

Atención en salud una necesidad manifiesta: en habitante de calle con COVID-19

Health care a manifest need: street inhabitants with COVID-19

Saúl Díaz Navarro^{1,2}, Lady J. Londoño Zea³, Luis Alberto Reyes Balcázar⁴, Luis Alberto Olave Asprilla⁵

¹ Jefe de Estadística y Gestión Documental Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

² Universidad Santiago de Cali, Cali, Colombia

³ Coordinadora del Comité de Vigilancia Epidemiológica, Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

⁴ Coordinador del Programa de Oncología, Hospital de San Juan de Dios, Cali, Colombia

⁵ Jefe de Cirugía, Hospital de San Juan de Dios Cali, Colombia

Correspondencia: Lady J. Londoño Zea. leidy_zea@hotmail.com

Recibido: abril 15 2021

Aceptado: 10 mayo 2021

Publicado: 14 junio 2021

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, habitante de la calle, comorbilidad, días de estancia hospitalaria, letalidad

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, street-inhabitants, comorbidity, Hospital days of stay, lethality

Citación: Díaz NS, Londoño ZLJ, Reyes BLA, Olave ALA. Health care a manifest need: street inhabitants with COVID-19. *ijepH*. 2021; 4(1): e-7461. Doi: 10.18041/2665-427X/ijepH.1.7461.

Resumen

Introducción: Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población habitante de calle que consultó al Hospital de San Juan de Dios con diagnóstico de COVID-19, en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y febrero de 2021.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con alcance analítico, con información de las fichas epidemiológicas reportadas al Servicio de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) por el Hospital de San Juan de Dios y las historias clínicas de los pacientes habitantes de calle con diagnóstico de COVID-19.

Resultados: Se depuraron 212 casos de habitantes de calle con COVID-19, presentando una mediana de edad de 39 años con un Rango Intercuartílico de 25 (31, 56), 169 casos (79.7%) eran hombres, del régimen Subsidiado 130 casos (61.0%), seguido de la población sin ningún régimen de seguridad social (población pobre no asegurada) 71 casos (36.0%). Recibieron manejo hospitalario 196 casos (92.5%) y requirieron UCI 23 casos (10.9%).

Conclusiones: Los sujetos habitantes de calle, las variables de edad, días de estancia y letalidad, llevaron a identificar la severidad de la infección por SARS-CoV-2 al compararlo con la población en general infectada por SARS-CoV-2 en Colombia. Estos hallazgos se pueden utilizar para la toma de decisiones y establecer políticas sobre este evento tanto en los entornos comunitarios, como individuales de la población habitante de calle de la ciudad de Cali.

Abstract

Introduction: To describe the sociodemographic and clinical characteristics of the street-inhabitants that consulted the San Juan de Dios Hospital with a diagnosis of COVID-19, in the period between March 2020 and February 2021.

Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study with analytical scope was carried out, with information from the epidemiological reported to the Epidemiological Surveillance Service (SIVIGILA) by the San Juan de Dios Hospital and the health clinical record of street-inhabitants patients diagnosed with COVID-19.

Results: 212 cases of street-inhabitants with COVID-19 were screening, presenting a median age of 39 years, 169 cases (79.7%) were men, from the Subsidized regime 130 cases (61.0%), followed by the population without any social security scheme (uninsured poor population) 71 cases (36.0%). 196 cases (92.5%) received hospital management and 23 cases (10.9%) required ICU.

Conclusions: The street-inhabitants subjects and variables of age, days of stay and lethality, led to identify the severity of the SARS-CoV-2 infection when compared with the general population infected by SARS-CoV-2 in Colombia. These findings can be used for decision-making and establishing policies on this event both in community settings and in individual settings of the street-inhabitants population of the city of Cali.

