

Determinantes sociales del fenómeno de habitabilidad de calle en Bogotá D.C. Una aproximación desde la salud urbana

Social determinants of health in the phenomenon of homelessness in Bogota D.C. An urban health approach / Determinantes sociais do fenômeno de habitabilidade da rua em Bogotá D.C. Uma aproximação desde a saúde urbana

Luis Antonio Daza Castillo¹

RESUMEN

Objetivo: poco se ha descrito desde una perspectiva amplia acerca del fenómeno de habitante de calle, por ello este estudio pretende describir las condiciones materiales de vida asociadas con el fenómeno.

Metodología: observación participante y desarrollo de entrevistas semiestructuradas a cuatro habitantes de calle seleccionados a partir de un muestreo por conveniencia. Grabación en audio, transcripción de las condiciones asociadas y sistematización en el software AtlasTi.

Resultados: se identificaron tres determinantes intermedios y dos estructurales, a partir de los cuales se conceptualiza sobre los elementos teóricos básicos para incluir en una política pública de protección y gestión del riesgo asociada con dicho fenómeno. Se discute el impacto logrado hasta el momento en políticas públicas de protección social en Bogotá y sus retos futuros.

Conclusiones: aunque el fenómeno de habitante de calle sea complejo y multideterminado, los elementos teóricos y metodológicos de la determinación social de la salud, y de la salud urbana, son promisorios en la búsqueda de intervenciones y de estrategias de prevención.

Palabras clave: enfermería en salud pública; sociología; personas sin hogar.

ABSTRACT

Objective: There has been little description of the phenomenon of homelessness from a broad perspective. Thus, this study describes the material living conditions associated with this phenomenon.

Methodology: Participant observation and creation of semi-structured interviews to four homeless individuals selected based on a convenience sample. Audio recordings of the associated conditions and systematization using Atlas Ti software.

Results: Three intermediary and two structural determinants were identified, from which the basic theoretical elements were conceptualized about in order to include in a public policy of protection and risk management associated with this phenomenon. The impact achieved in social protection public policy in Bogotá and its future challenges are discussed.

Conclusions: Although homelessness is a complex and multi-determined phenomenon, the theoretical and methodological elements of the social determination of health and urban health are promising in the search for intervention and prevention strategies.

Keywords: public health nursing; sociology; homeless.

Fecha de recibido:

05 de septiembre de 2016

Fecha de aprobación:

12 de diciembre de 2016

Forma de citar este artículo:

Daza LA. Determinantes sociales del fenómeno de habitabilidad de calle en Bogotá D.C. Una aproximación desde la salud urbana. Med U.P.B. 2017;36(1):51-58. DOI:10.18566/medupb.v36n1.a07

1. Docente - Investigador Universidad Manuela Beltrán. Enfermero Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Política Social Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Dirección de correspondencia:

Luis Antonio Daza Castillo. Correo electrónico: luis.daza@docentes.umb.edu.co

RESUMO

Objetivo: pouco se há escrito desde uma perspectiva ampla sobre o fenômeno de habitante de rua, por isto este estudo pretende descrever as condições materiais da vida associadas com o fenômeno.

Metodologia: observação participante e desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas a quatro habitantes de rua selecionados a partir de uma amostragem por conveniência. Gravação de áudio, transcrição das condições associadas e sistematização no software AtlasTi.

Resultados: se identificaram três determinantes intermédios e dois estruturais, a partir dos quais se conceitua sobre os elementos teóricos básicos para incluir numa política pública de proteção e gestão do risco associada com dito fenômeno. Se discute o impacto conquistado até o momento em políticas públicas de proteção social em Bogotá e seus objetivos futuros.

Conclusões: Embora o fenômeno de habitante de rua seja complexo e multideterminado, os elementos teóricos e metodológicos da determinação social da saúde, e da saúde urbana, são promissórios na busca de intervenções e de estratégias de prevenção.

Palavras chave: enfermagem em saúde pública; sociologia; pessoas sem lar.

INTRODUCCIÓN

La Habitabilidad de Calle (HC) representa una problemática multidimensional que afecta a individuos, familias y colectivos. Ha sido estudiada principalmente por la sociología, el trabajo social y la psicología. No existe evidencia de causalidad directa entre HC y pobreza, o entre HC y sociedades capitalistas. La HC existe en diversas culturas y se ha manifestado en a lo largo de la historia¹.

