



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante de calle en tres ciudades de Colombia 2012

Iván Mauricio Cárdenas Cañón

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2014

Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante de calle en tres ciudades de Colombia 2012

Iván Mauricio Cárdenas Cañón

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Director:

Médico especialista PhD, Carlos Arturo Sarmiento Limas

Línea de Investigación:

Epidemiología

Grupo de Investigación:

Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2014

Dedicatoria

A todas y cada una de las personas que con sus aportes y enseñanzas contribuyeron a mi proceso de formación como salubrista y en especial a aquellas que siempre me impulsaron a culminar mis estudios.

Agradecimientos

Al Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria por haberme facilitado la información necesaria para cumplir con los objetivos trazados en el marco de esta investigación.

Al profesor Carlos Arturo Sarmiento Limas, médico salubrista, Profesor de la Universidad Nacional por su paciencia y sabios consejos durante la orientación dada al presente trabajo.

A las personas de mi entorno laboral, social y familiar que me tuvieron paciencia durante el tiempo que debí dedicar a mis estudios y para los cuales mi ausencia significó desplantes o malos ratos.

Resumen

Objetivo

Evaluar la asociación entre las variables frecuentemente relacionadas con la infección por VIH y los casos confirmados de VIH en una muestra de la población habitante de calle de las ciudades Barranquilla, Bogotá y Cali en el año 2012.

Diseño Metodológico

Estudio analítico transversal para medir la asociación entre variables socio demográficas, de acceso al sistema de salud, de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, estigma, discriminación y de consumo de sustancias psicoactivas con la infección por el VIH en habitantes de la calle en las ciudades de Bogotá, Barranquilla y Cali.

Resultados

Los habitantes de calle residentes en la ciudad de Barranquilla presentaron una probabilidad 8,3 veces mayor que los habitantes de calle de Cali de tener la infección por VIH/Sida; respecto a la ciudad de Bogotá esta oportunidad relativa no fue significativa; frente a la edad de los individuos, tener 20 años o menos representa la mayor probabilidad de tener VIH.

La orientación sexual y el consumo de sustancias psicoactivas también fueron factores en los que se encontró una fuerte asociación, siendo para el primero el grupo de personas que se identificaban como homosexuales los de mayor probabilidad y el consumo de Marihuana, Bazuco y Rivotril para las segundas. El consumo de heroína no se encontró asociado, en parte por la baja frecuencia de consumo de acuerdo a las respuestas dadas por los participantes.

El consumo de bazuco en pipa fue el único factor cuya asociación fue estadísticamente significativa en el análisis bivariado y cuando se estratificó por ciudad.

Conclusiones

En la muestra de habitante de calle el consumo de sustancias psicoactivas, la edad y la orientación sexual son factores asociados a la infección por VIH.

Palabras clave: VIH, Habitantes de calle, Epidemiología.

Abstract

Objective

Evaluate the association between the most frequent variables related to HIV infection and confirmed cases of HIV from street population samples of the cities of Barranquilla, Bogota and Cali from the year 2012.

Methods

Cross-sectional study to measure the association between socio demographic variables, assess to a health system, knowledges, attitudes and sexual behavior, stigma, discrimination and the consumption of psychoactive substances with HIV infection of the homeless persons from the cities Barranquilla, Bogota and Cali.

Results

Homeless persons in the city of Barranquilla had a probability of 8.3% higher than the habitants of Cali streets of having HIV/AIDS infection while habitants of Bogota had a relative opportunity non significant. Regarding age, being 20 years old or younger has the highest probability of having HIV. The sexual orientation and consumption of psychoactive substances showed a strong association with HIV infection. Homosexuals have the highest probability followed by Marihuana, Bazuco and Rivotril consumers. There was no association with Heroin consumers but it could be due to the lower frequency of consumption according to the survey's responses.

Bazuco in pipa consumption was the only factor with a statistically significant association with HIV infection in both - bi variable analysis as well as stratification by city.

Conclusions

In the sample of the street residents, the consumption of psychoactive substances, age and sexual orientation are factors associated with HIV infection.

Keywords: HIV, Homeless Persons, Epidemiology.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIII
Lista de tablas	XIV
Lista de abreviaturas	XVI
Introducción	1
1. Valoración de la investigación.	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Situación Mundial del VIH/Sida.....	7
1.2.1 VIH en poblaciones clave.....	9
1.2.2 VIH en Habitante de calle.....	11
1.3 Situación del VIH/Sida en Colombia	11
1.3.1 VIH en poblaciones clave.....	13
1.3.2 VIH en Habitante de Calle.....	14
1.4 Objetivo General.....	16
1.5 Objetivos Específicos.....	17
2. Referentes Conceptuales	19
2.1 VIH	19
2.1.1 Fases de la infección.....	19
2.1.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA.....	20
2.1.3 Tratamiento.....	20
2.2 Población Clave.....	21
2.3 Habitante de Calle	22
2.4 Tipos de epidemia(39)	22
2.5 Lineamientos para detener la epidemia	23
2.5.1 Mundiales.....	23
2.5.2 Regionales	25
2.5.3 Nacionales	26
3. Diseño Metodológico	29
3.1 Tipo de estudio	29
3.2 Área de estudio.....	29
3.3 Población y unidad de análisis.....	30
3.3.1 Población	30
3.3.2 Unidad de análisis.....	30

3.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	32
3.5	Análisis de los datos.....	32
3.5.1	Análisis Descriptivo.....	32
3.5.2	Análisis Bivariado	32
3.5.3	Análisis Estratificado.....	33
3.6	Limitaciones del estudio	33
3.7	Aspectos éticos	33
4.	Resultados	35
4.1	Información General.....	35
4.2	Análisis Descriptivo	36
4.2.1	Variables sociales y demográficas.....	36
4.2.2	Variables de necesidades básicas.....	37
4.2.3	Variables de salud y acceso al SGSSS.....	39
4.2.4	Variables relacionadas con la historia sexual.....	40
4.2.5	Variables relacionadas con actitudes frente al condón.....	41
4.2.6	Variables relacionadas con la última relación sexual.	42
4.2.7	Variables relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas.	44
4.2.8	Variables relacionadas con estigma y discriminación.....	46
4.2.9	Variables relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas.	47
4.3	Análisis Bivariado	49
4.4	Análisis Estratificado por ciudad.....	56
5.	Discusión.....	59
6.	Conclusiones y recomendaciones	67
6.1	Conclusiones.....	67
6.2	Recomendaciones.....	70
6.2.1	Relacionadas con el VIH en habitantes de Calle.....	70
6.2.2	Relacionadas con el estudio inicial.	72
A.	Anexo: Variables sociales, demográficas y de necesidades básicas.....	75
B.	Anexo: Variables salud y acceso al SGSSS.....	79
C.	Anexo: Variables Historia sexual y reproductiva.	81
D.	Anexo: Variables Actitudes frente al condón.	83
E.	Anexo: Variables relacionadas con la última relación sexual.	85
F.	Anexo: Variables relacionadas con conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH-Sida / pruebas de detección.....	87
G.	Anexo: Variables relacionadas con estigma y discriminación.....	89
H.	Anexo: Variables relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas.	91
I.	Anexo: Variables relacionadas con consumo de sustancias inyectables.....	93
	Bibliografía	95

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Prevalencia del VIH en Población Adulta (15 a 49 años) por Región OMS 2013(17).....	8
Figura 2 Muertes por Sida a nivel Mundial, 2001 - 2012	9
Figura 3 Uso informado del preservativo en la última relación sexual remunerada, por región de 2009 a 2012	10
Figura 4 Número de casos de VIH/Sida notificados en Colombia entre el año 1985 y el 2013.....	12
Figura 5 Tasa de VIH por 100.000 habitantes por departamento.....	13

