| Territorial | DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS<br>SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD<br>Proceso Gestion de Asistencia Técnica<br>Procedimiento Asesoría y Acompañamiento<br>Instrumento Habitante en Calle | Versión: 01<br>Código: F008-P02-AT<br>Fecha: 2024-10-23 |
|---|---|---|

**Fecha de captura de información:** 28 de Agosto de 2025

**Institución que realiza la captura de información:** ESE Hospital Sagrado Corazon

## Ubicación

1. Nombre del Municipio: Manizales
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: Parque principal
4. Teléfono: 3135569585
5. Afiliación a EPS: [X] SI [ ] NO ¿Cuál? Salud Total

## Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación: [X] SI [ ] NO
7. Tipo de documento de identidad: [X] CC [ ] TI [ ] RC [ ] CN [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ] PEP
8. Número de identificación: 52372272
9. Proporciona información de identificación informarlo: [X] SI [ ] NO
10. 1er. Nombre: Blanca
11. 2do. Nombre:
12. 1er. Apellido: Jaramillo
13. 2do. Apellido: Betancurt
14. Años cumplidos: 48
15. Fecha de Nacimiento:
16. Sexo*: [ ] Hombre [X] Mujer [ ] Intersexual [ ] Por observación
17. Con cuál género* se identifica? [ ] Masculino [X] Femenino [ ] Mujer Transgénero [ ] Hombre Transgénero [ ] No binario [ ] Otro ¿Cuál?_____ [ ] No informa
18. Cual es su orientación Sexual?: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Otro ¿Cual?_____ [ ] No informa
19. Tiene usted una discapacidad?: [ ] SI [X] NO ¿Cual?

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

Powered by CamScanner

De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- [ ] Indígena [ ]
- [ ] Rom Gitano [ ]
- [ ] Raizal
- [ ] Palenquero
- [ ] Afrocolombiano
- [x] Ninguna de las anteriores ¿Cuál?_____

## Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- [ ] Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- [x] Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
- [ ] De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- [ ] Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*
- [x] No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle

22. De los siguientes factores, cual cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- [ ] Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- [ ] Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- [ ] Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- [ ] Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- [ ] Es víctima de algún tipo de violencia
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- [ ] Otro, cuál _____

23. Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- [x] No tener ingresos fijos
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes
- [ ] No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- [ ] La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- [ ] No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- [ ] No cree que pueda vivir de otra forma
- [ ] Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo haces de la calle el escenario propio para su supervivencia

- [ ] Menos de un mes
- [ ] Entre 1 mes y 3 meses
- [ ] Entre 4 meses* y hasta 1 año
- [x] Más de 1 año

25. ¿Cuales son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- [ ] Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- [ ] Violencia intrafamiliar
- [ ] El dinero que gana no alcanzaba para paga un lugar en el que vivir
- [ ] Desalojo o perdida de vivienda
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Un problema de salud físico o mental
- [ ] Perdida de fuente de ingresos o trabajo
- [ ] Egreso de un servicio de protección
- [ ] El conflicto armado
- [ ] Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- [ ] Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- [ ] La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- [ ] Ser migrante sin redes de apoyo
- [ ] Había estado en situación de calle previamente y volvio a estarlo actualmente
- [ ] Abuso sexual
- [ ] Por voluntad propia
- [x] Otro, cuál _____

## Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- [ ] Familiares*
- [ ] Instituciones
- [x] Amigos o conocidos
- [ ] Otros

Frecuencia

- [ ] Diario
- [x] Semanal
- [ ] Al menos una vez al mes
- [ ] Mas de una vez al mes



Powered by CamScanner

- [ ] Al menos una vez cada seis meses
- [ ] Al menos una vez al año

... el último mes, el lugar donde ... duerme o vive lo comparte ... (Puede seleccionar varias respuestas):

- [x] Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)
- [ ] Su pareja
- [ ] Amigos
- [ ] Otras personas. Cuales _____
- [ ] Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- [x] Generar ingresos
- [ ] Asistir a servicios sociales
- [ ] Educación/ cultura
- [ ] Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- [ ] Deporte y/o actividades recreativas
- [ ] Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- [ ] Asistir a servicios de salud
- [ ] Otro, cuál _____

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila):

- [ ] Vecinos, conocidos o familiares
- [x] Servicios sociales y de salud
- [ ] Ninguna

| Necesidades: | | |
|---|---|---|
| [x] Alimentos | [ ] Recreación | |
| [x] Dinero | [ ] Dormitorio | |
| [ ] Asearse | [ ] Salud | |

30. ¿Sabe leer y escribir?