Contribución clave del estudio

Objetivo	Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población habitante de calle que consultó al Hospital de San Juan de Dios con diagnóstico de COVID-19, en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y febrero de 2021
Diseño del estudio	Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal
Fuente de información	Fichas epidemiológicas reportadas al Servicio de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) por el Hospital de San Juan de Dios y las historias clínicas de los pacientes habitantes de calle con diagnóstico de COVID-19.
Población / muestra	212 casos de habitantes de calle con diagnóstico de COVID-19
Análisis estadísticos	Se aplicó estadística descriptiva, Se resumió con mediana y rangos intercuartílicos, las variables categóricas se presentan como porcentajes. Se realizó análisis bivariado, utilizando medidas de asociación, entre las variables sociodemográficas y clínicas con la variable desenlace del paciente (vivo/muerto). La estimación del valor puntual del OR y su respectivo intervalo de confianza.
Principales hallazgos	El 92.5% de los casos demandaron atención intrahospitalaria; en comparación con un 16.1% en la población general de Colombia, en el mismo periodo. el 10.1% de los casos requirieron de Unidad de Cuidado Intensivo, mientras en la población en general en Colombia fue del 1.9%.

Introducción

En el caso de la pandemia de COVID 19, las medidas que han demostrado mayor efectividad son el aislamiento obligatorio de la población. Aunque estas estrategias son efectivas en reducir la tasa de contagio, tienen consecuencias sociales y económicas importantes, especialmente en lugares donde las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos son una de las principales barreras para poder adquirir bienes y servicios de la población. De acuerdo con datos del Índice de Pobreza Multidimensional Global, el 23.2% de la población de 101 países de bajo y mediano ingreso, son multidimensionalmente pobres. En este grupo se encuentra Colombia, un país con altos niveles de inequidad (índice de Gini= 0.504) y en donde la distribución de servicios básicos es desigual entre regiones y estratos sociales, considerando la inequidad como un tipo de desigualdad estimada injusta (1). Ratificando lo anterior, los valores de la línea de pobreza determinadas por el DANE para 2018 fue del 29.7% de los colombianos, alrededor de 14.5 millones de personas estuvieron en pobreza al finalizar 2019 (2).

Los factores que afectan la equidad en los determinantes sociales de la salud y en su acceso, llevan a aumentar el riesgo de enfermar a causa del COVID-19, algunos de estos factores son: Acceso a atención médica y uso de los servicios de salud, disponibilidad de agua potable y alcantarillado, trabajos informales, brechas en la educación, los ingresos y la distribución de la riqueza, condiciones de vivienda en hacinamiento entre otras (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentaron 116,254,856 casos de COVID-19 con 2,538,616 fallecimientos para el 27 de enero del 2021 (4). En Colombia: 2,259,599 casos con 59,972 defunciones y en Cali 137,553 casos con 3,892 fallecimientos, para el mismo periodo de estudio comprendido entre marzo 2020 y febrero del 2021 (5).

Los grupos vulnerables son aquellos que están expuestos de manera desproporcionada al riesgo, pero quién está incluido en estos grupos puede cambiar dinámicamente. Una persona que no se considera vulnerable al comienzo de una pandemia puede volverse vulnerable según la respuesta de la política sociales establecidas. Los riesgos de pérdida repentina de ingresos o acceso a apoyo social tienen consecuencias difíciles de estimar y constituyen un desafío para identificar a todos aquellos que podrían volverse vulnerables. En medio de la pandemia de Covid-19, los grupos vulnerables podrían ser los que presentan dificultades para hacer frente a la crisis de tipo financiero, mental o físicamente (6).

La brecha socioeconómica del país ha mostrado cómo las poblaciones más vulnerables tienen menos probabilidades de trabajos estables, formando parte de la informalidad laboral, llevando a condiciones de trabajo e ingresos inestables, siendo obligados a no cumplir la cuarentena, no logrando practicar en gran parte las medidas preventivas, principalmente el distanciamiento social, pues en su mayoría habitan en viviendas superpobladas y/o en hacinamiento, uso obligado de medios de transporte masivo, no acceso a agua potable y servicios públicos, falta de educación, del comportamiento social, etc., lo que conlleva a estas poblaciones a tener una mayor vulnerabilidad de exposición al virus (7).