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 Casos de VIH por Región OMS, 2013(15).....	8
Tabla 2 Comparación de prevalencias en población vulnerable por ciudad.	16
Tabla 3 Distribución por sexo y ciudad de los entrevistados	35
Tabla 4 Distribución de los resultados de la prueba de VIH por ciudad de los entrevistados	35
Tabla 5 Resultados socio demográficos en población habitante de calle con VIH.	36
Tabla 6 Resultados de necesidades básicas en población habitante de calle con VIH.....	37
Tabla 7 Resultados de salud y acceso al SGSSS población habitante de calle con VIH.	39
Tabla 8 Resultados de historia sexual en población habitante de calle con VIH.	41
Tabla 9 Resultados de actitudes frente al condón en población habitante de calle con VIH.	42
Tabla 10 Resultados de comportamientos en la última relación sexual en población habitante de calle con VIH.	42
Tabla 11 Resultados de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/Sida de la población habitante de calle con VIH.	44
Tabla 12 Resultados de estigma y discriminación a la población habitante de calle con VIH.	46
Tabla 13 Resultados de consumo de sustancias psicoactivas en población habitante de calle con VIH.....	47
Tabla 14 Análisis estadístico de la relación del VIH con la ciudad de residencia.	49
Tabla 15 Análisis estadístico de la relación del VIH con la edad de los encuestados ..	49
Tabla 16 Análisis estadístico de la relación del VIH con el sexo de las personas encuestadas.	50
Tabla 17 Análisis estadístico de la relación del VIH con las actitudes frente a la atención de problemas de salud.	50
Tabla 18 Análisis estadístico de la relación del VIH con la afiliación al SGSSS	51
Tabla 19 Análisis estadístico de la relación del VIH con la orientación sexual de los participantes	51
Tabla 20 Análisis estadístico de la relación del VIH con la edad de la primera relación sexual	52

Tabla 21	Análisis estadístico de la relación del VIH con el uso de condón en la primera relación sexual	52
Tabla 22	Análisis estadístico de la relación del VIH con la el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses	53
Tabla 23	Análisis estadístico de la relación del VIH con el uso condón en su última relación sexual	53
Tabla 24	Análisis estadístico de la relación del VIH con la estigmatización familiar por ser habitante de calle	54
Tabla 25	Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de alcohol ilegal.	54
Tabla 26	Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de Marihuana.....	55
Tabla 27	Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de bazuco en pipa.	55
Tabla 28	Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de pepas, rivotril o “roches”	55
Tabla 29	Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de heroína en los últimos 12 meses	56
Tabla 30	Variables asociadas al VIH en la muestra de habitante de calle ajustadas por ciudad de residencia	57
Tabla 31	Habitante de la calle en los planes de desarrollo de las ciudades Cali, Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga.	64
Tabla 32	Metas relacionadas con VIH en los planes de desarrollo de las ciudades Cali, Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga.	65

Lista de abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura Término

<i>HSH</i>	Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres
<i>ITS</i>	Infecciones de Transmisión Sexual
<i>MCP</i>	Mecanismo Coordinador de País
<i>MSPS</i>	Ministerio de Salud y Protección Social
<i>MTS</i>	Mujeres Trabajadoras Sexuales
<i>OIM</i>	Organización Internacional para las Migraciones
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>ONUSIDA</i>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>OR</i>	Oportunidad Relativa
<i>SGSSS</i>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<i>SIDA</i>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<i>VIH</i>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<i>UDI</i>	Usuario de Droga Inyectable
<i>UNFPA</i>	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Introducción

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud considera que la epidemia por VIH continúa siendo uno de los grandes retos para la salud pública debido al elevado número de personas infectadas, de las cuales muchas no conocen su estado serológico y por la gran cantidad de muertes que anualmente produce la enfermedad; estas realidades representan un reto para los países que deben procurar el desarrollo de acciones tendientes a brindar una información práctica y relevante sobre el virus y la enfermedad a la población general, lograr diagnósticos oportunos a las personas que se sospeche puedan estar viviendo infectadas con el virus y garantizar el acceso a tratamiento oportuno de toda persona a la que se le confirme su diagnóstico.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud para el año 2013 cerca de 35.3 millones de personas vivían con VIH, 2.1 millones se habían infectado en este año y cerca de 1.5 millones habían fallecido por enfermedades asociadas al Sida (1). Aun cuando la situación ha venido presentado avances notorios hacia la disminución de las brechas y el fortalecimiento del trabajo de los países con miras a lograr una mejor información sobre la enfermedad, la oportunidad en el diagnóstico y el acceso a nuevos tratamientos, los datos muestran una concentración de la problemática en África subsahariana, región que registró cerca del 83% (1.5 millones) de nuevos casos.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia la epidemia se encuentra concentrada y se circunscribe a poblaciones que por factores económicos, sociales y políticos presentan una mayor vulnerabilidad. Los grupos que presentan prevalencias de infección altas son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, habitantes de calle, mujeres transgénero, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables.

En Colombia, la tendencia en el número de casos en los últimos 6 años ha venido aumentando al pasar de 5.695 casos de VIH/Sida en el 2008 a 8.208 casos en el 2013;

en este último año cerca del 82% de los casos reportados correspondían a personas en estadio VIH. En relación a la magnitud del evento frente al total de la población, en el año 2013 la incidencia fue de 17.42 casos por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2009 fue de 14.16 casos(2).

Una de las recomendaciones de la OMS para enfrentar el VIH en el quinquenio 2011 – 2015 se denomina “*Conocer la epidemia, conocer la respuesta*” e implica para los países la necesidad de buscar información estratégica actualizada sobre la epidemia; dentro de estos requerimientos se incluye la búsqueda de información sobre las poblaciones denominadas de mayor vulnerabilidad (HSH, trabajadores del sexo, prisioneros, UDI). Con el objetivo principal de que estos análisis permitan la caracterización del evento e identifiquen factores sociales, económicos y jurídicos que aumenten el riesgo de transmisión de la infección de VIH(3).

El avance de la ciencia ha permitido desarrollar medicamentos más efectivos para el tratamiento de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos que viven con la infección; sin embargo, los elevados costos de estas tecnologías representan un problema para los sistemas de salud que deben garantizar la provisión constante y de por vida a los pacientes diagnosticados. Adicionalmente, algunas poblaciones no acceden voluntariamente a estos tratamientos debido al desconocimiento de la enfermedad o porque no acuden regularmente a servicios de salud preventiva como sucede frecuentemente con la población habitante de la calle.

Existen otros factores que reducen la capacidad de esta población particular para evitar el riesgo de adquirir el VIH, pues debido a esta condición son frecuentemente violentados sus derechos(4); lo que impide el acceso a conocimientos que permitan tomar las medidas necesarias para protegerse; sumado a lo anterior, se destaca la precariedad en sus ingresos económicos y la estigmatización por su condición de habitante de calle la cual deriva generalmente en un maltrato sistemático y en la pérdida paulatina de oportunidades de acceso a las necesidades básicas para la vida; son situaciones que en conjunto los convierten en una población altamente vulnerable y que debe ser caracterizada para formular las políticas más acertadas que logren generar resultados en el control de esta enfermedad.

La presente investigación pretende realizar un análisis integral de la población habitante de calle infectada por VIH y que reside en 3 ciudades de Colombia con base en los datos recolectados por el estudio realizado por el Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia, Fondo Mundial de lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria para determinar el comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle; buscando evaluar variables socio demográficas, de acceso al sistema de salud, de conocimientos actitudes y prácticas frente a la sexualidad y el VIH, así como de consumo de sustancias psicoactivas; con el fin de determinar cuáles son las que se asocian en mayor medida a la infección por VIH en esta población particular(5).

Aun cuando el resultado de esta investigación no permita inferir cual es el comportamiento del VIH en la población habitante de calle de todo el país, si permite alcanzar una aproximación a la situación del VIH en este grupo cuyas características y comportamientos presentan múltiples similitudes.

