designa un nombre ficticio para identificarlas a lo largo de la investigación, estos nombres fueron adoptados de la historia del feminismo contemporáneo, donde se identifican mujeres con liderazgo social y político, esto último para crear una metáfora sobre el valor de las mujeres participantes en el presente estudio, al entregar su vida o parte de su esfuerzo laboral, en el mejoramiento de la calidad de vida de otras mujeres, que para muchos sectores de la sociedad son estigmatizadas, invisibilizadas y denigradas, pero que para las entrevistadas son mujeres que se apoyan en una forma de altruismo solidario entre mujeres. Se entiende que no fue producto del azar que las personas identificadas para las entrevistas fueran mujeres que trabajan por otras mujeres, la primera mujer a la cual se entrevistó es “Mary”, la segunda mujer será denominada “Florence”, la tercera mujer se identificará con el nombre “Flora”, la cuarta mujer se le reconocerá con el nombre “María”, la quinta mujer será denominada “Emmeline”, y la sexta y última mujer “Margaret”.

Mary Wollstonecraft (1759-1797). Primera feminista reconocida, quién desde pequeña fue testigo del maltrato físico de su padre hacia su madre, defendiéndola fue que comenzó a cuestionar y tomar consciencia sobre los derechos de la mujer en la sociedad, su tratado reivindicación de los derechos de la mujer influyó en la lucha por la conquista del sufragio femenino en la Inglaterra del siglo XIX.

Florence Nightingale (1820-1910). Fue una enfermera perteneciente a la clase alta inglesa por amor a la humanidad participó en la guerra de Crimea, curando heridos mejorando el cuidado de los enfermos y su labor la llevó a organizar la formación de enfermeras.

Flora Tristán (1803-1844) Impulsora del feminismo moderno, que no sólo se limitó a luchar por los derechos de la mujer, o por los derechos de los obreros, las causas más radicales de la época, sino que también se opuso a la esclavitud, al oscurecimiento religioso y a la pena de muerte.

María Cano (1887-1967). Fue la primera mujer líder política en Colombia; dirigió la lucha por los derechos civiles fundamentales de la población, recorriendo las plazas públicas alentando el sindicalismo las luchas obreras y denunciando la injusticia social.

Emmeline Pankhurst (1858-1928) Fundadora de la Women's Social and Political Unión, movimiento que encabezó la campaña por el derecho al voto de la mujer en Gran Bretaña hasta lograrlo en 1918.

Margaret Sanger (1883-1966). Pionera del movimiento por el control de la natalidad en Estados Unidos lideró una campaña por el derecho de la mujer a controlar el embarazo.

Primer objetivo: Contextualizar socio demográficamente las participantes del estudio.

Para iniciar se darán algunas características sociales y demográficas de las participantes en el estudio:

Sexo y edad:

Se evidenció que todas las participantes en el estudio pertenecen al género femenino. Estas mujeres se encuentran en edad productiva, estando el promedio en 31.5 años, una edad mínima de 22 y la máxima 47 años.

Ocupación:

Tras el análisis de las entrevistas, se encontró que las mujeres pertenecientes a las ONG, aparte de ser voluntarias, son funcionarias en dichas instituciones, dos con ocupaciones como trabajo social y una auxiliar de enfermería, teniendo en cuenta que la segunda también se encuentra realizando una carrera profesional en trabajo social y de las tres pertenecientes al sector salud, Emmeline es enfermera profesional y docente de auxiliares de enfermería y otros programas; Flora es técnica en enfermería y trabaja en el área de cirugía y partos en una unidad asistencial de la ciudad y Margaret es médica general en una empresa de salud.

Estado Civil:

De las mujeres entrevistadas, cinco son solteras y una se encuentra en unión libre.

Nivel educativo:

El nivel educativo predominante en las mujeres entrevistadas es el superior, ya que, de las seis mujeres, cuatro han realizado carreras universitarias como: Trabajo social, medicina, enfermería y criminalística; mientras las dos restantes se ubican en el nivel de educación media con técnicas en auxiliar de enfermería.

Características de las mujeres entrevistadas:

Al analizar las entrevistas y la posición de cada una de las mujeres entrevistadas, se evidencia una diferencia en la manera como realizan sus funciones de acuerdo a la institución a la que pertenecen, y a la mirada que tiene sobre las mujeres habitantes de calle, es decir, las mujeres pertenecientes a la ONG muestran mucha más empatía y disposición al momento de referirse a la población habitante de calle, especialmente las mujeres en estado de gestación y se percibe mucha pasión al momento de hacer valer los derechos de las mismas; mientras que el personal asistencial en salud que han tenido experiencia atendiendo a estas mujeres es un poco más frío al hablar del tema y no se percibe esa sensibilidad con ese tipo de población.

Florence es la mujer entrevistada más apasionada por servir a la población habitante de calle, ya que desde sus dos años iba a las calles con su papá a realizar las labores de trabajo social y cuando tenía 12 años empezó a inclinarse en toda el área de la salud, por lo que realizaba cursos de atención básica en salud, soporte vital, etc. Tanto ella como su papá sentían la necesidad de darle otra mirada a la fundación y no querían quedarse sólo en dar un plato de comida o calmar un hambre porque pensaban que detrás de eso hay muchas más cosas que rodean a los y las habitantes de calle, por lo tanto, en el 2013 deciden consolidar la fundación como una IPS itinerante y así aportar de otra manera a esta población. Así mismo, deciden

formar comunidades móviles en salud con voluntarios médicos, auxiliares de enfermería, etc., hasta que un benefactor de comerciantes les brindó los recursos necesarios para cumplir su objetivo, el cual era en ese momento, llegar a los habitantes de calle por medio de la prestación de servicios de salud a través de una unidad móvil, la cual estaba habilitada tanto para medicina general, como para la atención psicosocial con acompañamiento de una psicóloga y una trabajadora social encargadas de la intervención.

Mary, se une con un grupo de amigos y un sacerdote que quieren ayudar a una población (Habitantes de calle), para formar dicha institución. La iniciativa de Mary nace de la vocación de su mamá, a la cual le gustaba el trabajo con el habitante de calle; su principal motivación en ese momento fue el ayudar, no sólo al habitante de calle, sino también a las personas vulnerables de las diferentes ciudades.

Ella desde sus inicios, siempre ha buscado cambiar la mentalidad de las personas en cuanto a los habitantes de calle, ya que es una población que ha sido muy estigmatizada; dado que siempre ven al habitante de calle como “el gamín, como el que no sirve, el desechable” y no se detienen a pensar que esa persona a la que tratan así, dentro de unos años puede ser su mamá, su papá, un hermano, un primo, etc., entonces la idea es que la sociedad los comience a mirar de manera distinta, como seres humanos con derecho a gozar de una vida digna. Entre las funciones de Mary no estaba sólo llevar un pan o una galleta, sino sentarse con ellos a escucharlos, cambiarles un poco la rutina y alegrarles un poquito el tiempo que comparte con ellos.

María es una trabajadora social que lleva año y medio prestando sus servicios en la ONG en la cual apoya, su objetivo principal es brindar a los y las habitantes de calle, no solamente la atención física, sino también que sus historias de vida sean visibilizadas brindando diálogo, capacitación y escucha, para ello, se realizan talleres para trabajar con ellos y ellas la forma de relacionarse, la convivencia, la gestión de emociones, el manejo de conflictos y la sensibilización de todo el componente de habitante de calle. Enfatizan mucho en los temas de Salud Sexual y Reproductiva- SSR, principalmente en los derechos, en especial para las mujeres habitantes de calle en estado de gestación, a las cuales se les habla sobre la natalidad responsable, la gestación, los cuidados pre y post parto, la importancia de la asistencia médica y la asesoría durante ese proceso; también sobre la libertad que tienen de gestar o no y de decidir el método de planificación con el fin de prevenir embarazos no deseados.

María de acuerdo con la experiencia que ha tenido con estas mujeres, la caracteriza la creencia que las mujeres habitantes de calle, necesitan una atención diferencial y no sólo por estar en estado de gestación, sino por el hecho de ser mujer, ya que

habitar en calle siendo mujer no es lo mismo, que habitar la calle en comparación con los hombres, la manera como se ganan el respeto, la vivencia del territorio, la convivencia, es completamente diferente para las mujeres en la dinámica que viven el resto de los habitantes de calle. Lo anterior fue una motivación a querer ayudarlas, lo cual la llevó a trabajar con los planes, programas y proyectos que tiene la ciudad de Medellín frente a la inclusión social y más con dicha población que es tan invisibilizada dentro de la sociedad.

Por otro lado, encontramos a Flora, quien es enfermera hace 18 años, pero trabajó 6 años en el área administrativa realizando trámites de citas a la población habitante calle y actualmente se encuentra prestando sus servicios en el área de cirugía y partos en una E.S.E Hospital en la ciudad de Medellín.

Hasta acá la caracterización social y demográfica de las mujeres participantes en las entrevistas semiestructuradas, con estos relatos sobre sus vidas se podrá entender la relación entre las vidas de las prestadoras de servicios en salud o voluntarias y la manera como se perciben a las mujeres habitantes de calle y la manera como prestan los servicios de salud para esta población.

Objetivo 2:

- **Describir las dificultades para la prestación de los servicios de salud desde la mirada de voluntarias de ONG.**

Si bien la salud es un derecho que tienen todos los ciudadanos colombianos sin importar su género, poder adquisitivo o condición, se evidencia en las entrevistas realizadas que las mujeres habitantes de calle pueden sufrir negación del servicio o darse la prestación del mismo con baja calidad, esto se debe precisamente por las diferentes condiciones de vida y cultura que tienen las mujeres habitantes de calle, además, la falta de tacto y empatía que puede tener el personal de salud para tratar estas mujeres también está presente en las narraciones de las entrevistadas así lo manifiesta Mary voluntaria de ONG en el siguiente testimonio:

“...Es que realmente yo pienso que el habitante de calle, aunque lo vayan a atender, nunca lo van a atender en un centro médico de buena manera, entonces los derechos que tengan frente a la salud son derechos que constantemente van a ser vulnerados, porque lo van a atender de mala gana o no las van a atender...”

Como una dificultad administrativa y geográfica importante se encuentra que la habitante de calle que busca los servicios de salud deba desplazarse de un lugar a otro para recibir la atención. Son mujeres que se les dificulta buscar la atención y cuando se animan hacerlo se encuentran con dificultades administrativas y geográficas que solo generan hastío hacia el sistema, en la siguiente cita se ve reflejado la experiencia de Mary con el trabajo con mujeres habitantes de calle:

“...pero a todos los quieren llevar al san Vicente y el san Vicente dice: no, es que muchas veces yo no la recibo porque ha sucedido que llegan heridos y dice no, aquí no se reciben; entonces ahí que empiezan... que la mande allí, que la mande al otro sector...”

Las personas del área asistencial ejercen sin convicción su deber, no se observa el servir con pasión, limitándose a una atención básica, no importando la condición y necesidad de las personas y esta no disposición de los equipos de salud se convierten en la principal barrera administrativa identificada, desde la perspectiva de las voluntarias. La siguiente narración la obtuvimos de Florence:

“...el no saber ellos como interactuar y atender a ciertas poblaciones porque ni hay una educación o como saber la atención diferencial, sino que pues ... a todo el mundo lo atienden igual y no ... o sea, uno de verdad tiene que hacer como esas diferencias porque si no, también se crea una barrera...”

Las mujeres habitantes de calle son una población flotante, se desplazan por toda una ciudad o un sector buscando cómo satisfacer sus necesidades diarias, hoy las encuentras allí y quizá mañana no, esto hace parte de su cultura y su estilo de vida, lo que genera complicaciones para acceder a los servicios de salud y aún más tener una adherencia a los procedimientos administrativos, así lo exterioriza Florence:

“...Es muy complejo, o sea, es difícil y más si las ven solas...si a ellas les mandan algún examen y hay que autorizarlo esos procesos se pierden, porque ellas no tienen a dónde ir y autorizar tal cosa, o si les mandaron algún medicamento dónde lo van a autorizar o con quién van a ir...”