En un estudio realizado en Bogotá, se evidenció que una persona que vive en estrato bajo resulta 10 veces más probable de ser hospitalizado por COVID-19, teniendo una probabilidad más alta de fallecer si resulta contagiado y es 6 veces más probable de ser hospitalizado en una UCI en comparación con una persona de estrato alto (8). Observando la gran vulnerabilidad de los pacientes habitantes de calle (8)

Todas estas características antes enunciadas son compartidas por los habitantes de la Calle. Según el Ministerio de salud, define como habitante de calle, aquellas personas que hacen de la calle su lugar de habitación, donde satisfacen todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013) (9). Al considerar el censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el año 2019, se encontraron 13,252 Habitantes de calle en Colombia, de los cuales 4,749 habitantes de calle (35.8%) se encuentran en Cali (10).

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia fijó los lineamientos para orientar a las Entidades Territoriales para la prevención, detección, y manejo de casos con presunción de infección causada por el SARS-CoV-2 en población en situación de calle, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus y facilitar la canalización de personas en situación de calle con presunción de contagio o con enfermedad por Coronavirus (COVID-19) a los servicios de salud (11).

El objetivo del presente estudio fue: Describir las características sociodemográficas y clínicas de la población habitante de calle que consultó al Hospital de San Juan de Dios con diagnóstico de COVID-19, en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y febrero de 2021 y lograr identificar las características definitorias de la gravedad de la enfermedad.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con alcance analítico. Con información de las fichas epidemiológicas reportadas al Servicio de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) por el Hospital de San Juan de Dios y las historias clínicas de los pacientes habitantes de calle con diagnóstico de COVID-19, durante el periodo marzo del 2020 a febrero de 2021.

Manejo de datos y análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva. La normalidad de las variables numéricas se evaluó con la prueba Shapiro Wilk y se resumió con promedio y desviación estándar o mediana y rangos intercuartílicos, según correspondiera; las variables categóricas se presentan como porcentajes. Los análisis se realizaron con Stata 14™ (Stata Corp., College Station, TX, USA).

Las variables categóricas se presentaron en proporciones y en tablas de frecuencias