1. Valoración de la investigación.

1.1 Planteamiento del problema

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus transmitido por los fluidos corporales de una persona a otra persona y que puede causar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, es un evento que llega a ser mortal debido al grave compromiso que causa en el sistema inmunitario. Se estimaba que en países desarrollados entre el 80% y el 90% de las personas que no accedían a tratamientos eficaces contra el VIH y que desarrollan el SIDA, morían en el término de 3 a 5 años después de la confirmación de su diagnóstico(6).

A pesar de todos los esfuerzos científicos realizados hasta la fecha, aún no se cuenta con una vacuna o medicamento que permita eliminar el virus del cuerpo humano. Una vez adquirido el virus, la persona infectada deberá realizar un estricto seguimiento médico y de ser necesario deberá acceder a tratamientos de última tecnología, generalmente de un costo elevado y los cuales deben ser suministrados durante el resto de su vida con el fin de evitar la transición y desarrollo del SIDA.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud del país ha definido que la infección por VIH y el SIDA son eventos que a pesar de su baja prevalencia producen un impacto considerable tanto en el individuo afectado como en su círculo familiar y sobre las finanzas del sistema. Para el año 2012 el gasto per cápita en estas patologías fue de 4.7 millones y el gasto total fue de 168 mil millones de pesos (7), lo que representa cerca de un 1% del total del gasto en seguridad social en salud que para el año inmediatamente anterior fue de 25.4 billones de pesos (8).

Se estima que para el año 2013 en Colombia cerca de 111.015 personas se encontraban infectadas por el VIH, alrededor de 39.886 personas habrían muerto por causas relacionadas al VIH/SIDA en el periodo del año 1991 a 2012 y según el dato más reciente de 2011, la transmisión materno infantil se encontraba alrededor del 4.6%; por todo lo anterior, la infección por el VIH se considera un grave problema de Salud Pública y para su control se requiere desarrollar acciones efectivas basadas en el conocimiento de los factores que pueden estar asociados a la transmisión de la infección; teniendo en cuenta que la epidemia en nuestro país se encuentra concentrada, estas acciones deben ser orientadas a los grupos definidos como mayormente afectados para adquirir el virus.

El país ha realizado grandes esfuerzos por estimar la magnitud de la infección en grupos específicos de la población, encontrando prevalencias entre 6% y 24%(9), de infección

entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres para el año 2010; otro estudio encontró prevalencias que oscilaron entre 10% y 19%(10) en mujeres transgénero de cuatro ciudades del país en el año 2012 y para usuarios de drogas intravenosas las prevalencias en las ciudades de Medellín y Pereira en el año 2010 fueron 3.8% y 1.9% respectivamente(11); así mismo, se documentó en una muestra de habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia prevalencias entre el 0% y el 17%(5).

Estas poblaciones comparten una serie de factores que se asocian directamente con el mantenimiento de la epidemia por VIH en niveles elevados y que explican en gran medida las dificultades para su control, son aquellas situaciones del contexto donde se desarrollan los individuos y en las cuales las características sociales, culturales y de condiciones individuales logran aumentar el riesgo de contraer la infección(12). Estas características son las que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad a la enfermedad y que han sido definidas como aquellos factores relacionados con el medio y que reducen la capacidad de las personas y las comunidades para evitar la transmisión por el VIH y que no pueden ser controlados por parte de estos individuos. Dentro de estos factores se encuentra la falta de conocimientos sobre el tema, falta de acceso a servicios de salud y factores sociales tales como las violaciones a los derechos humanos o con normas sociales o culturales que estigmatizan a ciertas poblaciones específicas(13).

Para el caso de los habitantes de la calle se evidencian dificultades para el acceso a los servicios sanitarios de recuperación que garanticen adherencia a tratamientos y el cumplimiento de medidas de control en aquellas personas que ya se encuentran infectadas, así como a servicios preventivos que le brinden información sobre la enfermedad.

Socialmente estas personas son ignoradas, rechazadas, discriminadas y no cuentan con acceso a condiciones mínimas para una vida digna(4); en la sociedad actual, el habitante de calle ha sido relacionado con consumo de sustancias psicoactivas y actos vandálicos que aumentan el rechazo a esta población particular.

Un término frecuentemente utilizado en la cultura colombiana para denominar a esta población es el de personas “desechable”, lo cual es una reafirmación de la discriminación por cuanto el término se define como algo que ya no es aprovechable y puede tirarse. Esta relación denota la segregación que hace la propia sociedad de estas persona al considerarlas indeseables y como un problema para la convivencia.

Un estudio realizado por el Ministerio de la Protección Social y el UNFPA en habitantes de calle presentó tres situaciones que explican la vulnerabilidad para el VIH en esta población particular, el primero se relaciona con el *modus vivendi* de estas personas y las limitaciones a información, servicios en general y recursos entre otros; el segundo conformado por las problemáticas de seguridad y vagancia que se relacionan con habitar en la calle y la última por la percepción que tienen de ellos mismos, en la cual no valoran los derechos que tienen por ser ciudadanos colombianos ni tampoco de sus capacidades.(14)

Este mismo estudio documentó algunos comportamientos específicos que aumentan esta vulnerabilidad tales como el ejercicio de la sexualidad en el cual es poco frecuente el uso del condón y la invisibilidad que tiene el tema del VIH dentro de su círculo, pues parten de la premisa de que todos se encuentran libres de la infección y por lo tanto, este evento solo se torna problemático cuando ya aparecen personas con síntomas y la confirmación de que se encuentran enfermas por esta causa. Un factor conexo es el consumo de sustancias psicoactivas y que influye de dos formas, la primera ocurre cuando se intercambian favores sexuales por drogas o porque el consumo es tan elevado que pierden el control de la situación accediendo a tener relaciones sin tomar medidas de protección.

Otros factores identificados fueron el género pues se logró identificar que la responsabilidad de cuidarse frente al VIH, otras ITS y el embarazo recaía con mayor frecuencia en la mujer y los conocimientos que sobre la enfermedad tenían los habitantes de la calle y que incluía la percepción de que la población LGBT tenían mayor riesgo, así como algunos conocimientos errados sobre la forma de transmisión del VIH.

Frente a los servicios de salud, esta investigación documentó el desconocimiento que tienen sobre los derechos a una atención integral en salud y la exigibilidad de los mismos y solamente acuden a consultas en caso de extrema gravedad.

Todas las anteriores situaciones analizadas ponen en evidencia la necesidad de avanzar en el conocimiento de cuáles de estas son las que se relacionan con mayor fuerza en la transmisión del VIH en esta población particular y formular recomendaciones ajustadas a estos hallazgos.

