

Resultados del estudio  
**Comportamiento sexual  
y prevalencia de la  
infección por VIH en  
población habitante de  
calle**

en cuatro ciudades de  
**Colombia, 2012**

Resultados del estudio  
**Comportamiento sexual  
y prevalencia de la  
infección por VIH en  
población habitante de  
calle**

en cuatro ciudades de  
**Colombia, 2012**

Resultados del estudio  
**Comportamiento sexual  
y prevalencia de la  
infección por VIH en  
población habitante de  
calle**  
en cuatro ciudades de  
**Colombia, 2012**

Resultados del estudio  
**Comportamiento sexual  
y prevalencia de la  
infección por VIH en  
población habitante de  
calle**  
en cuatro ciudades de  
Colombia, 2012

Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

Proyecto VIH Fondo Mundial: "Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia".

**CORRECCIÓN DE ESTILO DIAGRAMACIÓN/IMPRESIÓN:**  
Acierto Publicidad & Mercadeo  
comercial@aciertopublicidad.com  
BOGOTÁ D.C. 2013

La reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, debe ser autorizada por el Mecanismo Coordinador de País (MCP) o Global Communities (anteriormente CHF).

EQUIPO DE GERENCIA  
CHF International – Colombia

RAFAEL PARDO ABELLO  
Gerente Técnico

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS  
Coordinador de Salud

ADRIANA DURÁN  
Coordinadora de Monitoreo y Evaluación

CLARA VARGAS  
Coordinadora de Educación

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN  
Coordinadora de Estudios en VIH

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN  
Bacterióloga, Magíster en Epidemiología  
Coordinadora del Equipo

NATALIA MARCELA CALDERÓN BENÍTEZ  
Enfermera, Magíster en Enfermería

OSCAR DAVID DÍAZ-SOTELO  
Psicólogo, Magíster en Salud Internacional y Medicina Tropical

EDGAR ADRIÁN HORTÚA PÉREZ  
Estadístico

ANÁLISIS DE LOS DATOS

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN  
Bacterióloga, Magíster en Epidemiología

OSCAR DAVID DÍAZ-SOTELO  
Psicólogo, Magíster en Salud Internacional y  
Medicina Tropical

ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN  
Bacterióloga, Magíster en Epidemiología

OSCAR DAVID DÍAZ-SOTELO  
Psicólogo, Magíster en Salud Internacional y  
Medicina Tropical

REVISIÓN INFORME FINAL

RAFAEL PARDO ABELLO  
Gerente Técnico  
Proyecto VIH Fondo Mundial

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS  
Coordinador Salud Pública  
Proyecto VIH Fondo Mundial

ADRIANA DURÁN  
Coordinadora Monitoreo y Evaluación  
Proyecto VIH Fondo Mundial

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
Asesor  
Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de  
Salud y Protección Social

COMITÉ ASESOR DE LOS ESTUDIOS

RAFAEL PARDO ABELLO  
Proyecto VIH Fondo Mundial

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS  
Proyecto VIH Fondo Mundial

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN  
Coordinadora Estudios de VIH  
Proyecto VIH Fondo Mundial

RICARDO LUQUE NÚÑEZ  
Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención  
Ministerio de Salud y Protección Social

LUIS ÁNGEL MORENO DÍAZ  
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el  
VIH/Sida ONU/SIDA

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA  
Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA

BERTHA GÓMEZ  
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

FIDELIA SUAREZ  
Representante sociedad civil mujeres trabajadoras  
sexuales

NORBERTO FONSECA  
Representante sociedad civil PVS

CHARLOTTE SCHNEIDER CALLEJAS  
Representante sociedad civil mujeres trans

NANCY EUSCÁTEGUI  
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

COMITÉ DE ÉTICA AD- HOC

CARMEN ALICIA CARDOZO  
Profesional especializado en Bioética

INÉS ELVIRA MEJÍA MOTTA  
Consultora con experiencia en población  
habitante de calle y VIH

OSCAR GIL  
Delegado de la sociedad civil

EQUIPO DE TRABAJO  
DE CAMPO

GRUPOS DE  
RECOLECCIÓN DE  
INFORMACIÓN

LABORATORIO  
CLÍNICO  
ESPECIALIZADO

CORPORACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN  
DE SENTIDO HUMANO, SOCIAL Y  
COMUNITARIO "CONSENTIDOS"

**Equipo Bucaramanga**

YOLANDA MANOSALVA  
ERICK VÁSQUEZ GÓMEZ  
FABER ZAPATA OSPINA  
ROSITA SERANO P.

UNIÓN TEMPORAL PROCREAR –  
VIVIENDO PROVIV

**Equipo Bogotá**

ORIANA LARROTA  
JAIDIVE CAMELO  
EDINSON ARANGUREN  
COQUETA CORREA  
KATALINA ÁNGEL

**Equipo Barranquilla**

ROU DURÁN ROBLES  
ESMERALDA MUÑOZ MORALES  
MILENA ORTIZ ÁLVAREZ  
ETILZA DURÁN ARRIETA

**Equipo Cali**

JULISSA POZO SUAREZ  
NAYIBE MÉNDEZ CAJIAO  
MIREYA FRANCO  
GELBERT SÁNCHEZ CASTRO  
MARTHA BIBIANA GÓMEZ

**Centro de Análisis Molecular CAM**  
PATRICIA OLAYA  
MARÍA DEL PILAR RAMÍREZ

## AGRADECIMIENTOS

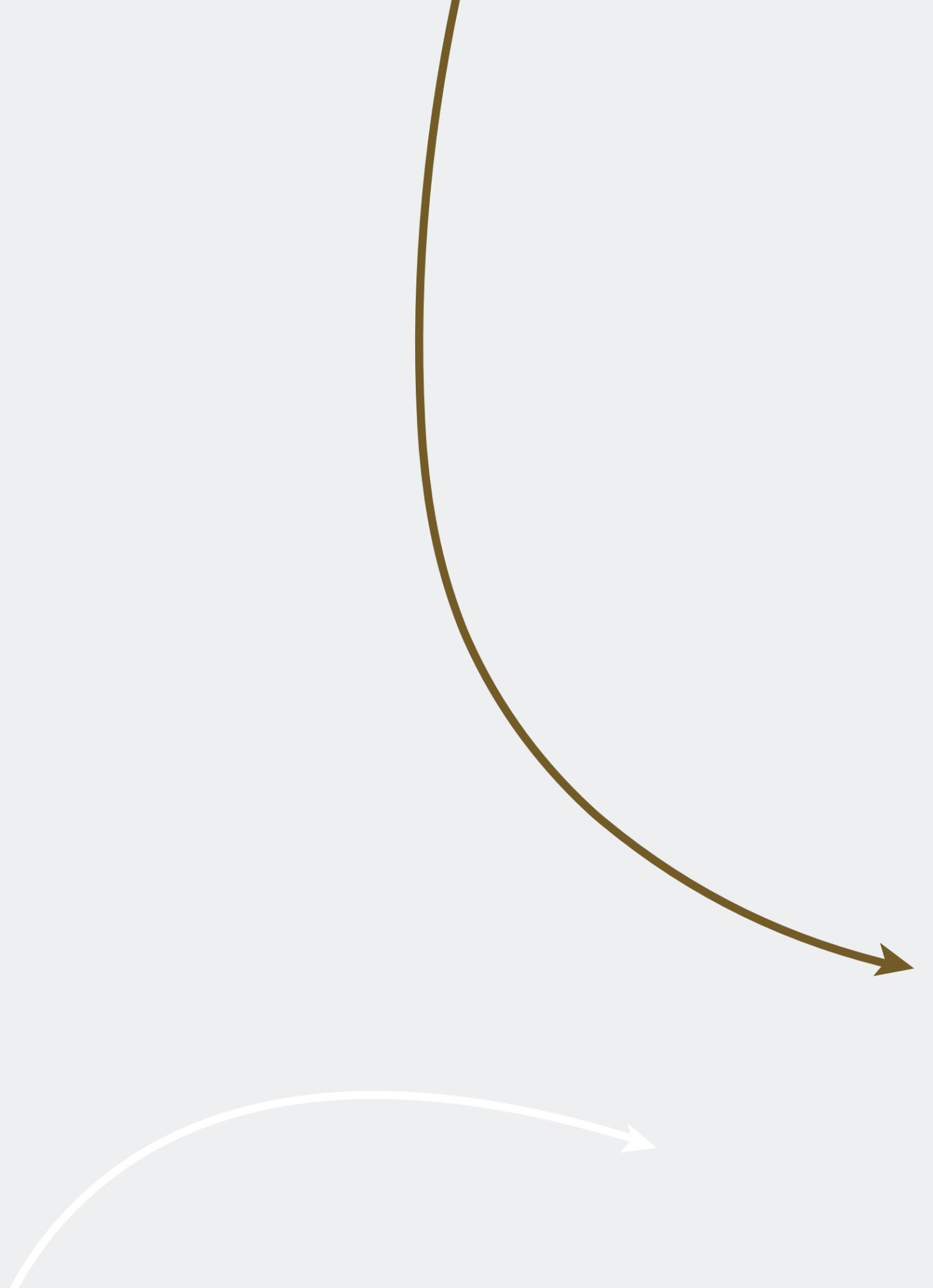
A LAS MUJERES Y HOMBRES HABITANTES DE CALLE QUE, DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA, NOS DEDICARON UN CORTO TIEMPO DE SU DIARIO VIVIR PARA PERMITIRNOS CONOCER SU SITUACIÓN FRENTE AL: VIH, LAS RELACIONES SEXUALES, EL CONDÓN Y LA DURA CONDICIÓN DE VIVIR EN LA CALLE.

AL EQUIPO HUMANO DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE CADA CIUDAD, QUE DÍA A DÍA Y DE MANERA ALTRUISTA TRABAJA PARA QUE LOS HABITANTES DE CALLE TENGAN UNAS MEJORES CONDICIONES DE VIDA, YA QUE SIN SU PARTICIPACIÓN ACTIVA NO SE HUBIESEN ALCANZADO LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO.

A LOS ENCUESTADORES Y COORDINADORES DE CADA CIUDAD QUE, A PESAR DE HABER CULMINADO SU LABOR, SIGUIERON AL FRENTE DE LA SITUACIÓN DE CADA UNO DE LOS HABITANTES DE CALLE CON UN RESULTADO POSITIVO DE VIH, CON EL FIN DE CONSEGUIR SU INGRESO AL PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN PERTINENTE.

A LAS ENTIDADES TERRITORIALES QUE CONFIRARON EN EL PROCESO Y NOS BRINDARON SU COLABORACIÓN DE MANERA FIRME Y PERSISTENTE.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO, DESDE SU DISEÑO HASTA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.



# Contenido

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

APV	ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA
CAP	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
CTV	CONSEJERÍA Y TESTEO VOLUNTARIO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
EVC	ESTUDIO DE VIGILANCIA DE PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTOS
ELISA	ENSAYO POR INMUNOABSORCIÓN LIGADO A ENZIMAS (Enzyme-linked immunosorbent assay)
LGBTI	LESBIANAS, GAY, BISEXUALES, TRANS, E INTERSEXUALES
IPS	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
ITS	INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL
MSPS	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ONG	ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL
ONUSIDA	PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PEN	PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
POS	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
PPT	PROBABILIDAD PROPORCIONAL A TAMAÑO
SIDA	SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA
SISBEN	SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES
SIVIGILA	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SGSSS	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
VIH	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
WB	WESTERN BLOT

## INFORME DEL ESTUDIO

Siglas y Abreviaturas	12
Índice de Tablas	15
Índice de Anexos	17
Índice de Gráficas	18
Introducción	21
Antecedentes	23
Situación de habitabilidad de calle: aproximaciones conceptuales	24
Exclusión social, estigma y discriminación	25
Situación de salud: morbilidad, mortalidad y acceso a servicios	26
Objetivos	31
General	31
Específicos	31
Metodología	33
Tipo y diseño de investigación	33
Población y muestra	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	34
Muestreo	34
Técnica de recolección de información	35
Abordaje	35
Encuesta	35
Recolección de la muestra de sangre para la prueba diagnóstica	35
Entrega de resultados	36
Resultados	39
Prevalencia de VIH	39
Caracterización sociodemográfica y de necesidades básicas de la población	39
Situación de salud y acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud	39
Salud sexual y reproductiva: conocimientos, actitudes y prácticas	47
Historia sexual	52
Uso y actitudes frente al condón	52
Última relación sexual	55
Conocimientos, opiniones y actitudes frente al VIH y al Sida	59
	63



Estigma y discriminación	68
Consumo de sustancias psicoactivas	73
<hr/>	
Conclusiones	79
<hr/>	
Recomendaciones	83
<hr/>	
Referencias Bibliográficas	85
<hr/>	

## Índice de Tablas

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO POR CIUDAD	34
TABLA 2. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA PREVALENCIA DE VIH EN HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	39
TABLA 3. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SOBRE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	40
TABLA 4. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL NIVEL EDUCATIVO DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	41
TABLA 5. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	42
TABLA 6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS AÑOS DE HABITABILIDAD EN CALLE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	43
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RAZONES POR LAS CUALES LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA VIVE EN LA CALLE, 2012	43
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RAZONES POR LAS CUALES A LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA LE GUSTA VIVIR EN LA CALLE, 2012	44
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS LUGARES DE PERMANENCIA DIURNA DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE LA CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	45
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS LUGARES DE PERMANENCIA NOCTURNA DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE LA CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	45
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MEDIOS POR LOS CUALES LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA CONSIGUE DINERO, ALIMENTOS Y/O LOS MEDIOS DE SUPERVIVENCIA, 2012	46
TABLA 12. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS SITUACIONES DE SALUD PRESENTADAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA DURANTE LOS TRES MESES ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	48
TABLA 13. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE ACCIONES TOMADAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA FRENTE A LA ÚLTIMA SITUACIÓN DE SALUD, 2012	50
TABLA 14. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA VINCULACIÓN DE UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 2012	51
TABLA 15. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	52
TABLA 16. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	53
TABLA 17. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA DURANTE LOS 12 MESES ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	55
TABLA 18. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE ANTECEDENTES DE USO Y PORTE DE CONDOMINIOS EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	56



TABLA 19. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS PRINCIPALES FORMAS DE ADQUISICIÓN DE CONDONES EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	57
TABLA 20. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN POR PARTE DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES EN LOS TRES MESES ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	58
TABLA 21. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA PERSONA QUE SUGIRIÓ EL USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	60
TABLA 22. DISCRIMINACIÓN SEGÚN SEXO DE LOS MOTIVOS POR LOS CUALES LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA USÓ EL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL, 2012	61
TABLA 23. DIEZ MOTIVOS PARA EL NO USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	62
TABLA 24. CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL VIH/SIDA EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	64
TABLA 25. DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA VOLUNTARIA DE VIH ALGUNA VEZ EN LA VIDA POR PARTE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	65
TABLA 26. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL RESULTADO DE LA PRUEBA VOLUNTARIA REALIZADA A LOS HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE SE HABÍAN REALIZADO UNA PRUEBA DE VIH ALGUNA VEZ EN LA VIDA, 2012	66
TABLA 27. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD O DE RIESGO FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	67
TABLA 28. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL GRADO DE VULNERABILIDAD FRENTE AL VIH DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	67
TABLA 29. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA IDENTIFICACIÓN DE ACTORES DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	69
TABLA 30. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS TIPOS DE DISCRIMINACIÓN, RECHAZO, ABUSO O MALTRATO RECIBIDOS POR UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	71
TABLA 31. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS LUGARES USADOS POR PARTE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA PARA LA DENUNCIA DE ACTOS DISCRIMINATORIOS Y DE RECHAZO, 2012	73
TABLA 32. PROPORCIONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA DURANTE EL AÑO ANTERIOR A LA REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	74
TABLA 33. FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	75

## Índice de Anexos

ANEXO A. ENCUESTA IMPLEMENTADA EN EL ESTUDIO SOBRE COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	89
ANEXO B. DISCRIMINACIÓN POR SEXO Y TIPO DE RELACIONES SEXUALES DE LA FRECUENCIA DE USO DEL CONDÓN POR PARTE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DURANTE LOS TRES MESES ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	95
ANEXO C. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS MOTIVOS DE NO USO DEL CONDÓN EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BARRANQUILLA, 2012	96
ANEXO D. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS MOTIVOS PARA EL NO USO DEL CONDÓN EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ, 2012	96
ANEXO E. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS MOTIVOS PARA EL NO USO DEL CONDÓN EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BUCARAMANGA, 2012	97
ANEXO F. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS MOTIVOS PARA EL NO USO DEL CONDÓN EN LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CALI, 2012	97
ANEXO G. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS EL ÚLTIMO AÑO POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BARRANQUILLA, 2012	98
ANEXO H. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS EL ÚLTIMO AÑO POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ, 2012	98
ANEXO I. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS EL ÚLTIMO AÑO POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BUCARAMANGA, 2012	99
ANEXO J. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CONSUMIDAS EL ÚLTIMO AÑO POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CALI, 2012	99
ANEXO K. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BARRANQUILLA EN LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	100
ANEXO L. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ EN LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	101
ANEXO M. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE BUCARAMANGA EN LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	102
ANEXO N. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO DE LAS PRINCIPALES SUSTANCIAS POR LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CALI EN LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA, 2012	103
	104

## Índice de Gráficas

GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	39
GRÁFICA 2. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA NO INGERIÓ ALIMENTOS EN UNO O MÁS DÍAS, 2012	47
GRÁFICA 3. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LOS ANTECEDENTES DE DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	52
GRÁFICA 4. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE USO DE CONDÓN EN LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN UNA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	54
GRÁFICA 5. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE MANIFESTÓ TENER RELACIONES SEXUALES PENETRATIVAS EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, 2012	54
GRÁFICA 6. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012	59
GRÁFICA 7. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DE LA PROPORCIÓN DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE HA OÍDO HABLAR DEL VIH/SIDA, 2012	63
GRÁFICA 8. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE HAN SIDO DESPRECIADOS, RECHAZADOS U OFENDIDOS POR ALGUIEN DE LA FAMILIA, 2012	68
GRÁFICA 9. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE HAN SIDO DESPRECIADOS, RECHAZADOS U OFENDIDOS POR ALGUIEN DISTINTO A LA FAMILIA, 2012	69
GRÁFICA 10. DISCRIMINACIÓN POR SEXO DEL PORCENTAJE DE LA MUESTRA DE HABITANTES DE CALLE DE CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA QUE DENUNCIÓ ACTOS DE DISCRIMINACIÓN O TIPOS DE MALTRATO O ABUSO, 2012	72



## Introducción

En Colombia, la epidemia de VIH/Sida ha sido clasificada como concentrada, debido al número de casos que se han presentado y a su distribución en la población. Con el fin de caracterizarla, es importante conocer las prevalencias de los grupos poblacionales en mayor estado de vulnerabilidad. Debido a ello, en los años 2008 y 2010 el Ministerio de Salud (en ese entonces Ministerio de la Protección Social) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) llevaron a cabo dos estudios de prevalencia de VIH y comportamiento sexual en los grupos poblacionales de mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en varias ciudades del país. Sin embargo, se recomienda realizar periódicamente encuestas de prevalencia y comportamiento en las poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad, con el fin de estimar la tendencia de la infección.

Por lo anterior, y como parte del marco de ejecución del Convenio n.º COL-911-G04-H, suscrito entre Cooperative Housing Foundation - CHF Internacional y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, como receptor principal de los recursos del Proyecto de Novena Ronda del Fondo Mundial, Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia, se estableció como estrategia para la medición de líneas de base la realización de cuatro estudios de prevalencia y comportamiento sexual en los grupos poblacionales de mujeres trabajadoras sexuales, mujeres transgénero, población habitante de calle y población privada de la libertad, así como de una evaluación rápida sobre el uso del condón en personas que viven con VIH. Tales estudios se desarrollaron durante el primer año de ejecución del proyecto.

Para dar continuidad a la estrategia, en este documento se presentan los resultados descriptivos del estudio realizado durante el año 2012 con población habitante de calle de cuatro ciudades del país, a saber: Bogotá, Cali, Barranquilla y Bucaramanga, que incluye los marcos situacional y metodológico, los resultados y las conclusiones del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en habitantes de calle.

Hasta el momento no se ha encontrado evidencia publicada sobre estudios epidemiológicos que den cuenta de la situación de VIH en la población habitante de calle, posiblemente debido a que este tipo de investigaciones implican disponer de recursos humanos con experiencia en esta población, infraestructura necesaria para la recepción, atención y esparcimiento de la población, y diferentes estrategias para contener y atender a personas que se encuentran bajo el efecto de sustancias psicoactivas.

# Antecedentes

Según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA del primero de diciembre de 2011, día mundial de lucha contra el Sida, se recomienda que cada país fortalezca la respuesta nacional por medio de la dirección de las estrategias encaminadas a suplir las necesidades particulares del territorio, haciendo énfasis en actividades de promoción, prevención, protección específica y detección temprana en grupos considerados como altamente vulnerables (profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, población migratoria, entre otras), con el propósito de reducir las brechas sociales existentes, garantizar el acceso a la atención integral y reducir la transmisión del virus.

En los últimos años, Colombia y otros países de la región han adelantado importantes esfuerzos en la respuesta frente a la transmisión de VIH, el acceso a la atención integral y el aumento de la sobrevivencia de las personas que viven con el virus, gracias a los tratamientos antirretrovirales, aunque se reconoce la importancia de consolidar estrategias de detección, protección, promoción y prevención del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual – ITS.

Estas estrategias deben ser elaboradas teniendo en cuenta que Colombia presenta una epidemia concentrada<sup>1</sup>. Para ello, como parte de las iniciativas tendientes a conocer la magnitud de la epidemia en el país, se han desarrollado diversos estudios centinela y de seroprevalencia y comportamiento sexual en algunos grupos poblacionales. Sin embargo, para conocer la dinámica de la infección se ha recomendado realizar periódicamente encuestas de prevalencia y comportamiento en las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.

En ese sentido, ha sido de vital importancia la realización de estudios para identificar los principales patrones de comportamiento sexual, factores de riesgo y características poblacionales de las personas en contextos de vulnerabilidad que, según los planteamientos del Proyecto VIH Fondo Mundial para el estudio en curso, corresponden a mujeres trabajadoras sexuales, habitantes de la calle, personas privadas de la libertad, mujeres transgénero y personas que viven con VIH.

<sup>1</sup> La expresión epidemia concentrada hace referencia a escenarios en los cuales la prevalencia en población general es baja (menor al 1% en población de mujeres gestantes), mientras que alcanza altos niveles de afectación (mayor al 5%) en por lo menos un sector de la población, de manera sostenida.

## Situación de habitabilidad de calle: aproximaciones conceptuales

Una persona habitante de calle se define como todo sujeto de cualquier edad, raza, sexo, credo religioso, territorio de origen, etnia, estado de salud y patrón de comportamiento, que se presupone ha roto de forma definitiva los vínculos con su núcleo familiar o con su familia de origen, y cuyas circunstancias socioeconómicas propias han hecho que la calle sea su lugar permanente de vida<sup>1</sup>.

La persona habitante de calle está enmarcada en un contexto ambivalente caracterizado, por una parte, por la sensación de libertad, la posibilidad de emancipación y de escapatoria de las normas políticas, sociales, religiosas y —especialmente— económicas de la sociedad o de su entorno y, por otra, por una privación de afecto y armonía familiar, en donde los vínculos afectivos concebidos de manera tradicional dejan de tener trascendencia<sup>2</sup>.

