

POLICY BRIEF

Estrategias para el acceso a servicios de salud de la población habitante de calle

Resumen Ejecutivo

¿Cuál es el problema?

El problema es la falta de conocimiento sobre estrategias y su implementación para lograr el acceso efectivo a los servicios de salud de la población habitante de calle. Las características claves del problema incluyen:

- ✓ La población habitante de calle en Colombia no ha sido priorizada por las políticas públicas de salud, lo cual ha llevado a que desde el sector salud no se conozcan las características propias de ésta población.
- ✓ En Colombia no existe un concepto unificado sobre "población habitante de calle", lo que dificulta el seguimiento y monitoreo de acciones y/o programas estandarizados desarrollados a nivel territorial orientados a su atención en salud.
- ✓ Actualmente no existen lineamientos a nivel nacional de atención diferencial en salud para la población habitante de calle, debido a la falta de conocimiento sobre las características en salud de dicha población.

¿Cuáles son las opciones para abordar el problema?

Opción 1 – Construir un modelo de atención de servicios integrados conformado por un equipo interdisciplinario capacitado para la atención de la población habitante de calle.

Opción 2 – Establecer las características y necesidades de la población habitante de calle con el propósito de facilitar su acceso efectivo a los servicios de salud.

Opción 3 – Avanzar hacia el establecimiento de servicios socio sanitarios que contemplen intervenciones que mejoren el acceso al proveedor de atención primaria, tales como manejo de casos, integración de servicios, alcance fijo o móvil, orientación de los servicios disponibles en la clínica de atención primaria y vivienda y servicios de apoyo.



Fuente: Tomado de http://caracol.com.co/emisora/2016/05/30/bogota/1464617148_563189.html consultado el 31 de Octubre de 2017

¿Cuáles son las recomendaciones de política?

I) Establecer lineamientos a nivel nacional que configuren la construcción de un modelo de atención de servicios integrales que opere a nivel territorial y que tomen como base las características y necesidades de la población habitante de calle, con el fin de proporcionar un acceso efectivo a los servicios requeridos por dicha población, entre estos a los servicios de salud y que brinde herramientas a los hacedores de política para la prevención de la habitancia en calle, el restablecimiento de derechos y la inclusión social de las personas que son habitantes de calle.

(II) Establecer servicios socio sanitarios que permitan atender las necesidades de la población habitante de calle a través de estrategias basadas en la evidencia (manejo de casos, integración de servicios, alcance fijo o móvil, orientación de los servicios disponibles en lugar de atención primaria, vivienda y servicios de apoyo) que han mostrado ser efectivas en otros países según la literatura, para mejorar el acceso a la atención primaria en salud.

(III) Implementación de la Atención Primaria en salud, entendida como "el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo cual conduce al cuidado en salud tan cercano como sea posible a donde la gente vive y trabaja, y constituya el primer elemento de continuidad del proceso de cuidado de salud". (OMS, 2016) como mecanismo para la organización y prestación de servicios en salud para la población habitante de calle.

POLICY BRIEF

Introducción

Actualmente en Colombia no existen lineamientos de carácter nacional diseñados para la atención diferencial en salud de la población habitante de calle, aunque se ha avanzado en plantear algunas recomendaciones relacionadas con cómo debería ser la atención integral¹ a dicha población, y en el nivel territorial existen acciones que se han desarrollado para la atención de la población habitante de calle, queda la inquietud respecto a cuáles son las estrategias a nivel internacional que podrían brindar un horizonte para el acceso efectivo a los servicios brindados por el Estado, en particular a los servicios de salud.

Por tanto el objeto particular de éste resumen de política se enmarca en conocer las estrategias más utilizadas a nivel internacional que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de la población habitante de calle; lo que permitirá generar recomendaciones para la implementación de la PPSHC en Colombia sobre todo en lo relacionado al componente de atención integral en salud.

Este documento revisa la evidencia disponible sobre el tema, tres opciones para abordarlo y presenta consideraciones claves de implementación.