1.2 Situación Mundial del VIH/Sida

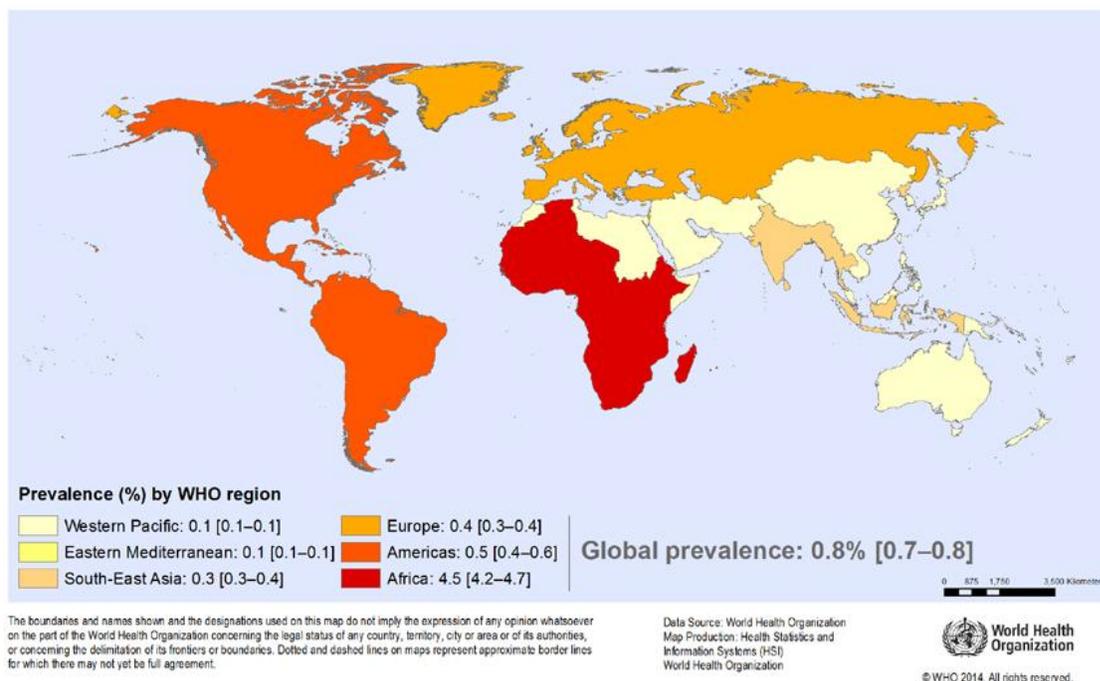
Según las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2013 cerca de 35 millones de personas se encontraban infectadas por el VIH; la mayoría de las cuales se encuentran en el continente Africano, el cual concentra alrededor del 70% de estas personas; la segunda región con más casos es la de sudeste asiático que aporta el 10%, en cuanto a la región de las Américas, su aporte en número de casos correspondió a cerca de un 8% del total de los afectados.

Tabla 1 Casos de VIH por Región OMS, 2013(15)

Region OMS	Casos de VIH			
	N Casos	Limite Inferior	Limite superior	%
Africa	24.700.000	23.500.000	26.100.000	71
Americas	3.200.000	2.800.000	4.000.000	9
South-East Asia	3.400.000	2.900.000	4.000.000	10
Europe	2.100.000	1.900.000	2.200.000	6
Eastern Mediterranean	280.000	200.000	420.000	1
Western Pacific	1.300.000	1.100.000	1.700.000	4
GLOBAL	34.980.000	32.400.000	38.420.000	

Fuente: OMS

Con respecto a la prevalencia de la infección por VIH en adultos de 15 a 49 años de edad, se estima que cerca del 0.8% de la población mundial se encuentra viviendo con el virus, pero con significativas diferencias entre continentes, siendo muy superior la prevalencia detectada en África que es cercana al 4,5%; la OMS estima que en esta región 1 de cada 20 adultos se encuentra infectado por el virus del VIH(16).

Figura 1 Prevalencia del VIH en Población Adulta (15 a 49 años) por Región OMS 2013(17)

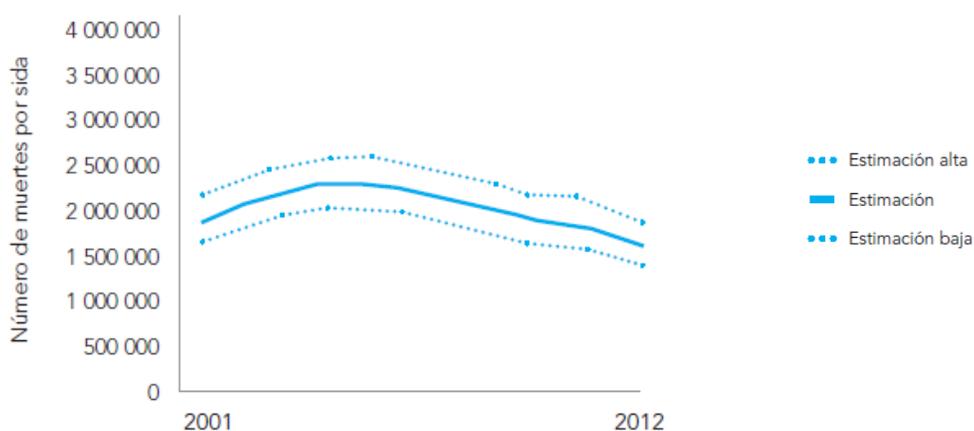
El número de nuevos infectados para este mismo año fue de 2.1 millones lo cual representó una disminución del 30% frente a la situación del 2001 cuando se inició una

estrategia global para prevenir el avance de la enfermedad al incluir ésta meta en los denominados objetivos de desarrollo del milenio.

Dentro de las principales causas que influyen en la situación de la epidemia en la región Africana se encuentran los comportamientos de riesgo y un bajo conocimiento acerca del VIH; según el informe publicado en el año 2014 sobre el avance de objetivos de desarrollo del Milenio por las Naciones Unidas, en África subsahariana solo el 39% de los jóvenes tiene un conocimiento exhaustivo del VIH y el porcentaje de uso del condón en la población de 15 a 24 años fue de apenas un 37% para las mujeres y de 57% en los hombres(18).

El avance de la ciencia y de los tratamientos para controlar esta enfermedad ha venido dando resultados y su principal impacto se puede documentar en el número de muertes por causas relacionadas con el VIH/SIDA, las cuales han venido disminuyendo en los últimos años; en el 2005 se reportaron 2,3 millones de muertes y en el 2013 1,5 millones.

Figura 2 Muertes por Sida a nivel Mundial, 2001 - 2012



Fuente: Estimaciones ONUSIDA, 2012(19)

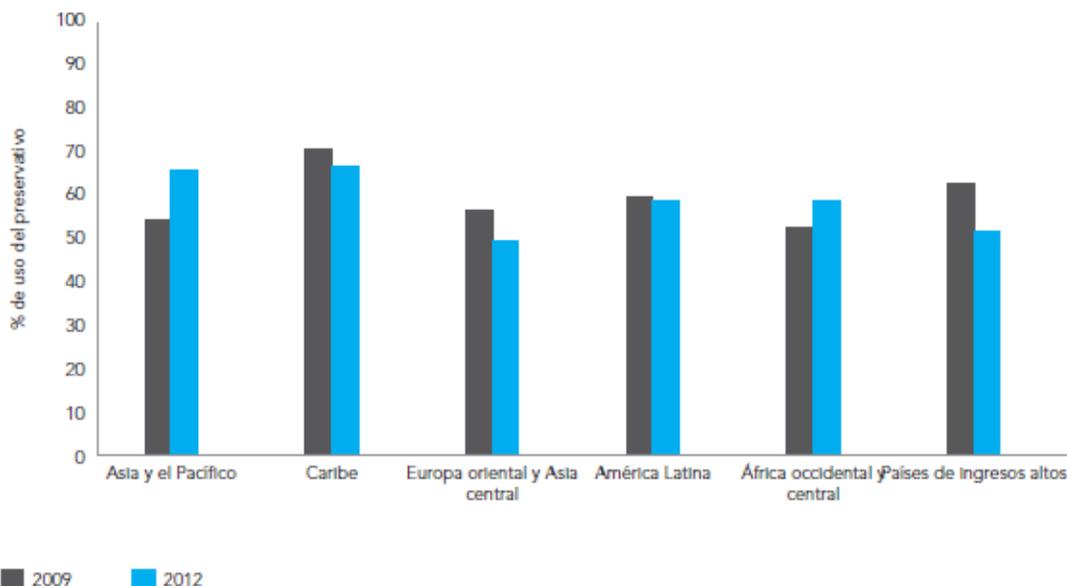
Parte del logro en la disminución de la epidemia es debida a las estrategias implementadas para mejorar el nivel de conocimiento de la enfermedad y que se refleja en la postergación del inicio de la vida sexual, el aumento en la frecuencia de uso de condones y en la disminución en el número de parejas sexuales factores que documenta el informe mundial del 2013.