No existe una definición única sobre la HC ni un único tratamiento teórico, principalmente por la multicausalidad, pese a que en la literatura anglosajona se le denomina “*Homeless*”, y su adaptación al castellano es: “*Sin hogar*”. El fenómeno va más allá de la tenencia de un sitio para la vivienda¹. Son clásicas las descripciones del sacerdote Javier de Nicoló, en las que da cuenta de la estrategia de intervención en niños habitantes de calle². Internacionalmente hay importantes trabajos académicos en Australia para la década de 1990³⁻⁶. En el contexto latinoamericano, la aproximación a este fenómeno se ha centrado en caracterizar conceptual y teóricamente a la HC como una problemática asociada con fallos de una política de cohesión social⁷, así como un producto último de una limitada distribución del

poder ciudadano para mantener garantías y derechos fundamentales⁸.

En Colombia esta problemática no se ha asumido con una perspectiva integral, por el contrario, se ha trabajado de manera específica, por ejemplo, al indagar relaciones de causalidad entre VIH y HC⁹; HC y uso de sustancias psicoactivas¹⁰; vulnerabilidad del habitante de calle frente al VIH¹¹; intervenciones psicoanalíticas¹²; representaciones sociales acerca del habitante de calle¹³; accesibilidad a servicios de promoción de la salud¹⁴; significados de vida según el habitante de calle¹⁵; entre otros.

Una de las funciones del Estado es redistribuir el bienestar social de los seres humanos para disminuir la segregación¹⁶⁻¹⁸, sin embargo, resulta problemático para los tomadores de decisiones definir estrategias de acción que incidan sobre los condicionantes de la HC (pobreza, desigualdad, inequidad), más allá del acto concreto de habitar la calle. Resulta adecuado pensar en los factores asociados con la pobreza, así como las diversas dinámicas poblacionales en relación con la HC^{19,20}.

Bogotá D.C., capital de Colombia, es la ciudad más poblada del país con 7 451 231 habitantes para 2011²¹, y evidencia una de las tasas más desiguales en concentración del ingreso (medido por el Coeficiente de Gini, que determina que mientras más

cercano esté a cero equivale a mayor igualdad y, mientras más se acerque a uno equivale a mayor desigualdad).

Bogotá tenía en 2011 un Gini de 0.52, es decir, era el segundo más alto del país después de Montería, Córdoba. La capital presenta un desarrollo sociodemográfico desigual, explícito en sus barrios, comunidades y localidades, en las que la pobreza, la exclusión y la inequidad son transversales. Ejemplos de localidades con diferentes niveles de concentración de la riqueza son: Chapinero (Gini 0,513) y Usaquén (Gini 0,540) versus localidades de ingresos bajos como Usme (Gini 0,393), Ciudad Bolívar (Gini 0,380), o San Cristóbal (Gini 0,397)²².

En este contexto se ubica la localidad de Los Mártires, ubicada en el centro, que posee unas condiciones de pobreza extrema, aumentadas por el asentamiento de lugares de expendio y comercio de sustancias psicoactivas (SPA), así como de trabajo sexual, que potencian la vulnerabilidades, la delincuencia y el fenómeno de HC. En esta localidad quedaba El Cartucho, zona comprendida por los barrios San Bernardo y Santa Inés, afectada históricamente por indigencia, criminalidad, inseguridad, exclusión social y desigualdad. La Alcaldía Mayor, cuando tomó la decisión de intervenir la zona, en 2011, desplazó a la población marginalizada a la zona de El Bronx (a dos calles al occidente). Allí se reorganizó y mantuvo el orden social preexistente en el antiguo Cartucho; El Bronx, hasta el 2016, concentró la mayor población flotante de habitantes de calle de Bogotá. Se estima que el total de habitantes de calle es de 9 614 para 2011. En 2015, según proyecciones censales de la Personería Distrital, se estimó que esta población creció a 13 mil personas²² pero hoy no existen cifras confiables acerca del número de habitantes de calle ni estudios sobre el impacto de la oferta del gobierno distrital sobre las demandas de esta población.