Opciones para abordar el problema (de acuerdo a la literatura)

- 1) Construir un modelo de atención de servicios integrados conformado por un equipo interdisciplinario capacitado para la atención de la población habitante de calle.
- 2) Establecer las características y necesidades de la población habitante de calle con el propósito de facilitar su acceso efectivo a los servicios de salud.
- 3) Avanzar hacia el establecimiento de servicios socio sanitarios que contemplen intervenciones que mejoren el acceso al proveedor de atención primaria, tales como manejo de casos, integración de servicios, alcance fijo o móvil, orientación de los servicios disponibles en la clínica de atención primaria y vivienda y servicios de apoyo.

¹ Atención integral, entendida como la articulación de programas, políticas, planes proyectos y acciones, materializados en servicios, que parte de una concepción multidimensional de los sujetos, el territorio y los factores que rodean a las personas habitantes de la calle, para garantizar la integralidad de sus derechos, que dignifique sus condiciones de vida y promueva su autonomía. (Tomado del documento de trabajo “Política Pública Social para los habitantes de la calle”, pág. 9. MSPS, 2017).

POLICY BRIEF

Opciones para abordar el problema

Se podrían seleccionar varias opciones para abordar el problema de la falta de conocimiento sobre estrategias y su implementación para lograr el acceso efectivo a los servicios de salud de la población habitante de calle, con el propósito de promover la discusión sobre las ventajas y desventajas de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado tres opciones para una revisión más exhaustiva.

Opción 1- Construir un modelo de atención de servicios integrados conformado por un equipo interdisciplinario capacitado para la atención de la población habitante de calle

El entrenamiento formal de los profesionales de cuidado de la salud, respecto a la comprensión cultural y sensibilización frente a las personas sin hogar, es fundamental para el abordaje de esta población¹

Los modelos de prestación de servicios de salud deben ser culturalmente apropiados a las personas sin hogar, tales como el modelo de respiro o relevo médico², dando como resultado un mayor acceso²⁻³⁻⁴.

Un programa de cuidado extensivo³ para personas sin hogar debe recibir adaptaciones en cuanto a la provisión de los servicios por parte de los proveedores, con el fin de lograr una mejor coincidencia con los patrones y necesidades de comportamiento de ésta población.⁵⁻⁶

La integración intersectorial es un elemento esencial para alcanzar el éxito de la asistencia de las personas con habitanza en calle⁷; así mismo la unión de diferentes sectores del estado para dirigir un problema social requiere que el objeto sea recreado de esta nueva y múltiple perspectiva cuando el objetivo es desarrollar acciones integradas⁸

² Respiro o relevo médico: Es un modelo de prestación de atención flexible que se adapta a las necesidades de las personas sin hogar al proporcionar refugio y cuidado continuo, también proporciona necesidades básicas que actúan como prioridades competitivas en modelos de entrega más tradicionales. El cuidado de relevo médico para las personas sin hogar aumenta el acceso a los servicios de atención médica y reduce los reingresos hospitalarios y la duración de la hospitalización.

La educación básica y continuada de los profesionales de la salud que finalmente se convierten en proveedores de servicios, debe manejar contenidos específicos asociados a la prestación de servicios para mujeres y hombres sin hogar.⁹

El cuidado de salud de las mujeres sin hogar requiere la intervención en diferentes niveles, tales como el ajuste estructural de las instituciones, cambio de actitud de los proveedores, conocer las necesidades de salud de las mujeres, además de brindarles educación a ellas y sus parejas¹⁰

³ Cuidado extensivo: Es el programa en el que los médicos generales y las enfermeras especializadas brindan atención primaria de manera ambulatoria y esencialmente gratuita, brindando servicios a personas sin hogar en refugios en lugar de esperar a que ingresen.