Cada vez queda más confirmado en el discursos de este grupo de participantes que es necesario la intervención de una ONG para garantizar el acceso a los servicios de salud de estas mujeres en estado de gestación, ya que no solo se observa problemas de actitud y desconocimiento por parte de la mujer, sino que también el mismo sistema de salud y quienes lo conforman dan más razones para negar la atención que se le brindara, Florence quien ha sido una de las entrevistadas con más experiencia en años, así lo relata:

“...en este caso como son mujeres gestantes, hacíamos las remisiones con la móvil de nosotros o pedíamos apoyo a la Alcaldía para la remisión y hacíamos como ese proceso de acompañamiento con ellas para garantizar que no la fueran a devolver de esa institución, porque de la cosa más mínima se pegan para no hacer la atención que ellos requieren...”

Una situación importante mencionada por Florence deja ver la falta de gobernabilidad en la ciudad y la afectación en los servicios de salud que se presentan en el territorio, dado que básicamente quien quiera trabajar con este tipo de población en algún momento tendrá que interactuar con las bandas criminales de Medellín.

“...como decía mi papá, él nunca tuvo negocios con los jibaros ni nada, pero si un acercamiento porque sabemos que ellos manejan todo el centro, entonces con ellos, buscábamos tener un acercamiento de modo que ellos nos permitieran poder atender a los habitantes de calle...”

Con las entrevistas llevadas a cabo durante la investigación hubo grandes aprendizajes, uno de ellos es que a la población habitante de calle no sólo debe brindarse auxilio en el momento del parto, sino que se debe propender por que sea una ayuda integral y permanente, rebasando el asistencialismo de modo que se intente solucionar los problemas de raíz y no solo la hoja que se marchita en el momento, es común pensar que son personas que ya no tienen posibilidad de recuperación y retorno a una vida digna, así lo relata Florence en su entrevista:

“...la idea de nosotros fue siempre como resocializar en calle, pues buscando como el acercamiento, sin generar el asistencialismo, porque también creemos que si se genera el asistencialismo tampoco va a haber buen proceso con ellas ni una adherencia a un tratamiento...”

Son mujeres que no tienen los medios para trasladarse a un centro de atención, y si tienen algún ingreso de dinero este es utilizado para satisfacer su necesidad del consumo de alimentación o de drogas en el caso de mujeres consumidoras, apareciendo así otro impedimento para acceder a los servicios de salud, como lo narra Florence:

“...si estoy como súper segura de que si es muy difícil el tema de acceso a ellas y ellas deben dirigirse a ellos, o sea, si quizás la institución va a ellas pues de pronto se lo reciben más fácil pero el tema de que ellas se trasladen es súper complejo por... Pues por todo, transporte, por el tema de los estilos de vida de ellas en la calle...”

Por otra parte, hay entrevistadas que aseguran que existen maneras de hacer posible el traslado a un centro médico, donde aparte de las ONG que trabajan en pro de esta población, está la ayuda de la Policía Nacional de Colombia, así lo manifiesta Mary en su entrevista:

“...Ellas muchas veces cuando van a nacer los bebés, cuando vayan a ir a la clínica llaman es a la policía... porque muchas veces ellas... si están en un momento donde estén demasiado drogadas, sintieron el dolor y llamaron al 123, pues la policía las recogió y ya, van las deja en la clínica y listo...”

Es un hecho que el ser mujer en una sociedad marcada por el machismo, ya es una condición que genera desigualdad, y si a esto se le suma la pobreza, es decir, otra condición de desventaja, el resultado es sencillamente desconsolador, y si, además de todo lo anterior, se le agrega la gestación, un estado que requiere de tantos cuidados y servicios especiales para traer al mundo una vida nueva y conservar a su procreadora con salud se dificulta aún más la ecuación. La realidad de la maternidad en la calle es triste, difícil y llena de incertidumbre, así lo manifiesta Florence:

“...Pues, es algo muy complejo porque... pues en todas partes y aún más en la calle, el simple hecho de ser mujer ya la deja como siendo más vulnerable ante muchas situaciones, o sea, si ser mujer nosotras que tenemos una casa, que podemos estudiar, que podemos trabajar somos tan vulnerables ante tantas cosas, ellas lo son aún más...”

Para las voluntarias es claro que las mujeres que habitan en la calle difícilmente retornan a sus hogares, puede ser porque generalmente quien habita en la calle es por razones como la violencia intrafamiliar, consumo y abuso y de sustancias psicoactivas, pobreza extrema en el hogar, el desplazamiento forzoso, entre otras razones, situaciones que ayudan a que la proporción de retorno de habitantes de calle a sus hogares sea muy baja, precisamente evitando volver a las condiciones anteriormente mencionadas y por esto hacen de la calle su hogar, lo que ocasiona que no busquen refugio en sus familias, familias que pueden ayudar a construir un proceso de embarazo sano en algunos de los casos. Esta situación de las mujeres dificulta la atención en salud y una posible resocialización en compañía de un nuevo ser al que dará vida, como lo manifiesta Mary:

“...ellas no van...ni van a retornar a una casa, ummm... es muy difícil que retornen durante largos periodos a querer volver a vivir con la familia, entonces es más difícil la situación...”

En el transcurso de la investigación se evidencia con las narraciones de las entrevistadas, que las mujeres que habitan en la calle no tienen conocimiento de sus derechos, tanto derechos humanos, como derechos en salud, mucho menos de los servicios de salud que están dispuestos para ellas, lo anterior entre otras razones se da porque van al servicio cuando su estado de salud es muy crítico, es decir que su interacción con el sistema es casi inexistente durante la gestación, existe una desconexión con la institucionalidad, lo anterior puede ser porque no tienen confianza hacia el sistema de salud y además entre quienes habitan en la calle se crea una red de apoyo, donde se ayudan entre ellos y los hace menos “dependientes” de los auxilios que pueda brindar la institucionalidad, así como lo expresa Mary:

“...para ellas ir a un centro médico o a una clínica tiene que ser o que el dolor sea muy fuerte, que vayan a tener ya un niño o que en una pelea tengan una herida, pero de resto el habitante de calle no va a ir a una clínica y ni conocen dónde los van a atender...”

“...el tema de atención al habitante de calle en salud es demasiado complicado y porque ellas tampoco su prioridad es ir a un control, ni su prioridad es saber si están bien o están mal, no.... ellas van viviendo lo que les va pasando día a día...”

Hay que tener en cuenta otra perspectiva de la baja adherencia al sistema de salud y sus servicios, donde se da el escenario de que ellas desean acudir a los servicios, recibir una atención que mejore su condición de vida, pero se sienten impedidas por la sociedad, por un sentimiento de discriminación que las hace sentir menos, como si no fueran merecedoras y poseedoras de derechos, y esta puede ser una sensación que perciben de muchas personas, pero cuando la divisan de una persona a la cual buscan por ayuda no solo se siente como discriminación sino como humillación haciendo que ellas pierdan la confianza en el sistema y quienes lo conforman, esto se identificó en la narrativa de María:

“...la creencia más grande que ellas nos manifiestan que tienen es el miedo a que las discriminen por el hecho de ser habitantes de calle ... hay personas que así sean del área de la salud no tienen la calidad y no tienen la empatía para tratar con este tipo de personas, entonces ellas por el miedo a no ser discriminadas se alejan, no acceden a los servicios de salud, máxime si es un primer acercamiento y el acercamiento no fue el mejor, ya ellas quedan con imaginarios que les impide acceder a los servicios...”

Sin embargo, a las circunstancias mencionadas anteriormente también se presentan situaciones que impliquen una contradicción, es decir, que se encuentren a su disposición los servicios de salud y un personal idóneo para recibir las y atenderlas, pero ellas con una vida tan acelerada y una cultura ya preestablecida en la calle, tengan comportamientos y actitudes que las limite a acceder a la atención, y aparte de esto existe un personal asistencial cuya preparación académica y experiencia se han limitado al tratamiento de enfermedades físicas dejando a un lado la salud mental y el conocimiento de la vida en calle, como lo refleja María en su narración:

“...también se ha visto mucho esa parte, que el personal de salud está presto, está dispuesto pero la persona no tiene la capacidad por el decir la paciencia para esperar o cualquier cosita lo detona, entonces se porta agresivo, se porta grosero con el personal...”

A lo anteriormente mencionado la participante Florence también tiene la misma percepción, que se ve reflejada en la siguiente narración:

“...Porque nosotros también podríamos hacer ese acompañamiento, que ese examen se autorice, de buscar alguna red que apoye... pero también depende de la habitante de calle porque ella puede decir no, no dejémoslo así... Uno trata de garantizar lo más que puede, créame uno trata y trata y habla con ellas y uno busca la manera, pero hay momentos que es muy difícil, es muy difícil realmente que ellas digan que sí, lo voy a hacer, voy a esperar, voy a tener paciencia...”

La proporción de consumo de sustancias psicoactivas en las calles es alta, lo que empeora la condición de maternidad, primero porque genera un daño en ellas y en sus bebés, y segundo por la abstinencia que se produce al dejar de consumirlas, y aunque se esperarían que el hecho de ser madres se convierta en una motivación para ellas y así dejar de consumir, uno de los mayores temores de ellas es dejar de consumir, dado que el consumo se convierte en ritual social en las calles, como lo relata Mary en la siguiente línea:

“...El habitante de calle está muy...por decirlo así reacio a asistir a los centros días, ellos muchas veces si van a los centros días pero, eh... porque el temor de ellos es no poder consumir y si ellos van a ingresar a un centro día eh... ellos saben que afuera tienen que dejar el sacol, entregar la droga que lleven, entregar el cuchillo que lleven, entonces para ellos no es fácil o ellos dicen ah no, ir a un centro día...”

Las ONG, surgen como un mecanismo alternativo para velar por el cumplimiento de los derechos de la sociedad, no cumplidos por el Estado, derechos que están siendo

vulnerados por sus gobernantes, y esta es la labor que desempeñan las entrevistadas de nuestro estudio que hacen parte de estas organizaciones, pero, ha llegado a un punto en donde si no hay intervención de una ONG, entonces no hay una atención, ya se convirtió en paisaje la vulneración de los derechos, y aún más para las personas que no tienen los medios y conocimientos para hacerlos valer, María en su narración así lo deja ver:

“...cuando van por sí solos, son cosas que también ellos nos comentan... Son más susceptibles a discriminación, a que no les presten los servicios en salud, incluso siendo mujeres gestantes que son prioridad... Entonces nos ha tocado, por ejemplo, lo que les toca ir del hospital otra vez al centro de atención básica a que les colaboren con los procesos, que no está dentro del deber ser porque ellos...o sea, ellas sin necesidad de intermediarios deberían tener su derecho garantizado y el personal de la salud debería estar muy consciente de eso y no negárselo, independiente pues de las condiciones de vida...”

A lo anterior Florence nos relata hechos similares:

“...Ellas sienten cuando no hay una buena energía y cuando no hay una buena aceptación de parte de alguna persona, siempre era como que... Mira si me atendieron, o vea mona tuvo que pelear para que nos atendieran y yo sí, para eso estamos y para eso vamos a seguir haciendo el acompañamiento... Pero generalmente cuando lo ven a uno y cuando las ven solas, las tratan súper bien, o sea, ahí sí... Pero cuando están solas si es como, vean yo no sé para que trabajan en eso si les da asco de uno o fue súper grosera o no me quiso atender o ni siquiera me miraba y sólo escribía...”

En esta categoría las entrevistadas mediante su experiencia y narraciones confirmaron la discriminación y estigmatización que padecen las mujeres habitantes de calle incluso en estado de gestación, a causa del estilo de vida que llevan, donde hay poca higiene y educación. En la siguiente línea Mary nos narra esta situación:

“...Si las atienden, sí, pero no con la misma atención que le van a dar a otro usuario: Uno, por el olor, otro porque son agresivos, otro porque están haciendo proceso de abstinencia en el momento que están siendo atendidos, entonces es muy complicado...”