Los ciudadanos en situación de calle comparten una cultura, identidad y estilo de vida particulares; buscan suplir sus necesidades básicas por medio de la interacción en sus espacios. "Esta cultura se asienta en un territorio, la calle, entendida esta como un espacio arquitectónico urbano, 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"<sup>3</sup>.

Se concibe al habitante de la calle como aquella persona cuyo sitio permanente de interacción con su entorno y vivienda es, como tal, la calle. El habitante en la calle pasa su mayor parte del tiempo en la calle, y sus patrones de comportamiento, interacciones y principales modos de vida son adquiridos en la calle, aunque no vivan propiamente en ella. Con referencia a esto, la Ley de Salud Pública de los Estados Unidos menciona que las personas en situación de calle son personas que no cuentan con un sitio de residencia fija, adecuada o regular, o bien, que viven en un refugio supervisado u operado como vivienda de transición<sup>4</sup>.

Si bien las personas habitantes de calle pasan por un proceso de habituación a las condiciones propias de esta y, finalmente, la convierten en su hábitat y espacio de creación de relaciones sociales y de desenvolvimiento en todas sus esferas vitales —independientemente de su clase—, es claro que la calle en sí misma constituye un espacio de riesgo personal y colectivo para quienes habitan en ella. Este riesgo no solo debe ser entendido en términos de la seguridad personal (lesiones o actos de violencia), sino también en términos de la salud pública (enfermedades emergentes, enfermedades prevalentes, ITS, adicciones, entre otros eventos).

De ahí que en un estudio previo se hayan evidenciado contextos de vulnerabilidad individual y colectiva de la población habitante de calle frente al VIH, analizados en tres categorías, a saber: la identidad sexual y el género, la sexualidad/

afectividad y el consumo de sustancias psicoactivas, y el nivel institucional y los recursos con los que cuentan los habitantes de calle<sup>5</sup>. Desde la vulnerabilidad colectiva se encuentra que la vivencia de la sexualidad/afectividad y el consumo de sustancias psicoactivas pueden constituir un contexto para la infección por VIH, puesto que las prácticas de consumo, por la gallada o los grupos en los que se organizan, generan comportamientos asociados con la falta de autocuidado frente a las infecciones de transmisión sexual. Además, se evidencia que las mujeres habitantes de la calle tienen intercambios sexuales con el fin de obtener sustancias psicoactivas<sup>6</sup>.

Como se ha observado en otras poblaciones, la vulnerabilidad individual de los habitantes de calle frente al VIH está mediada por la confianza en la salud de la pareja, puesto que al no observarse a simple vista señales de deterioro, se asume que la persona se encuentra bien de salud; es decir, que no vive con VIH<sup>7</sup>.

Así como en otras poblaciones vulnerables —como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, mujeres trabajadoras sexuales y mujeres trans—, los habitantes de la calle con pareja estable asumen que la confianza, la fidelidad y los sentimientos de afecto hacia la pareja son motivos para no usar el condón durante las relaciones sexuales<sup>8</sup>.

## Exclusión social, estigma y discriminación

A cada grupo poblacional en contexto de vulnerabilidad le son asignados, casi de modo automático, algunos roles en la sociedad, así como beneficios o preferencias por su situación particular: por ejemplo, el Gobierno Nacional le brinda ciertas prebendas a la población desvinculada del conflicto armado con el fin de garantizar la continuidad de su condición de desmovilización, y a la población en contexto de desplazamiento le son garantizados algunos derechos fundamentales relativos a la restitución de tierras, subsidios y otras ayudas provenientes de la cooperación internacional y de contrapartidas estatales. Sin embargo, al analizar la situación de la población habitante de calle, se encuentra que es el grupo poblacional que presenta más vulneración de sus derechos, ya que no cuenta con atención oportuna y de calidad en el sistema de salud, y las ayudas provenientes de fuentes estatales, privadas o internacionales no van más allá del enfoque asistencialista, y no buscan la restitución de condiciones adecuadas para vivir. Los habitantes de la calle se caracterizan por tener prácticamente todas sus necesidades básicas insatisfechas, tales como el acceso a servicios de salud, de aseo e higiene personal, de alimentación y a la posibilidad de una vivienda digna.





En este sentido, es importante considerar las representaciones sociales que tiene el común de las personas sobre los habitantes de calle: el habitante de calle despierta sensaciones paradójicas, pues por un lado está la "percepción de las dificultades que implica el vivir en la calle... pero, por otro, el sentimiento de inseguridad que genera la percepción de unas personas sucias y desarregladas que consumen drogas todo el tiempo y que pueden constituir una amenaza"<sup>9</sup>. Estas representaciones sociales constituyen la puerta de entrada a conductas y actitudes de rechazo y discriminación desde la sociedad en general hacia el habitante de calle, mientras que su realidad subjetiva y contextual va mucho más allá de las apariencias y, por ende, existe una carencia de sensibilidad frente al significado real de esta problemática.

## Situación de salud: morbilidad, mortalidad y acceso a servicios

Algunos estudios de la *National Coalition for the Homeless*<sup>10</sup> concluyen que los habitantes de la calle presentan mayor vulnerabilidad y prevalencia de enfermedades crónicas, debido en parte a potenciales factores de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas, la exposición a condiciones climáticas extremas, deficiencias nutricionales y victimización por actos violentos propios de la calle. Adicionalmente, es indiscutible la carencia de acceso a los servicios básicos de salud y seguridad social, la falta de conocimiento de los servicios, los recursos y los derechos fundamentales, y las malas actitudes de proveedores.

En los habitantes de calle son comunes los problemas de seguridad alimentaria y nutricional, enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión —entre otras—, enfermedades infecciosas y problemas de discapacidad. Investigaciones españolas evidenciaron que un porcentaje importante de personas en situación de calle presentaba algún evento disfuncional en salud, reflejado particularmente en índices muy altos de infección por VIH y tuberculosis<sup>11</sup>. La población en situación de calle tiene mayor exposición a enfermedades infecciosas, crónicas y problemas de salud mental con respecto a la población general, así como propensión a ejecutar mayores conductas de riesgo para la salud<sup>12</sup>. Debido a su condición de migración permanente y de aislamiento social, su acceso a fuentes estables de atención en salud no está delimitada legalmente. En el sistema de salud colombiano, los habitantes de calle tienen el derecho a ser atendidos en la red pública de hospitales y centros de salud, en cuyo caso las cuentas derivadas de su atención son cobradas al Fondo de Solidaridad y Garantías – Fosyga, pero no es claro el manejo que el sistema de salud debe dar a esta población para la atención de enfermedades crónicas, más allá de la atención de urgencias y servicios de primer nivel de complejidad.

Evidentemente, el retraso o la negación de la atención médica para estas personas genera consecuencias negativas graves. En relación con el VIH y el Sida, la consecuencia más grave es el diagnóstico tardío (o no diagnóstico) de la infección, para el subsecuente acceso a los programas de atención integral. A su vez, no es "...sorprendente que estudios previos hayan mostrado que la infección por VIH es de 3 a 9 veces más prevalente en personas sin hogar que en personas con situación de vivienda estable"<sup>13, 14</sup>. Ahora bien, no solo se debe considerar la atención primaria y de alta complejidad en salud, sino también el suministro de medicamentos antirretrovirales para quienes los requieran, los cuidados post-hospitalarios o post-quirúrgicos en los casos en que se presenten ciertos eventos, y los gastos médicos indirectos (como transportes, dietas especiales y otros suplementos).

Además, se debe que considerar que el país no cuenta con estrategias de vigilancia en salud pública dirigidas específicamente a las problemáticas sanitarias propias de las personas habitantes de calle, las cuales presentan condiciones médicas asociadas a la infección por VIH que complican la atención y facilitan un rápido y progresivo deterioro del estado de salud de quienes las padezcan, además de otros determinantes sociales como las condiciones de hacinamiento e insalubridad y los recursos limitados, que resultan en necesidades de subsistencia no satisfechas. En consecuencia, se encuentra una alta prevalencia de enfermedades: infecciones respiratorias —dentro de las cuales la tuberculosis es la que se registra con mayor frecuencia—, crónicas —como diabetes mellitus y disfunciones del tracto gastrointestinal—, disfunciones neurológicas y problemas de seguridad alimentaria<sup>15</sup>.

Con referencia específica al VIH en personas con VIH 'sin hogar' —homeless en inglés, sinónimo para 'habitante de calle'—, las necesidades básicas como alimentos, ropa y refugio deben ser satisfechas antes de considerar otros asuntos que también afectan de forma relevante sus vidas, pues las necesidades básicas toman el primer lugar en el orden de importancia<sup>16</sup>. Aun cuando las necesidades básicas en materia de alimentos y refugio para personas sin hogar se cumplen, otros factores —como los trastornos de salud mental, adicción a las drogas y el alcohol, la falta de acceso a la seguridad social y la presencia de otros eventos de salud— pueden servir como barreras adicionales para la autoeficacia y el autocuidado que requiere la infección por VIH.

"Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de una salud que le permita vivir dignamente, así como a gozar de un completo bienestar físico, mental y social, concepto que trasciende al de ausencia de enfermedad"<sup>17</sup>. Sin embargo, al analizar la situación y condiciones socioeconómicas actuales de esta población, tales derechos son vulnerados todos los días, y no se evidencian acciones concretas para eliminar este flagelo. La fragilidad de esta población se refleja en el pobre ejercicio de sus derechos fundamentales, dentro de los cuales se encuentra



el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las personas habitantes de la calle o con una situación de vivienda inestable demandan mayores necesidades de atención en salud que otros grupos de población; Sin embargo, actualmente, el Estado colombiano no brinda garantías ni en el acceso ni en la prestación de los servicios de salud.

Cabe mencionar —como se evidenció en Bucaramanga y Barranquilla— que los habitantes de calle no tienen claridad sobre las políticas o rutas para acceder a los servicios de salud ni sobre cuáles son sus derechos; generalmente requieren el acompañamiento de organizaciones no gubernamentales que les son significativas y les apoyan para el acceso a los mismos<sup>18</sup>.

En relación con la percepción que tienen los habitantes de calle frente a la institucionalidad, se encuentra que esta no es positiva, y sienten que las instituciones no son puntos de referencia y de apoyo en sus vidas o frente a sus necesidades. Los beneficiarios de programas específicos para la población no sienten que estos lleguen más allá de otorgarles una orden para atención médica o el internamiento en una comunidad terapéutica<sup>19</sup>.



# Objetivos

## Objetivo general

**Determinar** la magnitud de la epidemia de la infección por VIH en la población habitante de calle de los territorios focalizados por el Proyecto e identificar, mediante la aplicación de encuestas de prevalencia, los principales patrones de comportamiento sexual, factores protectores y de riesgo para VIH en esta población.

## Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de la infección por VIH en la población habitante de calle en las cuatro ciudades focalizadas (Bogotá D.C., Cali, Barranquilla y Bucaramanga).
- Describir las características sociales, demográficas y de salud de los habitantes de calle de cuatro ciudades colombianas en el año 2012.
- Describir los patrones de comportamiento sexual de la población habitante de calle en las cuatro ciudades focalizadas.
- Identificar los principales factores protectores y de riesgo (conocimientos, actitudes y prácticas) frente a la infección por VIH y otras ITS en la población habitante de calle de las cuatro ciudades focalizadas.

# Metodología

## Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación epidemiológica implementado consistió en una encuesta transversal de prevalencia, también denominado estudio de corte. Este diseño epidemiológico se centra en el estudio de la frecuencia y distribución de un evento en salud —en nuestro caso la infección por VIH—, así como en la identificación de los posibles factores de riesgo de dicho evento. Para ello, se realizó una prueba diagnóstica de la infección y se aplicó una encuesta de comportamientos, actitudes y prácticas frente al VIH.

## Población y muestra

La población sujeto de estudio son todas aquellas personas identificadas como habitantes de calle, quienes se caracterizan por desarrollar actividades cotidianas asociadas a la dinámica propia de la calle, tales como la pernoctación permanente o al menos frecuente en ella, el establecimiento de sus relaciones sociales con otras personas en iguales o similares condiciones, y la búsqueda de la supervivencia por medio de la realización de actividades en la calle —mendicidad o actividades relacionadas con el reciclaje, entre otras—.

Teniendo en cuenta la complejidad para la ejecución del estudio y el trabajo previo de estudios cualitativos que se desarrollaron en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla, el comité asesor del proyecto determinó realizar el estudio de prevalencia y comportamiento sexual en estas dos ciudades, además de incluir a Bogotá y Cali, que tienen un número elevado de personas habitantes de calle, con una muestra intencional para las cuatro ciudades de 507 personas.

## Criterios de inclusión

- Persona que, de manera visible, pudiera catalogarse como habitante de la calle en el área urbana de las ciudades de Bogotá, Cali, Barranquilla y Bucaramanga.
- Persona mayor de edad (que tuviera 18 años o más) en el momento de realización del estudio.
- Persona que se auto identificara como habitante de calle.
- Persona que otorgara por escrito el consentimiento informado respectivo (véase Consideraciones éticas).

## Criterios de exclusión

- Persona que al momento de la invitación hiciera parte activa de otra población relacionada, como lo son las mujeres trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero.
- Los y las habitantes de calle menores de 18 años de edad, en razón a lo expuesto en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia (véase *Consideraciones éticas*).
- Habitante de calle en el que se evidenciara que estaba bajo efecto de alguna sustancia psicoactiva.
- Habitante de calle en quien se evidenciara una condición mental que comprometiera su habilidad y capacidad para participar en la recolección de información.

## Muestreo

El muestreo fue no probabilístico e intencional o *por conveniencia*. La muestra intencional se distribuyó como se detalla en la Tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de la muestra del estudio por ciudad**

Ciudad	Participantes
Bogotá	136
Barranquilla	138
Bucaramanga	97
Cali	136
TOTAL	507



## Técnica de recolección de información

### Abordaje

Como se mencionó anteriormente, y con base en las condiciones socioeconómicas, culturales, contextuales de cada una de las ciudades, y en las experiencias exitosas de acercamiento a la población, cada organización convocó a los habitantes de calle a través de diferentes actividades que buscaban, en términos generales:

1. Dialogar con dicha población y sus comunidades, e informarles acerca del proyecto, los objetivos del mismo y las metodologías a utilizar.
2. Reconocer líderes pares.
3. Sensibilizar a los habitantes de calle y sus comunidades frente al tema de la salud sexual y reproductiva, especialmente frente al VIH y las pruebas diagnósticas.

Finalizado el abordaje, se establecían fechas y horas para la aplicación de la encuesta y la recolección de la muestra de sangre.

### Encuesta

Para aplicar la encuesta, cada habitante de calle concedió un consentimiento informado para participar en el estudio, en el que se consignó su firma y/o huella. Para el levantamiento de la información sobre comportamiento sexual, se empleó una encuesta estructurada en papel dirigida por un profesional capacitado para tal fin. El instrumento se elaboró a partir de las encuestas de prevalencia previamente empleadas en otros estudios realizados en Colombia, y fue adaptado al contexto de la población de estudio. Posteriormente, fue sometido a valoración por parte de los integrantes de los grupos de recolección de información y, por último, ajustado con base en los resultados de la prueba piloto. El instrumento puede detallarse en el Anexo A.

### Recolección de la muestra de sangre para la prueba diagnóstica<sup>1</sup>

Para la estimación de la prevalencia del VIH en la población habitante de calle se realizó una prueba de detección del virus con una muestra de sangre de cada uno de las participantes. Cabe recordar que para poder llevar a cabo este proceso fue imprescindible realizar **asesorías pre-prueba y post-prueba**, suministradas por profesionales y facilitadores expertos en el tema.

<sup>1</sup> Basado en Rubio y Sierra (2010), pp. 28 – 30.

Una vez concluida la asesoría pre-prueba, se obtuvo un consentimiento informado específico para la toma de la muestra de sangre (véase Consideraciones éticas) y se procedió con la recolección de algunas gotas de sangre en papel filtro provisto por el laboratorio clínico especializado. Las muestras de sangre seca fueron enviadas por correo certificado a la sede del laboratorio para su procesamiento y análisis.

## Detección de la infección por VIH

Las muestras de sangre seca en papel filtro enviadas al laboratorio clínico fueron procesadas con la técnica ELISA –ensayo inmunoenzimático para la detección de anticuerpos al VIH– y, en los casos en que fue necesaria, se realizó la prueba confirmatoria Western Blot –que tiene por principio la detección de proteínas específicas del VIH–.

## Entrega de resultados

El laboratorio clínico especializado remitió los resultados individualizados al grupo de recolección de información, que contactó a las participantes para la entrega de los resultados. Los resultados positivos tenían adjunta una carta de remisión del MSPS que facilitaba el ingreso de las mujeres al programa integral de VIH de las EPS. Los resultados entregados tuvieron su respectiva asesoría post prueba.

Ilustración 1. Algoritmo para el diagnóstico de VIH en personas habitantes de calle



# Resultados

## Prevalencia de VIH

Las medidas de resumen (promedio o media y mediana) de la prevalencia de VIH en la muestra de habitantes de calle de las cuatro ciudades de este estudio fueron respectivamente de 6,6% y 4,4%. En Barranquilla se presentó la prevalencia más alta, y Bucaramanga, por su parte, no presentó ningún caso (Tabla 2).

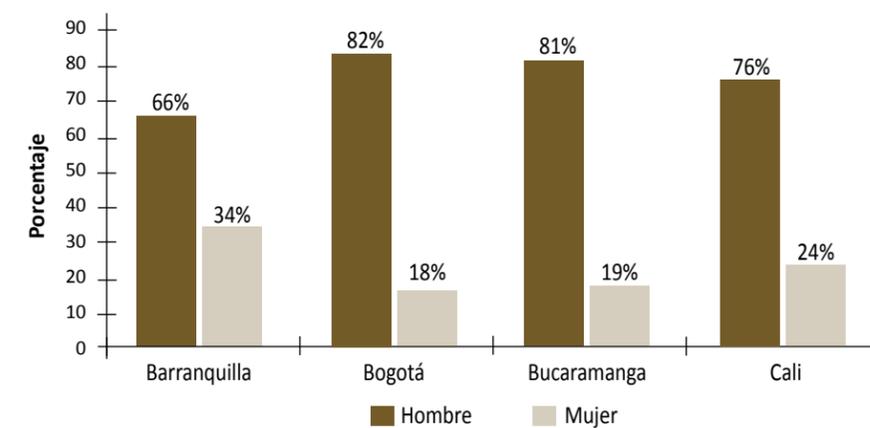
Tabla 2. Discriminación por sexo de la prevalencia de VIH en habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012

Ciudad	Hombre		Mujer		Muestra	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	15	16,5	9	19,1	24	17,4
Bogotá D.C.	9	8,1	0	0,0	9	6,6
Bucaramanga	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cali	2	1,9	1	3,1	3	2,2

## Caracterización sociodemográfica y de necesidades básicas de la población

La muestra de habitantes de calle de las cuatro ciudades en su mayoría estuvo conformada por personas del sexo masculino. Su distribución se observa en la Gráfica 1.

Gráfica 1. Distribución según el sexo de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012



El rango de edad de los participantes estuvo ente los 18 y los 86 años. El promedio y la mediana de edad –como estadísticos de resumen– para las cuatro ciudades fueron 39,4 y 36,3 años, respectivamente. Como se puede observar en la Tabla 3, la edad máxima registrada de los participantes fue diversa en las cuatro ciudades, lo que influye directamente en los estadísticos de resumen. En Cali se observa la mediana de edad más alta, mientras que en Barranquilla se encuentra la más baja. La moda se comporta de la misma manera.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos de la edad de los participantes en el estudio sobre habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Estadísticos descriptivos					
	Promedio	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Moda
Barranquilla	37,3	34	13,8	18	85	28
Bogotá D.C.	39,0	36,5	11,6	19	76	32
Bucaramanga	38,2	36	12,1	19	67	50
Cali	43,0	43	14,3	18	86	54

En relación con el lugar de nacimiento se encontró diversidad de municipios en cada una de las cuatro ciudades de estudio. En Barranquilla, las tres cuartas partes de los participantes nacieron en municipios de la costa Atlántica y el 54% nació en Barranquilla. En la ciudad de Bogotá se encontró que el 43% nació en esta ciudad. En Bucaramanga, el 71% nació en algún municipio de Santander y Norte de Santander, porcentaje que incluye el 39% que nació en Bucaramanga. En Cali se encontró que el 71% de los participantes en el estudio nació en algún municipio del Valle del Cauca, y el 47% de esta proporción nació en la capital del departamento.

En cuanto al nivel educativo, se encontró que en Bucaramanga más del 40% de los participantes manifestó no tener algún tipo de educación; en Barranquilla y Cali esta proporción fue menor al 15%, y en Bogotá fue del 4%. En Barranquilla, Bucaramanga y Cali, cerca del 45% de la muestra manifestó haber cursado niveles de primaria. En Bogotá esta proporción fue menor; sin embargo, en esta ciudad se observó la proporción más alta de participantes con estudios de secundaria. En Bucaramanga ningún participante manifestó haber cursado niveles superiores de educación (técnica, tecnológica, universitaria), mientras que en las tres ciudades restantes la proporción acumulada de estos tres niveles fue menor al 10%. En Bogotá y Cali la proporción de mujeres que alcanzó niveles de primaria fue significativamente mayor a la de hombres; en contraste, la proporción de hombres con cursos de secundaria fue significativamente mayor que la de mujeres en la ciudad de Cali ( $p < 0,05$  con base en prueba de comparación de proporciones). Se excluyó del análisis la categoría *post-grado* como respuesta, debido a que no se encontraron registros correspondientes a este nivel (Tabla 4).

**Tabla 4. Discriminación por sexo del nivel educativo de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Nivel educativo	Hombre		Mujer		Total	
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Ninguno	6	6,6	5	10,6	11	8,0
	Pre-escolar	3	3,3	3	6,4	6	4,3
	Primaria	43	47,3	18	38,3	61	44,2
	Secundaria	32	35,2	19	40,4	51	37,0
	Técnico	2	2,2	1	2,1	3	2,2
	Universitario	5	5,5	1	2,1	6	4,3
Bogotá	Ninguno	6	5,4	0	0,0	6	4,4
	Pre-escolar	5	4,5	1	4,0	6	4,4
	Primaria	32	28,8	15	60,0	47	34,6
	Secundaria	57	51,4	9	36,0	66	48,5
	Técnico	6	5,4	0	0,0	6	4,4
	Tecnológico	1	0,9	0	0,0	1	0,7
	Universitario	4	3,6	0	0,0	4	2,9
Bucaramanga	Ninguno	32	40,5	9	50,0	41	42,3
	Primaria	35	44,3	8	44,4	43	44,3
	Secundaria	12	15,2	1	5,6	13	13,4
Cali	Ninguno	13	12,6	4	12,5	17	12,6
	Primaria	36	35,0	26	81,3	62	45,9
	Secundaria	43	41,7	1	3,1	44	32,6
	Técnico	9	8,7	1	3,1	10	7,4
	Tecnológico	1	1,0	0	0,0	1	0,7
	Universitario	1	1,0	0	0,0	1	0,7

Uno de los factores a los que muchas veces se resta importancia pero que resulta determinante en numerosos patrones de comportamiento –sean protectores o de riesgo– es la situación sentimental y las relaciones afectivas. Algunos habitantes de calle pueden presentar cierta inestabilidad en su ciclo vital con respecto a sus relaciones, mientras que otros deciden dejar a un lado este tema, lo que concuerda con los resultados encontrados, ya que más de la mitad de los participantes manifestó ser soltero(a). Sin embargo, como se observa en la Tabla 5 todas las ciudades presentaron proporciones diferentes para todas las categorías de estado civil, y no todas las categorías presentaron casos.