1.2.1 VIH en poblaciones clave

Las diversas campañas realizadas por los países han logrado la concientización de poblaciones clave en la implementación de medidas que previenen la transmisión de la enfermedad, es así como por ejemplo a nivel mundial, en los trabajadores sexuales se han logrado mejoras en cuanto a la utilización de los condones, pasando de un 78% en el 2009 a un 85% en 2012 (19). Sin embargo, estos avances no son similares en todas las

regiones, por ejemplo en América Latina, la región del Caribe y en países de ingresos altos se documentó una disminución en este porcentaje. Cabe anotar que esta información se toma con base en encuestas comunitarias o de programas nacionales y cuya realización no se encuentra estandarizada por lo cual estos datos tal vez no documenten verazmente la realidad del uso del preservativo.

Figura 3 Uso informado del preservativo en la última relación sexual remunerada, por región de 2009 a 2012



Fuente: Estimaciones ONUSIDA, 2012(19)

VIH en trabajadoras sexuales: a nivel mundial el riesgo de las trabajadoras sexuales es 13,5 veces más de vivir con el virus que otras mujeres, de acuerdo a algunas encuestas realizadas, la mediana de prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales varía de un 22% en África oriental y meridional a menos del 5% en otras regiones. Sin embargo, otros estudios realizados en estos países encontraron prevalencias cercanas al 37% en países Africanos y del 6% en América Latina.

Población de hombres que tiene relaciones sexuales con hombres: para este grupo la mediana de la prevalencia para 2012 en las regiones evaluadas osciló entre el 19% en África central, 12% en América Latina y del 7% para los países del Caribe. De acuerdo a los informes de los países latinoamericanos, esta población representa una de las principales fuentes de transmisión de nuevos casos de VIH con porcentajes que van desde el 33% registrado en República Dominicana hasta el 56% documentado en el Perú. Las razones de estos resultados superiores a la situación en población general, se debe en parte nuevamente al concepto de vulnerabilidad y que para esta población particular se visualiza por situaciones como la baja autoestima, la homofobia, el irrespeto a sus derechos, la ausencia de espacios de expresión de su identidad y orientación sexual y las dificultades para establecer intimidad, entre otros. (20)

Usuarios de drogas inyectables: se estima que esta población representa entre el 5% y el 10% de todos los casos de VIH a nivel mundial y la prevalencia de la infección alcanza el 28% en Asia que es donde se encuentra más elevada frente a un 5% en Europa en donde se registra la menor prevalencia.

1.2.2 VIH en Habitante de calle

Una revisión sistemática realizada por Ulla Beijer y otros para determinar la prevalencia de VIH, Tuberculosis y Hepatitis C en personas sin hogar, que revisó un total de 22 estudios en 7 países; reportó que cerca de 100 millones de personas alrededor del mundo carecen de hogar y estimó que la prevalencia del VIH en esta población podría variar entre 0,3% al 21.1%(21).

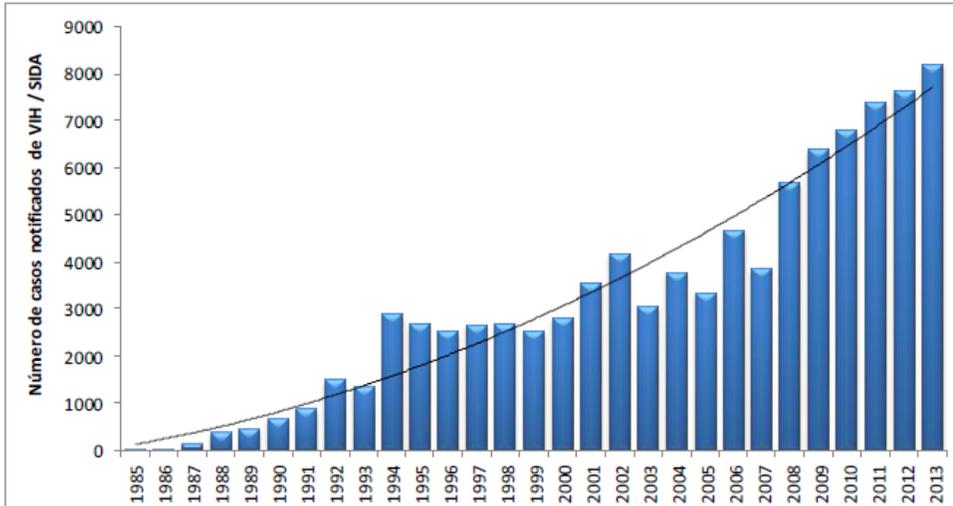
Un estudio realizado por Bagheri F. y otros en Tehran (Irán), en la que se evaluaron cerca de 593 personas sin hogar cuya edad era entre 18 y 60 años para determinar la prevalencia de VIH, Tuberculosis y Hepatitis virales reportó una prevalencia del VIH cercana al 3.4% y dentro de los principales factores asociados se encontraba el uso de drogas inyectables(22).

Otro estudio realizado en Carolina del Sur (EEUU) que entrevistó a 244 personas sin hogar, encontró una prevalencia del VIH del 6.56%; en esta investigación se encontraron niveles significativamente mayores en comportamientos de riesgo como consumo de drogas inyectables, uso compartido de agujas, tener sexo con otros usuarios de drogas inyectables o con personas con VIH(23).

1.3 Situación del VIH/Sida en Colombia

El boletín epidemiológico del VIH/Sida en Colombia realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social(2) basado en la información reportada al Sistema Nacional de Vigilancia (SIVIGILA) reporta una tendencia al aumento de casos de VIH/Sida notificados anualmente desde el año 2008 cuando se reportaron 5.695 casos hasta el 2013 con 8.208 casos; para el último año analizado, del total de casos, el 83% correspondía a casos de VIH y el restante 17% se encontraban en fase de Sida. El rango de edad donde se encuentran concentrados el mayor porcentaje de casos es la franja comprendida entre los 15 a 49 años que representan el 86% de los casos notificados.

Figura 4 Número de casos de VIH/Sida notificados en Colombia entre el año 1985 y el 2013



Fuente: Boletín epidemiológico

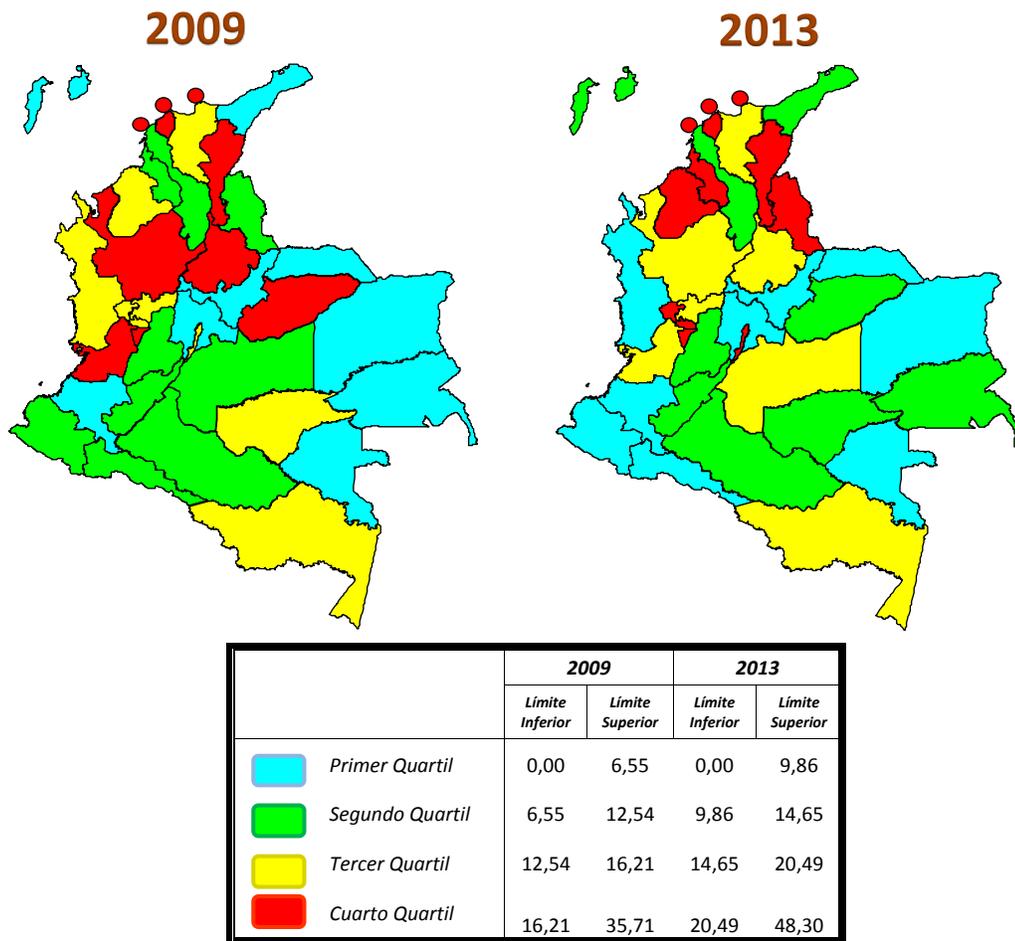
Del total de casos reportados en el 2013, cerca del 50% se notificaron en cuatro entidades territoriales, los departamentos de Antioquia y Valle y los distritos de Bogotá y Barranquilla.