Esta discriminación que sufren las mujeres habitantes de calle hace que ellas se desmotiven para buscar los servicios de salud, donde así los necesiten prefieren no hacerlo para no sentirse indignas, María así lo relata:

“...han tenido casos de discriminación donde dicen no, no me siento cómoda de asistir a controles porque me juzgan, porque no me tratan bien, porque no me tratan como un ser humano...”

Para evitar que se presente discriminación hacia estas mujeres se hace necesario que haya autocuidado, que busquen los servicios y atenciones que ofrecen los centros día para tener una mejor higiene, pero esto es algo que no todas las mujeres hacen, por razones como miedo de ser internadas en el centro, temor a que el bebé que está en camino sea arrebatado de sus manos, entre otras razones. María en su relato así lo manifiesta:

“...en el centro atención básica el primer el primer paso a seguir es su autocuidado ¿cierto? Entonces ellos van, se bañan, se organizan y van a sus citas muy organizados, muy bien... Pero otra cosa es por decir que te llegue una persona habitante de calle, una madre gestante que no controla esfínteres, que está sucia, que tiene poca ropa, que la ropa está deteriorada... Porque ahí ya se generan condiciones de discriminación grandes y muchas veces barreras en el acceso al servicio...”

En un sistema de salud como el de Colombia, donde prima la rentabilidad que el bien común, que se enfoca en el tratamiento de las enfermedades y no en su prevención, de este mismo modo se preparan a los estudiantes del área de salud en las academias, primando lo teórico, lo práctico, pero no lo social, ético y moral, y esto se ve reflejado en la atención, como Florence lo exterioriza en su entrevista:

“...está súper bien saber todo en temas de salud, de medicina, de todo... Pero lo social creo que es demasiado fundamental en todas las carreras y más en estas que son tan cerca a las personas, entonces yo sí creo que eso también genera muchas barreras y que la atención no sea la mejor ni la más oportuna...”

La crianza fue una cuestión muy importante que emergió durante las entrevistas, ya que, si la condición de habitar en la calle no es idónea para una persona, mucho menos lo es para el nuevo ser al que le darán vida, pero todas las entrevistadas concuerdan con el proceso que se viene luego de dar fin al periodo de gestación, ya que garantizar la seguridad y vida del recién nacido es prioridad, como lo manifiesta María en su relato:

“...cuando están por ejemplo en estado de gestación, ellas tienen miedo y tienen culpa ¿por qué parte miedo? Porque sabemos pues que la calle no es un lugar óptimo para que los derechos de un niño sean garantizados en su cabalidad ¿Entonces qué pasa? Que entra a jugar el Instituto colombiano de bienestar familiar y hacer seguimiento; en caso de que esta mamá gestante no tenga la capacidad, no tenga un familiar que pueda garantizarle los derechos a ese bebé...”

En la mayoría de los casos las mujeres buscan que sean sus familiares quienes se hagan cargo de sus hijos, sin embargo, para lo anteriormente expresado se debe partir de una premisa, y es que generalmente son familias con escasos recursos económicos, donde la llegada de un nuevo integrante puede tornar la situación aún más compleja, como lo manifiesta Florence:

“...Entonces también dicen cómo, bueno, mi mamá ya no me va recibir otro porque la mayoría son las mamás las que tienen esos niños y porque muchos, las familias no es que tengan mucho dinero, o sea, son familias de escasos recursos entonces... no, como le voy a llevar otro hijo a mi mamá...”

Los habitantes de calle crean toda una sociedad llena de vínculos, creencias y comportamientos propios, generalmente son personas con problemas muy específicos, nadie más que ellos entienden y comprenden lo que pasa en sus vidas, pues a lo largo de esta han sido excluidos y rechazados por la sociedad, pero se tienen a ellos mismos para resolver sus problemas creando lazos de amistad y de apoyo incondicional, Florence nos exterioriza en su relato

“...si ya es algo que verdaderamente está afectando el tema vital que ya se está viendo que está comprometiendo la vida, entre ellos mismos se llevan, se hacen el acompañamiento...”

Esta población lleva su vida bajo sus propias creencias y lineamientos, solventando sus problemas de forma atípica, quizá porque no poseen los conocimientos que ostenta la sociedad en general, pero si los que ellos adquieren en la calle, que para ellos resulta ser fructífero, y no es que sea bueno o malo, simplemente es diferente, pero estas creencias y comportamientos pueden desencadenar un embarazo poco sano, de alto riesgo para el binomio madre e hijo, esta independencia de la institucionalidad puede ser perjudicial para ellas, Florence nos relata

Como un hallazgo importante de la presente investigación se encontraron dificultades subjetivas para solicitar la atención, cabe anotar que estas son propias de las mujeres habitantes de calle y o del personal de ONG O prestadores de servicios de salud, el equipo de investigación denominó *ausencia de percepción del cuerpo*, esta ausencia de percepción del cuerpo y de dar vida a un nuevo ser, se observa en tanto son mujeres a las que la historia les ha dejado cicatrices, llegando al punto en que pierden el amor propio y la noción de cuerpo, ignorando las manifestaciones de su biología, las emociones y sensaciones que se generan al estar en embarazo, como lo expresa nuestra entrevistada Mary:

“...Emma cuando tuvo su primera niña, ella dice: ah no, yo no supe que era eso, yo supe que me dio un dolor y me tuvieron que llevar y listo yo llegué allá...”

Esta ausencia de percepción del cuerpo y de consciencia del estado de maternidad ocasiona la no preparación para la llegada de la criatura, propiciando así un ambiente hostil para el bebé, como se observó en el análisis de la información difícilmente tienen una consciencia de autocuidado, así que menos que la crearan para su bebé, como lo describe Mary:

“...ellas no conocen qué es la lactancia, ningún proceso para saber si el niño viene con algún tipo enfermedad, si les van a hacer unas ecografías... hay veces que ni tienen la ropa, ni un pañal con que van a recibir el bebé...”

➤ **Describir las dificultades para la prestación de los servicios de salud desde la mirada del personal asistencial.**

Las participantes del grupo de personal asistencial de salud coinciden al manifestar que una de las principales fallas en la atención y en el acceso por parte de las mujeres gestantes habitantes de calle a los servicios de salud, es la poca adherencia a los diferentes programas de salud y atención al parto, como por ejemplo a los controles prenatales ya que coinciden al relatar que la mayoría de estas mujeres asisten solo durante el trabajo de parto muy avanzado, o cuando ven

que realmente está comprometida su vida, como lo manifiesta la participante Flora en la siguiente cita:

“...Todo es gratis, es que todo lo tienen; lo que pasa es que no, como no tienen conocimiento o no lo hacen porque no quieren, pero la salud la tienen en Colombia, la tienen todo gratis, a donde quieran ir lo pueden atender...”.

Obsérvese que esta narración es diferente a la que refieren las ONG mientras para este grupo de entrevistadas se expresa que las mujeres habitantes de calle en gestación todo lo tienen, las voluntarias de las ONG expresaron barreras geográficas y económicas para la prestación del servicio, las voluntarias hablaron de que la ONG donde se realizaron las entrevistas tiene móviles para poder acercarse a las habitantes de calle a los servicios estatales, ya que los servicios no se acercan a los lugares donde habitan las mujeres.

Es importante resaltar que las participantes afirman que lo anteriormente mencionado, también se debe al desconocimiento del sistema y los servicios a los que tienen derecho estas mujeres, por parte de ellas mismas. Relatan que la atención a las mujeres es muy difícil, hay poco control de todo lo que está alrededor de la prestación del servicio y que, sin embargo, nunca se le niega a la atención, así solo vayan en el momento del alumbramiento, como lo evidencia la siguiente cita:

“...en términos generales, creo que la atención a las maternas en situación de calle es muy difícil... o sea, todo se torna difícil de controlar debido a la complejidad de todos esos elementos que componen esta situación, pero de que se da la atención se da... así sea ya en el expulsivo, pero se debe de dar esa atención...”.

Pero observemos porque la atención se torna difícil, según los testimonios de las entrevistadas prestadoras:

“...me ha tocado ha sido que ya fue en el momento del parto; no tenía ecografías, no tenía ni vacunas, nunca había tomado unas vitaminas durante todo el embarazo, incluso nos dijo que estuvo consumiendo drogas durante todo ese tiempo... Cuando fue ya fue sólo al trabajo de parto y ya un trabajo de parto incluso avanzado, ya estaba muy dilatada...”.

Este tipo de caso al parecer es muy común en la gestación de estas mujeres en las calles, ya que se escucharon relatos similares por parte del grupo de participantes de las ONG, dado que muchas veces la mujer decreta su estado de gestación al sistema de salud ya en el momento del parto, cuando no se ha podido realizar el programa de controles prenatales.

Por otra parte, se identifica otro factor que ocasiona algunas dificultades con la prestación de los servicios de salud, desde la percepción del grupo de personal asistencial en salud quienes comentan durante las entrevistas que si hay en ocasiones donde existe predisposición del personal que las atiende, pero que es debido a los comportamientos agresivos de esta población, además refieren que las mujeres habitantes de calle suelen ser frías y herméticas a la hora de asistir a un

servicio y que la mayoría de veces, este comportamiento va relacionado a los miedos que tienen estas mujeres de ser separadas de la calle para algún tratamiento y alejadas del consumo de sustancias psicoactivas:

“...tampoco he visto que mis compañeros del personal de salud también las agreda... pues físicamente. Aunque si no falta la que de pronto por esa situación de agresividad y todo ello colme la paciencia de muchos y ya les empiecen a hablar de manera de pronto brusca o les hablen, pues sí les hablen muy fuerte, pero es como hasta ahí...”

Por su parte la participante Margaret hace mayor ahínco en el tema de la dificultad de acceso a la información del personal asistencial con las mujeres en gestación ya que se torna complejo obtener datos como antecedentes personales, antecedentes alérgicos, antecedentes ginecológicos, entre otros, que obstaculizan o complican una atención adecuada, esto puede ser atribuido a factores como el alto consumo de sustancias psicoactivas, al hermetismo que reflejan y alta movilidad poblacional entre otras.

Cabe resaltar además que durante la investigación para el caso de las percepciones relatadas por el personal asistencial, se habla de la vulnerabilidad de la población habitante de calle, precisamente por su condición y que pese a que en el territorio nacional todas las personas tienen igualdad de derechos y que la población habitante de calle tiene una política pública específica que habla de los derechos de esta población, en materia no solo de salud, si no en todas las esferas de la vida, estos derechos se ven violados desafortunadamente, así lo comenta la participante Emmeline en la siguiente cita:

“...existe una política pública de habitantes de calle donde incluyen como todos esos derechos de salud y muchos otros más por ejemplo el de vivienda, de alimentación bueno muchas otras cositas ¿cierto?... pero es evidente que, por muchos factores, estos derechos se ven vulnerados y más en este tipo de población...”

Asimismo, es importante traer a colación la postura de la participante Emmeline quien denota durante la entrevista que las condiciones sociales de una mujer embarazada inciden muchísimo en la adherencia a los servicios que en materia de salud presta el estado.

“...Entonces esto ya es una problemática y a esto le sumamos lo de la maternidad, que se vuelve aún más complejo porque el estado de gestación requiere de un sin número de cuidados y otras cosas y una mujer en esas condiciones se ve muy afectada aparte... pues sumándole a esto la falta de apoyo emocional, social y familiar con la que ellas se enfrentan...”

La falta de apoyo emocional, social y familiar de estas mujeres en el proceso de gestación hace más compleja la atención, dado que la gestación es un proceso donde efectivamente se necesitaría, la red social y la red familiar brindando mayor apoyo a la mujer, sin embargo, estas mujeres carecen de esta posibilidad.

Entre las diferentes razones que se evidencian en los relatos de las participantes para que estas mujeres no asistan a las citas durante su embarazo como por

ejemplo a los controles prenatales o programas de seguimiento del embarazo es que la mayoría de estos embarazos son embarazos no deseados.