**Tabla 5. Discriminación por sexo del estado civil de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Estado civil	Hombre		Mujer		Muestra	
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Soltera(o)	66	72,5	20	43,5	86	62,8
	Casada(o)	7	7,7	1	2,2	8	5,8
	Unión libre	14	15,4	20	43,5	34	24,8
	Separada(o)/Divorciada(o)	3	3,3	3	6,5	6	4,4
	Viuda(o)	1	1,1	2	4,3	3	2,2
Bogotá	Soltera(o)	64	58,2	14	56,0	78	57,8
	Unión libre	25	22,7	9	36,0	34	25,2
	Separada(o)/Divorciada(o)	20	18,2	0	0,0	20	14,8
	Viuda(o)	1	0,9	2	8,0	3	2,2
Bucaramanga	Soltera(o)	64	81,0	16	88,9	80	82,5
	Casada(o)	2	2,5	0	0,0	2	2,1
	Unión libre	12	15,2	2	11,1	14	14,4
	Separada(o)/Divorciada(o)	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Cali	Soltera(o)	77	75,5	14	43,8	91	67,9
	Casada(o)	2	2,0	1	3,1	3	2,2
	Unión libre	7	6,9	15	46,9	22	16,4
	Separada(o)/Divorciada(o)	15	14,7	2	6,3	17	12,7
	Viuda(o)	1	1,0	0	0,0	1	0,7

Al indagar con los participantes su tiempo de permanencia como habitantes de calle a lo largo de su vida, se obtuvo que menos del 1% de los participantes de las cuatro ciudades llevaba menos de un mes viviendo en la calle, y menos del 10% de los participantes de Barranquilla, Bucaramanga y Cali llevaba menos de un año viviendo en la calle; en Bogotá esta proporción fue del 13%. Por lo tanto, más del 85% de la muestra llevaba viviendo en la calle más de un año. En promedio esta habitabilidad fue de 12 años y la mediana del tiempo en la calle en las cuatro ciudades fue 10 años. En Barranquilla, Bucaramanga y Cali el tiempo máximo encontrado fue menor o igual a 50 años, mientras que en Bogotá un participante manifestó haber habitado en la calle durante 72 años (Tabla 6).

**Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los años de habitabilidad en calle de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Estadísticos descriptivos					
	Promedio	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Moda
Barranquilla	9,3	8	7,7	1	45	2
Bogotá D.C.	14,1	10	13,1	1	72	10
Bucaramanga	14,0	12	10,6	1	42	32
Cali	12,7	10	11	1	50	10

La razón principal por la cual cerca de la mitad de los participantes del estudio vive en la calle fue por adicción al alcohol o a otras sustancias psicoactivas; en segunda instancia se encontró el maltrato o violencia intrafamiliar, y el tercer motivo por el cual vivían en la calle fue la pérdida de contacto con la familia. Es importante resaltar que las razones para vivir en la calle no son excluyentes. Por tanto, como se observa en la siguiente tabla, en la ciudad de Bucaramanga el 51,5% manifestó maltrato o violencia intrafamiliar y el mismo 51,5% manifestó como causa para vivir en la calle el aburrimiento en la casa. A continuación se puede observar la distribución relativa de los motivos por los cuales los participantes de cada ciudad viven en la calle.

**Tabla 7. Distribución porcentual de las razones por las cuales la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia vive en la calle, 2012**

Razones para vivir en la calle	Barranquilla		Bogotá D.C.		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Adicción al alcohol o a otras sustancias psicoactivas	60	43,5	48	35,3	58	59,8	75	55,1
Maltrato o violencia intrafamiliar	17	12,3	41	30,1	50	51,5	39	28,7
Pérdida de contacto con la familia	27	19,6	19	14,0	37	38,1	22	16,2
Aburrimiento en la casa	16	11,6	14	10,3	50	51,5	21	15,4
Por tener aventuras o experiencias nuevas	19	13,8	12	8,8	21	21,6	8	5,9
Problemas económicos	11	8,0	17	12,5	24	24,7	12	8,8
Influencia de las amistades	12	8,7	15	11,0	29	29,9	12	8,8
Otra	5	3,6	21	15,4	1	1,0	16	11,8
Desplazamiento forzado desde otra región	6	4,3	7	5,1	6	6,2	1	0,7
Condición de huérfano	3	2,2	10	7,4	3	3,1	8	5,9
Violencia o amenaza en el barrio	8	5,8	6	4,4	4	4,1	3	2,2
Lo obligaron	2	1,4	2	1,5	0	0,0	1	0,7



Al indagar sobre los motivos por los cuales a los participantes les gusta vivir en la calle, se encuentra que más de la mitad de los habitantes de calle de la muestra manifestó "La libertad de hacer lo que quiera", mientras que menos del 40% asoció el gusto por vivir en la calle con el consumo de sustancias psicoactivas. Cabe mencionar que en Cali la proporción de personas que manifestó "otro" motivo –la cual generalmente correspondió a participantes a los cuales no les gusta nada de vivir en la calle– se encontró levemente superior al 30%; en Bogotá esta proporción fue cercana al 19%, mientras que en Bucaramanga y Barranquilla la proporción de personas que manifestaron que no les gusta nada de vivir en la calle fue menor al 5%.

**Tabla 8. Distribución porcentual de las razones por las cuales a la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia le gusta vivir en la calle, 2012**

Motivos por los cuales le gusta vivir en la calle	Barranquilla		Bogotá D.C.		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
La libertad de hacer lo que quiera y cuando quiera	62	44,9	80	58,8	72	74,2	73	53,7
El consumo de sustancias psicoactivas	68	49,3	36	26,5	66	68,0	31	22,8
Ganar dinero	27	19,6	23	16,9	42	43,3	14	10,3
Otro	7	5,1	32	23,5	4	4,1	43	31,6
Las amistades o relaciones interpersonales	7	5,1	22	16,2	26	26,8	16	11,8
Estar cuidado o protegido por otra(s) persona(s)	11	8,0	7	5,1	2	2,1	5	3,7

Los modos de interacción con las demás personas, así como otros factores (patrones de comportamiento), están mediados por el contexto en el que cotidianamente se desenvuelven los habitantes de calle. En este estudio se encontró una amplia variabilidad entre las cuatro ciudades con respecto al lugar en donde los habitantes de calle suelen permanecer durante el día: en Barranquilla y Cali, el lugar más referenciado de permanencia diurna fueron los sitios de concentración de habitantes de calle, los cuales se definieron como aquellos lugares que son identificados en la ciudad como de alta confluencia de este grupo de población, distintos a hogares de paso o lugares de acogida. Para Bogotá y Bucaramanga, el sitio más reportado como de permanencia diurna fue la vía pública o a la intemperie, el cual se definió como cualquier lugar público abierto, fuera de edificaciones y ubicado en cualquier punto de la ciudad, distinto de sitios de alta confluencia de habitantes de calle. Los botaderos de basura y los ductos o 'caños' de aguas lluvias fueron los lugares de menor frecuencia con respecto a esta variable.

**Tabla 9. Distribución porcentual de los lugares de permanencia diurna de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Lugares donde permanece durante el día	Barranquilla		Bogotá D.C.		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Vía pública o a la intemperie	17	12,3	102	75,0	66	68,0	49	36,0
Sitios de concentración de habitantes de calle	61	44,2	20	14,7	1	1,0	75	55,1
Parque público	16	11,6	24	17,6	48	49,5	35	25,7
Otro	42	30,4	15	11,0	53	54,6	10	7,4
Hogar de paso o centro de acogida	21	15,2	31	22,8	0	0,0	45	33,1
Centro de reciclaje	11	8,0	8	5,9	3	3,1	8	5,9
Debajo de un puente o en un cambuche	0	0,0	14	10,3	1	1,0	9	6,6
Botadero de basuras	0	0,0	5	3,7	0	0,0	2	1,5
Alcantarilla o ducto de aguas lluvias ("caño")	0	0,0	5	3,7	0	0,0	0	0,0

En complemento, al indagar con los participantes acerca del lugar en donde suelen permanecer en la noche, las respuestas no variaron mucho con respecto al ítem anterior. Los lugares públicos abiertos fueron los de mayor permanencia para Bogotá y Bucaramanga, mientras que en Barranquilla y Cali fueron los sitios de concentración de habitantes de calle. Llama la atención que en Bucaramanga ningún habitante de calle reportó los hogares de paso como lugar de permanencia nocturna, mientras que en Barranquilla esta proporción fue del 15%, y en Bogotá y Cali la proporción fue casi del 40%.

**Tabla 10. Distribución porcentual de los lugares de permanencia nocturna de la muestra de habitantes de la calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Lugares donde permanece durante la noche	Barranquilla		Bogotá D.C.		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Vía pública o a la intemperie	11	8,0	99	72,8	60	61,9	35	25,7
Sitios de concentración de habitantes de calle	72	52,2	24	17,6	2	2,1	61	44,9
Otro	38	27,5	22	16,2	41	42,3	39	28,7
Hogar de paso o centro de acogida	21	15,2	53	39,0	0	0,0	52	38,2
Parque público	16	11,6	27	19,9	41	42,3	31	22,8
Debajo de un puente o en un cambuche	5	3,6	16	11,8	2	2,1	33	24,3
Centro de reciclaje	4	2,9	3	2,2	2	2,1	0	0,0
Botadero de basuras	0	0,0	3	2,2	0	0,0	1	0,7
Alcantarilla o ducto de aguas lluvias ("caño")	0	0,0	6	4,4	0	0,0	0	0,0

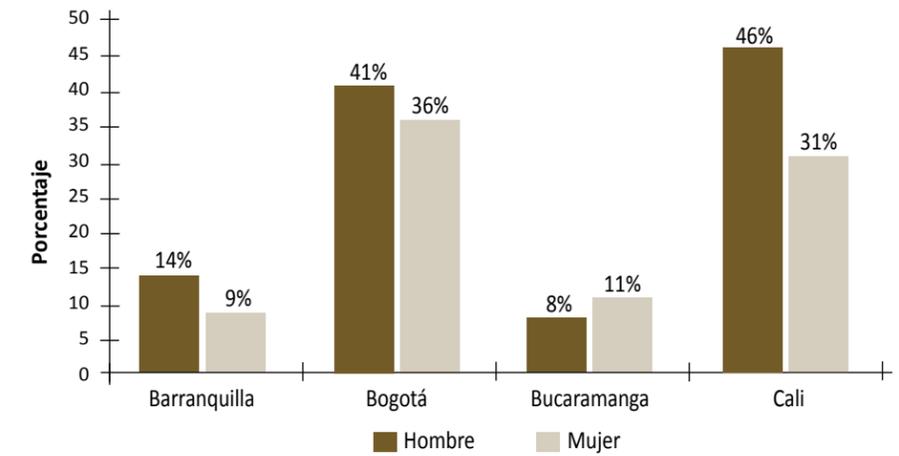
Los habitantes de calle reportaron diferentes maneras de subsistir, conseguir alimentos y suplir sus necesidades básicas. En general, se encontró en primer lugar el reciclaje y en el segundo las ventas ambulantes; la mendicidad —pedir limosna— fue el tercer medio de subsistencia. Cabe anotar que en Bucaramanga el 80% de los habitantes de la calle participantes manifestaron subsistir pidiendo limosna, mientras que en Barranquilla y Cali esta proporción fue menor al 20%. Dentro de la categoría 'otro' se encontró que menos del 6% manifestó obtener dinero por medio del hurto y otras actividades ilícitas —como la venta de sustancias psicoactivas—, y el 3% —en promedio— ejercía el trabajo sexual. Dentro de la categoría *otras actividades* también se encontró el 'rebusque', definido como cualquier acción lícita homologable a un trabajo de duración transitoria —tal como la vigilancia de carros en parqueaderos, ayudar a las personas con diligencias u otras acciones—.

**Tabla 11. Distribución porcentual de los medios por los cuales la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia consigue dinero, alimentos y/o los medios de supervivencia, 2012**

Medios de supervivencia	Barranquilla		Bogotá D.C.		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Reciclaje	59	42,8	58	42,6	50	51,5	36	26,5
Ventas ambulantes	32	23,2	41	30,1	37	38,1	47	34,6
Pidiendo limosna o mendigando	23	16,7	44	32,4	78	80,4	25	18,4
Otro	32	23,2	27	19,9	5	5,2	40	29,4
Limpiando parabrisas o cuidando carros	2	1,4	19	14,0	18	18,6	9	6,6
Cargando, bulteando o carretilleando	8	5,8	13	9,6	8	8,2	11	8,1
Por cuenta de sus vecinos	3	2,2	6	4,4	12	12,4	12	8,8
A través de alguna institución	0	0,0	10	7,4	6	6,2	7	5,1
A través de las iglesias	2	1,4	4	2,9	3	3,1	2	1,5
Cantando o haciendo malabares	1	0,7	4	2,9	0	0,0	2	1,5

Uno de los aspectos de mayor preocupación, inherente a la condición de habitabilidad de calle, es la seguridad alimentaria y nutricional, considerada además como un factor de riesgo para el estado de salud de las personas en relación con su contexto de vida. Bogotá y Cali son las ciudades en las que los habitantes de calle reportaron, en una proporción superior al 40%, haber pasado al menos un día durante la semana anterior a la realización de la encuesta sin haber ingerido algún alimento; en Barranquilla y Bucaramanga la proporción en esta variable fue inferior al 12%. En ninguna de las ciudades se evidenciaron diferencias significativas con respecto al sexo (Gráfica 2).

**Gráfica 2. Discriminación por sexo del porcentaje de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que durante la última semana no ingirió alimentos en uno o más días, 2012**



## Situación de salud y acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En la encuesta a los habitantes de calle se incluyeron preguntas sobre ciertas situaciones relacionadas con su estado de salud, así como con el estatus de afiliación y acceso a los servicios de salud.

Al explorar sobre situaciones de salud durante los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta, se encontró que en Barranquilla los habitantes de calle participantes en este estudio reportaron en menor proporción haber tenido algún problema de salud, malestar o dolor físico, mientras que Bucaramanga fue la ciudad en la que se encontró el reporte más alto; en Cali y Bogotá estuvo alrededor del 50%. Aunque en cada ciudad la proporción de reporte de alguna situación de salud es diversa, cabe anotar que en Barranquilla el 5% reportó alguna lesión causada por accidente y/o violencia, y que en las otras ciudades más del 20% de los participantes reportó este tipo de situación. El hecho menos frecuente para todas las ciudades es la intoxicación o envenenamiento, sea por causa externa o autoinfligida. No obstante, en Bogotá y Cali la proporción de participantes que reportó esta situación de salud fue mayor al 10%. Llama la atención que más de la quinta parte de los participantes en todas las ciudades reportaron síntomas de tos frecuente —con o sin expectoración— con duración mayor a 30 días, lo cual puede considerarse como un signo subjetivo de alarma frente a diagnósticos tales como tuberculosis, infecciones respiratorias u otras enfermedades crónicas. También vale la pena resaltar que aquellas situaciones catalogadas bajo el concepto de “problemas mentales, emocionales o de los nervios” fueron manifestadas por una cuarta parte de los participantes, con excepción de Barranquilla (Tabla 12).



**Tabla 12. Discriminación por sexo de las situaciones de salud presentadas por la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia durante los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Ciudad	Situación de salud	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer		n	Porcentaje
		n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Barranquilla	Alguna lesión causada por accidente o violencia	5	5,5	2	4,3	7	5,1
	Alguna intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros	1	1,1	2	4,3	3	2,2
	Algún problema mental, emocional o de los nervios	3	3,3	2	4,3	5	3,6
	Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	9	9,9	5	10,6	14	10,1
	Tos frecuente, con o sin expectoración, por más de 30 días	18	19,8	10	21,3	28	20,3
Bogotá D.C.	Alguna lesión causada por accidente o violencia	22	19,8	9	36,0	31	22,5
	Alguna intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros	16	14,4	7	28,0	23	16,9
	Algún problema mental, emocional o de los nervios	26	23,4	8	32,0	34	25,0
	Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	49	44,1	13	52,0	62	45,6
	Tos frecuente, con o sin expectoración, por más de 30 días	25	22,5	8	32,0	33	24,3
Bucaramanga	Alguna lesión causada por accidente o violencia	16	20,3	5	27,8	21	21,6
	Alguna intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros	5	6,3	0	0,0	5	5,2
	Algún problema mental, emocional o de los nervios	19	24,1	4	22,2	23	23,7
	Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	59	74,7	11	61,1	70	72,2
	Tos frecuente, con o sin expectoración, por más de 30 días	25	31,6	9	50,0	34	35,1
Cali	Alguna lesión causada por accidente o violencia	29	27,9	10	31,3	39	28,7
	Alguna intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros	13	12,5	6	18,8	19	14,0
	Algún problema mental, emocional o de los nervios	28	26,9	16	50,0	44	32,4
	Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	50	48,1	19	59,4	69	50,7
	Tos frecuente, con o sin expectoración, por más de 30 días	30	28,8	12	37,5	42	30,9

Además de indagar sobre los inconvenientes de salud que reportaron los participantes en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta, se preguntó sobre la acción tomada la última vez que tuvo alguna eventualidad de salud, y se encontró que en todas las ciudades los habitantes de la calle toman una medida diferente frente a estos casos. En Barranquilla, una proporción alta acude a los hospitales o centros de salud que forman parte de la red pública, y en Bogotá y Cali cerca de la mitad de participantes acude a estos sitios; en contraste, en Bucaramanga buscan la ayuda de un familiar o amigo. Es interesante ver que en Barranquilla y Bucaramanga —las ciudades más pequeñas— ningún participante refirió no haber hecho nada frente a su situación de salud, mientras que en Bogotá y Cali una cuarta parte de la muestra manifestó no haber realizado nada frente a la última vez que tuvo una situación de salud. En Barranquilla ningún participante manifestó acudir a un hogar de paso o sitios de acogida de habitantes de calle, mientras que en Cali el 20% de la muestra manifestó asistir a los hogares de paso para resolver una situación de salud (Tabla 13).

Frente a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, más de la mitad de los participantes de Barranquilla y Bucaramanga manifestaron no tener tipo alguno de vinculación con alguno de los regímenes de afiliación, y en Bogotá y Cali la proporción de habitantes de calle con esta condición fue un poco mayor al 30%. En segunda instancia —y en la primera para el caso de Cali, con el 60%—, una proporción importante corresponde a la vinculación a través del régimen subsidiado. Otros participantes refieren tener acceso a los servicios de salud a través de un documento expedido por las autoridades municipales o departamentales denominado "Carta de habitante de calle", el cual es un garante —hasta cierto punto— de derechos fundamentales (Tabla 14).



**Tabla 13. Discriminación por sexo de acciones tomadas por la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia frente a la última situación de salud, 2012**

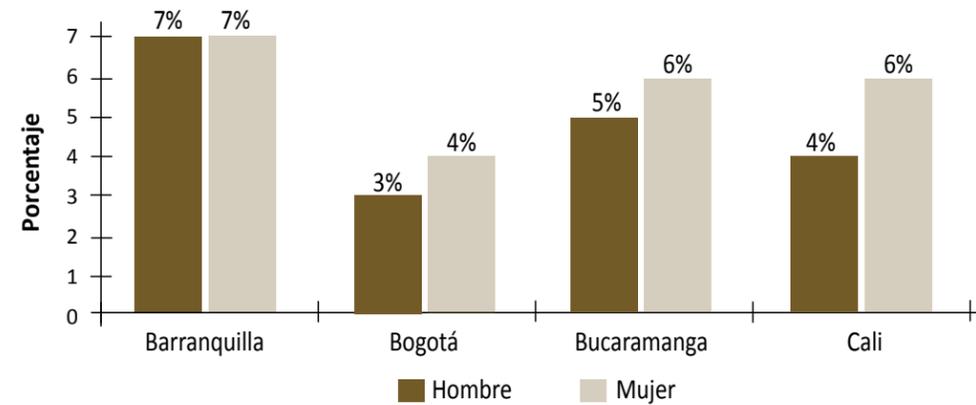
Acción tomada frente a situaciones de salud		Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Hospital o clínica del gobierno	61	73,5	34	79,1	95	75,4
	Hogar de paso o institución de apoyo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Centro o puesto de salud del gobierno	2	2,4	2	4,7	4	3,2
	Ayuda familiar o de un amigo (remedio casero)	10	12,0	3	7,0	13	10,3
	Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)	8	9,6	3	7,0	11	8,7
	Sitio de curandero, tegua o similar	2	2,4	1	2,3	3	2,4
	No recurrió a algún sitio o institución	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bogotá D.C.	Hospital o clínica del gobierno	41	39,4	11	47,8	52	40,9
	Hogar de paso o institución de apoyo	8	7,7	5	21,7	13	10,2
	Centro o puesto de salud del gobierno	6	5,8	2	8,7	8	6,3
	Ayuda familiar o de un amigo (remedio casero)	17	16,3	2	8,7	19	15,0
	Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)	3	2,9	1	4,3	4	3,1
	Sitio de curandero, tegua o similar	1	1,0	0	0,0	1	0,8
	No recurrió a algún sitio o institución	28	26,9	2	8,7	30	23,6
Bucaramanga	Hospital o clínica del gobierno	12	15,2	2	11,1	14	14,4
	Hogar de paso o institución de apoyo	10	12,7	4	22,2	14	14,4
	Centro o puesto de salud del gobierno	6	7,6	0	0,0	6	6,2
	Ayuda familiar o de un amigo (remedio casero)	44	55,7	8	44,4	52	53,6
	Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Sitio de curandero, tegua o similar	7	8,9	4	22,2	11	11,3
	No recurrió a algún sitio o institución	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cali	Hospital o clínica del gobierno	16	15,5	13	40,6	29	21,5
	Hogar de paso o institución de apoyo	23	22,3	4	12,5	27	20,0
	Centro o puesto de salud del gobierno	24	23,3	7	21,9	31	23,0
	Ayuda familiar o de un amigo (remedio casero)	8	7,8	0	0,0	8	5,9
	Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)	1	1,0	2	6,3	3	2,2
	Sitio de curandero, tegua o similar	2	1,9	2	6,3	4	3,0
	No recurrió a algún sitio o institución	29	28,2	4	12,5	33	24,4

**Tabla 14. Discriminación por sexo de la vinculación de una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2012**

Vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud		Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	2	2,2	2	4,3	4	2,9
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)	30	33,0	14	29,8	44	31,9
	Otro	1	1,1	0	0,0	1	0,7
	Sin información	9	9,9	2	4,3	11	8,0
	No recibe atención en salud	49	53,8	29	61,7	78	56,5
Bogotá	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	7	6,3	1	4,0	8	5,9
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)	30	27,0	9	36,0	39	28,7
	Otro	32	28,8	10	40,0	42	30,9
	Sin información	2	1,8	0	0,0	2	1,5
	No recibe atención en salud	40	36,0	5	20,0	45	33,1
Bucaramanga	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	2	2,5	1	5,6	3	3,1
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)	20	25,3	5	27,8	25	25,8
	Otro	15	19,0	2	11,1	17	17,5
	No recibe atención en salud	42	53,2	10	55,6	52	53,6
Cali	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	5	4,8	0	0,0	5	3,7
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)	58	55,8	24	75,0	82	60,3
	Otro	0	0,0	1	3,1	1	0,7
	No recibe atención en salud	41	39,4	7	21,9	48	35,3

Tal como se mencionó en la primera parte de este documento, uno de los principales determinantes de enfermedades infecciosas en los habitantes de calle es su propia condición de permanencia en calle y las dificultades de acceso a los servicios de salud; por tanto, en este estudio se consideró importante registrar los antecedentes de diagnóstico de tuberculosis en dicho grupo de población. Como se detalla en la Gráfica 3, menos del 5% de los participantes —excepto en Barranquilla, donde se encontró una proporción del 6.8%— manifestó que alguna vez le hayan diagnosticado tuberculosis. De los participantes que reportaron haber sido diagnosticados con tuberculosis, tres personas (uno de cada ciudad, excepto en Cali) expresaron no haber recibido el tratamiento completo para esta infección.