Se realizó análisis bivariado, utilizando medidas de asociación,

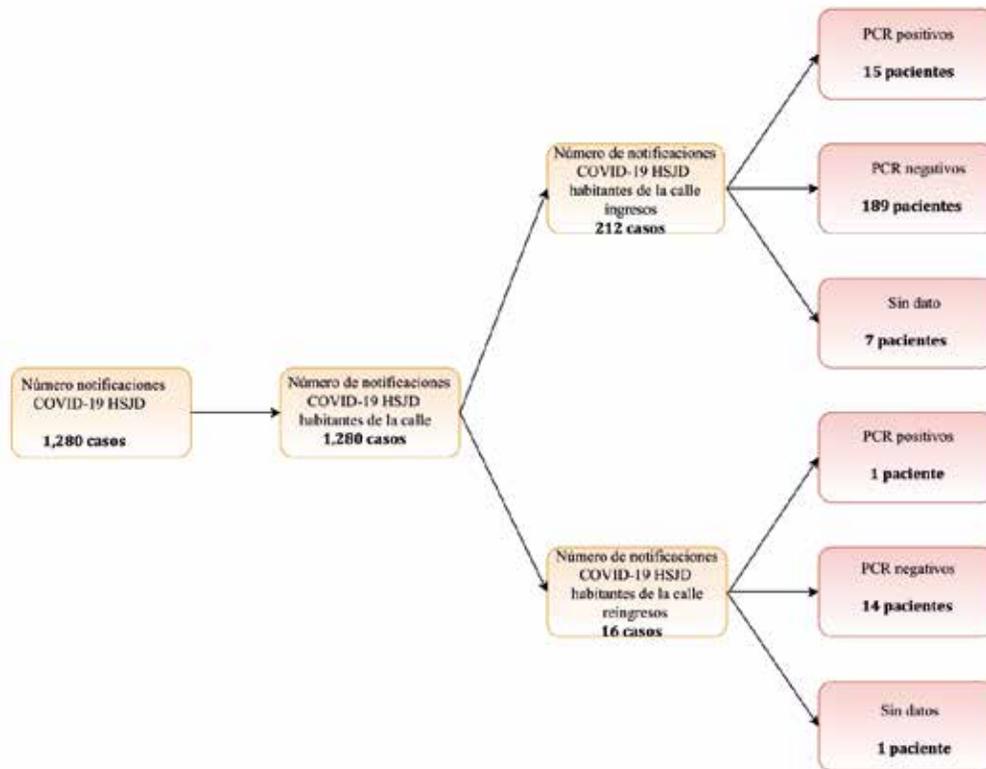


Figura 1. Diagrama para la clasificación de pacientes Habitantes de Calle notificados al SIVIGILA por el Hospital de San Juan de Dios - Cali con diagnóstico de COVID-19, periodo marzo 2020 – febrero 2021. Fuente: Base de datos, ficha epidemiológica SIVIGILA – COVE Hospital de San Juan de Dios -Cali.

entre las variables sociodemográficas y clínicas con la variable desenlace del paciente (Vivo/Muerto). La estimación del valor puntual del OR y su respectivo intervalo de confianza y p.

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado como una investigación sin riesgo, por el comité de investigaciones de la Universidad Libre de Colombia, Seccional Cali, donde se ratifica este concepto en el acta número 013, del 25 de noviembre del 2020.

Resultados

Para el periodo de estudio marzo 2020 – febrero 2021, el Hospital de San Juan de Dios Cali notificó al SIVIGILA 1,208 eventos probables y confirmados para infección por SARS-CoV-2/OVID-19, de estos, 228 eventos de pacientes correspondieron a habitantes de Calle. 16 pacientes reingresaron al Hospital de San Juan de Dios – Cali, antes de los 30 días de haber sido dado de alta (9), los cuales fueron notificados nuevamente al SIVIGILA. Quedando en definitiva 212 pacientes (18%) habitantes de calle notificados, presentando pruebas de laboratorio positivas para COVID-19 (Figura 1).

Los 212 casos de habitantes de calle atendidos en el Hospital de san Juan de Dios Cali con diagnóstico de COVID-19 en el periodo comprendido entre marzo del año 2020 y febrero del 2021, correspondieron al 4.4% de la población habitante de calle censada por el DANE en el 2019 en Cali.

En la Tabla 1 se presentan las variables sociodemográficas. La población presentó una mediana de edad de 39 años, mostrando una distribución asimétrica, según prueba de Shapiro-Wilk ($p=0.00000$); la mayoría fueron de sexo masculino. Con relación al tipo de seguridad social, en su mayoría se encontraron en el régimen subsidiado y sin ningún régimen de seguridad social (población pobre no asegurado). Entre la población afectada por COVID-19 se encontraron migrantes venezolanos, Uruguayos y Ecuatorianos.

De los 212 pacientes de estudio, el 92.5% estuvieron hospitalizados y de estos pacientes, el 10.9% fueron llevados a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). El número de reingresos fue de 30 casos (14.2%). Los pacientes con infección por SARS-CoV-2, con edad ≤ 60 años alcanzaron el 81.6%. La letalidad global calculada fue del 12% (26 casos que fallecieron) (Tabla 1).

Se determinaron 40 eventos de comorbilidades en los 212 habitantes de calle, agrupándose en afecciones respiratorias (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis y asma) 29 eventos (13.7%), cardiovasculares (insuficiencia cardiaca) 8 eventos (3.8%) y metabólicas (Diabetes) con 3 eventos (1.4%). Dentro de los trastornos psiquiátricos se encontraron notificados 6 eventos (11.5%) y 2 eventos (3.9%) con diagnóstico de consumo de sustancias psicoactivas (Figura 2).

En el análisis bivariado, entre las variables sexo, edad, aseguramiento, manejo clínico, días de estancia, resultado de prueba para COVID-19 y requerimiento de UCI, contra la variable

Tabla 1. Características demográficas y evolución clínica de pacientes notificados al SIVIGILA / COVID 19 Hospital de San Juan de Dios Cali periodo marzo 2020 – febrero 2021.