Opción 2- Establecer las características y necesidades de la población habitante de calle con el propósito de facilitar su acceso efectivo a los servicios de salud

Conocer las necesidades del sin hogar crónico permite acercarse al compromiso de la atención integral¹¹

Centrarse en los equipos de trabajo y la atención preventiva, así como la toma de decisiones conjuntas con los hospitales y la incorporación de investigaciones que resultan centradas en el paciente puede ayudar a las agencias y proveedores a adaptar la atención a poblaciones

El aseguramiento en salud de las personas sin hogar se ha identificado como un facilitador para el acceso a la atención primaria¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

Los sistemas de prestación de servicios deben promover la equidad y mejorar la calidad del cuidado entregado a las personas sin hogar, así como mejorar la comunicación paciente-proveedor, que es clave para la satisfacción del paciente¹⁶

POLICY BRIEF

Los proveedores de servicios deben comprender las necesidades únicas de las personas sin hogar, pues son más complejas que las de la población en general, además de que las características de éstos influyen cuando las personas sin hogar van a utilizar los servicios de salud ¹⁷⁻¹⁸

El éxito de los programas dirigidos al cuidado de personas sin hogar depende en gran parte de la capacidad de los proveedores para adaptarse a las características únicas de esta población ¹⁹

Los médicos y otros proveedores de salud pueden jugar un papel importante de abogacía para establecer y mantener las intervenciones basadas en la evidencia con el fin de mejorar la salud de las personas que están sin hogar en su comunidad; los elementos centrales de las intervenciones que son más efectivas incluyen la provisión de casa y un énfasis en la toma de decisión en su tratamiento, pues ambas aumentan el nivel de autonomía de las personas.²³

Un programa de descanso médico puede salvar costos para la comunidad y el sistema de salud, siendo una de las muchas soluciones para dirigir las necesidades de la población sin hogar²⁴

Opción 3- Avanzar hacia el establecimiento de servicios socio sanitarios que contemplen intervenciones que mejoren el acceso al proveedor de atención primaria, tales como manejo de casos, integración de servicios, alcance fijo o móvil, orientación de los servicios disponibles en la clínica de atención primaria, y vivienda y servicios de apoyo

El acceso a los servicios de salud para las personas sin hogar está influenciado por las políticas de éstos así como por influencias individuales²⁰ de tal forma que los servicios de salud necesitan comprender las dificultades que enfrentan las personas sin hogar y que los estándares no conocen sus necesidades.

La atención de las necesidades de las personas sin hogar requiere la integración de la asistencia médica y la atención social dando un enfoque más integral y considerándose cada vez más vital para mejorar las disparidades de salud existentes ²¹

Dentro de las intervenciones encontradas en la literatura que apuntan a mejorar el acceso a la atención primaria entre las personas sin hogar, se encuentran: la intervención de casos puede ser utilizada para casos estándar, para casos de manejo intensivo, para tratamiento comunitario asertivo y para intervención de tiempo crítico; la integración de servicios; el alcance fijo o móvil; la orientación de servicios disponibles; y la vivienda y los servicios de apoyo²²

POLICY BRIEF

Recomendaciones de política

Establecer lineamientos a nivel nacional que configuren la construcción de un modelo de atención de servicios integrales que opere a nivel territorial y que tomen como base las características y necesidades de la población habitante de calle, con el fin de proporcionar un acceso efectivo a los servicios requeridos por dicha población, entre estos a los servicios de salud y que brinde herramientas a los hacedores de política para la prevención de la habitanza en calle, el restablecimiento de derechos y la inclusión social de las personas que son habitantes de calle.

Para desarrollar esta estrategia se requiere:

- Construcción de la caracterización de la población habitante de calle a nivel territorial y nacional
- Configuración de equipos de trabajo con profesionales capacitados para la atención de población habitante de calle
- Establecimiento de planes, programas y proyectos dirigidos a la población habitante de calle por parte de las entidades territoriales generando sinergias de carácter intersectorial.
- Posicionamiento de la situación de los habitantes de calle en las instancias de abogacía política a nivel nacional y territorial con el fin de incidir en la toma de decisiones que conlleven al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la población habitante de calle.