**Gráfica 3. Discriminación por sexo de los antecedentes de diagnóstico de tuberculosis en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**



## Salud sexual y reproductiva: conocimientos, actitudes y prácticas

### Historia sexual

La edad promedio de inicio de la vida sexual en los habitantes de calle participantes de este estudio fue de 14 años, la mínima fue de 5 años y la máxima de 28 años (Tabla 15). Es importante resaltar que en todas las ciudades la frecuencia acumulada de participantes que manifestaron haber tenido la primera relación sexual antes de los 14 años fue superior al 50%, lo cual es considerado por la legislación colombiana como abuso sexual al menor.

**Tabla 15. Estadísticos descriptivos de la edad de inicio de las relaciones sexuales en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Estadísticos descriptivos					
	Promedio	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Moda
Barranquilla	14,4	14	2,8	6	27	13
Bogotá D.C.	14,3	14	3,3	5	28	15
Bucaramanga	14,2	14	2,7	8	21	14
Cali	14,1	14	3	6	20	15

Como se sabe, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tienen factores adicionales de vulnerabilidad, razón por la cual se indagó acerca de la orientación sexual. Se encontró que en todas las ciudades la mayor proporción de los participantes reportaron ser heterosexuales; sin embargo, a diferencia de las otras tres ciudades, en

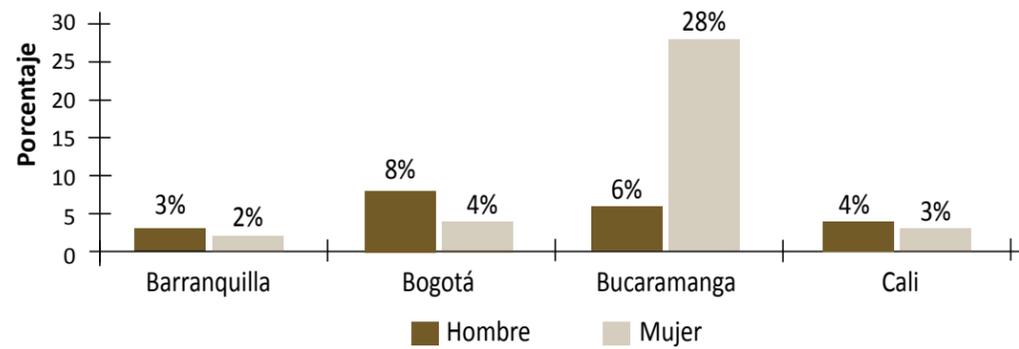
Bogotá esta proporción no fue superior al 80% y, tal como se puede ver en la Tabla 16, en esta ciudad, las categorías homosexual y bisexual registraron proporciones mayores al 10%, situación diferente a la observada en las tres ciudades restantes, en donde estas categorías tuvieron menos del 5%.

**Tabla 16. Discriminación por sexo de la orientación sexual de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Orientación sexual	Sexo de nacimiento				Total		
	Hombre		Mujer		n	Porcentaje	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje			
Barranquilla	Homosexual	3	3,3	1	2,1	4	2,9
	Heterosexual	80	87,9	42	89,4	122	88,4
	Bisexual	6	6,6	3	6,4	9	6,5
	Otro	2	2,2	1	2,1	3	2,2
Bogotá D.C.	Homosexual	14	12,6	1	4,0	15	11,0
	Heterosexual	85	76,6	20	80,0	105	77,2
	Bisexual	10	9,0	4	16,0	14	10,3
	Otro	2	1,8	0	0,0	2	1,5
Bucaramanga	Homosexual	1	1,3	0	0,0	1	1,0
	Heterosexual	77	97,5	18	100,0	95	97,9
	Bisexual	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Cali	Homosexual	4	3,8	1	3,1	5	3,7
	Heterosexual	94	90,4	31	96,9	125	91,9
	Bisexual	6	5,8	0	0,0	6	4,4

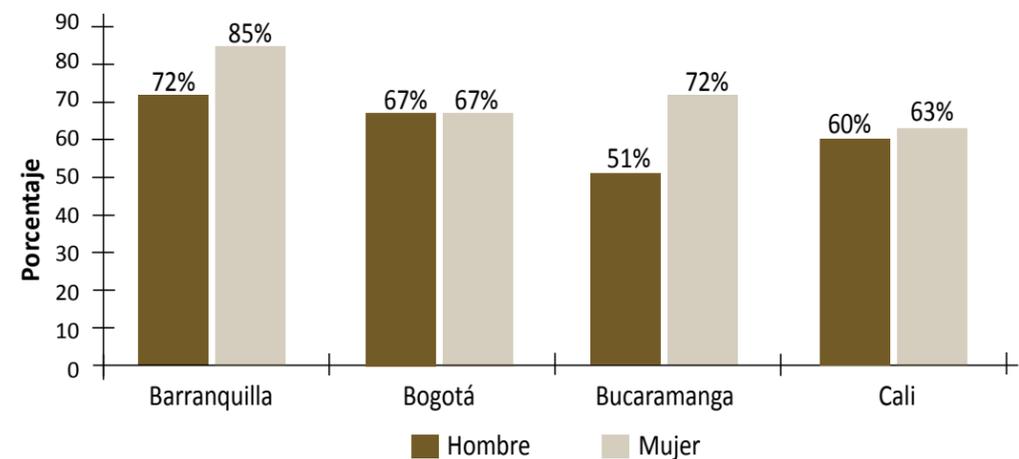
En consonancia con la sección que indagaba acerca de la primera relación sexual, se exploró sobre el uso del condón en tal ocasión y se encontró muy baja proporción de uso en todas las ciudades, dentro de las que la ciudad de Bucaramanga obtuvo la proporción más alta, con un 10%. Como se puede ver en la Gráfica 4, en esta ciudad se registraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, pues cerca del 30% de las mujeres manifestó haber usado el condón en la primera relación sexual (valor de  $p=0,0231$ , prueba de comparación de proporciones).

**Gráfica 4. Discriminación por sexo del porcentaje de uso de condón en la primera relación sexual en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**



Al inquirir sobre las relaciones sexuales penetrativas —entendidas como cualquier forma de contacto genital pene-vagina, pene-boca o pene-ano—, se incluyó en la encuesta una variable referida a estas relaciones en los tres meses anteriores a la aplicación de esta. Los resultados muestran que las proporciones de participantes que sostuvieron relaciones sexuales en este periodo de tiempo se encontraron entre el 50% y el 80%. En ninguna ciudad se encontraron diferencias significativas entre las proporciones de cada sexo (Gráfica 5).

**Gráfica 5. Discriminación por sexo del porcentaje de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que manifestó tener relaciones sexuales penetrativas en los últimos tres meses, 2012**



Al analizar las respuestas registradas en el ítem que indagaba acerca del número de compañeros sexuales de los habitantes de calle durante los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, se encontraron valores atípicos en cada ciudad, los cuales fueron recortados de la muestra con el fin de minimizar el sesgo inherente a las respuestas en el momento de calcular los estadísticos respectivos. El número promedio y la mediana de compañeros sexuales en dicho periodo de tiempo fueron 4 y 2 compañeros, respectivamente. En Bogotá, Bucaramanga y Cali, el número de compañeros con mayor frecuencia —la moda— fue de un compañero sexual, mientras que en Barranquilla la moda fue de dos compañeros sexuales.

**Tabla 17. Estadísticos descriptivos del número de compañeros sexuales de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia durante los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Ciudad	Estadísticos descriptivos					
	Promedio	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo*	Moda
Barranquilla	2,8	2	2,1	1	10	2
Bogotá D.C.	4,5	3	4,7	1	21	1
Bucaramanga	4,4	2,5	5,3	1	20	1
Cali	4,8	2	7,1	1	35	1

\* Este valor corresponde al valor máximo una vez recortados de la muestra de cada ciudad los valores más altos, correspondientes al 5%.

### Uso y actitudes frente al condón

El uso del condón es uno de los factores transversales al momento de analizar los determinantes individuales y sociales de la infección por VIH y otras ITS en los habitantes de calle. Por esta razón, se interrogó a los participantes sobre antecedentes de uso en la vida, porte y adquisición de condones. Las respuestas reflejan que la proporción de uso del condón fue de magnitud intermedia para todas las ciudades. Bogotá fue la ciudad que reflejó un mayor uso del mismo “alguna vez en la vida”, aunque los participantes de Cali —que previamente manifestaron el uso del condón alguna vez en la vida— fueron quienes reportaron un mayor porte de condones (Tabla 18).

**Tabla 18. Discriminación por sexo de antecedentes de uso y porte de condones en la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Uso y porte de condón		Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Uso de condón alguna vez	43	47,8	23	48,9	66	48,5
	Porta condón consigo	19	44,2	8	34,8	27	40,9
Bogotá D.C.	Uso de condón alguna vez	73	67,6	10	41,7	83	62,9
	Porta condón consigo	31	42,5	3	30,0	34	41,0
Bucaramanga	Uso de condón alguna vez	43	54,4	9	50,0	52	53,6
	Porta condón consigo	15	34,9	3	33,3	18	34,6
Cali	Uso de condón alguna vez	54	52,4	16	50,0	70	51,9
	Porta condón consigo	28	51,9	8	50,0	36	51,4

En cuanto a la forma de adquisición de los condones, se encontró que en las cuatro ciudades fue diversa. En Bogotá y Cali, alrededor del 50% de los participantes que expresaron haber usado alguna vez en la vida un condón, mencionaron haberlos comprado, mientras que en Barranquilla y Bucaramanga los participantes lo hicieron a través de fundaciones u otras organizaciones. En las cuatro ciudades la proporción más baja corresponde a la consecución de condones a través de las entidades de salud —e incluso fue, para los casos de Bucaramanga y Cali, una categoría sin respuesta— (Tabla 19).

En relación con la frecuencia de uso del condón durante los tres meses anteriores a la fecha de aplicación de la encuesta según el tipo de relaciones sexuales, se observó que la mayoría de participantes manifestó "nunca" usar el condón durante los tres tipos de relaciones sexuales —orales, anales y vaginales—, dentro de las que las prácticas orales presentaron proporciones entre cerca del 50% y el 80%. En las relaciones sexuales vaginales, las proporciones de "nunca usar el condón" oscilaron entre el 40% y el 55%, y en las anales este rango estuvo entre el 35% y el 45%. De ahí que menos del 15% de los participantes de las cuatro ciudades manifestó usar el condón "siempre" durante las relaciones sexuales *anales*. En las relaciones sexuales vaginales la categoría "siempre" obtuvo proporciones entre el 10% y el 17%, y en las relaciones orales la proporción de participantes que manifestó usar el condón siempre fue menor al 12%. En la ciudad de Cali se encontró que para los tres tipos de relaciones las proporciones más altas están en la categoría "nunca" usar el condón. En concordancia con ello, en esta ciudad la categoría "siempre uso condón" en los tres tipos de relaciones sexuales fue menor o igual al 10%. De otra parte, como se observa en la Tabla 20, las proporciones de participantes que manifestaron no practicar el sexo anal estuvieron alrededor del 30%, aunque en Bucaramanga esta fue del 13%. En relación con el sexo vaginal y oral, con excepción de Bogotá, menos del 10% manifestó no practicar este tipo de relaciones sexuales. En el Anexo B se pueden observar las frecuencias relativas según el sexo de los participantes.

**Tabla 19. Discriminación por sexo de las principales formas de adquisición de condones en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Forma de adquirir condones	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Los compra	15	34,9	10	43,5	25	37,9
	La pareja es quien los consigue	3	7,0	4	17,4	7	10,6
	La entidad de salud se los suministra	1	2,3	1	4,3	2	3,0
	Un amigo o familiar se los regala	4	9,3	3	13,0	7	10,6
	Por medio de organizaciones, fundaciones o asociaciones	22	51,2	5	21,7	27	40,9
	Otro	3	7,0	1	4,3	4	6,1
Bogotá D.C.	Los compra	36	49,3	2	20,0	38	45,8
	La pareja es quien los consigue	7	9,6	0	0,0	7	8,4
	La entidad de salud se los suministra	4	5,5	0	0,0	4	4,8
	Un amigo o familiar se los regala	2	2,7	0	0,0	2	2,4
	Por medio de organizaciones, fundaciones o asociaciones	22	30,1	6	60,0	28	33,7
	Otro	4	5,5	2	20,0	6	7,2
Bucaramanga	Los compra	6	14,0	1	11,1	7	13,5
	La pareja es quien los consigue	1	2,3	0	0,0	1	1,9
	La entidad de salud se los suministra	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Un amigo o familiar se los regala	1	2,3	0	0,0	1	1,9
	Por medio de organizaciones, fundaciones o asociaciones	34	79,1	8	88,9	42	80,8
	Otro	1	2,3	0	0,0	1	1,9
Cali	Los compra	32	59,3	6	37,5	38	54,3
	La pareja es quien los consigue	2	3,7	7	43,8	9	12,9
	La entidad de salud se los suministra	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Un amigo o familiar se los regala	3	5,6	0	0,0	3	4,3
	Por medio de organizaciones, fundaciones o asociaciones	17	31,5	4	25,0	21	30,0
	Otro	4	7,4	0	0,0	4	5,7



**Tabla 20. Discriminación por sexo de la frecuencia de uso del condón por parte de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia durante las relaciones sexuales en los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

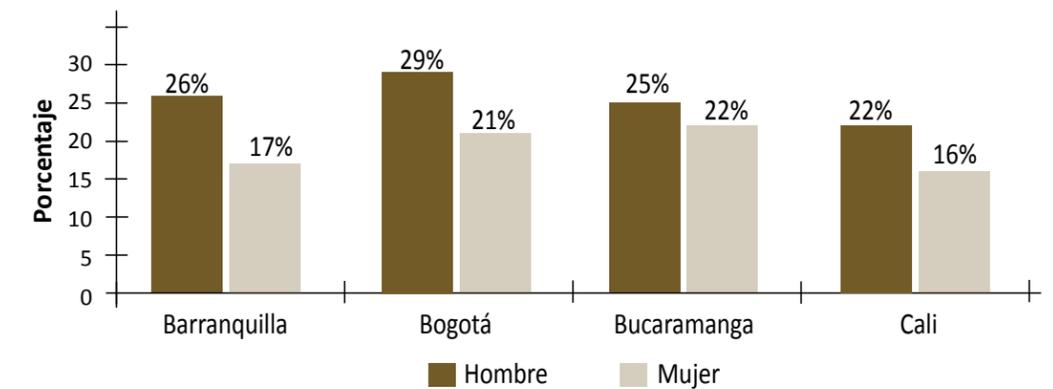
Ciudad	Tipo de relaciones sexuales	Orales		Anales		Vaginales	
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Siempre	15	11,0	16	11,8	20	14,7
	Algunas veces	24	17,6	35	25,7	45	33,1
	Nunca	93	68,4	50	36,8	69	50,7
	No las practico	4	2,9	35	25,7	2	1,5
Bogotá	Siempre	10	7,5	15	11,2	21	15,8
	Algunas veces	16	11,9	16	11,9	36	27,1
	Nunca	74	55,2	60	44,8	60	45,1
	No las practico	34	25,4	43	32,1	16	12,0
Bucaramanga	Siempre	6	6,2	14	14,4	16	16,5
	Algunas veces	42	43,3	28	28,9	37	38,1
	Nunca	46	47,4	42	43,3	42	43,3
	No las practico	3	3,1	13	13,4	2	2,1
Cali	Siempre	7	5,1	10	7,4	14	10,3
	Algunas veces	13	9,6	11	8,1	40	29,4
	Nunca	103	75,7	62	45,6	74	54,4
	No las practico	13	9,6	53	39,0	8	5,9

RESULTADOS DEL ESTUDIO COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA, 2012



Otro de los indicadores trazadores en la identificación de factores de riesgo para la infección por VIH y otras ITS es el uso del condón en la última relación sexual. Frente a este ítem de la encuesta, la cuarta parte de los participantes reportó no haber usado el condón durante la última relación sexual. Como se observa en la Gráfica 6, los porcentajes de uso del condón en hombres oscilaron entre 20% y 30%, mientras que las proporciones de uso del condón en las mujeres fueron inferiores y oscilan entre 15% y 25%. Sin embargo, al realizar pruebas de comparación de proporciones, las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas.

**Gráfica 6. Discriminación por sexo del porcentaje de uso del condón en la última relación sexual de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**



De los participantes que manifestaron haber usado condón en la última relación sexual, se encontró que el 64% de Barranquilla y Cali, y el 50% de Bogotá, manifestaron ser quienes sugirieron el uso del condón en la última relación sexual, mientras que en Bucaramanga el 42% de los participantes expresó que la sugerencia de uso del condón fue mutua entre la pareja y el participante (Tabla 21).

Para poder fomentar el uso del condón es importante conocer los motivos por los cuales se usa, por lo cual se indagó a los participantes que manifestaron usar condón en la última relación sexual la razón que los motivó a hacerlo. Es importante aclarar que se pueden tener varios motivos de uso. En todas las ciudades se encontró que la mayoría de los participantes que usó condón en la última relación sexual (proporciones superiores o cercanas al 80%) lo hizo para prevenir una infección de transmisión sexual. En segunda instancia, en Barranquilla y Bogotá se adujo la prevención de un embarazo, en Bucaramanga la costumbre o hábito, y en Cali la higiene. Las diferentes categorías y sus respectivas proporciones para cada sexo se observan en la Tabla 22. Solo en la ciudad de Cali un participante mencionó que usaba condón porque la pareja vivía con VIH.



**Tabla 21. Discriminación por sexo de la persona que sugirió el uso del condón en la última relación sexual en la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Persona que sugiere el uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Participante	15	65,2	5	62,5	20	64,5
	Pareja del participante	6	26,1	1	12,5	7	22,6
	Ambos	2	8,7	2	25,0	4	12,9
Bogotá	Participante	15	46,9	4	80,0	19	51,4
	Pareja del participante	7	21,9	1	20,0	8	21,6
	Ambos	10	31,3	0	0,0	10	27,0
Bucaramanga	Participante	7	35,0	2	50,0	9	37,5
	Pareja del participante	4	20,0	1	25,0	5	20,8
	Ambos	9	45,0	1	25,0	10	41,7
Cali	Participante	15	65,2	3	60,0	18	64,3
	Pareja del participante	3	13,0	2	40,0	5	17,9
	Ambos	5	21,7	0	0,0	5	17,9

De otra parte, se indagó a los encuestados que manifestaron no haber usado condón en la última relación sexual los motivos por los cuales no lo usaron. En Bogotá, Bucaramanga y Cali la principal razón que aludieron los participantes es que el condón es incómodo y, aunque cada ciudad presenta diferentes porcentajes frente a los diversos motivos de no uso del condón, la razón más importante fue la confianza en la fidelidad de la pareja, con proporciones superiores al 20%. En consonancia con este motivo, se encontró en la mayoría de ciudades que más del 10% de los participantes que no usó el condón no lo hizo debido a sentimientos de afecto. En Barranquilla, más del 20% de los participantes manifestó no haber usado el condón porque se encontraba bajo el efecto del alcohol o sustancias psicoactivas; en las otras tres ciudades este motivo tuvo menos del 10%. Con base en que las razones para no usar el condón son múltiples, todos los motivos expresados según el sexo de los participantes de cada ciudad se pueden ver en los Anexos C, D, E y F.

**Tabla 22. Discriminación según sexo de los motivos por los cuales la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia usó el condón en la última relación sexual, 2012**

Ciudad	Motivo de uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	%	n	%	n	%
Barranquilla	Costumbre/hábito	1	4,3	0	0,0	1	3,2
	Para proteger la salud de la pareja	2	8,7	1	12,5	3	9,7
	Por higiene	0	0,0	1	12,5	1	3,2
	Mi(s) pareja(s) me lo exige(n)	3	13,0	0	0,0	3	9,7
	Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS)	18	78,3	5	62,5	23	74,2
	Porque la pareja vive con el VIH	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Para prevenir un embarazo	2	8,7	2	25,0	4	12,9
	Da tranquilidad durante y después de la relación sexual	1	4,3	0	0,0	1	3,2
Bogotá D.C.	Costumbre/hábito	3	9,4	1	20,0	4	10,8
	Para proteger la salud de la pareja	7	21,9	1	20,0	8	21,6
	Por higiene	7	21,9	2	40,0	9	24,3
	Mi(s) pareja(s) me lo exige(n)	1	3,1	1	20,0	2	5,4
	Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS)	28	87,5	4	80,0	32	86,5
	Porque la pareja vive con el VIH	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Para prevenir un embarazo	10	31,3	2	40,0	12	32,4
	Da tranquilidad durante y después de la relación sexual	5	15,6	2	40,0	7	18,9
Bucaramanga	Costumbre/hábito	10	50,0	0	0,0	10	41,7
	Para proteger la salud de la pareja	8	40,0	0	0,0	8	33,3
	Por higiene	7	35,0	0	0,0	7	29,2
	Mi(s) pareja(s) me lo exige(n)	0	0,0	1	25,0	1	4,2
	Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS)	18	90,0	3	75,0	21	87,5
	Porque la pareja vive con el VIH	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Para prevenir un embarazo	7	35,0	2	50,0	9	37,5
	Da tranquilidad durante y después de la relación sexual	2	10,0	0	0,0	2	8,3
Cali	Costumbre/hábito	3	13,0	0	0,0	3	10,7
	Para proteger la salud de la pareja	1	4,3	1	20,0	2	7,1
	Por higiene	6	26,1	2	40,0	8	28,6
	Mi(s) pareja(s) me lo exige(n)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS)	20	87,0	3	60,0	23	82,1
	Porque la pareja vive con el VIH	1	4,3	0	0,0	1	3,6
	Para prevenir un embarazo	2	8,7	2	40,0	4	14,3
	Da tranquilidad durante y después de la relación sexual	6	26,1	0	0,0	6	21,4

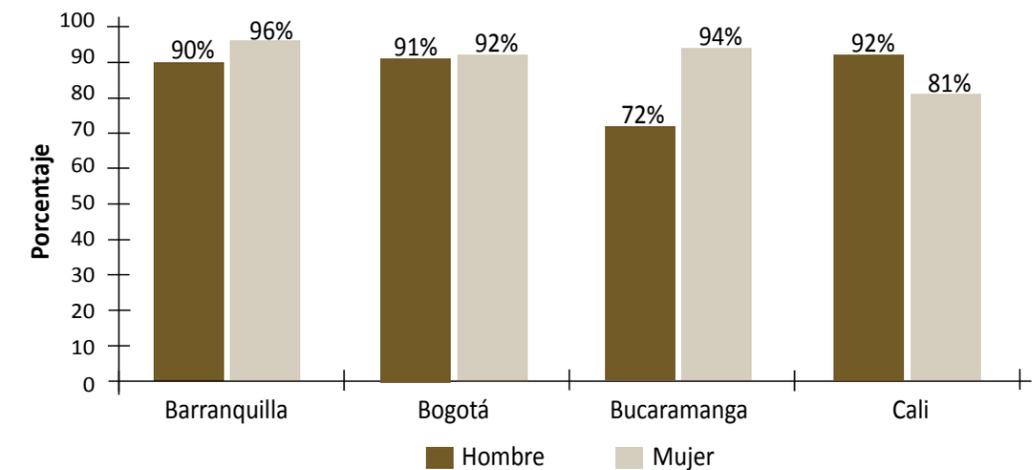
**Tabla 23. Diez motivos para el no uso del condón en la última relación sexual en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Motivos para el no uso del condón	Ciudad							
	Barranquilla		Bogotá		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Es incómodo	21	19,8	36	36,7	26	35,6	51	47,2
Confiaba en la fidelidad de la pareja	36	34,0	20	20,4	24	32,9	20	18,5
Había sentimientos de afecto	4	3,8	14	14,3	25	34,2	15	13,9
Estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	35	33,0	15	15,3	14	19,2	8	7,4
Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	34	32,1	8	8,2	1	1,4	24	22,2
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o las sustancias psicoactivas	22	20,8	2	2,0	6	8,2	2	1,9
Resta erotismo y sensualidad	1	0,9	19	19,4	17	23,3	15	13,9
La pareja no estaba de acuerdo con usarlo	1	0,9	11	11,2	23	31,5	9	8,3
No lo sabía utilizar	12	11,3	11	11,2	19	26,0	8	7,4
No lo tenía a la mano	15	14,2	15	15,3	18	24,7	9	8,3

## Conocimientos, opiniones y actitudes frente al VIH y al Sida

La encuesta incluyó una sección de preguntas que tenían como finalidad determinar el conocimiento, la opinión y la actitud de los participantes frente al VIH, cuyas respuestas reflejan que cerca del 10% de los participantes manifestó no haber oído hablar del VIH/Sida. En la Gráfica 7 se detallan las proporciones para cada sexo. La proporción de mujeres que ha oído hablar de VIH fue ligeramente superior a la proporción de hombres —excepto en Cali—, pero en ninguna de las cuatro ciudades las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Gráfica 7. Discriminación por sexo de la proporción de la muestra de habitantes de calle en cuatro ciudades de Colombia que ha oído hablar del VIH/Sida, 2012**



En relación con los conocimientos sobre la prevención del VIH, se encontró que alrededor del 80% de los participantes tenía el conocimiento correcto al indicar que el VIH se puede prevenir al utilizar el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales. Así mismo, en promedio el 70% de los participantes de las cuatro ciudades conocía que el VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus; es decir, absteniéndose de tener múltiples parejas sexuales. Sin embargo, más del 10% de la muestra de habitantes de calle de Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga manifestó erróneamente que el VIH *no* se podía prevenir al evitar inyectarse con agujas usadas.