La HC es una problemática factible de intervención y de resolución por parte de la salud pública, especialmente si se enfoca sobre el conocimiento teórico de los determinantes sociales de la salud (DSS)²³, entendidos como los mecanismos por los que la salud es producto de mecanismos, redes y entornos socio-políticos y económicos que, en función de formas de selección y de movilidad social, conllevan diferentes estados de salud en distintos grupos sociales. En este modelo de DSS hay aspectos estructurales, originados en lo macro y con orientación socioeconómica y política que producen inequidades en salud (entendidas como condiciones injustas o inaceptables para dos o más grupos sociales). Los siguientes determinantes se denominan intermedios y están asociados con circunstancias materiales de vida (condiciones de vida y de trabajo, disponibilidad de alimentos, comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales). El sistema de salud constituye

un determinante social intermediario. Todos ellos, por variar según la posición socioeconómica del sujeto y de los colectivos, crean impactos en la equidad en salud y en el bienestar²³.

Por su parte, la salud urbana constituye una aplicación práctica de la salud pública y se enfoca en las acciones y métodos por los que, a partir de la acción transdisciplinar, se puede intervenir la salud y la atención a los procesos dinámicos y complejos de las ciudades en los ámbitos político, cultural y social²⁴.

Este estudio busca describir las condiciones materiales de vida asociadas con el fenómeno de HC mediante observación participante y entrevistas semiestructuradas.

METODOLOGÍA

Estudio exploratorio, descriptivo, transversal, de corte etnográfico²⁵. Se realizaron sesiones de observación participante en el Servicio Pastoral de Calle de las Hermanas Vicentinas (San Vicente de Paúl), del Centro Ambulatorio Medalla Milagrosa, por tres meses continuos durante el segundo semestre de 2015. Dichas observaciones se complementaron con la realización de entrevistas semiestructuradas, grabadas en mp3, transcritas y procesadas en el software de investigación cualitativa Atlas Ti.

Se seleccionó la población habitante de calle en dicha institución por su cercanía geográfica con la zona de E Bronx. Se seleccionaron los usuarios recurrentes del Servicio Pastoral mediante muestreo a conveniencia, hombres y mujeres mayores de edad, sin distinción del tiempo de permanencia en la calle ni del tipo y grado de dependencias a SPA. Se implementó la estrategia de bola de nieve para atraer al centro más habitantes de calle. Se colectó información a partir del consentimiento verbal de la población participante y se ofreció como contraprestación a la participación en el estudio apoyo psico-terapéutico y atención primaria en salud, así como servicios de higiene y alimentación, con el apoyo del psicólogo del Servicio Pastoral, así como de funcionarios de las Secretarías de Salud y de Integración Social.

Las categorías de análisis surgieron a partir de la codificación abierta de la información transcrita, de acuerdo con los métodos inductivo-deductivos propios de la teoría fundamentada²⁶. Se controlaron potenciales sesgos y prejuicios del observador, mediante el registro de opiniones y emociones personales en diarios de campo.

RESULTADOS

Tras 18 encuentros de observación participante y cuatro entrevistas a profundidad, se describen a continuación

los aspectos sociales relacionados con el fenómeno de HC, conexos en mayor medida a condiciones materiales de vida que complejizan y problematizan el fenómeno de estudio.

Las referencias de los habitantes de calle son recurrentemente vivenciales, individuales y personales. En apariencia los agentes causales de cada situación de vida podrían discrepar, sin embargo, un grupo de DSS fue identificado para todos los participantes y se argumentan y clasifican en congruencia con el esquema conceptual propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), como se aprecia en la Figura 1.

La interrelación evidente para los distintos DSS en la Figura 1, se explica a continuación a partir de las verbalizaciones obtenidas por los HC entrevistados:

Determinantes intermedios: factores psicosociales

Las personas que llegan a El Bronx, lo hacen persuadidos por la libertad y “facilidad” asociada con el acceso la sitio. Un informante reconoce tener un perfil psicológico proclive al consumo de SPA:

“Pues... siempre nos pasa algo, a los habitantes de la calle: nos hacen daño las emociones fuertes, cuando tenemos dinero para nosotros eso es una emoción muy fuerte, y cuando estamos afligidos o nos pasa algo, tomamos alcohol”.

Se reconoce en esta expresión picos de consumo asociados con variaciones en el estado de ánimo, comunes en los casos en los que hay cambios de la forma y contenido del pensamiento (mayoritariamente en consumidores reiterativos de SPA).