Los comportamientos y creencias de estas mujeres gestantes en situación de calle es factor que influye en desarrollo de su embarazo ya que muchas de ellas adoptan comportamientos más espirituales cuando saben que hay una vida dentro de ellas lo que implica que se alejen del consumo de sustancias psicoactivas durante esta etapa y deciden darle un tránsito adecuado al embarazo según refiere la participante Emmeline en la siguiente cita:

“...Pero porque de pronto desde que se dieron cuenta se alejaron del vicio, de esas sustancias psicoactivas y muy pegadas a la parte religiosa también, no es que yo tengo que salir adelante por mi hijo y todo eso...”, quien además afirma que la mayoría de ellas no optan por la IVE, ya que piensan que es mejor tener el bebé...” así lo dice Emmeline “...Es curioso porque ellas prefieren tenerlo y regalarlo, por ejemplo, pues ellas no... Muchas si acceden, pero la mayoría los tienen...”

Las condiciones de vida en las que se puede sobrevivir en la calle, son condiciones precarias, donde se carece de hábitos saludables e higiénicos, pues en la calle resulta muy complejo acceder a los elementos mínimos para tener una calidad de vida aceptable, como aseo y alimentación adecuada, lo que ocasiona todo esto es que el embarazo de una mujer en calle no se desarrolle en las mejores condiciones y a la hora de su atención que en la mayoría de veces se presentan es en la hora del parto y allí es donde emergen las complicaciones, como lo exterioriza Emmeline:

“...condiciones por ejemplo higiénicas, muy precarias, pero nada pues que una ducha no pueda arreglar ¿cierto? Por esa parte muy fácil, pero ya lo que es preocupante y lo que se hace complicado es en el momento del parto porque por esas faltas de buenos hábitos saludables durante el embarazo, esto lleva unas consecuencias y que hacen complicado un parto...”

El abuso sexual es un fenómeno, desafortunadamente muy presente en la sociedad de hoy, sin embargo, las mujeres habitantes de calle son mucho más vulnerables a este desventurado hecho, ya que su permanencia en las calles a cualquier hora y además bajo los efectos de sustancias psicoactivas las expone mucho más; muchos de los embarazos en estas mujeres son producto de violación, lo cual implica que la mayoría de estos sean embarazos no deseados y esto causa grandes barreras para el buen desarrollo de una etapa de gestación saludable, así lo explica Margaret en la siguiente cita:

“...y realmente que mucho de estos embarazos en estas habitantes son embarazos no deseados que a veces es producto de violaciones o personas o parejas que no se van a hacer cargo o desaparece...”

Sin embargo, como lo veremos en el próximo apartado la atención con enfoque diferencial como derecho en salud no es muy aplicado con la población. La población habitante de calle gestante es una comunidad vulnerable y sumado a esto, el hecho de ser mujeres hace que sea una población mucho más sensible lo

que debería conllevar a una atención diferencial, todo con el fin de captar sus necesidades y hacer una focalización a este grupo poblacional que abarque todas sus necesidades. Con respecto a esta categoría la única participante del grupo entrevistado asistencial en servicios de salud que hace referencia a la importancia de la atención diferencial es Margaret donde cita lo siguiente:

“...entonces si hay que tratar como de no juzgarlos, de no regañarlos porque si hacemos eso se pueden incluso ir o no dar la información que se necesita. Hay que tener mucho tacto para poder atenderlos, para poder sacarles información, para que se abra con nosotros...”

y como se dijo al inicio de este párrafo hay que captar las necesidades de ellas en el momento que asisten a un centro asistencial y aprovechar la situación al máximo como concluye diciendo Margaret:

“...se deben hacer más cosas porque es una población que si dejamos ir se nos puede perder y entonces hay que aprovecharlos y tener un poco más de tacto en cuanto al trato hacia ellos...”

Todas las personas son acreedoras de los mismos derechos, sin importar raza, color, sexo, idioma, ideología política, ni condición económica, afirmación en la cual concuerdan las participantes en el momento que afirman que los derechos para las mujeres gestantes habitantes de calle son los mismos que para cualquier ser humano incluidos los derechos en salud, además, existe para ellos la política pública de habitantes de calle por ser una población especial que aparte de los derechos en salud incluye otros derechos como a una vivienda, alimentación, entre otros como lo manifiesta Emmeline en las siguientes líneas:

“...existe una política pública de habitantes de calle donde incluyen como todos esos derechos de salud y muchos otros más por ejemplo el de vivienda, de alimentación bueno muchas otras cositas...”

Según afirma la participante Flora, los entes estatales correspondientes han implementado programas de planificación en las calles, para que este proceso sea un poco más accesible, ofreciéndole diferentes métodos de planificación y de ser posibles in situ, esto se refleja en la experiencia contada por ella en la siguiente cita:

“... Allí en planificación familiar estaba lo del jadelle, yo también manejaba el programa de planificación familiar y a toda la que quería se le implantaba el jadelle, a toda la niña dice específicamente se colocaron demasiados jadelle... también gestionaba lo que era para las tubectomías...”

Obsérvese que vuelve aparecer la discrepancia en las percepciones de ambos grupos entrevistados, porque mientras para las voluntarias de ONG, falta que se lleven servicios a los territorios donde habitan las mujeres, para las prestadoras de servicios de salud, estos servicios de planificación familiar efectivamente se llevan hasta el territorio.

Objetivo 3: Relatar el contexto social y económico de las mujeres habitantes de calle en gestación al momento de solicitar servicios de salud desde la mirada de voluntarias de ONG y prestadoras de servicios de salud.

Para esta categoría inicial de trabajo se encontraron visiones similares en ambos grupos de entrevistadas, por lo tanto, se presentarán no separados, sino integrados.

Se observó a través de los relatos de las entrevistas contextos económicos precarios donde las personas que habitan la calle y en especial las mujeres gestantes no tienen muchas posibilidades de obtener recursos económicos, sin embargo, buscan la forma de obtenerlos, llegando a niveles que perjudican su integridad, situaciones como vender sus cuerpos, consumo de drogas, se presentan en la población.

“...el tema del rebusque y eso, muchas veces es pues como el tema de reciclar, muy pocas veces vendedores ambulantes como de dulces y en mujeres la mayoría de las veces es el tema del trabajo sexual...”

También optan por el camino más fácil que es la mendicidad, expresan las funcionarias de las ONG, que esta situación promueve la habitanza en calle, ya que, si las personas con tendencia al consumo de sustancias psicoactivas o problemas de solvencia económica ven que en la calle pueden satisfacer sus necesidades, optan por habitar en las calles, como Flora lo manifiesta:

“...la moneda genera que ellos ya no hagan nada por ellos mismos, o sea, usted le dio \$200, allí le dieron la comida, por allí le dieron \$1.000 ...juemadre para que voy a ir a otra parte si en la calle lo tengo todo, si es que todo el mundo me da de todo no tengo que hacer nada y eso genera más la habitanza en calle...”

Por lo mencionado anteriormente el contexto económico es muy importante para entender la situación y la mirada que tienen ambos grupos de entrevistadas sobre la población, la presente investigación evidencia narraciones en las prestadoras de servicios de salud que todos los servicios son gratuitos, pero que el desplazamiento a los sitios de atención también es una variable a considerar y que es mediadora en los motivos de la no asistencia, dado que las mujeres no van a priorizar un pasaje; este último punto también se matizó por parte de las entrevistas a voluntarias de ONG con el asunto de que hay móviles que van a los territorios y acercan a algunas mujeres a los servicios de salud para que puedan ser atendidas.

Emmeline afirma en la siguiente cita que hay mujeres habitantes de calle que tienen una relación diferente con su embarazo y cuando efectivamente están preocupadas por la situación de salud del bebé, se busca la manera de acceder a los servicios de salud, miremos la siguiente cita:

“...la que se preocupa realmente por el bienestar de ella y del bebé, siempre buscan la manera de ir...entonces el día que lleguen tarde o como sea, pero ellas llegan...”

Por su parte la participante Margaret es más enfática en concluir diciendo que el factor económico en esta población es adoptado por las mujeres gestantes habitantes de calle como una excusa para no asistir a las atenciones pertinentes durante la gestación dado que están más interesadas en otro tipo de cosas como por ejemplo el consumo de sustancias.

En la investigación con el grupo de personal asistencial, finalmente se identifica las dificultades de tipo estructural que tienen durante la atención en salud estas mujeres y en general la población habitante de calle porque

“...el sistema de salud no cuenta con un modelo único de atención para este tipo de población...”

Emmeline, a su vez denota que otra de las falencias, es el desconocimiento de los funcionarios de salud, sobre muchos factores relacionados con esta comunidad como, por ejemplo, la cantidad de personas habitantes de calle, el número de mujeres gestantes en situación de calle, la normatividad y jurisprudencia establecida para este grupo poblacional, entre otras.

Para concluir la participante Margaret, pone en contexto una situación bastante significativa y que es de tipo estructural, es el hecho de que el personal de salud no hace búsquedas activas y extramurales de la población de mujeres gestantes habitantes de calle, por consiguiente, reitera que, si no hay voluntad por parte de estas mujeres para asistir a los servicios de salud, no se obtiene conocimiento de la existencia de la gestación por parte del sistema de salud, por lo tanto, es una mujer que no obtiene las atenciones requeridas.

En el marco de las entrevistas realizadas a las participantes de ambos grupos de estudio emergieron algunos grupos de códigos que es necesario resaltar por la relevancia que pueden tener en esta investigación, a continuación, se mencionaran los resultados encontrados en dichos grupos de códigos, transformados en categorías analíticas emergentes.

Categorías analíticas emergentes de la investigación en las entrevistas a voluntarias de ONG de la ciudad de Medellín.

Categoría: Derechos en salud de las gestantes e IVE:

Las entrevistadas no dejaron en duda que ellas son poseedoras de derechos al ser unas ciudadanas como cualquier otra, y es de esperarse ya que ellas trabajan precisamente para velar por el cumplimiento de los mismos, sin embargo, el ideal es que este conocimiento lo tengan las mujeres habitantes de calle para que ellas así puedan empoderarse y hacer valer sus derechos, pero la realidad no es así.

En el escenario de la interrupción voluntaria del embarazo, como derecho en salud, que toda mujer en Colombia tiene bajo las tres condiciones legales, a saber:

(cuando existe peligro para la salud de la mujer, cuando exista malformación del feto o en caso de violación) las mujeres que habitan en la calle tienen el conocimiento de este derecho, quizá no desde los aspectos legales que trae consigo la decisión de realizarse un aborto, pero sí que existe la posibilidad. Tomar una decisión de tal magnitud y llevarla a cabo, requiere de un asesoramiento y acompañamiento ya sea de la institucionalidad o de agentes externos y de este modo garantizar que la mujer obtenga la información necesaria que le permita tomar la decisión que considere correcta, y bajo las tres causales legales pueda hacer efectivo su derecho de interrumpir el embarazo, Como Florence lo menciona:

“...La mayoría saben del tema de la interrupción del embarazo, sin embargo, en el momento que nos damos cuenta de que están en todo ese proceso de la gestación se les asesora, o sea, se les dice que existe la opción, que si desean hacerlo se les puede brindar el acompañamiento...”

Sin embargo, las mujeres que habitan en la calle, aun teniendo el conocimiento de que poseen este derecho, deciden continuar con su embarazo en su mayoría, quizá porque para ellas es algo positivo que les brindará una nueva oportunidad y ven en su bebé una esperanza de salir del consumo y de las calles, o quizá porque son mujeres creyentes en Dios y abortar simplemente no es una opción para ellas, y por esta razón desean traer una vida al mundo bajo las condiciones que sea, como lo relata Mary:

“...La verdad nunca me ha tocado y casi todas las que yo he conocido que están en embarazo deciden tener el bebé...”