De otra parte, con relación a la forma de transmisión se encontró que menos de la mitad de los participantes sabía que el VIH *no* se puede transmitir por la picadura de un zancudo, una cuarta parte de los participantes creía que el VIH se puede transmitir al compartir comida con una persona infectada, y más del 70% de los participantes manifestó correctamente que el VIH se podía transmitir de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.



Más del 10% de la muestra de participantes creía que una persona que se ve sana *no* puede estar infectada con el VIH y, de igual manera, más del 30% de los participantes consideró que una persona que está infectada con VIH *no* se puede volver a infectar con VIH. En la Tabla 24 se pueden observar los porcentajes específicos para cada ciudad.

**Tabla 24. Conocimientos y creencias sobre el VIH/Sida en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Conocimientos y creencias sobre el VIH/SIDA			Barranquilla		Bogotá		Bucaramanga		Cali	
			n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
El VIH se puede prevenir...	Utilizando el condón de manera correcta	Sí	118	85,5	110	80,9	68	70,1	116	85,3
		No	4	2,9	12	8,8	20	20,6	15	11,0
		No sabe	16	11,6	14	10,3	9	9,3	5	3,7
	Teniendo una sola pareja sexual	Sí	103	74,6	96	70,6	62	63,9	101	74,3
		No	17	12,3	27	19,9	25	25,8	29	21,3
		No sabe	18	13,0	13	9,6	10	10,3	6	4,4
Al evitar inyectarse con agujas usadas	Sí	104	75,4	99	72,8	66	68,0	124	91,2	
	No	16	11,6	24	17,6	24	24,7	5	3,7	
	No sabe	17	12,3	12	8,8	7	7,2	7	5,1	
El VIH se puede transmitir...	Al tener relaciones sexuales penetrativas sin condón	Sí	115	83,3	114	83,8	77	79,4	132	97,1
		No	13	9,4	10	7,4	12	12,4	3	2,2
		No sabe	9	6,5	12	8,8	8	8,2	1	0,7
		Sí	53	38,4	44	32,4	50	51,5	44	32,4
	Por la picadura de un zancudo	No	63	45,7	62	45,6	32	33,0	71	52,2
		No sabe	22	15,9	29	21,3	15	15,5	21	15,4
		Sí	24	17,4	33	24,3	42	43,3	37	27,2
	Por compartir comida con alguien infectado	No	89	64,5	75	55,1	42	43,3	91	66,9
		No sabe	25	18,1	27	19,9	13	13,4	8	5,9
		Sí	102	73,9	108	79,4	73	75,3	115	84,6
	De madre a hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia	No	11	8,0	10	7,4	10	10,3	15	11,0
		No sabe	24	17,4	18	13,2	14	14,4	6	4,4
Sí		101	73,2	98	72,1	70	72,2	114	83,8	
Una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH	No	14	10,1	21	15,4	16	16,5	16	11,8	
	No sabe	22	15,9	16	11,8	11	11,3	6	4,4	
	Sí	83	60,1	62	45,6	54	55,7	77	56,6	
Es posible que una persona que vive con VIH pueda volver a infectarse con el VIH	No	27	19,6	46	33,8	29	29,9	47	34,6	
	No sabe	28	20,3	27	19,9	13	13,4	12	8,8	

Uno de los elementos que permite evidenciar la percepción individual de riesgo de infección por VIH es la realización de la prueba diagnóstica de manera voluntaria. Al indagar sobre este asunto en la encuesta, se encontraron proporciones diferentes en

cada ciudad: en Cali más de la mitad de los participantes se había realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida, mientras que en Bucaramanga solo una tercera parte de los participantes manifestó haberse realizado la prueba. El análisis por sexo no arrojó diferencias significativas, con excepción de la ciudad de Bucaramanga, en donde más de la mitad de las mujeres habitantes de calle de la muestra se había realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida, mientras que en los hombres menos del 30% afirmó haberlo hecho (Tabla 25), por lo cual la diferencia fue estadísticamente significativa ( $p=0,047$  de la prueba de comparación de proporciones). Adicionalmente, menos del 2% de los participantes de tres de ciudades manifestó "no recordar" si se había hecho la prueba de VIH alguna vez en la vida; en Bogotá esta proporción fue del 4%.

**Tabla 25. Distribución por sexo de la realización de la prueba voluntaria de VIH alguna vez en la vida por parte de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Prueba de VIH alguna vez en la vida	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Sí	34	37,4	17	36,2	51	37,0
	No	56	61,5	29	61,7	85	61,6
	No recuerda	1	1,1	1	2,1	2	1,5
Bogotá	Sí	52	46,8	13	52,0	65	47,8
	No	54	48,6	11	44,0	65	47,8
	No recuerda	5	4,5	1	4,0	6	4,4
Bucaramanga	Sí	22	27,8	10	55,6	32	33,0
	No	56	70,9	8	44,4	64	66,0
	No recuerda	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Cali	Sí	49	47,1	21	65,6	70	51,5
	No	54	51,9	10	31,3	64	47,1
	No recuerda	1	1,0	1	3,1	2	1,5

Al indagar sobre el resultado de la prueba de VIH, se encontró que en Barranquilla el 4% y en Bogotá el 3% de los participantes que afirmó haberse realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida, manifestó que el resultado fue positivo; en Cali esta proporción fue del 1%, mientras que en Bucaramanga ningún participante tenía un diagnóstico previo de VIH. Ninguna mujer expresó tener un diagnóstico positivo. Cabe anotar que en Bogotá más del 10% de los participantes aludió que no recordaba el resultado, y en Cali y Bucaramanga este porcentaje fue mayor al 5% (Tabla 26). En relación con el tiempo que llevan viviendo con el virus, se encontró que, en los cinco participantes que manifestaron tener un diagnóstico de VIH, el tiempo mínimo fue año y medio y el máximo fue de 10 años —tiempos que corresponden a los dos participantes de Bogotá—, que la



persona de Cali tenía el diagnóstico hace tres años y las dos personas de Barranquilla lo recibieron hace cuatro años. Cabe mencionar que los cinco participantes que tuvieron un diagnóstico de VIH previo a la realización de esta investigación manifestaron no recibir atención integral.

Más de la mitad de los participantes consideró que es vulnerable o se encuentra en riesgo de adquirir la infección por VIH. En la ciudad de Bucaramanga esta percepción fue mayor al 60%, seguida por la ciudad de Cali y, como la más baja, se halló la proporción correspondiente a la ciudad de Bogotá. Como se observa en la Tabla 27, el 10% de los participantes de Cali y Bucaramanga, y el 20% de Bogotá, dio respuesta a la pregunta "¿considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo frente al VIH?" con un "no sé". Aunque no hubo diferencias significativas según el sexo de los participantes, es llamativo observar que la proporción de mujeres de Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga que consideró *no* tener algún grado de vulnerabilidad o riesgo frente al VIH fue mayor a la de hombres.

**Tabla 26. Discriminación por sexo del resultado de la prueba voluntaria realizada a los habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que se habían realizado una prueba de VIH alguna vez en la vida, 2012**

Ciudad	Resultado prueba previa de VIH	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Positivo	2	5,9	0	0,0	2	3,9
	Negativo	29	85,3	17	100,0	46	90,2
	No recuerda	2	5,9	0	0,0	2	3,9
Bogotá	Positivo	2	3,8	0	0,0	2	3,1
	Negativo	43	82,7	11	84,6	54	83,1
	No recuerda	6	11,5	2	15,4	8	12,3
Bucaramanga	Positivo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Negativo	20	90,9	10	100,0	30	93,8
	No recuerda	2	9,1	0	0,0	2	6,3
Cali	Positivo	1	2,0	0	0,0	1	1,4
	Negativo	45	91,8	19	90,5	64	91,4
	No recuerda	3	6,1	2	9,5	5	7,1

**Tabla 27. Discriminación por sexo de la percepción de vulnerabilidad o de riesgo frente a la infección por VIH en la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Percepción de vulnerabilidad o riesgo frente al VIH	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Sí	45	52,3	22	48,9	67	51,1
	No	34	39,5	21	46,7	55	42,0
	No sabe	7	8,1	2	4,4	9	6,9
Bogotá	Sí	53	47,7	10	40,0	63	46,3
	No	37	33,3	10	40,0	47	34,6
	No sabe	21	18,9	5	20,0	26	19,1
Bucaramanga	Sí	48	61,5	12	66,7	60	62,5
	No	18	23,1	6	33,3	24	25,0
	No sabe	12	15,4	0	0,0	12	12,5
Cali	Sí	57	55,9	19	59,4	76	56,7
	No	35	34,3	9	28,1	44	32,8
	No sabe	10	9,8	4	12,5	14	10,4

A los participantes que consideraron tener algún grado de vulnerabilidad o riesgo frente a la infección por VIH se les indagó acerca del grado de vulnerabilidad percibido, con lo cual se encontró que mientras más del 50% de los participantes de Bucaramanga y Cali consideró que el grado de vulnerabilidad es alto, en Barranquilla esta percepción fue del 31% y, en contraste, el 33% consideró que el grado de vulnerabilidad es bajo. Más del 20% de los participantes de Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga consideró que su grado de vulnerabilidad frente al VIH es medio, y menos del 10% de los participantes no supo catalogar el grado de vulnerabilidad que percibe frente al VIH.

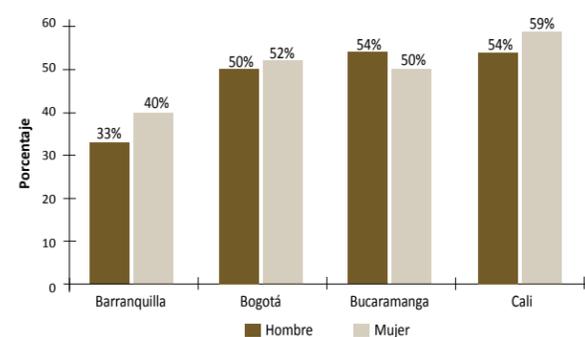
**Tabla 28. Discriminación por sexo del grado de vulnerabilidad frente al VIH de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Grado de vulnerabilidad percibido	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Barranquilla	Alto	11	24,4	10	45,5	21	31,3
	Medio	12	26,7	7	31,8	19	28,4
	Bajo	18	40,0	4	18,2	22	32,8
	No sabe	4	8,9	1	4,5	5	7,5
Bogotá	Alto	21	39,6	8	80,0	29	46,0
	Medio	12	22,6	1	10,0	13	20,6
	Bajo	14	26,4	0	0,0	14	22,2
	No sabe	6	11,3	1	10,0	7	11,1
Bucaramanga	Alto	28	58,3	7	58,3	35	58,3
	Medio	15	31,3	4	33,3	19	31,7
	Bajo	4	8,3	1	8,3	5	8,3
	No sabe	1	2,1	0	0,0	1	1,7
Cali	Alto	30	52,6	10	52,6	40	52,6
	Medio	10	17,5	4	21,1	14	18,4
	Bajo	13	22,8	5	26,3	18	23,7
	No sabe	4	7,0	0	0,0	4	5,3

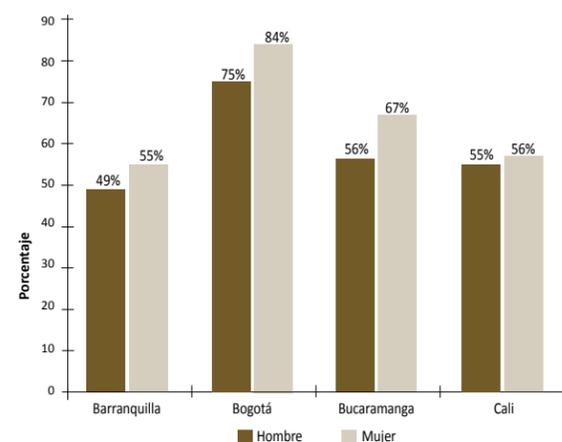
## Estigma y discriminación

En relación con el estigma y la discriminación en esta población, se encontró que entre el 50% y el 60% de los participantes de Bogotá, Bucaramanga y Cali manifestó que alguien de la familia les había mostrado desprecio, rechazo o los había ofendido por vivir en la calle; en Barranquilla este porcentaje fue del 35%. Sin embargo, al indagar si *alguien distinto a la familia* le había mostrado desprecio, rechazo o le había ofendido por ser habitante de calle, se encontraron proporciones más altas en todas las ciudades, excepto en la ciudad de Cali, en donde las proporciones de rechazo o desprecio de alguien de la familia o de alguien diferente a la familia fueron iguales (55%). En la Gráfica 8 y en la Gráfica 9 se pueden observar las proporciones por sexo para cada ciudad, sin observarse diferencias estadísticamente significativas.

**Gráfica 8. Discriminación por sexo del porcentaje de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que han sido despreciados, rechazados u ofendidos por alguien de la familia, 2012**



**Gráfica 9. Discriminación por sexo del porcentaje de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que han sido despreciados, rechazados u ofendidos por alguien distinto a la familia, 2012**



**Tabla 29. Discriminación por sexo de la identificación de actores de estigma y discriminación hacia la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Personas que han discriminado, rechazado, abusado o maltratado	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer		n	Porcentaje
		n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Barranquilla	Fuerzas armadas	34	75,6	17	65,4	51	71,8
	Religiosos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Profesionales de la salud	5	11,1	2	7,7	7	9,9
	Amigos	5	11,1	2	7,7	7	9,9
	Conocidos o vecinos, no familiares	6	13,3	10	38,5	16	22,5
	Desconocidos	12	26,7	9	34,6	21	29,6
	Pareja	1	2,2	2	7,7	3	4,2
	Otro	3	6,7	0	0,0	3	4,2
Bogotá	Fuerzas armadas	62	75,6	11	52,4	73	70,9
	Religiosos	7	8,5	3	14,3	10	9,7
	Profesionales de la salud	15	18,3	6	28,6	21	20,4
	Amigos	37	45,1	12	57,1	49	47,6
	Conocidos o vecinos, no familiares	46	56,1	13	61,9	59	57,3
	Desconocidos	54	65,9	11	52,4	65	63,1
	Pareja	16	19,5	6	28,6	22	21,4
	Otro	5	6,1	0	0,0	5	4,9
Bucaramanga	Fuerzas armadas	43	97,7	12	100,0	55	98,2
	Religiosos	5	11,4	0	0,0	5	8,9
	Profesionales de la salud	11	25,0	3	25,0	14	25,0
	Amigos	28	63,6	4	33,3	32	57,1
	Conocidos o vecinos, no familiares	36	81,8	11	91,7	47	83,9
	Desconocidos	35	79,5	11	91,7	46	82,1
	Pareja	3	6,8	3	25,0	6	10,7
	Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cali	Fuerzas armadas	26	45,6	4	22,2	30	40,0
	Religiosos	5	8,8	1	5,6	6	8,0
	Profesionales de la salud	10	17,5	4	22,2	14	18,7
	Amigos	28	49,1	8	44,4	36	48,0
	Conocidos o vecinos, no familiares	38	66,7	13	72,2	51	68,0
	Desconocidos	31	54,4	4	22,2	35	46,7
	Pareja	14	24,6	6	33,3	20	26,7
	Otro	2	3,5	1	5,6	3	4,0



Como se puede evidenciar en la Tabla 29, en todas las ciudades hubo una alta variabilidad frente a los actores de la discriminación y rechazo. Sin embargo, para los habitantes de la calle de Barranquilla, Bogotá y Bucaramanga que manifestaron alguna vez en la vida haber sido despreciados, rechazados o abusados por vivir en la calle, los principales agresores habían sido miembros de las fuerzas armadas (ejército y policía). Cabe resaltar que alrededor del 20% de los habitantes de la calle de Bogotá, Bucaramanga y Cali mencionaron que quienes alguna vez en la vida los habían despreciado, rechazado, maltratado o abusado fueron los profesionales de la salud. También llama la atención que cerca del 10% de los habitantes de la calle de estas tres ciudades mencionaron a los religiosos como actores de discriminación o rechazo.

El tipo de maltrato más frecuente del cual habían sido víctimas los habitantes de calle que manifestaron alguna vez en la vida haber sido despreciados, rechazados u ofendidos fue el verbal, seguido en los casos de Bogotá y Bucaramanga por la negación de la entrada a lugares públicos. En Barranquilla y Cali este tipo de discriminación tuvo proporciones superiores al 25%, aunque el segundo tipo de maltrato más reportado en estas ciudades haya sido el maltrato físico. En Bogotá y Bucaramanga el maltrato físico también presentó proporciones altas. La ciudad en la que se observaron las proporciones más altas para todo tipo de discriminación fue Bucaramanga, con excepción de la violación (abuso sexual) y la extorsión, que presentaron proporciones del 11% en la ciudad de Bogotá.

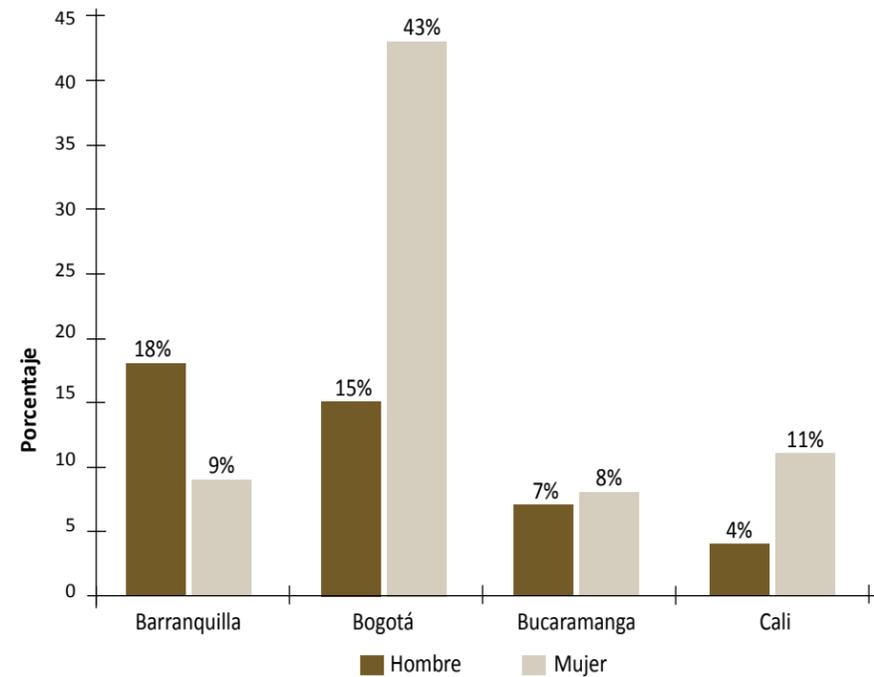
Es importante mencionar que en Bogotá y Bucaramanga más del 40% de los habitantes de la calle que manifestó haber sido rechazado alguna vez en la vida aludió que le habían retardado o negado la atención en salud.

Al indagar a los habitantes de la calle que manifestaron alguna vez en la vida haber sido discriminados acerca de la búsqueda de apoyo o la denuncia de este tipo de maltratos, se encontró que menos del 11% denunció estos actos. Como se observa en la Gráfica 10, en tres de las cuatro ciudades las mujeres fueron las que más denunciaron; sin embargo, en la única ciudad en donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las proporciones de denuncia entre hombres y mujeres fue en Bogotá, con un valor de  $p=0,0125$  en la prueba de comparación de proporciones.