Determinantes intermedios: condiciones materiales de vida

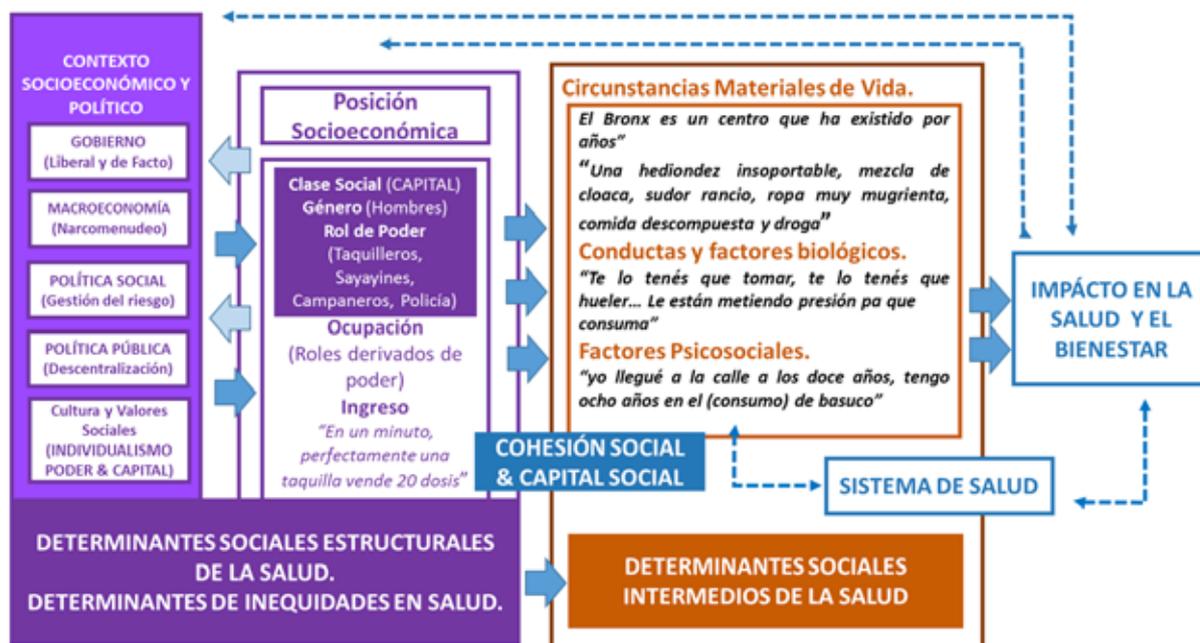
El entorno ambiental del habitante de calle, su grupo social, su acceso a capital económico y, en últimas, el diario vivir y la forma en que transcurre, facilita o dificulta la estancia en la calle y, con ello, el tiempo de permanencia y la predisposición positiva o negativa frente a la idea de dejarla, como manifestó un informante:

“Estoy comiendo bien, anoche comí combinado, mi comida ayer fue carne frita, ensalada, sopa de menudo, mi jugo de manguito, y me valió \$3 500, y ahí me bajé. No quise ir porque estaban dando la agua panela de las hermanas, ya estaba lleno: que coma otro”.

Determinantes estructurales: posición socioeconómica y clase social

Si bien hay limitaciones de este estudio para construir empíricamente una escala de estratificación de la posición social del habitante de calle, muchas de las

Figura 1. Determinantes sociales de la habitabilidad de calle en Bogotá D.C.



Fuente: Adaptado de Solar, O.; & Irwin, A. (23) – Uso libre.

verbalizaciones de los informantes permiten evidenciar que, de acuerdo con las formas de trabajo asociadas con la consecución de dinero (ya sea a través de la solicitud de monedas a transeúntes, de la recolección y venta por peso de material reciclado, o de la participación directa en la cadena de venta y reventa de SPA), se definen la posición socioeconómica y la relación de clase social, como queda explícito en la referencia:

“A punta de reciclaje de tapas de gaseosa, que las pagan a \$400, los frascos de plástico que nos los pagan a \$600, el papel y en general, que nos los pagan a \$500... Yo conozco a quienes se ganan la plata y no compran ni una gaseosa... Yo me gano mi plata y pago pieza, como bien, usted a mí no me ve pidiéndole a nadie, yo no le voy a mendigar a otro un pan, no; yo no me le voy a humillar en una panadería”.