Frente a esta turbulenta decisión de impedir el proceso de gestación, de negarle la oportunidad a un nuevo ser de germinar y aventurarse en la vida, existen personas que lo apoyan y las que no están de acuerdo, este segundo grupo de personas son las que se sienten con la potestad de tomar decisiones por los demás, pensando que las mujeres que deciden interrumpir el embarazo están actuando mal, y es un tema tan controversial que no se puede limitar al bien o al mal, es una decisión que toca hebras mucho más sensibles. miremos como lo manifiesta María en su relato:

“...decir que no están en sus capacidades mentales es delicado frente a la parte legal... o sea, nosotros no estamos en la potestad de decir eso sin que se haga una previa evaluación ¿Por qué? Porque para asegurar eso y para decirle que se le niega una interrupción voluntaria del embarazo a una persona habitante de calle porque no está en sus facultades mentales, teniendo el derecho dentro de las 3 posibilidades legales, entonces estaríamos diciendo que es interdicto y decir que es interdicto tendría que estar respaldado por un documento también legal...”

Se hace significativo el acompañamiento de las diferentes organizaciones para con estas mujeres, ya que actúan como un puente para la atención, pero además les brindan educación de salud sexual y reproductiva a estas mujeres para así tomar decisiones más conscientes, María así lo relata:

“...muchas mujeres habitantes de calle conversan con nosotros y nos dicen: No, es que yo soy una persona libre de mi natalidad y lo son... Pero entonces es bueno hablar al respecto de ellas de métodos temporales, definitivos de anticoncepción también con el fin de prevenir embarazos no deseados...”

Para ser consecuentes con lo anterior, la Alcaldía dispone de jornadas de salud para esta población, con el fin de brindar el acceso a los métodos anticonceptivos más convenientes para estas mujeres, sin embargo, se limita el portafolio de servicios al tener condiciones de vida un tanto dificultosas, como por ejemplo el hecho de ser una población flotante, su desconfianza en la institucionalidad y el desconocimiento de la salud sexual y reproductiva, a continuación, Florence nos comenta:

“...desde la Alcaldía también se trata de hacer la campaña de planificación familiar y de hecho a muchas se les ha puesto el tema del jabelle porque es como lo más efectivo, dígame una habitante de calle todos los días tomándose una pastilla, es imposible...”

Categoría: Facilitadores para la prestación del servicio de salud.

Con las entrevistas realizadas a las integrantes de ONG se obtuvo un hallazgo importante y a la vez algo deprimente, y es que es imprescindible el acompañamiento de una ONG para que estas mujeres reciban una consulta, un tratamiento o cualquier servicio, se pensaría que por el hecho de estar en estado de gestación serían prioridad y no necesitarían de la intervención de nadie para acceder a los servicios de salud, pero la realidad que narran las entrevistadas es otra, constantemente sus derechos son vulnerados, y esto deja mucho que pensar del personal asistencial y administrativo de los centros médicos, de su preparación no solamente profesional sino personal, lo siguiente lo narra Florence en su entrevista:

“...eso se ve todo el tiempo, entonces con ellas, claro, si no hay alguien, una entidad, una organización o alguien haciéndoles el acompañamiento a ellas, ellas simplemente no reciben su control porque ellas se sienten solas al vivir todos estos procesos...”

Pero lo anterior no solamente se da por culpa de la institucionalidad, sino que además se da por la desconfianza fundada en las mujeres y el temor al rechazo, sentimientos forjados por las malas experiencias que han tenido en el transcurso de sus vidas con la sociedad, pero ellas han sabido identificar a quienes las quieren ayudar, a quienes por medio de sus actos altruistas se han ganado la confianza de ellas, y por esta razón prefieren acudir a un centro médico si es con el acompañamiento de estas personas y no ir solas en busca del servicio. Lo anterior no es el panorama ideal, pero es la realidad, como lo relata Florence:

“...generalmente el acompañamiento se hace pues como con las organizaciones que podamos ir a estar con ellos y que ellos generan como esos vínculos... seamos nosotros, sean aguapaleneros, sean pues como todos esos colectivos que están con ellos, ellos generan ese acercamiento con uno

y muchas veces esperan a que uno haga su actividad para decirte me pasa esto y esto ¿qué hago? ¿vamos a urgencias? ...”

La familia es el nido en donde todos se sienten protegidos, donde se sienten respaldados y lo más importante donde se nutren de amor, y no contar con ella puede ser algo devastador. Las entrevistadas en su trayectoria de la filantropía se han dado cuenta que la red familiar es transcendental para que las mujeres que habitan en la calle vivan una gestación consciente y sana, para despertar esa aspiración de renacer y de salir adelante con su embarazo, de brindarle los cuidados y atenciones necesarias a su bebé, poseer un núcleo familiar dispuesto a dar ayuda durante el proceso de gestación, es algo positivo para estas mujeres que han perdido la esperanza, y ya el embarazo no lo verán como un problema más sino como una oportunidad, así lo relata María en su entrevista:

“...una estrategia que sirve demasiado para que ellas quieran acceder a esos servicios en salud que les prestan como mujeres gestantes es la vinculación con las redes de apoyo social y familiar ¿por qué? porque ellas con esas redes de apoyo sociales y familiares ya sienten un vínculo, se sienten respaldadas, sienten que en caso tal de que quieran tener a sus hijos que no salgan del núcleo familiar...”

Es decir, cuando una mujer encuentra apoyo social y familiar esto se convierte en un facilitador al acceso y a vivencia con satisfacción de los servicios para el parto. Florence lo relata, así:

“...cuando había una red familiar activa o que podíamos activarla se hacía como el enganche con ellos... Muchas tomaban la decisión de estar en sus casas, para muchas eso es algo muy difícil entonces preferían quedarse en la calle y muchas en el último mes ya se iban para su casa o realmente terminaban el embarazo en la calle...”

Si bien el objetivo del trabajo es conocer el contexto de la situación de salud de mujeres habitantes de calle en gestación al momento de necesitar y buscar atención en salud, también se evidenciaron ciertos facilitadores, comportamientos y actitudes positivas, ya sea por parte de las mujeres o de personas externas, para mitigar el impacto o erradicar las barreras existentes. Miremos el relato Florence:

“...yo empecé desde el 2016, de hecho, yo empecé siendo menor de edad y empecé en un proyecto de la Alcaldía con la fundación, con la Secretaría de Salud de unos centros de escucha de salud sexual y reproductiva... Tuve que sacar permisos y todo eso pues para el tema de contratación, a mí mucha gente de la Alcaldía me conoce super chiquita, entonces sí, o sea, la calle de verdad enseña mucho, mi universidad yo digo que fue la calle...”

Por otra parte, otro facilitador importante es la voluntad de las mujeres, ya que de nada sirve disponer de todas la ayudas y recursos necesarios si la mujer no accede a recibirla y poner de su parte para que efectivamente el proceso se lleve a cabo, por esta razón cuando una mujer tiene voluntad es aplaudida, porque no es que

ellas no quieran, sino que escasean los motivos y ganas de salir de ese pozo sin fondo, como María lo relata:

“...las que acceden a hacerse esos controles pre y post natales en cierta forma ya tienen voluntad de emprender procesos porque definitivamente si no la tienen, no acceden y dejan la forma de ninguna manera pues les hablen del tema y de omitir esa parte...”

La ciudad de Medellín dispone de centros de atención básica para la población habitante de calle, donde ofrece diferentes programas y servicios dirigidos a esta comunidad, sin embargo, la asistencia y constancia de los mismos es meramente voluntaria. Para quienes deciden concurrir a los centros de atención básica, puede hacerse más llevadera la vida en la calle, y tener más posibilidades de recibir una atención en salud efectiva, ya que allí disponen de recursos tanto humanos como físicos para brindar un acompañamiento a los habitantes de calle, y aún más para las mujeres que se encuentran en estado de gestación, pero acá volvemos a lo mencionado en el párrafo anterior, se requiere de la voluntad de ellas para buscar la ayuda de los centros de atención básica y este a su vez hacer su acompañamiento, así lo relata María en su relato:

“...Es que el centro de atención básica es por decirlo así, su segundo hogar, pues entonces ellas ya conocen sus educadores, ya conocen el personal médico, las auxiliares de enfermería, el personal de apoyo psicosocial... Entonces se siente que están más abiertas, más dispuestas a participar y desde ahí se pueden llevar como procesos con más continuidad que por decirlo así, en un centro de atención hospitalaria...”

Categorías emergentes de la investigación en las entrevistas a personal asistencial de salud.

Categoría: Derechos en salud e IVE.

La falta de conocimiento de la red de atención que existe para la atención de esta población y los derechos en salud hacen parte de los siguientes testimonios:

“...simplemente no lo hacen o lo mismo, el desconocimiento...” anota Flora y además agrega *“...la gente no consulta porque no quiere o porque no tienen la información... entonces mira, me imagino que muchos no saben eso por que quien les da la información, no se... entonces es eso que solamente acuden cuando ya están en riesgo...”*, Lo cual confirma Emmeline en la siguiente cita: *“aspectos propios de las maternas, por ejemplo, que casi no tienen conocimiento sobre sus derechos en salud, que no identifican los riesgos en salud...”*

La desinformación en los derechos en salud están de la mano con el derecho a la IVE, ya que éste puede resultar un tema complejo y presentarse como una dificultad en la prestación del servicio, la participante Flora al respecto expone que esto es algo que no se les menciona a estas mujeres ya que según ella, no tienen capacidad para decidir por la condición en la que ellas permanecen y que además puede tener implicaciones legales, con la familia o las personas responsables a mediano o corto

plazo, dado que pueden imponer demandas alegando que la mujer no estaba en condiciones mentales de decidir.

Sin embargo esta postura no es homogénea en las entrevistas a realizadas a las entrevistas al personal asistencial, encontramos diferentes posturas frente a la IVE ya que este tema es complejo y además tiene implicaciones legales para su ejecución, por ejemplo, la participante Emmeline habla acerca de la espiritualidad y el instinto materno que tienen las mujeres habitantes de calle que según la experiencia de esta participante es más común que estas mujeres decidan llevar a término el embarazo que recurrir a la IVE, dicho esto en la siguiente cita:

“...Es curioso porque ellas prefieren tenerlo y regalarlo, por ejemplo, pues ellas no... Muchas si acceden, pero la mayoría los tienen, pero si se les habla acerca del IVE...”

La misma entrevistada manifiesta que ese tema es más propio de cada institución de salud y según sus valores

“...Eso depende mucho de la institución en la que estén, porque no todas las instituciones son amigables con la interrupción voluntaria del embarazo... Muchos tienen como su parte cultural y social que no hablan mucho de esto...”

Margaret opina que este tema es de ética personal y no institucional, es algo del resorte de cada profesional y que además los especialistas en ginecología son los directamente facultados para abordar el tema, así lo dice:

“...es como un problema ético que hay en nuestra profesión y nosotros como médicos, sobre todo los ginecólogos solamente tienen permitido pues hablar acerca de esto si están las condiciones por ley y más que todo...”

No obstante, manifiesta que hay excepciones en las cuales el personal asistencial, en este caso médico general si debe abordar este tema, como por ejemplo cuando hay malformaciones en el feto, o algún tipo de riesgo en la vida de la materna, así se lo refleja la siguiente cita:

“...donde de pronto el médico es un poquito más abierto para hablar eso con ellos es si hay alguna malformación fetal muy grave o una enfermedad con que venga pues el bebé; de pronto por ese lado que le corresponde más que todo al ginecólogo porque nosotros como médico general no hacemos eso, pero hay esas condiciones sí...”

Como se mencionaba anteriormente la interrupción voluntaria del embarazo-IVE- dado que es un tema muy complejo de abordar, durante la investigación, por medio de las entrevistas encontramos diferentes perspectivas y posturas frente al tema como se ha ilustrado, donde nos encontramos con posiciones de tipo administrativo, ético, legal, por ejemplo la participante Flora hace referencia básicamente desde el punto de vista legal, y su postura está más encaminada a que por la condición de la maternas en situación de calle, que casi siempre se encuentran bajo efectos de sustancias alucinógenas y no se encuentran capacitadas para tomar este tipo de decisión

“...No, no se les habla de eso porque ellas no tienen la capacidad de decidir y menos por la condición de ellas... entonces ellas con la interrupción del embarazo no, tienen que tener al lado una persona responsable, la persona que sea de la familia, pero no, a ellas no se les habla de eso...”

