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

Fecha de captura de información: 28 agosto 2025

Institución que realiza la captura de información: ESE Hospital Sagrado Corazón

Ubicación

1. Nombre del Municipio: Norcasia caldas
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: parque principal
3. Teléfono: 3233678703
4. Afiliación a EPS: [X] SI [ ] NO ¿Cuál? N EPS

Identificación del entrevistado

5. Tiene o ha tenido documento de identificación: [X] SI [ ] NO
6. Tipo de documento de identidad: [X] TI [ ] RC [ ] CN [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ] PEP

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

7. Número de identificación: 4571453
8. Proporciona información de identificación informarlo [SI] [NO]
9. 1er. Nombre: Miguel
10. 2do. Nombre: Angel
11. 1er. Apell.do: orozco
12. 2do. Apellido: ospina
13. Años cumplidos: 64
14. Fecha de Nacimiento:
15. Sexo*: [X] Hombre [ ] Mujer [ ] Intersexual [ ] Por observación
16. Con cuál género* se identifica? [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Mujer Transgénero [ ] Hombre Transgénero [ ] No binario [ ] Otro ¿Cuál? [ ] No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Otro ¿Cual? [ ] No informa
18. Tiene usted una discapacidad? [SI] [X] NO ¿Cuál?

Powered by CamScanner

28. De forma [illegible]

- [ ] Negativa [redacted]
- [ ] Rentada [redacted]
- [ ] Prestada
- [ ] Ninguna de las anteriores ¿Cuál?

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Actualmente usted [illegible]

- [ ] [illegible] casa propia, prestada o [illegible]
- [x] Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
- [ ] En [illegible] familiares, amistades o conocidos
- [ ] Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

22. De los siguientes [illegible] que [illegible] vida actualmente. Sele[illegible] esta respuesta)

- [x] No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- [ ] 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
- [x] Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- [ ] Otro, cual

23. Cuál es su principal motivo para estar con [illegible] "Permanecer en la calle" seleccione una opción)

- [x] No tener ingresos fijos
- [x] Tiene ingresos pero son insuficientes
- [ ] No tiene redes que lo 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, cual

24. Hace cuanto tiempo hace 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
- [x] El dinero que gana no alcanzaba para paga un lugar en el que vivir
- [ ] Desalojo o pérdida de vivienda
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Un problema de salud físico o mental
- [ ] Pérdida 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 volvió a estarlo actualmente
- [ ] Abuso sexual
- [x] Por voluntad propia
- [ ] Otro, cuál

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con:

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

Frecuencia:

- [ ] Diario
- [x] Semanal
- [ ] Menos de una vez al mes
- [ ] Más de una vez al mes

Powered by CamScanner

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

27. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- [ ] Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)
- [x] 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)

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

Necesidades:

[ ] 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
- [x] Básica primaria incompleta
- [ ] 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
- [ ] 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

¿Su principal fuente de ingreso (seleccione una respuesta)

- [ ] Actividades de mecánica, carpintería, construcción, ebanistería
- [x] Ventas informales
- [ ] Cuidando, 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 corazon, soplos, hipertensión)	SI	NO
☐	Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	SI	NO
☐	Afecciones vias urinarias (ardor para orinar)	SI	NO
☐	Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)	SI	NO
☐	Sifilis, Gonorrea	SI	NO
☐	Hepatitis	SI	NO
☐	VIH	SI	NO
☐	Depresion, 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 lesion por accidente	SI	NO
☐	Como consecuencia de una lesion por violencias	SI	NO
☐	Problemas odontológicos	SI	NO
☐	Eventos relacionados con la gestación	SI	NO
☒	Ninguna de las anteriores		
☐	Otro, cual _____		

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

- [ ] 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
- [ ] Pidio ayuda a un familiar o amigo
- [ ] Fue a hospital o centro de salud
- [ ] Fue donde una autoridad indigena 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 sí mismo(a)
- [ ] Hacer las actividades diarias sin dificultar problemas cardiacos, respiratorios
- [ ] Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA? SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido a causa del consumo de SPA

- [ ] Ninguno
- [ ] Residencia (cerrado-internado)
- [ ] Hospital día
- [ ] Consulta externa
- [ ] Ambulatorio-abierto
- [ ] Hospital noche

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

44. Recibió tratamiento por la sobredosis? SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- [ ] Nunca me he inyectado drogas
- [ ] He 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 últimos tres meses, cuál 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, hachís, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ] Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ] Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, pasta, 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 Pildoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam,	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ] Alucinogenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ] Opiaceos (heroina, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, 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 día, inquilinato, residencia, camarote)
- [ ] Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de este

- [x] Siempre ha vivido en este
- [ ] Nombre del municipio _____
- [ ] No se acuerda

50. Migrante SI NO

- [ ] Regular
- [ ] Irregular

Nombre del país de origen _____

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que la beneficien SI NO ¿Cuales? _____

Powered by CamScanner

Nombre de quien recibe la encuesta: Paula Vasquez A.

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS

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

Powered by CamScanner