Determinantes estructurales: relación de clase y poder

La relación de clase, entre el habitante de calle y su entorno social (con sus iguales y con personas que no son habitantes de calle), está mediada por la naturaleza del vínculo, el tiempo que interese a cada habitante de calle mantener dicha relación y la posición a ocupar (sea como receptor de ayuda o caridad; sea como participe en la cadena de consumo de SPA –consumiendo o distribuyendo; sea como apoyo social de otro habitante de calle en una relación de amistad, o sentimental de pareja). Comúnmente dichas relaciones adquieren una connotación de poder cuando terminan en situaciones conflictivas de defensa del territorio apropiado a voluntad, o de los recursos conseguidos por esfuerzo propio, como puede apreciarse en la exclamación:

“¡Nos prendemos! A golpes o a cuchillo, lo que sea pero yo no me dejo menospreciar de nadie”.

Determinantes estructurales: política pública – política social

Durante el tiempo de convivencia con los habitantes de calle, la Secretaría distrital de integración social del Distrito de Bogotá, adquirió diversos espacios para acondicionar centros de día-noche, para el albergue y protección, como un epicentro para la acogida, protección y restitución de derechos fundamentales. En el contexto de dicha política surgió el Centro Bakatá (para el autocuidado y autoacogida, implementado en el período 2012-2016), con los servicios de recuperación de hábitos, motivación al cambio de estilos de vida, vinculación con diversas redes de apoyo, acciones para la reducción de daños y mitigación de riesgos por la vida en calle y apoyos alimentarios, entre otros. Dicho Centro tiene 1 300 cupos para habitantes de calle de 22 años en adelante

que frecuentan el centro de Bogotá, 1 000 en horario diurno y 300 en horario nocturno. Pese a lo anterior, faltan acciones integrales en asocio con las instituciones de salud para el tratamiento de las dependencias a SPA y para la generación de habilidades productivas. También se evidenciaron vulnerabilidades en la vigencia y viabilidad de la política pública mencionada, como deja ver la afirmación de uno de los HC entrevistados:

“Mañana me toca buscar lo de la piccita porque van a fumar el Bakatá, porque hay mucho bicho; ese día yo me vengo para acá para donde las monjitas y la noche, confiando en Dios, yo busco por allá arriba a cinco mil, va uno por allá y busca un camarote, mientras; el viernes tenemos que llegar a las seis de la mañana... los compañeros todos son fumadores, hay camarotes en que no dejan fumar y otros en que sí, eso es como en todo lado”.

DISCUSIÓN

Por años Bogotá desarrolló una política de contención en patios con la supervisión de equipos de intervención social, para personas habitantes de calle. Pese a ello, es pobre la documentación de acciones clínicas sobre las adicciones o de intervenciones cognitivas sobre la personalidad. Esto se explica, en parte, por los costos que implica una política pública integral, así como las restricciones propias del presupuesto público^{27,28}.

Las acciones derivadas de la política pública en Bogotá hacia el habitante de calle se enfocaron, en la década de los 90 del siglo pasado, en la mitigación, imposición del orden social y marginalización. En la década posterior se enfatizó en el desarrollo de modelos asistencialistas. Desde ambas perspectivas, nunca se ha incluido directamente al habitante de calle como agente decisor de su propio cambio, por el contrario, las prácticas señaladas denotan un escenario en el que el habitante de calle carece de voz, de decisión y de poder de acción²⁸.

Cuando una política de inclusión y cierre de brechas sociales se circunscribe a la corresponsabilidad de la ciudadanía y del Estado, el impacto “reformista” de dicha acción es superior al tradicional de la criminalización de la HC, al asistencialismo y a la caridad cristiana²⁹, como se sintetiza en la Figura 2.

De otro lado, es preocupante la poca importancia que se da a la relación entre HC y narcomenudeo de SPA, entendido como: “...hechos concretos, perceptibles y verificables que se desarrollan durante el mercado ilícito de productos estupefacientes (básicos-estimulantes, alucinógenos y narcóticos y sustitutos)”³⁰, que implica recursos humanos y financieros para su desarrollo.