Establecer servicios socio sanitarios que permitan atender las necesidades de la población habitante de calle a través de estrategias basadas en la evidencia (manejo de casos, integración de servicios, alcance fijo o móvil, orientación de los servicios disponibles en lugar de atención primaria, vivienda y servicios de apoyo) que han mostrado ser efectivas en otros países según la literatura, para mejorar el acceso a la atención primaria en salud.

Para desarrollar esta estrategia se requiere:

- Construcción de lineamientos socio sanitarios para la atención de la población habitante de calle
- Desarrollo de un piloto de las estrategias basadas en la evidencia con el fin de determinar su efectividad en el contexto colombiano.
- Tomar experiencias exitosas de atención a la población habitante de calle del nivel territorial y replicarlas a lo largo del país.
- Desarrollo de técnicas que faciliten el aseguramiento al SGSSS por parte de la población habitante de calle, mediante convenios con la Registraduría Nacional del Estado Civil, con el fin de lograr una identificación plena de esta población.

Implementación de la Atención Primaria en salud, entendida como “el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, lo cual conduce al cuidado en salud tan cercano como sea posible a donde la gente vive y trabaja, y constituya el primer elemento de continuidad del proceso de cuidado de salud”. (OMS, 2016) como mecanismo para la organización y prestación de servicios en salud para la población habitante de calle.

Para desarrollar esta estrategia se requiere:

- Implementación del Modelo Integral de atención en salud (MIAS) teniendo en cuenta las características de la población habitante de calle.
- Proveedores de servicios de salud (IPS) capacitados y dispuestos para la atención de la población habitante de calle
- Fortalecimiento del Plan de Intervenciones Colectivas en cuanto a las acciones dirigidas a la prevención, promoción y vigilancia de enfermedades de interés en salud pública en la población habitante de calle.

POLICY BRIEF

Autor

Patricia Rozo Lesmes.

Agradecimientos

Adix Moreno- Pasante Grupo de Estudios y Evaluaciones Sectoriales
Diana González- Pasante Grupo de Estudios y Evaluaciones Sectoriales
Juanita Barrero- Política Pública Social de Habitante de Calle. Oficina de Promoción Social.MSPS.
Sofía Ramírez V- Política Pública Social de Habitante de Calle. Oficina de Promoción Social. MSPS

Referencias

1. Beach, Price, E; Gary et al. (2005). Cultural competency: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care* Vol. 43. 356-373. En White, B & Newman, S 2015.
2. Doran, K; Ragins, K; Gross, C; Zerger,S. (2013). Medical respite programs for homeless patients: a systematic review. *Journal Health Care Poor Underserved*. Vol. 24. 499-524.
3. Kertesz, S; Holt, C; Steward,J et al. (2013). Comparing homeless persons´ care experiences of satisfaction with care. *Archive Psychiatric Nursing*. Vol. 103 (suppl 2).s331-s339
4. Buchanan, D; Doblin, B; Sait, T; Garcia, P. (2006). The effects of respite care for homeless patients: a cohort study. *American Journal Public Health*. Vol.(96). 1278-1281.
5. Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 58(3). 273-281.
6. Atherton, I; Mc Naughton-Nicholls,C. (2008). "Housing First" as means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness*. Vol. 2 .289-303. En Elissen,A; Van Raak,A; Derckx,E; Vrijhoef,H. 2013.
7. Monnerati, G & Souza, R (2011). Da Seguridade Social á intersectorialidade: reflexoes sobre a integracao das políticas sociais no Brasil. *Rev. Katálysis*. Vol. 14(1). 41-49.
8. Andrade,L (2006). A saúde e o dilema da intersectorialidade. *Hucitec citados en Da Costa Borysow,I & Pereira. (2014).*
9. Hauff,A & Secor-Turner,M. (2014). Homeless Health Needs: Shelter and Health Service Provider Perspective. *Journal of Community Health Nursing*. Vol.31(2). 103-117. En Gelberg,L; Browner, C; Lejano, E; Arangua,L. (2004).
10. Gelberg,L; Browner, C; Lejano,E; Arangua,L. (2004). Access to women´s health care: A qualitative study of barriers perceived by homeless women. *Women & Health*. Vol. 40(2) 87-100.
11. Caton, C; Wilkins, C & Anderson,J. (2007). People who experience long-term homelessness: Characteristics and Interventions. This paper was development for the National Symposium on Homelessness Research held on March 1-2, 2007. <http://aspe.hhs.gov/hsp/homelessness/symposium07/caton/>. En Weber,M; Thompson,L; Schmiede,S; Peifer,K; Farrel, E. (2013).
12. Kocher, R; Emmnuel,E; DeParle,N. (2010). The affordable care act and the future of clinical medicine: the opportunities and challenges. *Annals of Internal Medicine*. Vol.153. 536-539. En Weber,M; Thompson,L; Schmiede,S; Peifer,K; Farrel, E. (2013).
13. Kushel,B; Vittinghoff,E & Hass,J. (2001). Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*. Vol. 285. 200-206.