Características	n	%
Total de reporte al SIVIGILA/ COVID-19	1,280	
Total de reporte al SIVIGILA/ COVID-19 de habitante de calle	212	16.6
Variables demográficas		
Edad: mediana (años)- RIC*	39	25 (31-56)
Rango de edad (años)		
≤60	173	81.6
>60	39	18.4
Sexo		
Femenino	43	20.3
Masculino	169	79.7
Nacionalidad/ migrantes		
Ecuador	1	4.7
Uruguay	1	4.7
Venezuela	4	1.9
Tipo de seguridad social		
Contributivo	5	2.0
Subsidiado	130	61.0
Sin régimen de seguridad social	71	36.0
Variable clínicas		
Gestantes	3	1.4
Reingresos	16	7.0
Tipo de tratamiento		
Ambulatorio	16	7.5
Hospitalizado	196	92.5
Lugar de remisión		
No remitido	186	87.8
UCI	23	10.9
Hospital nivel I	2	0.9
Otros	1	0.5
Número de defunciones	26	
Letalidad	26/212	12.0

Fuente: Base de datos, ficha epidemiológica SIVIGILA – COVE Hospital de San Juan de Dios - Cali.

condición final (vivo, muerto), solo encontramos diferencias significativas con la edad y los días de estancia hospitalaria (Tabla 2). De los pacientes con edad ≥ 60 años, el 52% fallecieron (IC 45%-60%), mientras el porcentaje de fallecidos en los < 60 años fue de 9% (IC 0%-17%), el riesgo de morir en los pacientes ≥ 60 años es 5 veces el riesgo de los que son menores a 60 años (OR: 5.3). De los pacientes con estancia mayor a 5 días, el 24% fallecieron (IC 18% - 31%), mientras el porcentaje de pacientes fallecidos con estancia menor a 5 días fue de 9% (IC 0% a 17%), el riesgo de morir en los pacientes con estancia ≥ 5 días fue 2.7 veces el riesgo de los pacientes con estancia menor a 5 días (OR: 2.7).

Discusión

Este estudio describe las características demográficas y de evolución clínica de pacientes notificados al SIVIGILA / COVID 19, por el Hospital de San Juan de Dios – Cali, en el periodo marzo 2020 – febrero 2021. Siendo 212 casos (16.6%) habitantes de calle.

Las características poblacionales del presente estudio se sintetizan como: población adulta, con predominio del sexo masculino, del estrato socioeconómico 1, una tercera parte de esta población carece de asegurador y las otras 2/3 partes corresponden al régimen de seguridad social subsidiado por el estado; que para el manejo clínico requirieron atención intrahospitalario y demandando manejo en UCI en un número importante de casos, denotando la vulnerabilidad de este grupo poblacional, haciendo compleja su atención y siendo determinante en la alta letalidad presentada. Este comportamiento demográfico es similar con otras ciudades como Bogotá, donde el rango de edad de habitantes de la calle se encuentra entre los 25 - 39 años, con predominio de sexo masculino (89%); el 76% se identificó dentro del régimen subsidiado (12).

Es importante resaltar que la población habitante de calle del presente estudio, tuvo en relación con el aseguramiento a un 36% de habitantes de la calle que no tenían afiliación a ninguna Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), denominados Población Pobre No Asegurada. Esta cifra es importante porque esta población no tiene garantías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Adicionalmente se encontró que el 61% pertenecen al régimen subsidiado, mostrando que el 97% de la población habitante de calle no alcanza a devengar un salario mínimo mensual para su manutención (13). Esto conlleva a pensar en la alta vulnerabilidad a no haber equidad en la distribución de la atención social integral; que se ratifica al comparar las cifras en el Valle del Cauca, donde el aseguramiento general muestra que solo cerca del 56.0% de la población pertenecen al régimen contributivo, el 41.3% al régimen subsidiado y solamente 1.4% no tienen aseguramiento (14).