**Tabla 30. Discriminación por sexo de los tipos de discriminación, rechazo, abuso o maltrato recibidos por una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Ciudad	Tipos de discriminación, rechazo, abuso o maltrato	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer		n	Porcentaje
		n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Barranquilla	Le han negado la entrada a lugares públicos	15	33,3	10	38,5	25	35,2
	Le niegan o retardan la atención en salud	3	6,7	1	3,8	4	5,6
	Maltrato físico	16	35,6	10	38,5	26	36,6
	Maltrato verbal	28	62,2	20	76,9	48	67,6
	Violación (abuso sexual)	1	2,2	3	11,5	4	5,6
	Robo o asalto	6	13,3	1	3,8	7	9,9
	Extorsión	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Otro	0	0,0	1	3,8	1	1,4
Bogotá	Le han negado la entrada a lugares públicos	60	73,2	11	52,4	71	68,9
	Le niegan o retardan la atención en salud	33	40,2	8	38,1	41	39,8
	Maltrato físico	42	51,2	7	33,3	49	47,6
	Maltrato verbal	59	72,0	20	95,2	79	76,7
	Violación (abuso sexual)	4	4,9	7	33,3	11	10,7
	Robo o asalto	36	43,9	11	52,4	47	45,6
	Extorsión	9	11,0	2	9,5	11	10,7
	Otro	2	2,4	0	0,0	2	1,9
Bucaramanga	Le han negado la entrada a lugares públicos	36	81,8	12	100,0	48	85,7
	Le niegan o retardan la atención en salud	28	63,6	8	66,7	36	64,3
	Maltrato físico	36	81,8	12	100,0	48	85,7
	Maltrato verbal	43	97,7	12	100,0	55	98,2
	Violación (abuso sexual)	2	4,5	3	25,0	5	8,9
	Robo o asalto	28	63,6	7	58,3	35	62,5
	Extorsión	1	2,3	0	0,0	1	1,8
	Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cali	Le han negado la entrada a lugares públicos	15	26,3	4	22,2	19	25,3
	Le niegan o retardan la atención en salud	9	15,8	2	11,1	11	14,7
	Maltrato físico	15	26,3	7	38,9	22	29,3
	Maltrato verbal	38	66,7	10	55,6	48	64,0
	Violación (abuso sexual)	1	1,8	2	11,1	3	4,0
	Robo o asalto	10	17,5	2	11,1	12	16,0
	Extorsión	3	5,3	0	0,0	3	4,0
	Otro	6	10,5	0	0,0	6	8,0

**Gráfica 10. Discriminación por sexo del porcentaje de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia que denunció actos de discriminación o tipos de maltrato o abuso, 2012**



Al indagar sobre los lugares a los cuales se dirigieron los habitantes de calle que habían sido discriminados y realizaron algún tipo de denuncia para buscar ayuda o denunciar algún tipo de discriminación o maltrato, se encontró que en las cuatro ciudades los lugares más referenciados fueron la policía, la fiscalía o las comisarías. Como se observa en la Tabla 31, en todas las ciudades se presentó una dinámica diferente con relación a estos lugares. En Bucaramanga, las 4 personas que denunciaron algún tipo de maltrato se dirigieron a la policía, fiscalía o comisarías. En Bogotá, ciudad en la cual cerca del 20% de los habitantes de la calle había denunciado algún hecho discriminatorio o tipo de maltrato, más del 50% acudió a la defensoría o procuraduría, y casi un 20% se dirigió a las organizaciones no gubernamentales, asociaciones o fundaciones, para solicitar apoyo. En ninguna ciudad los habitantes de calle que fueron víctimas de algún tipo de maltrato o rechazo acudieron a las Comisiones de Derechos Humanos.

**Tabla 31. Discriminación por sexo de los lugares usados por parte de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia para la denuncia de actos discriminatorios y de rechazo, 2012**

Ciudad	Lugares de denuncia o apoyo	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer		n	Porcentaje
		n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Barranquilla	Ministerio público (defensoría, procuraduría)	1	14,3	0	0,0	1	11,1
	ONG, asociaciones o fundaciones	0	0,0	1	50,0	1	11,1
	Las iglesias/organizaciones religiosas	1	14,3	0	0,0	1	11,1
	Policía, fiscalía, comisarías	2	28,6	1	50,0	2	33,3
	Otro	3	42,9	0	0,0	4	33,3
Bogotá	Ministerio público (defensoría, procuraduría)	5	41,7	1	11,1	6	54,5
	Asociaciones cívicas o comunitarias de su barrio o localidad	1	8,3	0	0,0	1	9,1
	ONG, asociaciones o fundaciones	0	0,0	2	22,2	2	18,2
	Las iglesias/organizaciones religiosas	0	0,0	1	11,1	1	9,1
	JAC de su barrio o localidad	0	0,0	1	11,1	1	9,1
	Policía, fiscalía, comisarías	6	50,0	3	33,3	9	81,8
	Otro	0	0,0	1	11,1	1	9,1
Bucaramanga	Policía, fiscalía, comisarías	3	100,0	1	100,0	4	100,0
Cali	Veeduría, contraloría y personería	1	50,0	0	0,0	1	25,0
	Policía, fiscalía, comisarías	1	50,0	2	100,0	3	75,0

## Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas forman parte de la cotidianidad de los habitantes de calle. Por tal razón, el análisis de este tema como factor de vulnerabilidad para la infección por VIH y otras ITS era imprescindible, dado que los efectos de cada sustancia pueden variar el patrón de conducta del individuo.

La marihuana fue la sustancia de mayor consumo en todas las ciudades durante el año anterior a la fecha de aplicación de la encuesta, con base en lo reportado por los habitantes de calle participantes de este estudio. En Barranquilla, Bogotá y Cali la segunda sustancia en consumo fue el alcohol legal; en Bucaramanga, la segunda sustancia en consumo fue el bazuco en pipa. En tercer lugar se encontró el alcohol ilegal



para las ciudades de Barranquilla, Bucaramanga y Cali, mientras que en Bogotá la tercer sustancia en consumo fue el bazuco en pipa (Tabla 32). Al comparar las proporciones de consumo por ciudad se encontró que Barranquilla presentó las proporciones más altas de consumo de alcohol legal e ilegal, marihuana, cocaína, popper y pepas, rivotril o "roches" durante dicho periodo de tiempo, y Cali presentó las proporciones más altas de consumo de bazuco en cigarrillo, heroína, éxtasis, e inyección de bazuco, cocaína y heroína durante el mismo periodo. Cabe aclarar que la proporción de habitantes de la calle que manifestaron el consumo de bazuco, cocaína y heroína inyectado fue menor al 5%, con excepción de Cali, donde el consumo de heroína inyectada alcanzó el 5,9%. En los anexos G, H, I y J se pueden observar las proporciones de consumo de las sustancias psicoactivas en el último año según el sexo para cada ciudad de estudio.

**Tabla 32. Proporciones de consumo de sustancias psicoactivas por la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia durante el año anterior a la realización de la encuesta, 2012**

Sustancia psicoactiva consumida durante el último año	Barranquilla		Bogotá		Bucaramanga		Cali	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Alcohol legal	100	74,6	89	65,9	50	51,5	78	57,4
Alcohol ilegal	95	69,9	59	43,7	63	64,9	68	50,0
Marihuana	112	81,2	89	66,4	76	78,4	82	60,3
Bazuco en pipa	95	69,3	85	63,9	75	77,3	52	38,2
Bazuco en cigarrillo o pistola	43	32,1	38	28,4	19	19,6	64	47,1
Bazuco inyectado	1	0,8	2	1,5	2	2,1	3	2,2
Cocaína inhalada	61	45,9	28	20,7	9	9,3	38	27,9
Cocaína inyectada	2	1,5	3	2,2	0	0,0	3	2,2
Popper	17	12,7	3	2,2	8	8,2	11	8,1
Heroína	4	3,0	1	0,7	2	2,1	10	7,4
Heroína inyectada	4	3,0	3	2,2	3	3,1	8	5,9
Thinner o pegante	18	13,4	27	20,0	40	41,2	29	21,3
Éxtasis	6	4,6	9	6,7	1	1,0	14	10,3
Pepas, rivotril o "roches"	78	58,6	33	24,4	28	28,9	33	24,4
Otras drogas	3	2,3	6	4,5	1	1,1	5	3,7

En cuanto a la frecuencia de consumo de las principales sustancias psicoactivas durante los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta, se encontró que más del 60% consumió marihuana y bazuco en pipa todos los días y, con la misma frecuencia – todos los días–, cerca del 50% consumió bazuco en cigarrillo o pistola. El 65% de los participantes que consumía alcohol ilegal lo hizo todos los días y más de una vez por semana. En relación con el consumo de alcohol legal, se puede observar en la Tabla 33 que alrededor del 30% de los habitantes de la calle lo consumía menos de una vez por semana. Por otra parte, menos del 6% de los habitantes de la calle manifestó no haber consumido ni una sola vez en los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta

alguna de las sustancias psicoactivas mencionadas anteriormente: marihuana, bazuco y alcohol. En los anexos K, L, M y N se encuentran las frecuencias de consumo de las principales sustancias psicoactivas para cada ciudad, discriminadas por sexo.

**Tabla 33. Frecuencia de consumo de las principales sustancias psicoactivas por la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012**

Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	CIUDAD							
		Barranquilla		Bogotá		Bucaramanga		Cali	
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Marihuana	Todos los días	92	82,1	54	60,7	50	65,8	48	60,0
	Más de una vez por semana	13	11,6	15	16,9	19	25,0	11	13,8
	Una vez por semana	2	1,8	8	9,0	4	5,3	5	6,3
	Menos de una vez por semana	4	3,6	6	6,7	2	2,6	9	11,3
	Ni una vez	1	0,9	6	6,7	1	1,3	7	8,8
Bazuco en pipa	Todos los días	75	78,9	48	56,5	48	64,9	30	57,7
	Más de una vez por semana	14	14,7	17	20,0	14	18,9	8	15,4
	Una vez por semana	6	6,3	8	9,4	7	9,5	5	9,6
	Menos de una vez por semana	0	0,0	7	8,2	5	6,8	6	11,5
	Ni una vez	0	0,0	5	5,9	0	0,0	3	5,8
Alcohol legal	Todos los días	22	22,0	19	21,3	11	22,0	25	32,1
	Más de una vez por semana	33	33,0	17	19,1	8	16,0	11	14,1
	Una vez por semana	20	20,0	23	25,8	17	34,0	12	15,4
	Menos de una vez por semana	19	19,0	25	28,1	14	28,0	25	32,1
	Ni una vez	6	6,0	5	5,6	0	0,0	5	6,4
Alcohol ilegal	Todos los días	25	26,3	18	30,5	27	42,9	28	41,2
	Más de una vez por semana	34	35,8	19	32,2	17	27,0	11	16,2
	Una vez por semana	20	21,1	7	11,9	10	15,9	7	10,3
	Menos de una vez por semana	11	11,6	11	18,6	9	14,3	17	25,0
	Ni una vez	5	5,3	4	6,8	0	0,0	5	7,4
Bazuco en cigarrillo o pistola	Todos los días	29	67,4	13	34,2	9	47,4	28	44,4
	Más de una vez por semana	8	18,6	8	21,1	6	31,6	7	11,1
	Una vez por semana	3	7,0	7	18,4	2	10,5	7	11,1
	Menos de una vez por semana	3	7,0	8	21,1	1	5,3	11	17,5
	Ni una vez	0	0,0	2	5,3	0	0,0	10	15,9

Con base en que solo el 5% (27) de los participantes de las cuatro ciudades de estudio manifestó inyectarse sustancias psicoactivas en los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta, a continuación se describe el comportamiento de estos participantes frente al uso de agujas y jeringas por medio de frecuencias absolutas. En relación con la frecuencia con que compartían agujas o jeringas cuando se inyectaban drogas, se encontró que una persona manifestó compartir agujas o jeringas *con frecuencia*, tres participantes dijeron que compartían jeringas o agujas *a veces*, mientras que 11 expresaron que *nunca* compartían estos elementos para inyectarse sustancias psicoactivas. Cabe resaltar que 12 participantes no respondieron a esta pregunta.

Al indagar acerca de la persona o personas con quienes se inyectaban las sustancias psicoactivas, se encontró que la mayoría de los que se inyectaban drogas (8) manifestó que hacerlo solo; en segundo lugar se encontraron quienes lo hacían con los amigos y la pareja estable (5) y, por último, con la pareja ocasional (3); 10 de los participantes no respondieron esta pregunta. Cabe aclarar que esta pregunta era de opción múltiple. Ninguno de los participantes que había consumido sustancias inyectadas en los doce meses anteriores a la aplicación de la encuesta mencionó a desconocidos y/o a pareja comercial.





## Conclusiones

“La población habitante de calle se multiplica, nacen generaciones con las mismas carencias de sus padres, sin una atención oportuna que les ofrezca otras opciones de vida”<sup>1</sup>.

Es importante resaltar, como se observó en la descripción de los resultados, que la dinámica de la muestra de cada ciudad fue diversa, lo que complejiza presentar unas conclusiones que abarquen esta diversidad. Sin embargo, se presentan a continuación las generalidades, y solamente se habla de la especificidad en aquellos casos en que se considera necesario.

De acuerdo con lo expuesto en las primeras páginas de este documento, es claro para toda la sociedad que los habitantes de calle son víctimas de los sistemas socioeconómicos y culturales actuales, pero también son sujetos de derechos y responsables de la toma de decisiones sobre el rumbo de su propia vida. Esto sustenta que, a pesar de que los participantes eran de edad media, económicamente activos, la mayoría solteros, y una buena proporción tenía niveles de secundaria, las razones por las cuales se termina viviendo en la calle son la adicción a las sustancias psicoactivas y el maltrato o la violencia familiar. Sin embargo, el consumo de sustancias psicoactivas no fue el principal motivo por el cual les gusta vivir en la calle, ya que lo que les gusta de la calle es la libertad de hacer lo que quieran. Los medios de subsistencia fueron el reciclaje y las ventas ambulantes. Cabe resaltar que el porcentaje de participantes que se dedicaba a actividades ilícitas fue bajo, y podría sustentar la idea de que la habitabilidad en calle es una fachada o un refugio utilizado por otras personas que realmente se dedican a actividades ilícitas<sup>2</sup>.

La calle constituye por sí misma un ámbito problemático para el desenvolvimiento de esta población, pues no cumple los requerimientos mínimos necesarios que permitan considerarla un lugar de habitación en condiciones aceptables que reporte bienestar y calidad de vida a estas personas. Las relaciones sociales e interpersonales que se dan en este contexto son complejas y en muchos escenarios están mediadas por situaciones de violencia, vulneración de derechos —entre habitantes de calle y hacia los habitantes de calle, por parte de la sociedad civil en general, las autoridades y las instituciones— y el desafortunado consumo de sustancias psicoactivas. A esto se debe sumar el desconocimiento sobre deberes, derechos y beneficios en salud, la poca o nula participación de esta población en acciones comunitarias y la organización cívica de los habitantes de calle —tipo veedurías ciudadanas o asociaciones de beneficiarios, entre otras—, así como el desconocimiento casi total sobre programas de promoción y prevención en salud, asuntos que claramente limitan la accesibilidad a los servicios de salud.

La calidad deficiente de la atención sanitaria de la población habitante de calle puede deberse a que esta población hace una demanda inadecuada de sus derechos —al desconocer sus deberes—, lo cual altera el normal funcionamiento



y la adecuada relación entre el personal de salud, los habitantes de calle y los demás usuarios. En contraposición, debe considerarse que el diseño del funcionamiento de los servicios de salud y del sistema como tal entra en plena paradoja con el estilo de vida informal, sin normas y con la inmediatez del habitante de calle. Adicionalmente, el personal de salud —administrativo y asistencial—, poco entrenado en la atención de este tipo de población, se ve excedido por las demandas que plantea la situación general de estas personas y enfrenta dilemas con respecto a los límites de su rol, tal como se registra en el estudio de Akcman et al<sup>3</sup>. Tal vez por estas razones se encontró en este estudio que la demanda de los servicios de salud ante problemas comunes como los eventos respiratorios o el dolor y malestar físico general fue media-baja, comparándola con las proporciones de personas que presentan dichos eventos.

En términos del aseguramiento en salud, es claro que dentro de los derechos fundamentales de todos los ciudadanos está la atención integral, independientemente del estatus social, económico y cultural. En este sentido, la responsabilidad del Estado no es solo brindar la cobertura sanitaria necesaria, sino garantizar el acceso universal a los servicios. Tal y como se refleja en este estudio, esta responsabilidad no se ha estado cumpliendo, puesto que hubo una alta proporción de habitantes de calle que refirió no haber recibido tipo alguno de atención en salud, situación que es altamente riesgosa para la salud pública en términos de lo que podría significar la interacción física de una persona con tuberculosis que ni siquiera haya sido diagnosticada —o que no cumple con el esquema de tratamiento indicado—, o las prácticas sexuales riesgosas —sin protección— de una persona con infección por VIH sin diagnóstico; esto sin considerar el impacto negativo para la salud individual y colectiva que resultaría del diagnóstico tardío, el manejo de las enfermedades en etapas avanzadas y los cuidados paliativos. Hay que tener en cuenta que en esta muestra solo se consideró una prevalencia por auto reporte de tuberculosis del 5%.

En un estudio previo realizado en Bucaramanga y Barranquilla<sup>4</sup>, se indagó acerca de las relaciones sexuales entre hombres, pero no hubo una generalidad: en la primera ciudad los participantes no hablaron de esta situación específica —aunque los investigadores consideran que estas relaciones se dan de manera encubierta—, mientras que en Barranquilla encontraron que eran frecuentes en las caletas y calles. Estas conductas concuerdan con lo encontrado durante el presente estudio al indagar sobre la orientación sexual, ya que la mayoría de los habitantes de calle se consideraron heterosexuales. Por lo tanto, sería interesante indagar a fondo si el motivo principal por el cual se vive en la calle —que es la libertad de hacer lo que quiera y cuando quiera— aplica para todos los aspectos de la vida, incluso para la sexualidad.

En concordancia con estudios realizados en otros grupos de población —mujeres trabajadoras sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres—, la edad de inicio de las relaciones sexuales por parte de los habitantes de calle encuestados fue de 14 años, en promedio. La edad de inicio de la vida sexual marca un inventario de factores de riesgo para el desarrollo de diversos eventos en salud sexual y, en este sentido, el

riesgo es mayor a medida que disminuyen tales edades. No se puede olvidar que el Código Penal establece protección especial para menores de 14 años, y que tipifica como delitos la violación, el acceso carnal o acto sexual violento en persona con incapacidad para resistir, y los actos sexuales abusivos —es decir, relaciones sexuales con menores de 14 años, aún con el consentimiento de estos—, los cuales presentan penas que se agravan cuando ocurren en menores de 12 años<sup>5</sup>.

El uso del condón durante las relaciones sexuales no es una práctica común entre los habitantes de calle, puesto que consideraron —como en otros estudios<sup>6,7,8</sup>— que la confianza en la pareja y los sentimientos de afecto eran motivos de peso para no usarlo. Estos son elementos que deben ser contemplados durante el diseño de las actividades de prevención frente al VIH que buscan promover el uso del condón. En concordancia, y retomando lo encontrado en el estudio de vulnerabilidad<sup>9</sup>, las acciones de prevención frente a la infección son individuales y responsabilidad de cada persona, aunque cultural y socialmente se considere que uno de los papeles de la mujer es cuidar a los demás y, por ende, se le asigne la responsabilidad del uso del condón para no infectarse y no infectar a los otros.

La mayoría de los participantes contaba con los conocimientos correctos con relación a las formas de prevención y transmisión del VIH, aunque se debe hacer énfasis en conductas que podrían catalogarse como más riesgosas para esta población, como la reutilización de jeringas y agujas. En contraste con los conocimientos, hubo un buen porcentaje de participantes que tenía creencias erróneas alrededor de la forma de transmisión del VIH, las cuales se deben modificar.

La discriminación, el rechazo y el estigma social son factores de riesgo para el VIH y las ITS, dado que son una barrera para el acceso a la información y a los servicios de atención, promoción y prevención en salud. Más de la mitad de los participantes refirió haber sido estigmatizado y discriminado, tanto por miembros de su familia como por personas desconocidas. Sin embargo, el asunto más preocupante es que, según lo que reporta este estudio, instituciones como la autoridad policial y militar fueron los principales autores de estas acciones hacia los habitantes de calle, por lo que vale la pena reflexionar en torno al rol que debería jugar la institucionalidad pública en materia de prevención de estos actos indeseables, no solo para el habitante de calle, sino para cualquier ser humano. Del mismo modo, vale la pena señalar que los profesionales de la salud, quienes no deberían haber sido mencionados como autores de acciones de discriminación y a quienes se recurre cuando es apremiante la necesidad, deben ser conscientes de su papel en la sociedad y no interponer barreras —ni actitudinales ni administrativas— para cumplir con su deber.

Con base en los resultados del estudio, no solo las proporciones de uso en el año anterior a la aplicación de la encuesta y la frecuencia de consumo de sustancias

psicoactivas, sino también el hecho de ser uno de los motivos por los cuales las personas terminan viviendo en la calle (adicción a alguna sustancia), una de las motivaciones por las cuales les gusta vivir en la calle (consumo de sustancias) y una de las razones para no usar el condón (efectos de las sustancias psicoactivas), hacen que existan suficientes justificaciones para considerar el consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública, que debe ser afrontado con acciones eficaces. Este tema resulta preocupante no solo por el impacto negativo que el consumo —ocasional o abusivo— de estas sustancias tiene para el habitante de calle —haciéndolo más vulnerable frente a su integridad personal y su salud— sino también por las conductas de riesgo que pueden surgir, producto de la alteración de conciencia que, naturalmente, genera el consumo.

Como se observa en el transcurso de la presentación de los resultados, los habitantes de calle de cada ciudad tenían gustos, motivos y comportamientos diversos, que no permitieron establecer en sentido estricto una generalidad. De ahí que las prevalencias de VIH en Bogotá, Barranquilla y Cali hayan sido diferentes, a la vez que superiores a la prevalencia de la población general y a la de algunos grupos vulnerables, lo cual implica un análisis interdisciplinario de los resultados de cada ciudad, con el fin de formular acciones específicas —en términos de prevención y protección— que permitan afrontar la epidemia.

Los resultados para la ciudad de Bucaramanga dejaron entrever una condición particular frente a la situación del VIH, que amerita igualmente un análisis interdisciplinario y transectorial para dar una explicación frente a la baja prevalencia de VIH en esta ciudad. Sería bueno conocer las razones por las cuales en esta ciudad las dos personas involucradas en la relación sexual fueron quienes sugirieron el uso del condón —y no, como en las otras ciudades, fue solamente uno de los dos—, las frecuencias de uso del condón fueron las más altas, y otras características que quizás expliquen la baja prevalencia. Seguramente esta prevalencia fue producto de acciones específicas en esta población; por ejemplo, se observó que la proporción de habitantes de calle que manifestó obtener condones por medio de organizaciones gubernamentales fue la más alta —en relación con las otras ciudades—. De ahí que sería ideal la divulgación de acciones exitosas, con el fin de que sea posible replicarlas en los habitantes de calle de otras ciudades del país.

Para terminar, “¿solo con intentar comprender el problema planteado, se pueden dar soluciones efectivas?”<sup>10</sup>. La respuesta muy seguramente sea negativa. Los resultados presentados acá requieren de probables soluciones para su comprensión y planteamiento, de la intervención de diversas áreas del conocimiento y de diversos sectores del Estado y la sociedad civil<sup>11</sup>.

## Recomendaciones

Los centros comunitarios de salud desempeñan un papel esencial en el establecimiento y mantenimiento de la atención a los habitantes de calle y demás poblaciones vulnerables. Frecuentemente, la continuidad en la atención primaria y el seguimiento a los casos es difícil, debido a cuestiones como el consumo de sustancias psicoactivas o la alta migración. Además, los centros de salud que trabajan con los habitantes de calle necesitan tener acceso a servicios multidisciplinarios y una infraestructura adecuada para abordar los complejos problemas médicos y sociales de la población, especialmente cuando se trata de personas diagnosticadas con el VIH. Al abordar los aspectos médicos de atención primaria para habitantes de calle en riesgo o con diagnóstico de VIH, se debe prestar especial atención a las enfermedades concomitantes y secundarias que se presentan con mayor frecuencia en esta población.