Uno de los principales hallazgos del documento tiene relación con la razón de masculinidad, esto es el número de casos de la infección en hombres, comparado con el número de mujeres infectadas, que al inicio de la epidemia en 1987 se encontraba en 27,5 hombres por una mujer, mientras que en el 2013 la razón solamente era de 2,6 hombres por cada mujer con VIH.

La tasa de incidencia a nivel nacional para el año 2013 fue estimada en 17,4 casos de VIH/Sida por cada 100.000 habitantes; por sexo la tasa en hombres fue de alrededor de 26 casos y en mujeres de 9 casos por 100.000 habitantes

A nivel departamental en el año 2013 las mayores tasas de incidencia se presentaron en departamentos ubicados en la región de la costa atlántica, el eje cafetero y Bogotá; la mayoría de los departamentos de la región de la Orinoquia y Amazonia estuvieron por debajo de la media nacional. Al comparar con la tasa registrada en el año 2009 se observa que los distritos de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta (graficados con círculos en cada departamento), así como los departamentos de Atlántico, Cesar y Quindío se mantuvieron por encima del percentil 75 en las 2 evaluaciones.

Figura 5 Tasa de VIH por 100.000 habitantes por departamento



Fuente: Construcción propia a partir de los datos del Ministerio de Salud y PS

1.3.1 VIH en poblaciones clave

Mujeres trabajadoras sexuales (MTS)(24).

Un estudio realizado en 5 ciudades de Colombia en el año 2012 para medir la magnitud de la epidemia e identificar conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/Sida estimó una prevalencia del 1.1% en esta población; la situación en cada ciudad evaluada no fue tan homogénea y se estimó para la ciudad de Barranquilla una prevalencia ajustada de 3.5% (IC 2.0 – 4.9), Cali 1.7% (IC 0.8 – 2.7) y en Bogotá de 0.2% (IC 0.1 – 0.5).

En esta población el conocimiento de lugares para acceder a condones fue superior al 95%; sin embargo, menos de la mitad de las mujeres tenían condones durante la

entrevista. Cerca del 40% de las mujeres trabajadoras sexuales tenían una pareja estable en el momento de la recolección de la información.

Usuarios de drogas inyectables

En el último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en 2013 se encontró que el consumo de heroína en la muestra analizada fue de 0.14%, al realizar la equivalencia a la población nacional, se estima que en el país cerca de 31.852 personas han consumido esta droga alguna vez en su vida(25). Un estudio realizado en las ciudades de Medellín y Pereira para determinar la prevalencia de VIH en usuarios de drogas inyectables (UDI) estimó que el porcentaje de VIH en estas ciudades era de 3.8% (IC 0.8 – 7.1) y de 1.9% (IC 0.5 – 3.7) respectivamente(11). En este estudio también se recolectó información sobre la frecuencia del uso de estas drogas, llegando a determinar que 9 de cada 10 UDI se inyecta cuatro veces o menos al día; situación que debe generar alarma pues es muy frecuente la reutilización de jeringas lo cual aumenta el riesgo de contraer múltiples infecciones.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Un estudio desarrollado en el 2010 midió la prevalencia de VIH en HSH en 7 ciudades de Colombia, encontrando prevalencias de VIH que oscilaron entre 5,6% y 24,1%, con una media de 10,9%. Los resultados de este estudio fueron analizados por cada ciudad y los resultados obtenidos respecto a los comportamientos, antecedentes, actitudes y prácticas no pueden ser generalizados; sin embargo durante el análisis a profundidad del estudio detectaron que las variables que podrían estar más fuertemente asociadas fueron la edad actual y edad de la primera relación sexual.(26)

Otro estudio documentó específicamente en Bogotá una prevalencia de 12,1%; en este estudio participaron personas que conocían su diagnóstico y aun así se encontró que más de la mitad (57,3%) de los hombres con prueba positiva desconocían esta situación. Este trabajo en su fase cualitativa exploró específicamente la situación de los HSH desplazados por el conflicto interno, documentando una serie de problemáticas que aumentan la vulnerabilidad de esta población a contraer el VIH, dentro de las cuales se tienen los escasos recursos económicos, el trabajo sexual como forma de conseguir estos recursos y las limitaciones para acceder a los servicios de salud.(27)

1.3.2 VIH en Habitante de Calle

Un estudio realizado en la ciudad de Medellín(28) con el objetivo de determinar la prevalencia del VIH en habitantes de calle, encuestó un total de 230 personas que pertenecían a un programa de atención gubernamental y, documentó una prevalencia del VIH del 7.8% para esta población. Un dato relevante de esta investigación fue el elevado porcentaje de estas personas que consumen sustancias psicoactivas y que fue cercano al 90% para Marihuana.

Estudio comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012

Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la epidemia de infección por VIH en esta población e identificar factores protectores y de riesgo y debido a que los datos obtenidos serán utilizados para los análisis y conclusiones de este documento, a continuación se presentará una descripción general del mismo.

Se trató de un estudio descriptivo cuya población objeto eran personas mayores de 18 años que pernoctaban permanente o frecuentemente en la calle y en la cual utilizaban la indigencia o actividades como el reciclaje para su manutención. El muestreo fue de tipo intencional no probabilístico y para el reclutamiento de los participantes se realizaron convocatorias por parte de organizaciones que desarrollaban proyectos relacionados en cada ciudad.

La muestra fue conformada por 507 habitantes de calle, dentro de los criterios de exclusión se encontraban mujeres que hacían parte activa de otra población como las trabajadoras sexuales y las mujeres transgénero; así mismo tampoco fueron incluidas personas en las que se evidenciara efectos de sustancias psicoactivas o condiciones mentales; lo cual pudo haber influido en un resultado en una mayor o menor prevalencia de la enfermedad.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos fue elaborado basándose en estudios similares realizados anteriormente y ajustándose a la población objeto; se realizó una prueba piloto y se complementaron los resultados mediante la aplicación de una prueba diagnóstica de VIH a los entrevistados.

Los resultados del estudio son presentados mediante una descripción de cada variable discriminada por ciudad estudiada, pero no se observa una relación de cada variable con el resultado de VIH. Es decir, en esta investigación se observa una caracterización de los habitantes de la calle en cuanto a factores de riesgo y protectores de adquirir la enfermedad y la prevalencia del VIH en la muestra obtenida, pero no se establecen relaciones entre estos resultados.