Categoría: Facilitadores para la prestación del servicio de salud.

A pesar de la situación tan intrincada que se vive en las calles, estas mujeres se encuentran con situaciones y acciones de personas o instituciones que les otorgan seguridad y apoyo en la medida que ellas lo permiten, como la gratuidad de los servicios de salud que se ha mencionado.

Por otro lado, la participante Margaret en medio de su discurso durante la entrevista, hace mayor ahínco en cuanto a la oportunidad de tener estas mujeres en el punto de atención en familia y sacar provecho de esto para realizar una canalización de estas mujeres a los diferentes programas, como ingresarlas a los programas de controles prenatales, informar a las diferentes instituciones para que sean tenidas en cuenta en los beneficios que haya para ellas, etc. Y en general sacar provecho de que están en la institución por cualquier motivo y hace una atención integral.

“...cuando están en ese proceso de hospitalización se inicia o se habla con los programas de PyP para ingresarlas inmediatamente al programa... Ya nosotros le damos el carnet pues de control de embarazos, casi siempre se buscaba pues en la página gubernamental para si no estaban afiliadas que normalmente ellos no hacen ese proceso si tiene muchos años en la calle” “tratar de llevar o cargar la atención al SISBEN para que ellas pues, no hubiese problema y todo lo que se necesitara hacer... Exámenes, ecografías, hospitalizaciones o revisiones por el especialista pues se pudiera hacer sin ningún problema...”

Durante la entrevista con la participante Margaret se pudo identificar que algunas de las personas que se desempeñan en el área asistencial, se comprometen con su trabajo activan una red intersectorial, con el fin de que esta población sea identificada y como se mencionaba anteriormente reciban las ayudas y los beneficios que tienen las diferentes entidades bien sea estatales u organismos de apoyo social tiene para esta comunidad, así se refleja en la siguiente cita:

“...Lo que yo he hecho cuando he tenido esas atenciones es siempre llamar a la alcaldía o aprovechar cuando las tenemos en urgencias que casi siempre hay que dejarlas hospitalizadas, pues esas pacientes hay que captarlas inmediatamente que lleguen y dejarlas hospitalizadas... Llamar a la alcaldía de Medellín o llamar a la policía y para que pronto estén como llevándole un control o la lleven a una institución...”

6. Discusión

De acuerdo con el estudio “Encontrar una familia en la calle” de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, el cual se realizó en niños habitantes de calle, se identifican varias razones que favorecen el tránsito del hogar a la calle, como por ejemplo el maltrato físico y verbal, la falta de afecto, la desintegración de los vínculos familiares y los abusos y aunque muchas de estas personas dicen sentirse bien en la calle, con una familia y con la libertad que siempre desearon la calle se ha convertido en un lugar problemático para el desenvolvimiento de esta población, ya que no cumple los requerimientos mínimos necesarios que permitan considerarla un lugar de habitación con condiciones óptimas que brinde bienestar y calidad de vida a las personas que permanecen allí(58).

En la búsqueda bibliográfica se evidencia que en el Municipio de Medellín no se han realizado estudios sobre identificación o descripción de situaciones que enfrentan las mujeres habitantes de calle en estado de gestación durante la prestación de servicios de salud, sin embargo, a nivel nacional y en otros países en condiciones similares se han desarrollado estudios que pueden servir de referencia para esta discusión.

Los resultados de esta investigación fueron comparados con distintos estudios realizados alrededor del acceso a servicios de salud, no sólo en mujeres habitantes de calle gestantes, sino en mujeres gestantes y habitantes de calle en general.

A lo largo de esta investigación fueron descritas y analizadas un sinnúmero de situaciones que fueron detectadas en las entrevistas realizadas a los grupos de estudio como lo son personal asistencial en salud y funcionarias de ONG. Dentro de las entrevistas se pudo evidenciar que las funcionarias de ONG proporcionaron respuestas más abiertas, en las que se percibían sentimientos y pasiones, mientras en que en las respuestas del personal asistencial se evidencian respuestas más cerradas y quizá algún tipo de frialdad en lo expresado, se infiere que lo anterior se debe a que, aunque ambos grupos prestan un servicio a la misma población, los contextos son sumamente diferentes.

Los hallazgos encontrados en este estudio permiten destacar las principales situaciones que experimentan las mujeres habitantes de calle gestantes durante la prestación o utilización de servicios de salud, en el cual hubo una prevalencia de las situaciones subjetivas y socio-culturales, las cuales evidencian que la inasistencia a los servicios de salud generalmente son por razones propias de estas mujeres, como por ejemplo, baja adherencia, alto consumo de sustancias psicoactivas, el desconocimiento de sus derechos en salud, temor al rechazo o la discriminación, entre otras, no obstante, en un estudio realizado en México acerca de las

dificultades para la planificación familiar en contextos marginales, prevalece que los usuarios son personas “sin educación” y “marginadas”, apreciación que está anclada a las condiciones sociales, económicas y culturales, son las explicación a que estas personas no acudan a los servicios de salud.(59)

Dentro de las situaciones se encontró además el hecho de que estas mujeres generalmente prefieren solicitar ayuda a las ONG de apoyo para personas en situación de calle, ya que se sienten más seguras y piensan que sin el acompañamiento de estas no van a obtener gratuidad a la hora de solicitar una atención en salud, en vez de acudir directamente a los centros asistenciales, lo cual coincide con la información emitida en el estudio de México, antes mencionada en el que manifiesta que los proveedores privados afirman que las población con escasos recursos económicos al no tener posibilidades de asistir a los centros de atención en salud prefieren utilizar los centros de salud adscritos a las ONG. (59)

Por otra parte, se evidencia la poca o inexistente adherencia que tienen las mujeres habitantes de calle gestantes al sistema de salud, donde solamente acuden a los servicios en situaciones de extrema gravedad o en el momento del expulsivo, resultados que concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado en la ciudad de Santos, Brasil, donde concluyen que las mujeres solo acuden a los servicios en caso de urgencia, dejando a un lado la prevención, acudiendo solo a tratar la enfermedad en un estado muy avanzado (60). Además el estudio realizado en México también revela que las mujeres en condición de pobreza extrema asisten a los centros asistenciales públicos al momento del alumbramiento y que pocas veces asisten a controles prenatales y/o programas de PyP (59).

Los hallazgos más importantes de un estudio cualitativo encontrado acerca de las situaciones percibidas por las mujeres sin hogar, son que la salud no es una prioridad para ellas, además, que el transporte y la programación pueden ser particularmente dispendiosos y que estar sin hogar hace que algunas se sientan estigmatizadas por los proveedores de atención médica (61) . En los resultados de esta investigación también se evidencia la poca importancia que tienen las mujeres habitantes de calle para buscar atención en salud y la discriminación por parte del personal y según la información brindada por las mujeres entrevistadas, el transporte y la programación también son un obstáculo para ello, pues, los pocos ingresos que tienen prefieren gastarlo en otras cosas, como en el consumo de sustancias psicoactivas, por su parte la programación de citas es un tema complicado en esta población, debido a la percepción que tienen del sistema de salud, por lo tanto, esta situación pocas veces se da.

Donabedian plantea que al considerar los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud, se debe considerar la disposición del consumidor potencial para buscar atención, lo cual depende de sus actitudes y el conocimiento sobre la atención de salud y las definiciones sociales y culturales de enfermedad que ha aprendido (62). Para las mujeres habitantes de calle esto se traduce en un obstáculo

para utilizar los servicios de salud por el desconocimiento que tienen del funcionamiento del sistema y de acuerdo con sus creencias, temores frente a él y experiencias negativas con el personal en salud, muestran poca disposición para la búsqueda de la atención.

Este trabajo de investigación además posiciona al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol como un comportamiento limitante para la atención en salud, según los relatos de las entrevistadas, donde manifiestan que la mayoría de estas mujeres prefieren utilizar el dinero para el consumo ya que estas sustancias en cierto modo satisfacen sus necesidades, dado que el efecto de estas, calman algún tipo de dolor e incluso hambre, lo que se convierte en un factor influyente en la inasistencia a los servicios, mientras que un estudio en la ciudad de Santos, Brasil de mujeres embarazadas sin hogar, revela mediante su investigación que a pesar de los efectos que producen las sustancias alucinógenas, estas no parecen ser un factor limitante para la atención sanitaria, entonces la ausencia de seguimiento médico puede estar asociada a otros factores, no necesariamente al consumo de drogas (60)

Con respecto a las condiciones de género, los resultados de la investigación realizada por un grupo de personas en la ciudad de Medellín, coinciden con los hallazgos obtenidos en esta investigación, manifestando la situación de desventaja que tienen las mujeres, lo cual hace que incremente la vulnerabilidad, y si a esto se le añade el hecho de estar en embarazo y la extrema pobreza, el panorama se agrava para estas mujeres, dejándolas indefensas en un sistema lleno de trabas para garantizar los derechos en salud a las mujeres (63)

El desconocimiento que tienen estas mujeres sobre los derechos en salud sexual y reproductiva, ocasiona que ellas no soliciten los servicios o los pidan de forma errónea, por esta razón el estudio realizado por Courtney Cronley, Kris Hohn, Shamsun Nahar, en el estado de Texas, sugieren que los prestadores de servicios de salud pueden llevar a cabo acciones para educar y empoderar a las mujeres en derechos a salud, para que de esta forma puedan acceder a los servicios efectivamente (64). Dentro de la salud sexual y reproductiva se encuentra la Interrupción voluntaria del embarazo -IVE-, tema que debe ser informado a todas las mujeres, incluyendo las habitantes de calle, según lo establecido por la superintendencia nacional de salud por medio de la circular 003 del 2013, "los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y las entidades territoriales, deben brindar a todas las mujeres información, suficiente, amplia y adecuada así como orientación, apoyo y acompañamiento en relación con las alternativas terapéuticas disponibles en la prestación del servicio de IVE, a fin de facilitar el acceso oportuno y eficiente a dichos servicios y permitir que puedan tomar una decisión informada en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos", pero con esta investigación se logra evidenciar que este derecho es vulnerado algunas veces ya que existen diferentes posturas al respecto por parte de las entrevistadas,

donde las funcionarias de ONG manifiestan que si les hablan del tema abiertamente y el personal asistencial de salud se abstiene de hablarles del tema por razones de tipo ético y legal (65).

Aparte del desconocimiento que tienen estas mujeres sobre sus derechos en salud, se suma la situación de exclusión que viven por parte del personal médico y el trato inadecuado que les brindan al momento de buscar atención, a pesar de que requieren tantos cuidados esenciales por el hecho de encontrarse en estado de gestación.

Finalmente en este estudio las entrevistadas coinciden en afirmar que la mayoría de estas mujeres no se dan cuenta de su estado de gestación de manera científica es decir, por medio de un examen de laboratorio, es algo que ellas no esperan ni desean pese a que generalmente no utilizan ningún método anticonceptivo, sino que se dan cuenta por los cambios que presentan en el cuerpo o por la ausencia de la menstruación, situación que también afirma el estudio realizado en Santos, Brasil, el cual asevera que a pesar de que estas mujeres no desean embarazarse, no utilizan condones ni ningún otro método de planificación familiar, haciendo del embarazo una posibilidad cotidiana, identificada a través de cambios corporales y enfrentando la experiencia empírica con embarazos previos (60).

7. Conclusiones

Esta investigación permitió identificar la mirada de la situación y los contextos de salud de las mujeres habitantes de calle en gestación desde voluntarias de ONG y prestadoras de servicios de salud; además de ello las dificultades para el acceso a servicios de salud que se presentan a las mujeres habitantes de calle gestantes del Municipio de Medellín, las cuales están centradas en la representación que se tiene de las mujeres; los contextos económicos y sociales de la vida en calle.