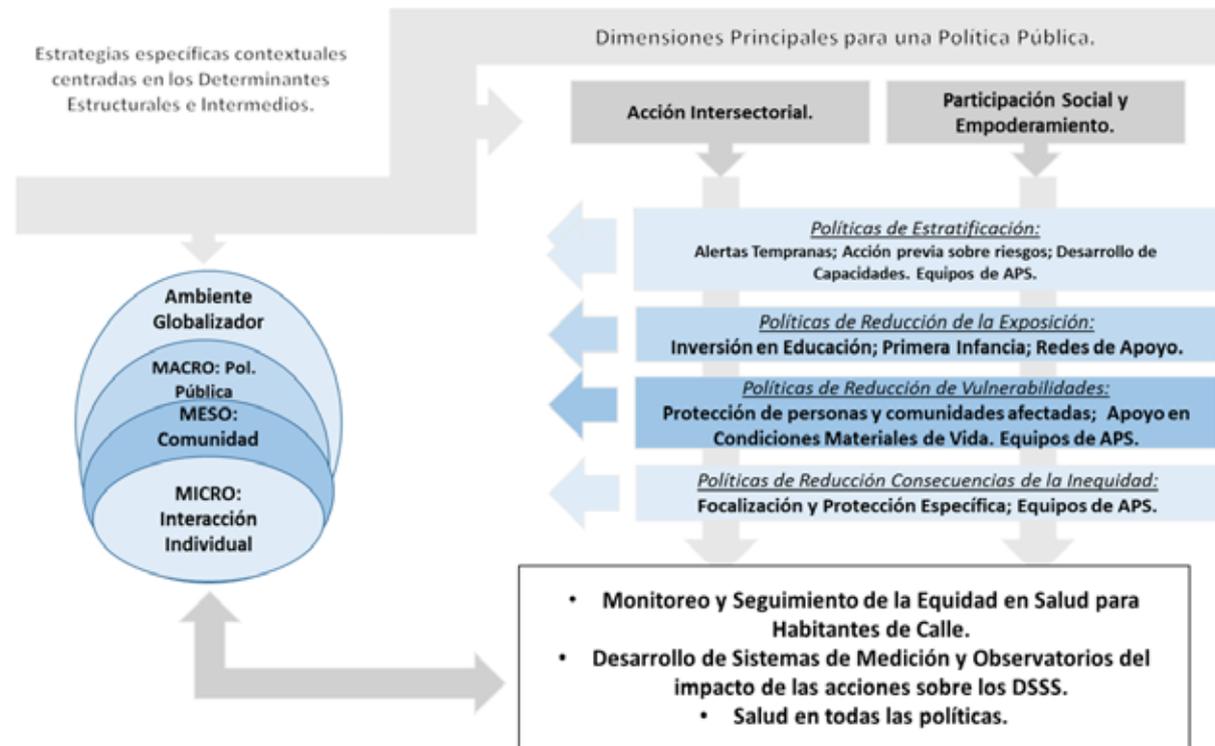
Pensar en acciones “micro” y “macro” en términos de causalidad social de la salud, y en coherencia con

Figura 2. Visiones acerca de las responsabilidades individuales y estatales de los habitantes de calle^a.

| | | Responsabilidad individual del habitante de calle | |
|---|----|--|---|
| | | SÍ | NO |
| Responsabilidad del Gobierno acerca del bienestar de los habitantes de calle. | SÍ | <p>“Reformista” El Gobierno tiene la responsabilidad de ayudar y rehabilitar a los vulnerados; se percibe colectivamente al indigente como alguien “Mal guiado”.</p> | <p>“Asistencialista” El Gobierno tiene la responsabilidad de proveer asistencia a sus ciudadanos necesitados; se percibe colectivamente al indigente como un “Desafortunado”.</p> |
| | NO | <p>“Mantener el orden” La responsabilidad del Gobierno es la de mantener el orden social; se percibe colectivamente al indigente como un “Criminal”.</p> | <p>“Cristianos virtuosos” La caridad es una responsabilidad tanto del individuo como de la religión; se percibe colectivamente al indigente como una “Persona dócil”.</p> |

^a Adaptado de Kyle, K. (29) – *Usa libre*.

Figura 3. Esquema propuesto para leer las inequidades estructurales en habitantes de calle^a.



^a Adaptado de Solar, O.; & Irwin, A. (24) – *Usa libre*.

el desarrollo de la vida urbana, potenciaría el impacto y la capacidad de resolución de los aspectos conexos con el fenómeno de HC (proximales e intermedios). Entre las acciones para desplegar están la estratificación del riesgo (con una alta participación de los sistemas de salud) y reducción de la exposición a factores de riesgo asociados con el fenómeno de HC

(apoyo familiar, capital social en salud y garantía de derechos universales mediados a través de la atención primaria en salud, por ejemplo). Finalmente, en un nivel micro, la reducción de vulnerabilidades y cierre de brechas sociales (por ejemplo, a través de la focalización de las ayudas socioeconómicas), como puede verse en la Figura 3²⁴.