En consecuencia, los servicios de atención primaria deberían incluir actividades de detección temprana y protección específica a eventos de alto impacto en salud pública, tales como la tuberculosis, la neumonía neumocócica y otras infecciones respiratorias, y la detección de los virus de hepatitis B y C entre los consumidores de drogas inyectables. Así mismo, y al igual que con todas las personas con VIH, el personal de salud debe proporcionar orientación para reducir el riesgo y promover la educación para la sexualidad.

Retomando las recomendaciones del estudio de vulnerabilidad<sup>12</sup>, y con base en las experiencias exitosas de las organizaciones que trabajan con los habitantes de calle, se deben formar y estimular líderes pares, así como fomentar el tratamiento de base comunitaria para las farmacodependencias, que contempla la no exclusión de las personas del contexto en el que viven. Para que funcionen las rutas de atención de cada ciudad, debe existir un verdadero compromiso por parte de todas las instituciones involucradas en la labor sin olvidar que, además del compromiso de cada institución, se debe sensibilizar a la persona encargada de prestar el servicio para que el reto de la atención a los habitantes de calle sea realizable.

El asistencialismo puede caer en un error de abordaje a la comunidad en la medida en que se mantenga sin un sentido teórico de transformación social y no haya una modificación de fondo a la forma como se interviene la población. Por lo tanto, para lograr la inclusión social de los habitantes de calle es imprescindible conocer y tener en cuenta su cultura, sus necesidades básicas, su motivación y, tal vez lo más importante, su condición de seres humanos y sujetos de derechos que han constituido un estilo de vida diferente, dado por el contexto donde se desenvuelven<sup>13</sup>.

Debido a que la prevalencia de VIH en Bucaramanga fue cero, se recomienda la realización de otros tipos de estudios interdisciplinarios y transectoriales que permitan definir las condiciones y los contextos específicos de los habitantes de calle de esta ciudad, de tal forma que sea posible fundamentar los motivos de esta prevalencia.

## Referencias bibliográficas

- 1 Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, Alcaldía de Santiago de Cali & Fundación FES Social. Censo sectorial de habitantes de y en la calle. Santiago de Cali, Colombia, 2005. Tomado de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes\\_calle/habitaultimo.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes_calle/habitaultimo.pdf). [Consultado el 12 de diciembre de 2012].
- 2 Correa, M. La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Trabajo social, 2007; 9: 37-56.
- 3 Arango, M. E. Para una nueva comprensión de las características y la atención social a los habitantes de calle. Eleuthera, 2007; 1: 91-102.
- 4 HIV/AIDS & Epidemiology Program. Facts about HIV/AIDS in homeless persons. Seattle and King County, USA, 2009. Tomado de <http://www.kingcounty.gov/healthservices/health/communicable/hiv/epi/~media/health/public-health/documents/hiv/HIVHomeless.ashx>. [Consultado el 15 de Diciembre de 2012].
- 5 Celis J. C. & Serrano I. Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, 2011, p. 51- 52.
- 6 Ibid., p. 50.
- 7 Ibid., p. 50.
- 8 Ibid., p. 50.
- 9 Navarro Carrascal, O. & Gaviria Londoño, M. Representaciones sociales del habitante de la calle. Universitas Psychologica, 2010; 9 (2), 345-355.
- 10 Tomaszewski, E. HIV/AIDS and Homeless. 2011. Tomado de <http://www.naswdc.org/Bpractice/peace/psj0703.pdf>. [Consultado el 12 de Diciembre de 2012].
- 11 Otálvaro, A. F. y Correa, M. E. Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. Investigaciones Andina, 2009; 11(18): 23-35.
- 12 Kidder, D., Wolitski, R., Campsmith, M. & Nakamura, G. (2007). Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS. American Journal of Public Health, 2007; 97(12): 2238-2245.
- 13 Ibid., p. 2238.
- 14 Wolitksi, R. J., Kidder, D. P. & Fenton, K. A. HIV, Homelessness, and Public Health: Critical Issues and a Call for Increased Action. AIDS Behavior, 2007; 11: S167-S171.
- 15 National Health Care for the Homeless Council – NHCHC. HIV/AIDS & Homelessness: Recommendations for Clinical Practice and Public Policy. The Bureau of Primary Health



- Care and The HIV/AIDS Bureau Health Resources and Services Administration. Nashville, TN, USA, 2000. Tomado de <http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2011/10/AIDS-Homelessness.pdf>. [Consultado el 12 de Diciembre de 2012].
- 16 Masson, C. L., Sorensen, J. L., Phibbs, C. S. & Okin, R. L. Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care*, 2004; 16: 744-755.
  - 17 Rubio, M. L. & Sierra, C. A. Protocolo del estudio del comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá D. C.: Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, 2010.
  - 18 Celis J. C. & Serrano I., Op. cit., p. 52.
  - 19 Celis J. C. & Serrano I., Op. cit., p. 52.
  - 20 Ortiz A. La sensibilización hacia el habitante de calle, brigadas y comunidad desde la lúdica como estrategia de un proceso de inclusión social. VIII Congreso Nacional de Recreación – Vicepresidencia de la República – Coldeportes – FUNLIBRE. 2004. Tomado de <http://www.redrecreacion.org/documentos/congreso8/comfenalco.html>. [Consultado el 15 de Diciembre de 2012].
  - 21 Giraldo Z., Loaiza C., Téllez C. & Peñas O. L. Construcción de una red institucional de apoyo para la población habitante de la calle: tejiendo redes. *Revista Facultad de Medicina*. 2007; 55 (2): 96-103.
  - 22 Otálvaro, A. F., Op. cit.
  - 23 Celis J. C. & Serrano I., Op. cit., p. 44 - 45.
  - 24 Arrivillaga M. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, 2011.
  - 25 Ibid.
  - 26 Luque R. & Rubio M. L. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2009.
  - 27 Celis J. C. & Serrano I., Op.cit., p. 51.
  - 28 Celis J. C. & Serrano I., Op. cit., p. 51.
  - 29 Quintero, L. V. La exclusión social en “habitantes de la calle” en Bogotá. Una mirada desde la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 2008; 3(1): 101-144.
  - 30 Ibid., p. 140.
  - 31 Celis J. C. & Serrano I., Op. cit. p.53.
  - 32 Ortiz A., Op.cit.

Anexo A. Encuesta implementada en el estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle de cuatro ciudades de Colombia, 2012



**COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE VIH EN HABITANTES DE CALLE**

**CONTROL OPERATIVO**

<b>Fecha de encuesta</b>	Día     Mes     Año   2   0   1   2	<b>Resultado final de la encuesta</b>	
	Año	Completa 1 <input type="checkbox"/>	Otro ¿cuál? _____ 3 <input type="checkbox"/>
		Incompleta 2 <input type="checkbox"/>	
Municipio:	Departamento:		

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIALES, DEMOGRÁFICAS Y NECESIDADES BASICAS**

101	<b>FACILITADOR(A):</b> Transcriba la siguiente información del consentimiento informado para el estudio: a. Número del papel de filtro		
102	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Día	Mes     Año
103	¿Cuál es el sexo asignado al nacer?	Hombre 1. <input type="checkbox"/>	Mujer 2. <input type="checkbox"/>
104	¿En qué municipio nació?	Municipio _____	Departamento _____ País _____
105	¿Cuál es el nivel educativo más alto cursado por usted?	Ninguno 1. <input type="checkbox"/> Técnico 5. <input type="checkbox"/> Pre-escolar 2. <input type="checkbox"/> Tecnológico 6. <input type="checkbox"/> Primaria 3. <input type="checkbox"/> Universitario 7. <input type="checkbox"/> Secundaria 4. <input type="checkbox"/> Postgrado 8. <input type="checkbox"/>	
106	¿Actualmente cuál es su estado civil?	Soltero(a) 1. <input type="checkbox"/> Separado(a) / Divorciado(a) 4. <input type="checkbox"/> Casado(a) 2. <input type="checkbox"/> Viudo(a) 5. <input type="checkbox"/> Unión libre 3. <input type="checkbox"/>	
107	¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la calle?	Días	Meses     Años
108	¿Cuáles fueron las razones para que usted haya tenido que vivir en la calle? (Esperar respuesta, opción múltiple)	a. Maltrato o violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> b. Influencia de sus amistades <input type="checkbox"/> c. Pérdida de contacto con la familia <input type="checkbox"/> d. Adicción al alcohol o a otras sustancias psicoactivas <input type="checkbox"/> e. Condición de huérfano <input type="checkbox"/> f. Violencia o amenaza en el barrio <input type="checkbox"/> g. Desplazamiento forzado desde otra región <input type="checkbox"/> h. Lo obligaron ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> i. Por tener aventuras o experiencias nuevas <input type="checkbox"/> j. Problemas económicos <input type="checkbox"/> k. Aburrido en la casa <input type="checkbox"/> l. Otra razón ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/>	



¿Qué es lo que le gusta de permanecer en la calle? *(Esperar respuesta, múltiple respuesta)*

109 a. La libertad de hacer lo que quiera y cuando quiera  b. El consumo de sustancias psicoactivas   
 c. Ganar dinero  d. Estar cuidado o protegido por otra(s) persona(s)   
 e. Las amistades o relaciones interpersonales  f. Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿En qué lugar suele permanecer durante el día? (Esperar respuesta, opción múltiple)

110 a. Vía pública o a la intemperie  b. Parque público   
 c. Debajo de un puente o en un cambuche  d. Botadero de basuras   
 e. Alcantarilla o ducto de aguas lluvia ("caño")  f. Centro de reciclaje   
 g. Sitios de concentración de habitantes de calle  h. Hogar de paso o centro de acogida   
 i. Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿En dónde suele dormir o pasar la noche? *(Esperar respuesta, opción múltiple)*

111 a. Vía pública o a la intemperie  b. Parque público   
 c. Debajo de un puente o en un cambuche  d. Botadero de basuras   
 e. Alcantarilla o ducto de aguas lluvia ("caño")  f. Centro de reciclaje   
 g. Sitios de concentración de habitantes de calle  h. Hogar de paso o centro de acogida   
 i. Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Cómo consigue dinero, alimentos y/o sus medios de supervivencia? *(Esperar respuesta)*

112 a. Pidiendo limosna o mendigando  b. Ventas ambulantes   
 c. Reciclaje  d. Por cuenta de sus vecinos   
 e. Limpiando parabrisas o cuidando carros  f. A través de alguna institución   
 g. Cargando, bulteando o carretilleando  h. A través de las iglesias   
 i. Cantando o haciendo malabares  j. Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_

113 ¿Durante la última semana, pasó uno o más días en los que no ingiriera ningún alimento? Sí 1  No 2

**II. SALUD Y ACCESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

En los **ÚLTIMOS 3 MESES, CONTADOS HASTA HOY**, ¿usted ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas de salud?:

201 a. Alguna lesión, causada por accidente o violencia Sí 1  No 2   
 b. Alguna, intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros Sí 1  No 2   
 c. Algún problema mental, emocional o de los nervios Sí 1  No 2   
 d. Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente de los mencionados Sí 1  No 2   
 e. Tos frecuente con o sin expectoración por más de 30 días Sí 1  No 2

La **última vez** que tuvo alguno de los anteriores problemas de salud, ¿qué hizo al respecto? *(leer opciones)*

202 Hospital o clínica del gobierno 1.  Hogar de paso o institución de apoyo 2.   
 Centro o puesto de salud del gobierno 3.  Ayuda familiar o un amigo (remedio casero) 4.   
 Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS) 5.  Sitio de curandero, tegua o similar 6.

Recibe atención en salud a través de:

203 Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS) 1  Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs) 2   
 Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_ 3  No recibe atención en salud 4

204 ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? Sí 1  No 2  → 301

205 ¿Recibió el tratamiento completo? Sí 1  No 2

**III. HISTORIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

En términos de orientación sexual, ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?

301 Homosexual 1.  Heterosexual 2.   
 Bisexual 3.  Otro ¿cuál? \_\_\_\_\_ 4.

302 ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal? \_\_\_\_\_ Años

303 En esa primera relación sexual, ¿usaron condón? Sí 1  No 2

304 ¿Ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos tres meses? Sí 1  No 2  → 401

305 En los últimos 12 meses, **contados hasta ayer**, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas, orales, vaginales y/o anales? \_\_\_\_\_

**IV. ACTITUDES FRENTE AL CONDÓN**

401 ¿Alguna vez usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado un condón al tener relaciones sexuales? Sí 1  No 2  → 501

402 ¿Porta condones consigo? Sí 1  No 2

La mayoría de ocasiones, ¿cómo obtiene los condones?

403 Los compra 1.  La pareja es quien los consigue 2.   
 La entidad de salud se los suministra 3.  Un amigo o familiar se los regala 4.   
 Por medio de Organizaciones, Fundaciones, Asociaciones. 5.  Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_ 6.

**V. ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL**

501 La **última vez** que tuvo relaciones sexuales penetrativas orales, anales o vaginales, ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron un condón? Sí 1  No 2  → 504

¿Quién sugirió el uso del condón en esa última oportunidad?

502 Usted 1.  Su pareja 2.   
 Ambos 3.  Otro ¿Quién? \_\_\_\_\_ 4.

¿Por qué usa el condón en esa última relación sexual penetrativa? *(Puede marcar más de una opción)*

503 a. Costumbre/Hábito  b. Para proteger la salud de la pareja   
 c. Por higiene  d. Mi(s) pareja(s) me lo exige(n)   
 e. Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS)  f. Porque su pareja vive con el VIH   
 g. Para prevenir un embarazo  h. Da tranquilidad durante y después de la relación sexual   
 i. Otro ¿Cuál? \_\_\_\_\_  → 505

¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas? *(Puede marcar más de una opción)*

504 a. No los sabe utilizar  b. No tenía dinero   
 c. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo  d. No los tenía a la mano   
 e. Usted vive con VIH  f. La relación sexual fue sin su consentimiento   
 g. Resta erotismo y sensualidad a la relación sexual  h. Sintió vergüenza de pedir el condón   
 i. Usted estaba bajo los efectos del alcohol u sustancias psicoactivas  j. Porque quería tener hijos   
 k. Es incómodo  l. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas   
 m. Estaba utilizando un método anticonceptivo  n. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos   
 o. Había sentimientos de afecto  p. La pareja vive con VIH   
 q. Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS  r. La relación sexual fue inesperada   
 s. Confiaba en la fidelidad de su pareja  t. No los conocía   
 u. Le da vergüenza comprarlos  v. Cree que el condón no es efectivo   
 w. Le dieron dinero, sustancias psicoactivas o cualquier otro estímulo para no usarlo



505	¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas <b>orales</b> en los últimos 3 meses?			
	Siempre	1. <input type="checkbox"/>	Algunas veces	2. <input type="checkbox"/>
	Nunca	3. <input type="checkbox"/>	No practico este tipo de relaciones	4. <input type="checkbox"/>
506	¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas <b>anales</b> en los últimos 3 meses?			
	Siempre	1. <input type="checkbox"/>	Algunas veces	2. <input type="checkbox"/>
	Nunca	3. <input type="checkbox"/>	Algunas veces	4. <input type="checkbox"/>
507	¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas <b>vaginales</b> en los últimos 3 meses?			
	Siempre	1. <input type="checkbox"/>	Algunas veces	2. <input type="checkbox"/>
	Nunca	3. <input type="checkbox"/>	No practico este tipo de relaciones	4. <input type="checkbox"/>

**VI. CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES HACIA EL VIH-SIDA / PRUEBAS DE DETECCIÓN**

601	¿Ha oído hablar sobre el VIH o el SIDA antes de esta encuesta?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
<p><b>FACILITADOR</b>, Lea al encuestado: “Con las preguntas que le voy a leer a continuación se quiere saber lo que usted cree y conoce acerca de la prevención y transmisión del VIH/SIDA, por lo que no hay respuestas correctas e incorrectas, solamente se busca conocer su opinión”.</p>			
602	¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
603	¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
604	¿El VIH se puede prevenir al evitar inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
605	¿El VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales penetrativas sin condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
606		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
607	¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
608	¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
609	¿El VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia en caso de no recibir tratamiento?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
610	¿Es posible que una persona que vive con VIH, pueda volver a infectarse con VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
611	¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS 3 <input type="checkbox"/>
612	<b>ALGUNA VEZ EN LA VIDA</b> ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 618
			No me acuerdo 3 <input type="checkbox"/> → 618
613	¿Cuál fue el resultado de esa prueba?		
	Positivo	1. <input type="checkbox"/>	Negativo 2. <input type="checkbox"/> → 618
	Indeterminado	3. <input type="checkbox"/> → 618	No sabe o No se acuerda 4. <input type="checkbox"/> → 618
	No contesta	5. <input type="checkbox"/> → 618	
614	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron que vive con el VIH?		
	Días	1 → <input type="text"/>	
	Meses	2 → <input type="text"/>	
	Años	3 → <input type="text"/>	
615	¿Está usted actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH?		
	Sí	1. <input type="checkbox"/>	No 2. <input type="checkbox"/> → 617
	No contesta	3. <input type="checkbox"/>	

616	En la atención integral que recibe ¿cuales servicios le están brindando? ( <i>Leer opciones</i> )	
	a. Información sobre prevención <input type="checkbox"/>	b. Seguimiento médico <input type="checkbox"/>
	c. Entrega de condones <input type="checkbox"/>	d. Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio) <input type="checkbox"/>
	e. Tratamiento antirretroviral <input type="checkbox"/>	f. Apoyo psicológico <input type="checkbox"/>
	g. Educación en salud <input type="checkbox"/>	
	Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la hizo? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
	617	Centro de Salud 1. <input type="checkbox"/>
	Hospital 3. <input type="checkbox"/>	Banco de Sangre 4. <input type="checkbox"/>
	Clínica 5. <input type="checkbox"/>	En una campaña 6. <input type="checkbox"/>
	Organización, Asociación, Fundación 7. <input type="checkbox"/>	En establecimiento penitenciario 8. <input type="checkbox"/>
618	¿Considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH o para reinfectarse?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 620 No sé 3 <input type="checkbox"/> → 620
619	¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que tiene? ( <i>Leer opciones</i> )	
	Alto 1. <input type="checkbox"/>	Medio 2. <input type="checkbox"/>
	Bajo 3. <input type="checkbox"/>	No sabe / No responde 4. <input type="checkbox"/>
620	¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea hacerse la prueba de VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

**VII. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

701	¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Mi familia no sabe que vivo en la calle 3 <input type="checkbox"/>
702	¿Alguien distinto a su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 801
703	¿Quién o quiénes, alguna vez en su vida, lo han rechazado, discriminado, abusado o maltratado por vivir en la calle? ( <i>Leer opciones</i> )	
	a. Fuerzas armadas (policía o militares) <input type="checkbox"/>	b. Religiosos <input type="checkbox"/>
	c. Profesionales de la salud <input type="checkbox"/>	d. Amigos <input type="checkbox"/>
	e. Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares <input type="checkbox"/>	f. Desconocidos <input type="checkbox"/>
	g. Pareja <input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál? <input type="text"/>
704	¿Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación, rechazo, abuso o maltrato? ( <i>Leer opciones</i> )	
	a. Le han negado la entrada a lugares públicos <input type="checkbox"/>	b. Le niegan o retardan la atención en salud <input type="checkbox"/>
	c. Lo han insultado en la calle o en lugares públicos <input type="checkbox"/>	d. Maltrato físico <input type="checkbox"/>
	e. Maltrato verbal <input type="checkbox"/>	f. Violación (abuso sexual) <input type="checkbox"/>
	g. Robo o asalto <input type="checkbox"/>	h. Extorsión <input type="checkbox"/>
	i. Otro ¿cuál? <input type="text"/>	
705	¿Ha solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio o tipo de abuso o maltrato por su condición de persona que vive en la calle?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 801
706	¿A dónde acudió? ( <i>Leer opciones</i> )	
	Ministerio público (defensoría, procuraduría) 1. <input type="checkbox"/>	Asociaciones cívicas o comunitarias de su barrio o localidad 2. <input type="checkbox"/>
	Organismo de la Sociedad Civil (Veeduría, contraloría y personería) 3. <input type="checkbox"/>	ONG, Asociaciones o Fundaciones 4. <input type="checkbox"/>
	Comisión de Derechos Humanos 5. <input type="checkbox"/>	Las iglesias / organizaciones religiosas 6. <input type="checkbox"/>
	JAC de su barrio o localidad 7. <input type="checkbox"/>	Fuerzas armadas (policía, fiscalía, comisarías) 8. <input type="checkbox"/>
	Otro, ¿cuál? <input type="text"/>	9. <input type="checkbox"/>

VIII. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1. ¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha... (Leer opciones)		2. ¿En los ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA HOY, con qué frecuencia ha... (Leer opciones)				
		Todos los días	Más de 1 vez por semana	Una vez por semana	Menos de 1 vez por semana	Ni una vez
a. ¿Consumido alcohol legal?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. ¿Consumido alcohol ilegal?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. ¿Fumado marihuana?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. ¿Fumado bazuco en pipa?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. ¿Fumado bazuco en cigarrillo o pistola?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. ¿Inyectado bazuco?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. ¿Inhalado cocaína?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g. ¿Inyectado cocaína?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h. ¿Consumido Popper?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i. ¿Fumado heroína?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j. ¿Inyectado heroína?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
k. ¿Inhalado thinner o pegante?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l. ¿Consumido éxtasis?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m. ¿Consumido pepas, rivotril o "roches"?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n. ¿Otras drogas? ¿Cuál o cuáles?	No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
802 ¿Hace cuánto tiempo se inyectó drogas por ÚLTIMA VEZ?						
Meses	1. <input type="checkbox"/> →	_ _		Nunca se ha inyectado → TERMINE		
Semanas	2. <input type="checkbox"/> →	_ _				
Días	3. <input type="checkbox"/> →	_ _				
803 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia usted ha compartido agujas o jeringas cuando se ha inyectado drogas?						
Con frecuencia	1. <input type="checkbox"/>	A veces		2. <input type="checkbox"/>		
Nunca	3. <input type="checkbox"/>					
804 ¿CON QUIÉN O QUIENES se inyecta las drogas? Con quien consume droga sin especificar qué clase de droga o como la consume						
a. Amigos	<input type="checkbox"/>	e. Pareja ocasional		<input type="checkbox"/>		
b. Pareja a quien le paga por tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	f. Desconocidos		<input type="checkbox"/>		
c. Pareja que le paga por tener relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	g. Lo hace solo/a		<input type="checkbox"/>		
d. Pareja estable	<input type="checkbox"/>	h. Otro ¿cuál? _____		<input type="checkbox"/>		



Anexo B. Discriminación por sexo y tipo de relaciones sexuales de la frecuencia de uso del condón por parte de la muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades durante los tres meses anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012