Se evidencia el desconocimiento que tiene esta población sobre cómo funciona el sistema de salud y los programas de promoción y prevención que ofrece. El mayor conocimiento se concentra en voluntarias de ONG y prestadores de servicios de salud, quienes son receptores de información, pero hace falta que esta llegue al resto de la población habitante de calle. Igualmente, se logra evidenciar un desconocimiento claro de deberes y derechos en salud por parte de las mujeres habitantes de calle.

De acuerdo con la recolección de información y lo manifestado de las mujeres entrevistadas la calidad deficiente en la atención de la población habitante de calle también puede deberse a la discriminación y el trato que reciben por parte de los prestadores de servicios de salud debido a sus condiciones y creencias. Esto genera una dificultad de tipo sociocultural, ya que las mujeres al sentirse rechazadas y vulneradas con las actitudes del personal de salud no van a querer buscar atención cuando la requieran.

Se evidenció durante la investigación y basado en las declaraciones de las entrevistadas, que la atención a personas en situación de calle se posibilita si estas personas llegan acompañadas de personal adscrito a la Alcaldía o alguna ONG, de lo contrario la atención es deficiente o de mala calidad.

Durante la investigación, se conoció también que, aunque el sistema de salud cuenta con algunos programas de atención en salud específica para las mujeres habitantes de calle en estas condiciones, la dificultad que se presenta es que estas mujeres no se encuentran familiarizadas con la información y su cultura no está encaminada hacia la búsqueda de estos servicios lo imposibilita una atención oportuna y eficaz para la población de mujeres gestantes habitantes de calle.

Con esta investigación se observó una disparidad en las posturas de ambos grupos investigados, ya que se percibió en las voluntarias de ONG una mayor sensibilidad con respecto a la situación de las mujeres gestantes habitantes de calle, mientras

que las mujeres que pertenecen al personal de salud que las atiende son más frías con respecto al tema.

Basado en la información obtenida por las personas entrevistadas se concluye también que hay poca existencia de programas extramurales específicos para la población mujeres gestantes habitantes de calle, que las apoyen de manera integral y multidisciplinariamente.

8. Recomendaciones

- Fortalecimiento de los programas de atención en salud para la población habitante de calle y en especial para las maternas.
- Promover la divulgación y propagación de la información acerca de los servicios y beneficios que existen para la población habitante de calle.
- Implementar estrategias acordes y accesibles de promoción y prevención, principalmente programas de planificación familiar.
- Generar mayor apoyo a las organizaciones sociales para la población habitantes de calle por parte de los organismos del Estado para que puedan brindar una atención más integral y oportuna.
- Implementar en el área asistencial y desde la academia capacitaciones a los profesionales asistenciales en salud acerca de la atención diferencial y toda la parte social que hay que tener al momento de atender a esta población.
- Fortalecer los grupos multidisciplinarios con profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y médicos donde se implemente atención extramural y búsqueda activa para esta población.
- Brindar educación acerca de los deberes y derechos que tienen las mujeres gestantes que habitan la calle.
- implementar un modelo único de atención para la población gestantes habitantes de calle, teniendo en cuenta sus necesidades, no sólo en salud física sino también en salud mental, donde se implemente un trato diferencial de acuerdo a las condiciones en las que viven y se desarrollan, articulado a la política pública de habitante de calle de Medellín.
- Implementar un centro de atención básica para mujeres gestantes en situación de calle, donde cuenten con espacios para el autocuidado, el reposo y además se les brinde apoyo social y psicológico.

9. Agradecimientos

A Dios por permitir que pese a las circunstancias generadas en el marco de la pandemia del COVID-19, pudimos ejecutar y llevar a su fin nuestro trabajo de grado.

A todas y cada una de las participantes por su disposición a la hora de conceder las entrevistas y contarnos sus experiencias relacionadas con nuestro tema de investigación.

A nuestras familias por su apoyo incondicional durante todo este proceso.

A la asesora Nancy Eliana Gallo Restrepo por su compromiso y dedicación con nuestro equipo de trabajo para lograr la ejecución de nuestro proyecto.

A los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública por su orientación, credibilidad y confianza en nuestro trabajo de grado.

10. Referencias bibliográficas

1. Florez Martínez L, Campo Rivera CI, Trochez Gómez MA, Peña Lemus CV. Los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca, 2012 [Internet]. Universidad del Cauca; 2012 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://repository.ean.edu.co/handle/10882/2004>
2. Restrepo Zea JH, Silva Maya C, Andrade Rivas F, Vh Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 8];13(27):236–59. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
3. Salud Y derechos humanos [Internet]. Acta psiquiátrica y psicologica de América Latina. 1977 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
4. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 8]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
5. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso [Internet]. [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_2014.pdf
6. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2009 [cited 2019 Nov 17];27(2):121–30. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 [Internet]. 23 de Diciembre Colombia; 1993 p. 1–39. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
8. Eslava JI, Hernández A, Ruiz F, Sandoval EA, Sanchez M, Acosta N, et al. Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados al nivel III del SISBEN de 14 localidades del distrito [Internet]. 1999 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/691-99.pdf>
9. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(6):1947–58.

10. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2002 [cited 2019 Nov 17];11(5–6):316–26. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/>
11. CEPAL. Resultado Consulta [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 17]. Available from: https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegradaProc_HTML.asp
12. López C. Pobreza y derechos en Colombia. *Rev Derecho del Estado* [Internet]. 2010 [cited 2019 Nov 17];(24):9–28. Available from: <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/derest/article/view/417>
13. Sánchez A. El habitante de la calle de sujeto de necesidades a sujeto de derechos, un cambio de paradigma [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/19020>
14. Tirado A, Correa M. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. *rev investig Andin* [Internet]. 2009 [cited 2019 Sep 8];11(18):23–35. Available from: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/221>
15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para la atención diferencial en salud para población habitante de calle [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-salud-habitante-de-calle.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Nursing (Ed. española). World Health Organization; 2018 [cited 2019 Sep 8]. Available from: https://www.who.int/topics/womens_health/es/
17. PNUD. Objetivo 5: Igualdad de género | PNUD [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 8]. Available from: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html#targets>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva [Internet]. 2003 [cited 2019 Sep 8]. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
19. UNFPA. Mundos aparte la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad. 2017 [cited 2019 Sep 8]; Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
20. Rodríguez Páez FG, Jiménez Barbosa WG, Jiménez González CA, Coral Córdoba ÁE, Ramírez Solano PC, Ramos Navas NR. Efecto de las barreras

- de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Rev Gerenc y Polit Salud* [Internet]. 2014 [cited 2019 Sep 8];13(27):206–21. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11968>
21. Granados Hernández M, Ramírez Campos J. Condiciones y experiencias de vida de las mujeres gestantes indigentes que viven en el casco noroeste metropolitano de San José. *Enfermería actual Costa Rica* [Internet]. 2013 [cited 2019 Nov 20];(25). Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/11839/11159>
 22. Correa Arango E. Para una nueva comprensión de las características y la atención social a los habitantes de calle [Internet]. Vol. 1. 2007 [cited 2019 Nov 20]. Available from: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Revista1_6.pdf
 23. González V MA, Blandón Ch D, Quiceno V JA, Giraldo ÁP, Forero CP. Habitar bajo los puentes: vida y muerte; dos formas de comenzar algo Living under a bridge: life and death; two ways of starting something [Internet]. Vol. 32, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2014 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n2/v32n2a05.pdf>
 24. Jimenez E, Trheebilcock O, Mantilla O. Habitante de la calle y discriminación [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: https://www.academia.edu/27874511/HABITANTE_DE_LA_CALLE_Y_DISCRIMINACION
 25. MedlinePlus. Cuidados durante el embarazo: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007214.htm>
 26. Gómez De la Rosa F, Marrugo Arnedo CA, Florez Tanus Á, López Pájaro K, Mazonett Granados E, Orozco Africano J, et al. Impacto económico y sanitario del control prenatal en embarazadas afiliadas al régimen subsidiado en Colombia durante 2014. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16];59(2):176–82. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000200176
 27. -CEO- C de E de, Ruíz Restrepo J. Realización del Censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos. *SOCESC*. 2015 [cited 2019 Nov 20];(2):1–5. Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/7073/6486>
 28. Congreso de la República de Colombia. Ley 1641 de 2013 - gestor normativo función pública [Internet]. Ley 1641 Colombia; 2013. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53735>

29. Echeverri G. Caracterización de las personas en situación de calle del Municipio de Copacabana (Antioquia), 2016. [tesis de pregrado]: Universidad de Antioquia. 2016.
30. Gómez C. El habitante de la calle en Colombia: presentación desde una perspectiva social-preventiva [Internet]. Universidad del Norte; 2013 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://www.uninorte.edu.co/documents/4368250/0/EI+habitante+de+la+calle+en+Colombia+Presentación+desde+una+perspectiva+social-preventiva/98003d14-5fee-437b-8063-c13b4f7fc676?version=1.0>
31. Rodríguez A, Rueda Y. Maternidad en las calles [Internet]. Universidad de la Sabana; 2019 [cited 2019 Sep 8]. Available from: [https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/35651/Proyecto de grado Maternidad en las calles.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/35651/Proyecto+de+grado+Maternidad+en+las+calles.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Jaramillo Serna JA, Fernández Cifuentes T, Bedoya Sepúlveda S. Habitantes de calle: entre el mito y la exclusión. Poiésis [Internet]. 2017 Mar 13 [cited 2019 Sep 12];1(32):179. Available from: <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2311/1748>
33. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
34. Ballesteros MP, Gaviria MB, Martínez SE. Description of access to health services for displaced recipient children in marginal settlements of six cities in Colombia, 2002-2003. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. [cited 2019 Nov 20];24(1):7–17. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000100002&lang=es
35. Osorio A, Loaiza T. Barreras de acceso a los servicios de salud en el barrio Moravia, Medellín 2016 [tesis de pregrado]. Universidad de Antioquia; 2016.
36. Bustamante Y, Marín N. Barreras de acceso a los servicios de salud en venteros ambulantes de Guarne-Antioquia, 2012 [tesis de pregrado]. Universidad de Antioquia; 2012.
37. Organización Mundial de la Salud. Influencia de la pobreza en la salud [Internet]. 2003 [cited 2019 Nov 20]. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11312.pdf
38. Corte Constitucional de Colombia T-376/18 [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-376-18.htm>
39. Camacho Castro F, Sánchez Sierra N. Sistema general de seguridad social

en salud en Colombia: análisis de la cobertura de los regímenes contributivo y subsidiado a la luz del principio de universalidad [Internet]. [Santiago de Cali]: Universidad Pontificia Bolivariana; 2013 [cited 2019 Sep 8]. Available from: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/3036/Sistema_general_seguridad.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. Colombia. Ministerio de Salud. Régimen Subsidiado [Internet]. Minsalud. 2017 [cited 2019 Sep 8]. p. 1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/RégimenSubsidiado.aspx>
41. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Páginas - Poblacion pobre no asegurada [Internet]. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>
42. Secretaría de Salud. Dirección de aseguramiento atención a poblaciones especiales [Internet]. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2018 [cited 2019 Sep 8]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Atencionpoblacionesespeciales.aspx>
43. MedlinePlus. Edad gestacional: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm>
44. Colombia., Asamblea Constituyente de 1991. Constitución Política de 1991. Gacetas Asamblea Constituyente de 1991 2018 p. 1.
45. Colombia. Congreso de la República. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones; 2015.
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; 2016.
47. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2083 de 2016. Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; 2016.
48. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5246 de 2016. Por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información.; 2016.
49. Alcaldía de Medellín. Así es Medellín_Medellín Cómo Vamos [Internet]. 2017 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://www.medellincomovamos.org/la-ciudad/>