POLICY BRIEF

Referencias

14. Chwastiak,L; Tsai,J; & Ronsenheck,R.(2012). Impact of health insurance status and a diagnosis of serious mental illness on whether chronically homeless individuals engage in primary care. *American Journal Public Health*. Vol. 102. e83-e89. En White, B; Newman, S. (2015).
15. Kertesz, S; Holt, C; Steward,J et al. (2013). Comparing homeless persons´ care experiences of satisfaction with care. *Archive Psychiatric Nursing*. Vol. 103 (suppl 2).s331-s339. En White, B; Newman, S. (2015).
16. McCabe, S; Macnee, C & Anderson. Homeless patients `experience satisfaction with care. (2001).*Archive Psychiatric Nursing*. Vol.15. 78-85.
17. Wen;C; Hudak, P & Hwang,S.(2007). Homeless people´s perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *Journal General Internal Medicine*. Vol. 22. 1011-1017. En White,B; Newman, S. (2015).
18. Elissen, A; Van Raak,A; Dercks,E & Vrijhoef,H. (2013). Improving homeless persons´ s utilisation of primary care: Lessons to be learned from an outreach programme in The Netherlands. *International Journal of Social Welfare*. Vol.22. 80-89
19. Romios, P; MacWilliams,J; Crawford,S. (1992). Opening the doors, Melbourne. Melbourne Distric Health Council. En Moore, Gerdtz and MPharm, 2007.
20. Atherton, I; Mc Naughton-Nicholls,C. (2008). "Housing First" as means of addressing multiple needs and homelessness. *European Journal of Homelessness*. Vol. 2 .289-303. En Elissen, A; Van Raak, A; Dercks, E & Vrijhoef,H. 2013.
21. Van Laere, I. (2008). Caring for homeless people: can doctors make a difference. *British Journal of General Practice*. Vol. 58 (550). 367. En Elissen, A; Van Raak, A; Dercks, E & Vrijhoef,H. 2013.
22. O´Connell, J.(2004). Dying in the shadows: the challenge of providing health care for homeless people. *Canadian Medical Association Journal*. Vol 170(8).1251-1252. En Elissen, A; Van Raak, A; Dercks, E & Vrijhoef,H. 2013.
23. Health Quality Ontario. (2016). Interventions to improve access to primary care for people who are homeless: a systematic review. *Ont Health Technol Assess ser*. 16(9). 1-50.
24. O´Campo,P; Kirst,M; Schaefer.Mc Daniel,N; Firestone; Scott,A; McShane,K: (2009). Community-based services for homeless adults experiencing concurrent mental health and substance use disorders: a realist approach to synthesizing evidence. *Journal Urban Health*. Vol.86. 965-89. En Hwang, S & Burns, T. (2014).
25. Zerger,S; Doblin, B & Thompson,L. (2009). Medical respite care for homeless people: A growing national phenomenon. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. Vol. 20. 36-41. En Hauff,A & Secor-Turner,M. (2014).