Dentro de los resultados generales se encontraron prevalencias entre el 17,4% en Barranquilla, hasta el 0% documentado en Bucaramanga y en la cual no se encontraron casos de VIH. Al indagar por este resultado tan significativo con el equipo encargado de la investigación, se encontró que la población habitante de calle infectada con VIH de esta ciudad en particular accede a programas sociales de índole gubernamental que les brindan un apoyo para que accedan a tratamientos y subsidios que le permitan enfrentar su enfermedad y tener unas condiciones mínimas de bienestar en instituciones y que abandonen voluntariamente su condición de habitante de calle.

En cuanto a un factor descrito, encontraron que más del 60% de los entrevistados admitieron haber consumido sustancias psicoactivas, pero menos del 3.5% en

Bucaramanga, Barranquilla y Bogotá admitieron haber consumido heroína inyectable, en Cali este porcentaje fue de 5.9%.

Al revisar los resultados de prevalencia en habitante de calle documentados por el estudio en comparación con los resultados obtenidos en otras poblaciones definidas como vulnerables, se aprecia en su real dimensión el problema que representa para esta población particular la infección por VIH.

Tabla 2 Comparación de prevalencias en población vulnerable por ciudad.

	Habitante de Calle (UNFPA-2012)	HSH		MTS (UNFPA 2012)	UDI
		UNFPA (2011)	Zea M. (2013)		
Barranquilla	17%	13,6%	-	3,5%	-
Bogotá D.C.	7%	15,0%	12,1%	0,2%	-
Cali	2%	24,1%	-	1,5%	-
Bucaramanga	0%	-	-	1,6%	-
Medellín	-	9,1%	-	0,6%	3,8%
Pereira	-	5,6%	-	-	1,9%

Estos resultados denotan como las intervenciones con mujeres trabajadoras sexuales han logrado impactar, obteniendo las menores prevalencias, aun cuando esta actividad es de un alto riesgo, los conocimientos sobre la enfermedad han permitido disminuir el riesgo. Caso contrario es la población HSH que en las cuales se han encontrado las mayores prevalencias y la cual según el estudio realizado en 2011(9) se expone con mayor frecuencia a conductas de riesgo como el inicio de relaciones sexuales a edades tempranas, múltiples compañeros sexuales y el limitado uso del condón entre otras.

Al revisar los resultados obtenidos en habitante de la calle y las problemáticas que afectan a esta población en particular, y que aumentan su vulnerabilidad a la infección por VIH, se requiere avanzar en el análisis descriptivo inicial y profundizar sobre los resultados obtenidos en función de las personas detectadas como portadoras del VIH para formular estrategias que permitan reducir el impacto de este problema de salud pública.

1.4 Objetivo General

Evaluar la asociación entre las variables frecuentemente relacionadas con la infección por VIH y los casos confirmados de VIH en una muestra de la población habitante de calle de las ciudades Barranquilla, Bogotá y Cali en el año 2012.

1.5 Objetivos Específicos

- Determinar y analizar la asociación entre las variables socio demográficas y de necesidades básicas con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre las variables relacionadas con el acceso al sistema general de seguridad social en salud con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre el uso y las actitudes frente al condón con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre los comportamientos y actitudes en la última relación sexual con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre los conocimientos, opiniones y actitudes sobre el VIH con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre el estigma y discriminación que afecta a la población habitante de calle con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Determinar y analizar la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas con la confirmación de casos de VIH en la población habitante de calle en tres ciudades del país en el año 2012.
- Calcular y describir las diferencias por cada ciudad entre los factores analizados y la confirmación de casos de VIH en población habitante de calle.

2.Referentes Conceptuales

2.1 VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es un retrovirus del que se han identificado 2 tipos y que una vez que es adquirido por una persona no puede ser eliminado y por ende estará presente durante el resto de la vida, para este virus en la actualidad no hay un tratamiento eficaz. Su reservorio es el ser humano y se trasmite persona a persona por contacto sexual, por la transmisión de sangre o hemoderivados, por el trasplante de órganos o tejidos infectados, por la utilización de agujas y jeringas contaminadas y también puede ocurrir la transmisión de madre a hijo durante la gestación, durante el parto o posterior al nacimiento ya sea a través del consumo de leche materna o como resultado del contacto con microsangrados en los pezones de la madre(6).

El virus ataca células específicas del organismo denominadas CD4 o células T, que son las encargadas de producir la señal necesaria para estimular la respuesta del sistema inmunológico de los seres humanos ante la invasión de agentes infecciosos(29). Una vez ingresa este virus al organismo, se activan cadenas de respuesta que permiten la reducción temporal en la cantidad de virus en el organismo; sin embargo, el virus utiliza los CD4 infectados para replicarse en el organismo, logrando eficientemente aumentar su cantidad y por ende reduciendo la capacidad de defensa ante el constante ataque de agentes infecciosos, quedando expuesto a desarrollar infecciones oportunistas.

2.1.1 Fases de la infección

Aguda: Ocurre entre la segunda y cuarta semana posterior a la infección y en ella debido a la utilización de las células CD4 para hacer copias del mismo, se produce una gran cantidad de virus en el organismo. En esta etapa, la persona puede presentar sintomatología similar a un resfriado común y su capacidad para transmitir el virus es mayor.

Latencia: comúnmente llamado periodo de infección asintomática o crónica por el VIH, en esta fase el virus está activo pero se reproduce en niveles muy bajos. Este periodo puede durar hasta una década o menos en algunas personas con condiciones particulares. Las personas diagnosticadas oportunamente y que reciben tratamiento con terapia antirretroviral pueden permanecer en esta fase durante mucho tiempo. En esta fase no se presentan síntomas relevantes.

2.1.2 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA

El SIDA es la última fase de la infección por VIH en el cual el compromiso del sistema inmunológico es tan fuerte que el organismo se vuelve vulnerable a infecciones y cánceres oportunistas. Su diagnóstico se realiza por la cuantificación de los CD4 cuyos valores normales son entre 500 y 1600 células por mm³ y en esta fase se encuentran por debajo de 200. También se diagnostica el SIDA cuando se presentan enfermedades oportunistas sin importar el indicador de CD4. La sobrevivencia de las personas con SIDA es generalmente de 3 años, sin embargo este periodo se puede acortar o alargar debido a las condiciones físicas, nutricionales o de hábitos de vida saludable de la persona infectada o por la aparición de una enfermedad oportunista(30).

2.1.3 Tratamiento

El tratamiento de la infección por VIH se realiza con base en 3 tipos de actividades fundamentales; en primer lugar el control del patógeno, en segundo lugar se encuentran las medidas relacionadas con el auto cuidado del individuo y por último el tratamiento de complicaciones(31).

Para el control del virus se utiliza la terapia o tratamiento antirretroviral, que consiste en la administración de medicamentos cuya función no es curar la enfermedad, sino controlar la replicación del virus. Debido a la imposibilidad de eliminar el virus del organismo, esta infección se convierte en una patología crónica y por lo cual se requiere el consumo continuo de los medicamentos para evitar la progresión y el desarrollo del SIDA.

Los antirretrovirales pueden ser utilizados para profilaxis que permite prevenir la infección madre-hijo o en post-exposición ya sea esta de tipo ocupacional o no; también se ha documentado que la reducción de la carga en fluidos corporales como el semen y la sangre logran alcanzar a reducir la transmisión del VIH(32).

Los medicamentos son un punto crítico para los programas tendientes a controlar la epidemia del VIH, debido a la continua innovación y el amplio abanico de posibilidades terapéuticas para tratar la infección, las cuales no siempre resultan económicas y representan un desafío para los países que deben responder a las necesidades de sus ciudadanos; se estima que en América Latina el 75% del presupuesto para la atención y tratamiento del VIH se invierte en los tratamientos antirretrovirales(33).