En relación con las variables clínicas evaluadas en el estudio, se hallaron tres casos (1.4%) de mujeres en estado de gestación, y 16 casos (7%) de reingreso. Se encontraron 40 eventos de comorbilidades en los 212 pacientes estudiados, siendo estas comorbilidades determinantes como factor de riesgo para agravar la situación clínica de los pacientes con infección por SARS-CoV-2. Al no haber encontrado información sobre las patologías asociadas en pacientes habitantes de calle con COVID-19 se comparó con los hallazgos con el informe del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de China, que incluyó 72,314 casos confirmados, donde se determinó como grupos de riesgo con mortalidad elevada la presencia de enfermedad cardiovascular (10.5%), diabetes (7.3%), enfermedad pulmonar crónica (6.3%) (15), cifras similares a las encontradas en este estudio.

Al considerar el sitio donde se recibió tratamiento, en 196 casos (92.5%), demandaron atención intrahospitalaria; en comparación con 328,199 casos (16.1%) presentado en la población general de Colombia, en el mismo periodo; a su vez los requerimientos de unidad de cuidado intensivo en el presente estudio fueron de 23 casos (10.9%), mientras que en la población en general

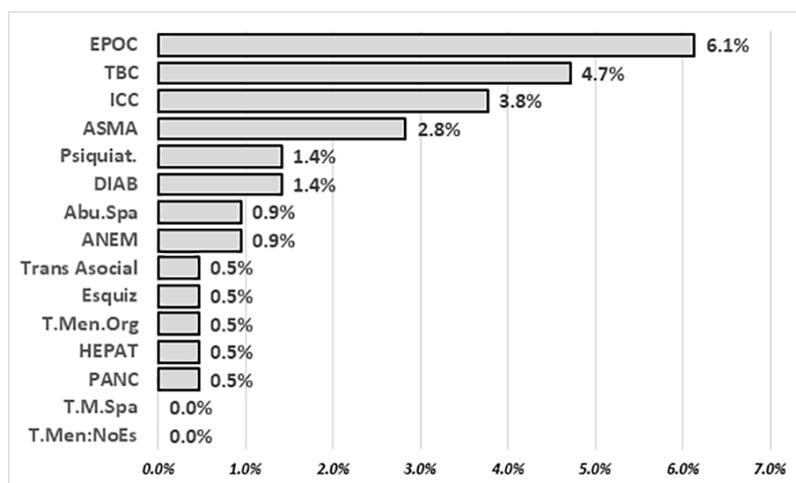


Figura 2. Frecuencias de comorbilidades de los pacientes habitantes de calle atendidos por COVID 19, Hospital de San Juan de Dios – Cali. Marzo 2020 – febrero 2021. Fuente: REDSALUD – HSJD. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ICC: insuficiencia cardiaca, DIAB: diabetes, Psiquiat: enfermedades psiquiátricas, Abu.Spa: consumo de sustancias psicoactivas, T.M. trastorno mental.

en Colombia fue 37.830 casos (1.9%) (16). Lo anterior permite apreciar la complejidad clínica de los pacientes habitantes de calle, dado que requirieron internación y utilización de UCI, presentan una proporción mucho mayor que lo referido en Colombia, aumentando el riesgo, por el manejo intrahospitalario, de estos pacientes.

El Ministerio de Salud y Protección Social reconoce como estándar, cinco días en hospitalización en piso para pacientes

con diagnóstico de COVID-19 (17), el cual se usó como criterio para considerarlo estancia prolongada. 77 casos (39.3%) tuvieron estancia mayor a cinco días y fue el grupo de habitantes de calle donde ocurrió mayor mortalidad. Este indicador se debe evaluar como alto, indicador que tiene como determinantes la condición de calle (no tienen sitio de habitación) y la gravedad clínica de los pacientes.

El reingreso se ha definido como las admisiones con idéntico

Tabla 2. Análisis bivariado de variables sociodemográficas y evolución clínicas contra condición final de pacientes notificados al SIV-IGILA / COVID 19 – Hospital de San Juan de Dios - Cali – periodo marzo 2020 – febrero 2021.