El desarrollo de una agenda pública, que proteja de los riesgos asociados, reduzca vulnerabilidades y minimice las consecuencias de la inequidad, implica la existencia de mecanismos de participación social y de empoderamiento comunitario y de recursos humanos y técnicos capaces de trabajar en dos ejes estratégicos: i) prevención y mitigación de nuevos casos de HC y ii) seguimiento, control, intervención y reducción de los casos ya existentes.

Se requiere de equipos interdisciplinarios, así como de recursos y de voluntad política, que permitan, en consecuencia con las recomendaciones de la Declaración de Adelaida³¹, vincular la salud con las políticas para enfrentar un problema tan complejo y multideterminado como el de las condiciones materiales de vida del habitante de calle. También existen recomendaciones proferidas en Colombia por la Corte Constitucional acerca del desarrollo y prioridad en la agenda pública de políticas específicas para la población habitante de calle^{32,33}.

La tendencia hacia el desarrollo de ciudades profundamente desiguales es un reto para el futuro que implica altas tasas de informalidad laboral, deterioros de la infraestructura y desproporción en los modelos de crecimiento y de distribución del bienestar social que podrían ser mantenedores a largo plazo del fenómeno de HC.

En conclusión, la HC es un fenómeno complejo y multideterminado, sus factores asociados son difíciles de cuantificar por la naturaleza de la población afectada. Sin embargo, el desarrollo de espacios de resocialización y de restitución de derechos ciudadanos, así como el empoderamiento y la participación vinculante, deben aportar en la implementación de estrategias de prevención, mitigación, afrontamiento, intervención y resolución óptimas, viables, y costo-efectivas. Se sugiere enfocar la aproximación al problema desde las perspectivas de la causalidad social de la salud y de la salud urbana.

REFERENCIAS

1. Nieto CJ, Koller SH. Definiciones de habitante de calle y de niño, niña y adolescente en situación de calle: diferencias y yuxtaposiciones. *Acta de Investigación Psicol* 2015; 5(3):2162–2181.
2. De Nicolás J, Ardila I, Castellón C, Mariño G. Musarañas: programa de intervención con niños de la calle. Bogotá D.C.: Instituto de Protección de la Niñez y Juventud – Idiprón, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.; Fundación Servicio Juvenil; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – Unicef. 2009; p. 451.
3. Burke T. Homeless in Australia: Causal factors. Canberra: Australian Government Publishing Service - AGPS. 1994; p. 40.
4. Chamberlain C, MacKnezie D. Understanding contemporary homelessness: Issues of definition and meaning. *Australian Journal of Social Issues* 1992; 27(4):274–297.
5. Cooper B. Shadow people: The reality of homelessness in the 90's. Sydney: Sydney City Mission. 1995; p. 79.
6. Chung D, Kennedy R, O'Brien B, Wendt S. Home safe home: The link between domestic and family violence and women's homelessness. Canberra: Partnerships Against Domestic Violence; & University of South Australia. 2000. [Internet]; p. 103. Disponible en: <http://wesnet.org.au/wp-content/uploads/2011/05/homesafehome.pdf>
7. Palleres G. Derecho a la ciudad: personas sin hogar en la ciudad de Buenos Aires. Quito: Instituto de la Ciudad, Flacso Ecuador. 2012. [Internet]. 171-186. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120409012208/gthi2-9.pdf>
8. Murrieta P. The process of permanence on the streets. Street children in Mexico City. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv* 2010; 8(2):821–834.
9. Berbesi D, Segura CA, Caicedo B, Cardona AD. Prevalencia y factores asociados al VIH en habitante de calle de la ciudad de Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2015; 33(2):200-205.
10. Hernández CM, Álvarez KE, Osorio IA. Consumo auto reportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia. *Rev Salud Pública* 2015; 17(2):217-228.
11. Berbesi DY, Segura AM, Montoya LP. Factores asociados a la vulnerabilidad al VIH en habitantes de calle, Medellín, Colombia 2011. *CES Med* 2014; 28(2):193-202.
12. Baéz J, González AM, Fernández C. Una propuesta para la concepción y abordaje del habitante de la calle desde una perspectiva psicoanalítica. *Revista CES Psicología* 2013; 6(1):1-14.
13. Navarro O, Gaviria M. Representaciones sociales del habitante de la calle. *Universitas Psychologica* 2010; 9(2):345-355.
14. Tirado AF, Correa ME. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*. 2009. [Internet]; 11(18): 23-35. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239016503003.pdf>