50. La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Trab Soc [Internet]. 2007 [cited 2019 Nov 20];(9). Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8511>
51. Chagualo E. Comuna 10 La Candelaria [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 20]. Available from: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/documents/ServiciosLinea/PlaneacionMunicipal/ObservatorioPolíticasPublicas/resultadosSeguimiento/com10LaCandelaria.html>
52. Alcaldía de Medellín. Ficha informativa, comuna 10 La Candelaria [Internet]. Medellín; 2019 [cited 2019 Sep 16]. Available from: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlaneacionMunicipal/IndicadoresEstadisticas/2017/SharedContent/Comuna10LaCandelaria.pdf>
53. Uribe Restrepo JP, González Ortiz ID, Cardenas Gamboa D, Burgos Bernal GL, Corredor Pongutá JP. Política Pública Social Para Habitante De Calle-PPSHC-Oficina de Promoción Social. 2018.
54. Sampieri R. Metodología de la Investigación [Internet]. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
55. Gadamer HG. Verdad y método II. 9. ed. España: Ediciones sígueme; 1998 [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 14]. Available from: www.sigueme.es
56. Cifuentes Patiño MR, Osorio Giraldo F. Una perspectiva hermenéutica para la construcción de estados del arte. Universidad de Manizales. 1993 Jul; 3(11).
57. M. M Batjín. Estética de la creación verbal. Siglo XXI de España: Madrid; 1998.
58. Giraldo ÁP, Forero CP, Marcela López LG, Tabares L, Andrea Durán PG. Encontrar una familia en la calle. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006;24:91–6.
59. Agudelo B M. Barreras para la planificación familiar en contextos marginales del Distrito Federal de Ciudad de México: visión de los proveedores de servicios de salud. . Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 10];27(2):169–72. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
60. da Costa SL, Vida CP da C, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ, Ping CT, et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: Reflexões e desafios para as políticas públicas. Saude e Soc [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2021 Jan 10];24(3):1089–102. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301089&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

61. Gelberg L, Browner CH, Lejano E, Arangua L. Access to women's health care: A qualitative study of barriers perceived by homeless women. *Women Heal* [Internet]. 2004 [cited 2021 Jan 10];40(2):87–100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15778140/>
62. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care [Internet]. [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
63. Berbesí D, Segura-Cardona Á, Caicedo B, Cardona-Arango D. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2021 Jan 10];33(2):200–5. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
64. Cronley C, Hohn K, Nahar S. Reproductive health rights and survival: The voices of mothers experiencing homelessness. *Women Heal* [Internet]. 2018 Mar 16 [cited 2021 Jan 10];58(3):320–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28278012/>
65. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientación y asesoría para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) [Internet]. 2004 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-DT-Orientacion.pdf>

Anexos

Anexo 1. Recolección de la Información

PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: FUNCIONARIOS ONG Y COLECTIVOS

ENTREVISTA N° _____

Lugar de la entrevista: _____

Características del usuario:

Edad: _____

Género: Masculino: ____ Femenino: ____

Estado civil: Casado(a): ____ Soltero(a): ____ Viudo(a): ____ Unión libre: ____

Escolaridad: Primaria Completa: ____ Primaria Incompleta: ____ Secundaria Completa: ____ Secundaria Incompleta: ____ Otros Estudios: ____ Cuáles?:

1. ¿Hábleme sobre usted y su experiencia en la ONG?
2. ¿Cuéntenos sobre su antigüedad y función en la ONG?
3. ¿Cuénteme que lo llevo a trabajar con población en calle?
4. ¿Qué piensa de estas mujeres gestantes que están habitando en la calle?
5. ¿Cuénteme usted que sabe acerca de los derechos en salud que tienen estas personas?
6. ¿Qué creencias tienen estas personas con respecto a la atención de salud y sus servicios?
7. ¿Qué sabe usted de la manera como las mujeres habitantes de calle manejan el dinero para los asuntos de su salud?
8. ¿Qué sabe del proceso de desplazamiento de estas mujeres para buscar atención en salud?
9. ¿Tiene usted conocimiento de los programas desde el sector salud dirigidos a las mujeres en estado de gestación?
10. ¿Sabe usted si a las mujeres se les habla acerca del IVE?
11. ¿Cómo le parece el proceso de atención cuando estas mujeres buscan los servicios de salud? (con qué facilidad le asignan la cita, cuánto tardan en atenderlas)

12. ¿Desde su experiencia, las mujeres habitantes de calle realizan los controles prenatales?

13. Cuéntenos experiencias negativas y positivas que usted conoce de las mujeres con respecto a la atención en salud.

14. Sabe si a estas personas les han negado la atención en salud por el hecho de ser habitantes de calle. ¿Qué experiencias le han contado al respecto?

15. ¿Cómo siente que es la atención que recibe la mujer?

16. ¿Qué manifiesta la mujer después de la atención recibida?

17. En general como aprecia el proceso de atención

**PREGUNTAS ORIENTADORAS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

ENTREVISTA N° _____

Lugar de la entrevista: _____

Características del usuario:

Edad: _____

Género: Masculino: ____ Femenino: ____

Estado civil: Casado(a): ____ Soltero(a): ____ Viudo(a): ____ Unión libre: ____

Escolaridad: Primaria Completa: ____ Primaria Incompleta: ____ Secundaria Completa: ____ Secundaria Incompleta: ____ Otros Estudios: ____ Cuáles?:

1. Hábleme sobre usted.

2. ¿Qué piensa de la situación de la maternidad en la calle?

3. ¿Usted cree que se puede dificultar la atención por el hecho de ser habitante de calle?

Cuénteme usted que sabe acerca de los derechos en salud que tienen estas personas.

4. ¿De acuerdo con su experiencia, qué problemas han enfrentado estas mujeres durante el embarazo que la han hecho buscar atención en salud?

5. ¿Cuénteme de las experiencias que ha tenido prestando los servicios de salud a esta población?

6. ¿Qué programas especiales existen para estas mujeres relacionados con el embarazo?
7. ¿Con que intensidad nota usted que acuden las mujeres en situación de calle a los programas para gestantes?
8. ¿Sabe si han dejado de acudir a los servicios de salud por falta de dinero para transportarse y para pagos por la atención
9. Ha evidenciado algún tipo de discriminación para estas personas, cuéntenos alguna experiencia de algún tipo de agresión por parte de estas personas para con el personal asistencial.
10. ¿Cómo es el proceso cuando estás mujeres buscan atención?
11. ¿Como percibe la actitud del personal administrativo para con estas personas?
12. ¿Qué tan complicado es para usted como personal asistencial la atención para estas mujeres?
13. ¿En general como describe el proceso de atención? (portan algún carné, están afiliados, etc.)
14. ¿En general cómo percibe la atención que recibe la mujer?
15. ¿Qué manifiesta la mujer después de la atención recibida?

Anexo 2. Sistema categorial

Funcionarias de ONG

Categoría	Subcategoría	Pregunta
Características sociales y demográficas de las voluntarias de ONG	Aspectos sociodemográficos	<p>- ¿Hábleme sobre usted y su experiencia en la ONG?</p> <p>- ¿Cuéntenos sobre su antigüedad y función en la ONG?</p> <p>¿Cuénteme que lo llevo a trabajar con población en calle?</p>

Categoría	Subcategoría	Pregunta
		¿Qué piensa de estas mujeres gestantes que están habitante la calle?
Experiencia de prestadores voluntarios de ONG	-situaciones: Geográficas -Económicas -Socioculturales -Administrativas Al momento de la prestación del servicio.	- ¿Qué sabe del proceso de desplazamiento de estas mujeres para buscar atención en salud? - ¿Sabe si han dejado de acudir a los servicios de salud por falta de dinero para transportarse? ¿Qué sabe usted de la manera como las mujeres habitantes de calle manejan el dinero? - ¿Cuénteme usted que sabe acerca de los derechos en salud que tienen estas personas? - ¿Sabe si a estas personas les han negado atención en salud por el hecho de ser habitantes de calle? - ¿Que creencias tienen estas personas con

Categoría	Subcategoría	Pregunta
		<p>respecto a la atención de salud y sus servicios?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo le parece el proceso de atención cuando estás mujeres buscan los servicios de salud? (con qué facilidad le asignan la cita, cuánto tardan en atenderlas) -Costos en la atención - Tipos de afiliación

Personal asistencial de salud

Categoría	Subcategoría	Pregunta
Características de los prestadores de servicios de salud	-Aspectos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Hábleme sobre usted. -Tiempo de servicio - ¿Cuénteme que lo llevo a trabajar con población en calle? ¿Qué piensa de estas mujeres gestantes?
Experiencia de prestadores de servicios de salud	Situaciones: -Geográficas -Económicas -Socioculturales -Administrativas Al momento de la prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuénteme de las experiencias que ha tenido prestando los servicios de salud a esta población? - ¿De acuerdo con su experiencia, qué

		<p>problemas han enfrentado estas mujeres durante el embarazo que la han hecho buscar atención en salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Con que intensidad acuden a programas de las gestantes? - ¿Sabe si han dejado de acudir a los servicios de salud por falta de dinero para transportarse y para pagos por la atención - ¿Cuénteme usted que sabe acerca de los derechos en salud que tienen estas personas? - ¿Usted cree que se puede dificultar la atención por el hecho de ser habitante de calle? - ¿Ha evidenciado algún tipo de discriminación para estas personas, cuéntenos alguna experiencia de algún tipo de agresión por parte de estas personas para con el personal asistencial? - ¿cómo es el proceso cuando estas mujeres buscan atención? - ¿Como percibe la actitud del
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		personal administrativo para con estas personas - ¿Qué programas especiales conoce para estas mujeres relacionados con el embarazo?
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Miradas de prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020.

Nombres y Apellidos de participante: _____

Código de estudio: _____

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud el acceso a la atención en salud implica, que todas las personas reciban los servicios que necesitan. Sin embargo, el acceso es uno de los principales desafíos que debe enfrentar los sistemas de salud para garantizarle a la población el goce de su bienestar de manera digna y con calidad.

Uno de los principales problemas que enfrenta la población, son las barreras de acceso a los servicios de salud presentes en todos los contextos de desarrollo social, pero se da con mayor frecuencia en personas en condición de habitante de calle a pesar de necesitar con más frecuencia los servicios de salud, debido a su condición de vulnerabilidad y riesgo. Las mujeres habitantes de calle en estado de gestación requieren servicios de salud más específicos para garantizar un embarazo seguro, por lo tanto, las barreras para el acceso a los servicios de salud aumentan los riesgos a los que se exponen durante dicho proceso.

Por qué se le está invitando a participar. Esta situación se presenta en grandes ciudades capitales. Sin embargo, las localidades no son ajenas a esta problemática, entre ellas el municipio de Medellín. La invitamos a participar porque usted ha estado en relación con este grupo de personas y su aporte de acuerdo a su experiencia será de mucha utilidad para conocer como es el acceso a los servicios de salud y que barreras presenta.

Propósito. Conocer la mirada de prestadoras de servicios de salud y voluntarias de ONG sobre las mujeres habitantes de calle en gestación, su situación y contexto de salud al momento de necesitar atención. Medellín 2020.

, con el fin de generar evidencias y decisiones que mejoren las condiciones de salud de las mujeres habitantes de calle en estado de gestación.

Participación. A continuación, haremos una encuesta, y usted de forma voluntaria decide si responde o no a las preguntas.

Costos. Todos los costos de este estudio son asumidos con recursos de la investigación.

Riesgos. La investigación es clasificada como riesgo mínimo porque no modifica, de manera intencional, factores biológicos, psicológicos o sociales de las personas participantes.

Beneficios. Generar evidencias para mejorar las condiciones de salud de los participantes.

Derechos. Usted participará en este estudio libremente y podrá desistir en cualquier momento de él, sin que esto le represente consecuencia o perjuicio de tipo alguno.

Confidencialidad. Se guardará privacidad de los registros que puedan identificarlo como participante. Se garantizará la reserva de la información, además la preservación de su intimidad. Solo tendrán acceso a la información de la entrevista los investigadores.

Compensación. El entrevistado participará de manera voluntaria, por lo que no recibirá ninguna compensación económica, incentivo o pago como retribución.

Aceptación. Su firma abajo indica que usted decidió participar en este estudio.

Nombre: _____ Firma: _____

Lugar: _____ Fecha (día/mes/año): _____

Anexo 4. Redes de Atlas Ti