Factores	Condición final		ODDS ratio		p	% Fallecidos	IC % fallecidos	n	
	Fallecido	Vivo	OR	IC					
Masculino	23	146	2.1	0.60-7.35	0.2500	16	10	21	169
Femenino	3	40							
≥60 Años	12	23	5.3	2.19-12.95	0.0002	52	45	60	169
<60 Años	14	163							
No Asegurado	9	62	1.1	0.45-2.51	0.8968	15	9	20	169
Asegurado	17	124							
Hospitalario	26	170	5.1	0.29-88.06	1.1270	15	10	21	169
Ambulatorio	0	16							
>5 Días Estancia	15	62	2.7	1.18-6.29	0.0186	24	18	31	169
≤5 Días Estancia	11	124							
PCR Positivo	2	12	1.2	0.25-5.7	0.8117	17	11	22	169
PCR Negativo	24	174							
Remitido UCI	2	22	0.6	0.14-2.81	0.5365	9	5	13	169
No Remitido a UCI	24	164							

Fuente: Base de datos, ficha epidemiológica SIVIGILA – COVE Hospital de San Juan de Dios - Cali.

diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta (18). El 14.2% de los pacientes presentaron reingreso hospitalario (19). La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales en salud (20), pero en esta población vulnerable, este indicador se ve afectado por la insatisfacción de necesidades básicas como la alimentación, el aseo de las personas y el síndrome de abstinencia que interrumpe abruptamente la hospitalización.

Otra variable analizada fue la letalidad global, estimada en 12%, que al compararla a la presentada en el mismo periodo de estudio en Colombia donde se alcanzó una letalidad del 3.1% (21), en el Valle del Cauca de 3.2% (22) y en Cali de 2.8% (17), muestra la vulnerabilidad de esta población para la infección por el SARS-CoV-2 en esta variable de desenlace.

Dentro de las limitaciones de este estudio es la ausencia de una selección aleatoria de los participantes, pudiendo comprometer su validez externa al producirse un sesgo de selección. Sin embargo, se consideró que la población objeto es bastante representativa de la población habitante de calle de la ciudad de Cali y considerando que el hospital atiende principalmente personas de los estratos más bajos de la ciudad. Igualmente, los resultados proceden de las fichas epidemiológicas y de las historias clínicas, que son diligenciadas por múltiples profesionales, no asegurando la uniformidad del dato y comprometiendo su validez. Las pruebas realizadas confirmatorias de la infección por SARS-CoV-2, los criterios para el diagnóstico, la decisión de ingreso y el tratamiento de los pacientes fueron ajustándose a los protocolos cambiantes dictados por las autoridades y a la infraestructura y disponibilidad en el Hospital de San Juan de Dios, por lo tanto, no fueron uniformes durante todo el periodo de estudio.

Conclusión

Los sujetos habitantes de calle, que fueron diagnosticados con COVID-19 en el Hospital de San Juan de Dios Cali, a los que se consideró valorar las variables de edad, días de estancia y letalidad llevaron a identificar el compromiso clínico de la infección por SARS-CoV-2, en esta población altamente vulnerable, a través de la necesidad de manejo intrahospitalario y el requerimiento de UCI, midiendo su impacto en una letalidad elevada de este grupo poblacional, concepto que se ratificó al ser comparado con la población en general afectada en Colombia y el Valle. Estos determinantes encontrados, que agravan la presentación clínica de esta patología, su medición periódica, puede ser utilizados para la toma de decisiones y establecer políticas sobre este evento, tanto en los entornos comunitarios e individuales de la población habitante de calle de la ciudad de Cali.

Agradecimientos:

Al personal de estadística y COVE del Hospital de San Juan de Dios – Cali.

Financiación: Los autores declaran no haber obtenido ayuda financiera, para la realización de esta investigación.

Conflicto de interés: Los autores declaran que no existe conflicto de intereses, entre las partes