15. González MA, Blandón D, Quiceno JA, Giraldo A, Forero C. Habitar bajo los puentes: vida y muerte; dos formas de comenzar algo. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2014; 32(2):36-41.
16. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems: Final report - Knowledge Network on Health Systems. London: Health Systems Knowledge Network; EQUINET; & London School of Hygiene and Tropical Medicine. 2007. [Internet]; p. 146. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdsd_media/hskn_final_2007_en.pdf
17. Marmot M. Commission on social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization. 2008. [Internet]; p. 256. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
18. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: Coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011; 32(1):381-398.
19. León JE. Dinámicas poblacionales de Bogotá D.C. En: Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Poblaciones, Demografía y Diversidad: Hacia la inclusión y la equidad en Bogotá. Bogotá D.C.: Secretaría de Planeación Distrital, Alcaldía Mayor. 2014. [Internet]; p. 19-63. Disponible en: http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Noticias2014/SDP_realiza_lanzamiento_de_su_coleccion_de_libros_Bogota_Hum/02.DEMOGRAFIA.pdf
20. Larrañaga O. La medición de la pobreza en dimensiones distintas al ingreso. División de Estadística y Proyecciones Económicas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Santiago de Chile: Cepal. 2007. [Internet]; p. 58. Disponible en: <http://www.cepal.org/deype/publicaciones/xml/7/32087/LCL2785e.pdf>
21. Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Boletín de Indicadores de Desigualdad. No.: 56. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor. Noviembre de 2013. [Internet]; p. 9 – 12. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/Bogota%20de%20Ciudad%20de%20Estad%20sticas/2013/DICE140-BoletinIndDesigualdad-04122013.pdf>
22. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. & Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS. VI Censo de Habitante de Calle: Análisis de Datos. Bogotá D.C. Alcaldía Mayor & SDIS. 2012. 41 pantallas.
23. Solar O, Irwin A. Conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. 2010. [Internet]; p. 79. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
24. Freudenberg N, Klitzman S, Saegert S (Ed). *Urban Health and Society: Interdisciplinary Approaches to Research and Practice*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons. 2009; p. 333.
25. Crabtree A, Rouncefield M, Tolmie P. *Doing design ethnography*. London: Springer-Verlag. 2012; p. 205.
26. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (2a. Ed). Bogotá D.C.: Contus, & Editorial Universidad de Antioquia. 2002; p. 341.
27. Secretaría de Integración Social, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Bogotá Humana Social le cumple a la ciudadanía en la realización de derechos, Población habitante de calle. (Boletín de Prensa). 2014. [Internet]; 12 pantallas. Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_logros/presentacion_habitante_de_calle.pdf
28. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Proyecto CP-0743-2012. "Generación de capacidades para el desarrollo de personas en prostitución o habitantes de Calle". Bogotá D.C.: Secretaría de Integración Social, Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 2012. [Internet]; p. 40. Disponible en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2014_proy_boghum/proyecto_743.pdf
29. Kyle K. Contextualizing homelessness: Critical theory, homelessness, and federal policy addressing the homeless. New York. Taylor & Francis Group. 2005. [Internet]; p. 58. Disponible en: <http://www.barnesandnoble.com/w/contextualizing-homelessness-kenneth-kyle/1112732858>
30. Cortés YL, Parra R. Narcomenudeo: un neologismo para describir la venta de estupefacientes. *Revista Criminalidad* 2011; 53(2):37-71.
31. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas: "Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar". Adelaida: OMS. [Internet]. 2010; p. 4. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
32. Corte Constitucional, República de Colombia. Sentencia T-043/15: "*Política Pública a favor de los habitantes de la calle*. Reconocimiento y empoderamiento de un grupo especialmente marginalizado". Bogotá D.C. Corte Constitucional. 2015. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>
33. Corte Constitucional, República de Colombia. Sentencia T-092/15: "Derecho a la salud de habitantes de la calle - Línea jurisprudencial". Bogotá D.C. Corte Constitucional. 2015. [Internet]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-092-15.htm>