Ciudad	Tipo de relaciones sexuales	Frecuencia de uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
			Hombre		Mujer		n	Porcentaje
			n	Porcentaje	n	Porcentaje		
Barranquilla	Orales	Siempre	10	11,2	5	10,6	15	11,0
		Algunas veces	16	18,0	8	17,0	24	17,6
		Nunca	61	68,5	32	68,1	93	68,4
		No las practico	2	2,2	2	4,3	4	2,9
	Anales	Siempre	12	13,5	4	8,5	16	11,8
		Algunas veces	23	25,8	12	25,5	35	25,7
		Nunca	36	40,4	14	29,8	50	36,8
		No las practico	18	20,2	17	36,2	35	25,7
	Vaginales	Siempre	13	14,6	7	14,9	20	14,7
		Algunas veces	28	31,5	17	36,2	45	33,1
		Nunca	46	51,7	23	48,9	69	50,7
		No las practico	2	2,2	0	0,0	2	1,5
Bogotá D.C.	Orales	Siempre	10	9,1	0	0,0	10	7,5
		Algunas veces	15	13,6	1	4,2	16	11,9
		Nunca	58	52,7	16	66,7	74	55,2
		No las practico	27	24,5	7	29,2	34	25,4
	Anales	Siempre	15	13,6	0	0,0	15	11,2
		Algunas veces	16	14,5	0	0,0	16	11,9
		Nunca	46	41,8	14	58,3	60	44,8
		No las practico	33	30,0	10	41,7	43	32,1
	Vaginales	Siempre	19	17,4	2	8,3	21	15,8
		Algunas veces	33	30,3	3	12,5	36	27,1
		Nunca	45	41,3	15	62,5	60	45,1
		No las practico	12	11,0	4	16,7	16	12,0
Bucaramanga	Orales	Siempre	6	7,6	0	0,0	6	6,2
		Algunas veces	32	40,5	10	55,6	42	43,3
		Nunca	38	48,1	8	44,4	46	47,4
		No las practico	3	3,8	0	0,0	3	3,1
	Anales	Siempre	13	16,5	1	5,6	14	14,4
		Algunas veces	23	29,1	5	27,8	28	28,9
		Nunca	33	41,8	9	50,0	42	43,3
		No las practico	10	12,7	3	16,7	13	13,4
	Vaginales	Siempre	16	20,3	0	0,0	16	16,5
		Algunas veces	27	34,2	10	55,6	37	38,1
		Nunca	34	43,0	8	44,4	42	43,3
		No las practico	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Cali	Orales	Siempre	7	6,7	0	0,0	7	5,1
		Algunas veces	8	7,7	5	15,6	13	9,6
		Nunca	80	76,9	23	71,9	103	75,7
		No las practico	9	8,7	4	12,5	13	9,6
	Anales	Siempre	10	9,6	0	0,0	10	7,4
		Algunas veces	10	9,6	1	3,1	11	8,1
		Nunca	46	44,2	16	50,0	62	45,6
		No las practico	38	36,5	15	46,9	53	39,0
	Vaginales	Siempre	14	13,5	0	0,0	14	10,3
		Algunas veces	28	26,9	12	37,5	40	29,4
		Nunca	54	51,9	20	62,5	74	54,4
		No las practico	8	7,7	0	0,0	8	5,9



### Anexo C. Discriminación por sexo de los motivos de no uso del condón en la muestra de habitantes de calle de Barranquilla, 2012

Motivos de NO uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Confiaba en la fidelidad de la pareja	17	25,4	19	48,7	36	34,0
Estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	24	35,8	11	28,2	35	33,0
Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	16	23,9	18	46,2	34	32,1
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o las sustancias psicoactivas	15	22,4	7	17,9	22	20,8
Es incómodo	19	28,4	2	5,1	21	19,8
No lo tenía a la mano	7	10,4	8	20,5	15	14,2
No lo sabía utilizar	11	16,4	1	2,6	12	11,3
No tenía dinero	6	9,0	3	7,7	9	8,5
La relación sexual fue inesperada	4	6,0	2	5,1	6	5,7
Había sentimientos de afecto	3	4,5	1	2,6	4	3,8
Porque quería tener hijos	3	4,5	0	0,0	3	2,8
La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	0	0,0	1	2,6	1	0,9
Resta erotismo y sensualidad	0	0,0	1	2,6	1	0,9
Estaba utilizando un método anticonceptivo	0	0,0	1	2,6	1	0,9
No quiso usarlo a pesar de conocer los riesgos	1	1,5	0	0,0	1	0,9

### Anexo D. Discriminación por sexo de los motivos para el no uso del condón en la muestra de habitantes de calle de Bogotá, 2012

Motivos de NO uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Es incómodo	31	39,2	5	26,3	36	36,7
Confiaba en la fidelidad de la pareja	16	20,3	4	21,1	20	20,4
Resta erotismo y sensualidad	17	21,5	2	10,5	19	19,4
Estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	12	15,2	3	15,8	15	15,3
No lo tenía a la mano	12	15,2	3	15,8	15	15,3
Había sentimientos de afecto	12	15,2	2	10,5	14	14,3
No quiso usarlo a pesar de conocer los riesgos	9	11,4	3	15,8	12	12,2
No lo sabía utilizar	7	8,9	4	21,1	11	11,2
La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	7	8,9	4	21,1	11	11,2
La relación sexual fue inesperada	7	8,9	2	10,5	9	9,2
Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	5	6,3	3	15,8	8	8,2
No tenía dinero	3	3,8	3	15,8	6	6,1
Estaba utilizando un método anticonceptivo	4	5,1	1	5,3	5	5,1
Le da vergüenza comprarlo	2	2,5	2	10,5	4	4,1
La pareja vive con VIH	0	0,0	2	10,5	2	2,0
Porque quería tener hijos	1	1,3	1	5,3	2	2,0
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	2	2,5	0	0,0	2	2,0
Cree que el condón no es efectivo	0	0,0	2	10,5	2	2,0
Sintió vergüenza de pedir el condón	0	0,0	1	5,3	1	1,0
No lo conocía	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Le dieron dinero, sustancias psicoactivas o cualquier otro estímulo para no usarlo	1	1,3	0	0,0	1	1,0

### Anexo E. Discriminación por sexo de los motivos para el no uso del condón en la muestra de habitantes de calle de Bucaramanga, 2012

Motivos de NO uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Es incómodo	24	40,7	2	14,3	26	35,6
Había sentimientos de afecto	18	30,5	7	50,0	25	34,2
Confiaba en la fidelidad de la pareja	18	30,5	6	42,9	24	32,9
La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	13	22,0	10	71,4	23	31,5
No lo sabía utilizar	18	30,5	1	7,1	19	26,0
No lo tenía a la mano	13	22,0	5	35,7	18	24,7
Resta erotismo y sensualidad	15	25,4	2	14,3	17	23,3
Cree que el condón no es efectivo	16	27,1	0	0,0	16	21,9
Estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	9	15,3	5	35,7	14	19,2
No quiso usarlo a pesar de conocer los riesgos	9	15,3	2	14,3	11	15,1
La relación sexual fue inesperada	6	10,2	2	14,3	8	11,0
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o las sustancias psicoactivas	3	5,1	3	21,4	6	8,2
No tenía dinero	5	8,5	0	0,0	5	6,8
Porque quería tener hijos	2	3,4	1	7,1	3	4,1
Le da vergüenza comprarlo	3	5,1	0	0,0	3	4,1
La relación sexual fue sin su consentimiento	1	1,7	1	7,1	2	2,7
Sintió vergüenza de pedir el condón	2	3,4	0	0,0	2	2,7
No lo conocía	2	3,4	0	0,0	2	2,7
Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	1	1,7	0	0,0	1	1,4
Le dieron dinero, sustancias psicoactivas o cualquier otro estímulo para no usarlo	0	0,0	1	7,1	1	1,4

### Anexo F. Discriminación por sexo de los motivos para el no uso del condón en la muestra de habitantes de calle de Cali, 2012

Motivos de NO uso del condón	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Es incómodo	38	46,9	13	48,1	51	47,2
Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	20	24,7	4	14,8	24	22,2
Confiaba en la fidelidad de la pareja	13	16,0	7	25,9	20	18,5
Había sentimientos de afecto	8	9,9	7	25,9	15	13,9
Resta erotismo y sensualidad	13	16,0	2	7,4	15	13,9
No quiso usarlo a pesar de conocer los riesgos	10	12,3	2	7,4	12	11,1
La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	6	7,4	3	11,1	9	8,3
No lo tenía a la mano	9	11,1	0	0,0	9	8,3
No lo sabía utilizar	6	7,4	2	7,4	8	7,4
Estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	6	7,4	2	7,4	8	7,4
Porque quería tener hijos	2	2,5	0	0,0	2	1,9
La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o las sustancias psicoactivas	2	2,5	0	0,0	2	1,9
No lo conocía	1	1,2	1	3,7	2	1,9
Cree que el condón no es efectivo	2	2,5	0	0,0	2	1,9
Usted vive con VIH	1	1,2	0	0,0	1	0,9
La relación sexual fue inesperada	1	1,2	0	0,0	1	0,9
No tenía dinero	0	0,0	1	3,7	1	0,9
Estaba utilizando un método anticonceptivo	1	1,2	0	0,0	1	0,9



### Anexo G. Discriminación por sexo de las sustancias psicoactivas consumidas el último año por la muestra de habitantes de calle de Barranquilla, 2012

Sustancia psicoactiva consumida el último año	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Alcohol legal	67	75,3	33	73,3	100	74,6
Alcohol ilegal	62	68,9	33	71,7	95	69,9
Marihuana	74	81,3	38	80,9	112	81,2
Bazuco en pipa	62	68,1	33	71,7	95	69,3
Bazuco en cigarrillo o pistola	28	31,8	15	32,6	43	32,1
Bazuco inyectado	1	1,1	0	0,0	1	0,8
Cocaína inhalada	36	41,4	25	54,3	61	45,9
Cocaína inyectada	1	1,1	1	2,2	2	1,5
Popper	14	15,9	3	6,5	17	12,7
Heroína	1	1,1	3	6,7	4	3,0
Heroína inyectada	1	1,1	3	6,7	4	3,0
Thinner o pegante	13	14,8	5	10,9	18	13,4
Éxtasis	3	3,5	3	6,5	6	4,6
Pepas, rivotril o "roches"	42	48,3	36	78,3	78	58,6
Otras drogas	1	1,2	2	4,4	3	2,3

### Anexo H. Discriminación por sexo de las sustancias psicoactivas consumidas el último año por la muestra de habitantes de calle de Bogotá, 2012

Sustancia psicoactiva consumida el último año	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Alcohol legal	76	69,1	13	52,0	89	65,9
Alcohol ilegal	51	46,4	8	32,0	59	43,7
Marihuana	73	67,0	16	64,0	89	66,4
Bazuco en pipa	70	64,2	15	62,5	85	63,9
Bazuco en cigarrillo o pistola	33	30,3	5	20,0	38	28,4
Bazuco inyectado	1	0,9	1	4,0	2	1,5
Cocaína inhalada	26	23,6	2	8,0	28	20,7
Cocaína inyectada	3	2,7	0	0,0	3	2,2
Popper	2	1,8	1	4,0	3	2,2
Heroína	1	0,9	0	0,0	1	0,7
Heroína inyectada	3	2,7	0	0,0	3	2,2
Thinner o pegante	23	20,9	4	16,0	27	20,0
Éxtasis	5	4,5	4	16,0	9	6,7
Pepas, rivotril o "roches"	26	23,6	7	28,0	33	24,4
Otras drogas	6	5,6	0	0,0	6	4,5

### Anexo I. Discriminación por sexo de las sustancias psicoactivas consumidas el último año por la muestra de habitantes de calle de Bucaramanga, 2012

Sustancia psicoactiva consumida el último año	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Alcohol legal	43	54,4	7	38,9	50	51,5
Alcohol ilegal	49	62,0	14	77,8	63	64,9
Marihuana	62	78,5	14	77,8	76	78,4
Bazuco en pipa	57	72,2	18	100,0	75	77,3
Bazuco en cigarrillo o pistola	14	17,9	5	27,8	19	19,8
Bazuco inyectado	1	1,3	1	5,6	2	2,1
Cocaína inhalada	8	10,1	1	5,6	9	9,3
Cocaína inyectada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Popper	8	10,1	0	0,0	8	8,2
Heroína	2	2,5	0	0,0	2	2,1
Heroína inyectada	2	2,5	1	5,6	3	3,1
Thinner o pegante	30	38,0	10	55,6	40	41,2
Éxtasis	1	1,3	0	0,0	1	1,0
Pepas, rivotril o "roches"	19	24,1	9	50,0	28	28,9
Otras drogas	0	0,0	1	5,9	1	1,1

### Anexo J. Discriminación por sexo de las sustancias psicoactivas consumidas el último año por la muestra de habitantes de calle de Cali, 2012

Sustancia psicoactiva consumida el último año	Sexo de nacimiento				Total	
	Hombre		Mujer			
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Alcohol legal	61	58,7	17	53,1	78	57,4
Alcohol ilegal	55	52,9	13	40,6	68	50,0
Marihuana	63	60,6	19	59,4	82	60,3
Bazuco en pipa	39	37,5	13	40,6	52	38,2
Bazuco en cigarrillo o pistola	49	47,1	15	46,9	64	47,1
Bazuco inyectado	2	1,9	1	3,1	3	2,2
Cocaína inhalada	33	31,7	5	15,6	38	27,9
Cocaína inyectada	2	1,9	1	3,1	3	2,2
Popper	8	7,7	3	9,4	11	8,1
Heroína	7	6,7	3	9,4	10	7,4
Heroína inyectada	6	5,8	2	6,3	8	5,9
Thinner o pegante	22	21,2	7	21,9	29	21,3
Éxtasis	13	12,5	1	3,1	14	10,3
Pepas, rivotril o "roches"	25	24,3	8	25,0	33	24,4
Otras drogas	5	4,8	0	0,0	5	3,7

**Anexo K. Discriminación por sexo de la frecuencia de consumo de las principales sustancias por la muestra de habitantes de calle de Barranquilla en los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Marihuana	Todos los días	59	79,7	33	86,8	92	82,1
	Más de una vez por semana	10	13,5	3	7,9	13	11,6
	Una vez por semana	1	1,4	1	2,6	2	1,8
	Menos de una vez por semana	3	4,1	1	2,6	4	3,6
	Ni una vez	1	1,4	0	0,0	1	0,9
Bazuco en pipa	Todos los días	45	72,6	30	90,9	75	78,9
	Más de una vez por semana	11	17,7	3	9,1	14	14,7
	Una vez por semana	6	9,7	0	0,0	6	6,3
	Menos de una vez por semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alcohol legal	Todos los días	16	23,9	6	18,2	22	22,0
	Más de una vez por semana	24	35,8	9	27,3	33	33,0
	Una vez por semana	12	17,9	8	24,2	20	20,0
	Menos de una vez por semana	10	14,9	9	27,3	19	19,0
	Ni una vez	5	7,5	1	3,0	6	6,0
Alcohol ilegal	Todos los días	21	33,9	4	12,1	25	26,3
	Más de una vez por semana	24	38,7	10	30,3	34	35,8
	Una vez por semana	9	14,5	11	33,3	20	21,1
	Menos de una vez por semana	4	6,5	7	21,2	11	11,6
	Ni una vez	4	6,5	1	3,0	5	5,3
Pepas, rivotril o "roches"	Todos los días	2	5,0	0	0,0	2	3,0
	Más de una vez por semana	24	60,0	10	38,5	34	51,5
	Una vez por semana	9	22,5	12	46,2	21	31,8
	Menos de una vez por semana	5	12,5	4	15,4	9	13,6
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cocaína inhalada	Todos los días	5	13,9	4	16,7	9	15,0
	Más de una vez por semana	22	61,1	7	29,2	29	48,3
	Una vez por semana	6	16,7	7	29,2	13	21,7
	Menos de una vez por semana	2	5,6	6	25,0	8	13,3
	Ni una vez	1	2,8	0	0,0	1	1,7
Bazuco en cigarrillo o pistola	Todos los días	20	71,4	9	60,0	29	67,4
	Más de una vez por semana	2	7,1	6	40,0	8	18,6
	Una vez por semana	3	10,7	0	0,0	3	7,0
	Menos de una vez por semana	3	10,7	0	0,0	3	7,0
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**Anexo L. Discriminación por sexo de la frecuencia de consumo de las principales sustancias por la muestra de habitantes de calle de Bogotá en los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Marihuana	Todos los días	44	60,3	10	62,5	54	60,7
	Más de una vez por semana	12	16,4	3	18,8	15	16,9
	Una vez por semana	6	8,2	2	12,5	8	9,0
	Menos de una vez por semana	5	6,8	1	6,3	6	6,7
	Ni una vez	6	8,2	0	0,0	6	6,7
Bazuco en pipa	Todos los días	38	54,3	10	66,7	48	56,5
	Más de una vez por semana	16	22,9	1	6,7	17	20,0
	Una vez por semana	6	8,6	2	13,3	8	9,4
	Menos de una vez por semana	7	10,0	0	0,0	7	8,2
	Ni una vez	3	4,3	2	13,3	5	5,9
Alcohol legal	Todos los días	14	18,4	5	38,5	19	21,3
	Más de una vez por semana	16	21,1	1	7,7	17	19,1
	Una vez por semana	18	23,7	5	38,5	23	25,8
	Menos de una vez por semana	24	31,6	1	7,7	25	28,1
	Ni una vez	4	5,3	1	7,7	5	5,6
Alcohol ilegal	Todos los días	15	29,4	3	37,5	18	30,5
	Más de una vez por semana	17	33,3	2	25,0	19	32,2
	Una vez por semana	6	11,8	1	12,5	7	11,9
	Menos de una vez por semana	10	19,6	1	12,5	11	18,6
	Ni una vez	3	5,9	1	12,5	4	6,8
Bazuco en cigarrillo o pistola	Todos los días	11	33,3	2	40,0	13	34,2
	Más de una vez por semana	8	24,2	0	0,0	8	21,1
	Una vez por semana	6	18,2	1	20,0	7	18,4
	Menos de una vez por semana	6	18,2	2	40,0	8	21,1
	Ni una vez	2	6,1	0	0,0	2	5,3
Pepas, rivotril o "roches"	Todos los días	2	8,0	2	28,6	4	12,5
	Más de una vez por semana	3	12,0	0	0,0	3	9,4
	Una vez por semana	3	12,0	1	14,3	4	12,5
	Menos de una vez por semana	7	28,0	3	42,9	10	31,3
	Ni una vez	10	40,0	1	14,3	11	34,4
Cocaína inhalada	Todos los días	2	7,7	0	0,0	2	7,1
	Más de una vez por semana	4	15,4	0	0,0	4	14,3
	Una vez por semana	3	11,5	1	50,0	4	14,3
	Menos de una vez por semana	9	34,6	1	50,0	10	35,7
	Ni una vez	8	30,8	0	0,0	8	28,6



**Anexo M. Discriminación por sexo de la frecuencia de consumo de las principales sustancias por la muestra de habitantes de calle de Bucaramanga en los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Marihuana	Todos los días	40	64,5	10	71,4	50	65,8
	Más de una vez por semana	16	25,8	3	21,4	19	25,0
	Una vez por semana	3	4,8	1	7,1	4	5,3
	Menos de una vez por semana	2	3,2	0	0,0	2	2,6
	Ni una vez	1	1,6	0	0,0	1	1,3
Bazuco en pipa	Todos los días	34	59,6	14	82,4	48	64,9
	Más de una vez por semana	12	21,1	2	11,8	14	18,9
	Una vez por semana	6	10,5	1	5,9	7	9,5
	Menos de una vez por semana	5	8,8	0	0,0	5	6,8
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alcohol legal	Todos los días	9	20,9	2	28,6	11	22,0
	Más de una vez por semana	8	18,6	0	0,0	8	16,0
	Una vez por semana	15	34,9	2	28,6	17	34,0
	Menos de una vez por semana	11	25,6	3	42,9	14	28,0
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alcohol ilegal	Todos los días	20	40,8	7	50,0	27	42,9
	Más de una vez por semana	14	28,6	3	21,4	17	27,0
	Una vez por semana	9	18,4	1	7,1	10	15,9
	Menos de una vez por semana	6	12,2	3	21,4	9	14,3
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Thinner o pegante	Todos los días	13	43,3	4	40,0	17	42,5
	Más de una vez por semana	4	13,3	4	40,0	8	20,0
	Una vez por semana	7	23,3	0	0,0	7	17,5
	Menos de una vez por semana	6	20,0	2	20,0	8	20,0
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pepas, rivotril o "roches"	Todos los días	0	0,0	2	22,2	2	7,7
	Más de una vez por semana	5	29,4	0	0,0	5	19,2
	Una vez por semana	7	41,2	4	44,4	11	42,3
	Menos de una vez por semana	4	23,5	3	33,3	7	26,9
	Ni una vez	1	5,9	0	0,0	1	3,8
Bazuco en cigarrillo o pistola	Todos los días	6	46,2	3	60,0	9	50,0
	Más de una vez por semana	5	38,5	1	20,0	6	33,3
	Una vez por semana	1	7,7	1	20,0	2	11,1
	Menos de una vez por semana	1	7,7	0	0,0	1	5,6
	Ni una vez	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**Anexo N. Discriminación por sexo de la frecuencia de consumo de las principales sustancias por la muestra de habitantes de calle de Cali en los 30 días anteriores a la aplicación de la encuesta, 2012**

Sustancia psicoactiva	Frecuencia de consumo en los últimos 30 días	Sexo de nacimiento				Total	
		Hombre		Mujer			
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Marihuana	Todos los días	33	53,2	15	83,3	48	60,0
	Más de una vez por semana	9	14,5	2	11,1	11	13,8
	Una vez por semana	5	8,1	0	0,0	5	6,3
	Menos de una vez por semana	8	12,9	1	5,6	9	11,3
	Ni una vez	7	11,3	0	0,0	7	8,8
Bazuco en pipa	Todos los días	23	59,0	7	53,8	30	57,7
	Más de una vez por semana	6	15,4	2	15,4	8	15,4
	Una vez por semana	3	7,7	2	15,4	5	9,6
	Menos de una vez por semana	4	10,3	2	15,4	6	11,5
	Ni una vez	3	7,7	0	0,0	3	5,8
Alcohol legal	Todos los días	18	29,5	7	41,2	25	32,1
	Más de una vez por semana	10	16,4	1	5,9	11	14,1
	Una vez por semana	10	16,4	2	11,8	12	15,4
	Menos de una vez por semana	18	29,5	7	41,2	25	32,1
	Ni una vez	5	8,2	0	0,0	5	6,4
Alcohol ilegal	Todos los días	21	38,2	7	53,8	28	41,2
	Más de una vez por semana	9	16,4	2	15,4	11	16,2
	Una vez por semana	5	9,1	2	15,4	7	10,3
	Menos de una vez por semana	15	27,3	2	15,4	17	25,0
	Ni una vez	5	9,1	0	0,0	5	7,4
Bazuco en cigarrillo o pistola	Todos los días	20	41,7	8	53,3	28	44,4
	Más de una vez por semana	4	8,3	3	20,0	7	11,1
	Una vez por semana	6	12,5	1	6,7	7	11,1
	Menos de una vez por semana	8	16,7	3	20,0	11	17,5
	Ni una vez	10	20,8	0	0,0	10	15,9
Cocaína inhalada	Todos los días	3	9,1	3	60,0	6	15,8
	Más de una vez por semana	3	9,1	0	0,0	3	7,9
	Una vez por semana	5	15,2	1	20,0	6	15,8
	Menos de una vez por semana	14	42,4	1	20,0	15	39,5
	Ni una vez	8	24,2	0	0,0	8	21,1
Pepas, rivotril o "roches"	Todos los días	9	37,5	3	37,5	12	37,5
	Más de una vez por semana	2	8,3	1	12,5	3	9,4
	Una vez por semana	2	8,3	1	12,5	3	9,4
	Menos de una vez por semana	10	41,7	1	12,5	11	34,4
	Ni una vez	1	4,2	2	25,0	3	9,4