Referencias

1. Pinilla M, Ramírez VA, González C. Los pobres, los más afectados durante el Covid-9. Universidad de los Andes; 2020. Citado: 2021 May 22. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/los-pobres-los-mas-afectados-por-la-pandemia>.
2. DANE. Boletín Técnico Pobreza Monetaria en Colombia 2019. COM-030-PD-001-r-004 V8. Bogota; 2020. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2019/Boletin-pobreza-monetaria-dptos_2019.pdf
3. Centro para el Control y la Prevención de las enfermedades - CDC. Consideraciones sobre acceso igualitario a la salud y grupos de minorías raciales y étnicas. CDC; 2021. Citado 2021 May 22. Available from: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html>.
4. OMS; OPS. Reportes de Situación COVID-19: Colombia. OPS/OMS; 2021. Citado 2021 Mar 18. Available from: <https://www.paho.org/es/reportes-situacion-covid-19-colombia>
5. Secretaria Departamental de Salud del Valle. COVID-19; Gobernación Valle del Cauca; 2021. Citado 2021 Mar 18. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools&lTipo=viewpdf&id=50106>
6. The Lancet. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. Lancet. 2020; 395(10230): 1089. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30757-1
7. Escallón T, Fajardo E, García A, Rodríguez N. Análisis de la pandemia COVID-19 según la vulnerabilidad en Colombia (DANE). Periodo: Caso índice hasta la finalización de la cuarentena, 2020. Bogota: Maestría Epidemiología, Universidad del Rosario; Universidad Corporación para Estudios en Salud; 2020. Citado: 2021 Apr 19. Available from: [https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/30906/Análisis de la pandemia COVID-19 según la vulnerabilidad en Colombia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/30906/Análisis%20de%20la%20pandemia%20COVID-19%20según%20la%20vulnerabilidad%20en%20Colombia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
8. Mendoza V, Mendoza AD, Fuentes HJ. Situación de los pacientes infectados por COVID-19: un análisis para la ciudad de Bogotá (Colombia) discriminado por localidades. Revista Espacios. 2020; 41(42): Art 18. DOI: 10.48082/espacios-a20v41n42p18
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Habitantes de calle; 2020. Citado: 2020 Aug 29. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx>
10. DANE. Censo Habitantes de la calle 2019: Resultados Cali, Valle del Cauca; 2020. Citado: 2021 Mar 18. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/cali-2019.pdf>.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población en situación de calle. Bogota:

Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/teds03-lineamientos-prevencion-dym-covid19-poblacion-calle.pdf>

12. Cubillos ÁJC, Matamoros CMM, Pera CSA. Boletines Poblacionales: Personas Habitantes de Calle. Bogotá: Oficina de Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>.

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud. Unión temporal Bitrán Asociados - Econometría SA – Esap; 2014. Available from: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/APAGO_Y_RECAUDO.pdf

14. Gobernación del Valle del Cauca. Consolidado de población afiliada Valle del Cauca 2021; 2021. Citado 2021 May 23. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/69640/consolidado-de-poblacion-afiliada-valle-del-cauca-2021/>.

15. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323(13): 1239-1242. doi: 10.1001/jama.2020.2648.

16. Instituto Nacional de Salud. Situación COVID-19 Colombia. BES. 2021; semana 53. 20-22. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_53.pdf

17. Secretaría de Salud Municipal de Cali. Boletines Epidemiológicos de Cali. 27/02/2021; 2021. Citado: 2021 Apr 7. Available from: <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/152840/boletines-epidemiologicos/genPagdoc3383=8&genPagdoc4269=20>

18. García OC, Almenara BA, García OJJ. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. Rev Esp Salud Pública. 1998; 72: 103-110.

19. Andrés Caballero, Milciades Ibañez Pinilla, Isabel Cristina Suárez Mendoza, Juan Ramón Acevedo Peña. Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia Cad. Saúde Pública. 2016; 32(7): e00146014. Doi: 10.1590/0102-311X00146014

20. Caballero A, Suarez IC, Ibañez M, Acevedo JR, Bautista OP. Characteristics and prognostic factors of hospitable re-entries in patients affiliates to Sanitas international organization in 2008. Rev Medica Sanitas. 2011; 14(2): 12-26,

21. Instituto Nacional de Salud. Covid-19 en Colombia; 2021. Citado: 2021 Mar 29. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx>.

22. Secretaría de Salud Departamental del Valle. Boletín Semanal 35 COVID-19 Valle del Cauca (Enero de 2020 – Febrero 12 de 2021). Gobernación del Valle; 2021. Available from: <https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=49752>.

©Universidad Libre 2021. Licence Creative Commons CCBYNC-ND-4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