[x] SI [ ] NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- [ ] Ninguno
- [ ] Preescolar
- [ ] Básica primaria completa
- [ ] Básica primaria incompleta
- [x] Básica secundaria completa
- [ ] Básica secundaria incompleta
- [ ] Media académica / Media técnica completa
- [ ] Media académica / Media técnica incompleta
- [ ] Normalista
- [ ] Superior (universitaria)
- [ ] Postgrado
- [ ] Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- [ ] Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- [ ] Violencia sexual
- [ ] Violencia física
- [ ] Violencia psicológica (verbal, emocional)
- [ ] Lesiones por eventos de transporte
- [ ] Lesiones accidentales
- [ ] Mendicidad obligada (coacción)
- [ ] Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- [ ] Violencia entre familiares
- [ ] Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Violencia entre otros familiares
- [ ] Violencia al adulto mayor
- [x] Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones? [ ] SI [ ] NO ¿Cuál?_____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció? [ ] SI [ ] NO



Powered by CamScanner

...principal fuente de ingreso como una respuesta)

- [ ] Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares
- [x] Ventas informales
- [ ] Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares
- [ ] Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- [ ] Actividades sexuales pagadas
- [ ] Aseo/limpieza
- [ ] Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares
- [ ] Recogiendo y vendiendo material reciclable
- [ ] Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- [ ] Otro, cual _____

## Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención — SI / NO

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención — SI / NO

NINGUNA

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

| SITUACIONES | ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO | |
|---|---|---|
| [ ] Sistema digestivo (diarrea, vómito) | SI | NO |
| [ ] Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC) | SI | NO |
| [ ] Tuberculosis | SI | NO |
| [ ] Afecciones de piel (úlceras, flebitis granos, caranchos, ladillas, piojos) | SI | NO |
| [ ] Sistema cardiovascular (ulceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión) | SI | NO |
| [ ] Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) | SI | NO |
| [ ] Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) | SI | NO |
| [ ] Infecciones de Transmisión sexual (venereas) | SI | NO |
| [ ] Sífilis, Gonorrea | SI | NO |
| [ ] Hepatitis | SI | NO |
| [ ] VIH | SI | NO |
| [ ] Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental | SI | NO |
| [ ] Intento de suicidio | SI | NO |
| [ ] Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA | SI | NO |
| [ ] Sobredosis | SI | NO |
| [ ] Convulsiones | SI | NO |
| [ ] Como consecuencia de una lesión por accidente | SI | NO |
| [ ] Como consecuencia de una lesión por violencias | SI | NO |
| [ ] Problemas odontológicos | SI | NO |
| [ ] Eventos relacionados con la gestación | SI | NO |
| [x] Ninguna de las anteriores | | |
| [ ] Otro, cuál _____ | | |

39. Qué hizo cuando se presento el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizo)

- [ ] Se cuidó solo
- [ ] Fue a una farmacia
- [ ] Fue a un servicio de alojamiento
- [ ] Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
- [ ] Pidió ayuda a un familiar o amigo
- [ ] Fue a hospital o centro de salud
- [ ] Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- [ ] Nada

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- [ ] Oir la voz o los sonidos
- [ ] Ver de cerca, de lejos o alrededor
- [ ] Agarrar o mover objetos con las manos
- [ ] Hablar o conversar
- [ ] Mover el cuerpo, caminar
- [ ] Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo(a)



Powered by CamScanner

- [ ] Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)
- [ ] Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios
- [ ] Relacionarse o interactuar con las demas personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA? SI [ ] NO [x]

42. Que tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA
- [ ] Ninguno
- [ ] Residencial-cerrado-internado
- [ ] Hospital dia
- [ ] Consulta externa
- [ ] Ambulatorio-abierto
- [ ] Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? SI [ ] NO [x]

44. Recibio tratamiento por la sobredosis? SI [ ] NO [x]

45. Frente a la inyeccion de drogas
- [ ] Nunca me he inyectado drogas
- [ ] Ha compartido material de inyección
- [ ] Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- [ ] He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los ultimos tres meses, cual es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

| SUSTANCIAS | FORMA DE CONSUMO |
|---|---|
| [ ] Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Cannabis (marihuana, por, hierba, hachis, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Cocaína (perico, piedras, crack, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Alucinogenos (LSD, acido, hongos, trips, Ketamina, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Opiaceos (heroina, morfina, metadona, Buprenorfina, codeina, etc.) | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |
| [ ] Otro tipo - especificar* | Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual? |

47. Con que frecuencia la consume:
- [ ] Una o dos veces
- [ ] Semanalmente
- [ ] Mensualmente
- [ ] Todos o casi todos los días

## Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista
- [x] Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- [ ] Servicio social
- [ ] otro Cual _____
- [ ] Dormitorio transitorio (hotel, pago por dia, inquilinato, residencia, camarote)
- [ ] Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste
- [x] Siempre ha vivido en este
- [ ] Nombre del municipio _____
- [ ] No se acuerda

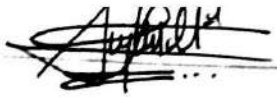
50. Migrante SI [ ] NO [x]
- [ ] Regular
- [ ] Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan SI [ ] NO [x] ¿Cuales? _____



Powered by CamScanner

...e de quien realiza la encuesta: 

POLITICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS [illegible]

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - OTSS
Fecha de elaboración:



Powered by CamScanner