En Colombia, un estudio realizado en el año 2010 documentó que en promedio una persona con VIH que devenga un salario mínimo legal vigente debe invertir entre el 11 y el 16% de sus ingresos para garantizar la atención en salud. Adicional a estos gastos se suman los costos indirectos que se calculan son 2,2 veces mayor que los gastos directos y se encuentran representados en tiempo que gasta para acudir a sus citas médicas, tiempo de hospitalización y las incapacidades subsecuentes(34).

Dentro de los principios que deben regir la entrega de medicamentos se destacan la *universalidad* entendida esta como la obligatoriedad de entregarlos a todas las personas

que lo necesiten y la sostenibilidad que hace referencia a garantizar la disponibilidad de los mismos en todo momento que se requiera.

En cuanto a las medidas de auto cuidado, las mismas deben ser orientadas a la mejora en los estilos de vida saludable con medidas tales como el aumento en el consumo de una dieta balanceada rica en proteínas y vitaminas, control del estrés y las situaciones causantes de ansiedad, no consumir sustancias psicoactivas y evitar conductas de riesgo que desencadenen una reinfección.

Las principales complicaciones del tratamiento son las infecciones oportunistas, las cuales han sido definidas como aquellas que son más frecuentes o más graves y que se derivan de la inmunosupresión de las personas infectadas (35). Se han identificado varias enfermedades ocasionadas por agentes oportunistas, dentro de las cuales se tienen la tuberculosis, toxoplasmosis, pneumocistosis, sífilis, hepatitis B y C entre otras.

2.2 Población Clave

Dentro de las consideraciones para el abordaje del VIH en salud pública se tiene la identificación de grupos específicos de la población que presentan una mayor prevalencia de la enfermedad; a nivel mundial se han identificado poblaciones que tienen una mayor tendencia a exponerse a situaciones que aumentan la probabilidad de adquirir el VIH y que se han denominado como poblaciones vulnerables y que se subdividen en 2 grupos(36):

Poblaciones expuestas a mayor riesgo que incluye:

- *Personas que tienen relaciones sexuales sin protección*
- *Personas que tienen relaciones sexuales con varias parejas*
- *Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*
- *Trabajadores sexuales*
- *Clientes de trabajadores sexuales*
- *Usuarios de drogas inyectables*

Poblaciones Vulnerables:

- *Personas sin acceso a información*
- *Personas sin habilidades o poder para negociar sus encuentros sexuales*
- *Personas con otras Infecciones de transmisión sexual*
- *Personas forzadas o presionadas a tener relaciones sexuales*
- *Personas que tiene relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas*
- *Mujeres púberes y adolescentes*
- *Personas que tienen sexo con individuo privado de la libertad o migrantes*
- *Proveedores de la salud que manejan materiales corto - punzantes*

2.3 Habitante de Calle

El aumento de las desigualdades en nuestro país y en muchas partes del mundo ha generado una grave problemática social debido al alto número de personas en condición de pobreza o pobreza extrema que deben buscar formas alternativas para subsistir en escenarios donde las oportunidades son escasas o nulas para alcanzar su desarrollo integral. Dentro de estas poblaciones marginadas se encuentra una subpoblación de pobres específica y es la que conforman las personas que han elegido o se han visto forzadas a desarrollar las actividades propias de su vida en las calles de grandes ciudades.

Generalmente se asocia a los habitantes de calle con personas de escasos recursos, pero existe otra proporción de individuos que han llegado a esta situación por problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas que deciden voluntariamente o por decisión familiar, abandonar su hogar y refugiarse en las calles.

Desde el punto de vista normativo, la Ley 1641 del 2013 define a los habitantes de calle como *persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar* (37). En esta definición se resalta que estas personas utilizan los espacios públicos para formar su hogar, lo cual presenta serias dificultades para alcanzar una vida digna debido a las limitaciones propias de un espacio geográfico exclusivamente para dormir, pero en el que no se pueden realizar otras actividades de la vida diaria como alimentarse o acceder a espacios privados.

Los habitantes de la calle aun cuando han roto las relaciones con su entorno familiar, generan unos nuevos vínculos con otros de su misma condición a quienes consideran su nueva familia y con los que comparten aspectos importantes de su diario vivir.

En relación a la salud como en otros aspectos de la vida, los habitantes de calle son vulnerables y generalmente presentan diversas patologías como las infecciones respiratorias, la Tuberculosis, problemas en la piel como escabiosis y pediculosis; adicionalmente en los habitantes de calle que consumen drogas intravenosas son propensos a contraer enfermedades como Hepatitis B y C o el HIV(38). Adicional a lo anterior otro factor que complica la situación de salud de esta población es su baja o nula demanda de servicios de salud y de programas de promoción prevención o diagnóstico oportuno de enfermedades.

2.4 Tipos de epidemia(39)

Epidemia concentrada:

Es aquella en la cual el VIH se ha propagado por una o más poblaciones pero se encuentra circunscrita y no se extiende a la población general. En esta categoría, la prevalencia supera el 5% en sub poblaciones y es inferior al 1% en la población general,

lo cual permite focalizar las acciones de prevención, tratamiento y atención en las sub poblaciones afectadas.

Epidemia generalizada

Su principal característica es que la mayor cantidad de casos son debidos a la transmisión heterosexual, lo cual le permite mantenerse a lo largo del tiempo.

Epidemia incipiente

En esta categoría se ubican aquellas poblaciones en las que la prevalencia del VIH no sobrepasa el 1% en población general ni en el 5% de alguna subpoblación.

2.5 Lineamientos para detener la epidemia

2.5.1 Mundiales

Como parte de la estrategia mundial para combatir el avance del VIH, en el año 2000 durante la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas, en la denominada cumbre del milenio, se decidió incluir la lucha contra esta enfermedad dentro de los objetivos propuestos para el desarrollo y la erradicación de la pobreza, proponiendo que a 2015 se lograría haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA(40).

Doce años después de establecidos los objetivos, el informe mundial de cumplimiento presenta avances significativos como la reducción en un 44% de nuevas infecciones por cada 100 adultos. Este logro también se presentó en la región Africana, en dónde se lograron descensos cercanos al 48% y 54% en África Meridional y África Central respectivamente; a pesar de estos avances, esta zona del mundo es la donde se presentan la mayor cantidad de casos.

Como una medida para facilitar el logro del objetivo del milenio, la oficina de Naciones Unidas para el control de VIH planteó 10 grandes retos que sumados permitirían el cumplimiento de la meta(19):

1. Reducción de la transmisión sexual del VIH en un 50% entre el año 2001 y 2012.
2. Reducción a la mitad de la transmisión en usuarios de drogas inyectables
3. Eliminar las infecciones por VIH en niños y reducir las muertes maternas
4. Lograr que las 15 millones de personas que viven con VIH cuenten con tratamiento antirretroviral
5. Reducir a la mitad las muertes por Tuberculosis en personas que viven con VIH
6. Cerrar las brechas mundiales en recursos para el VIH
7. Eliminar las desigualdades de género y el abuso y violencia por motivos de género y aumentar la capacidad de las niñas y las mujeres para protegerse del VIH.

8. Eliminar el estigma, la discriminación, las leyes y prácticas punitivas relacionadas con el VIH
9. Eliminar restricciones relacionadas con el VIH a la entrada, la estancia y la residencia
10. Fortalecer la integración del VIH.

Estrategias.

Para el cumplimiento de las metas establecidas, la OMS cuenta con un plan estratégico de 2011 a 2015 que incluye una serie de recomendaciones que deben incluir los países en sus planes de salud para el control del VIH y dentro de las cuales se cuentan:

El fortalecimiento de la prevención del VIH mediante la prevención de la transmisión sexual del VIH que incluye alcanzar cambios de comportamientos, fomento del uso del condón femenino y la realización de pruebas de VIH de calidad; la eliminación de la transmisión en centros de atención en salud mediante la estandarización de procesos y procedimientos, la disponibilidad de sangre segura, eliminación segura de residuos sólidos y profilaxis ocupacional oportuna.

Eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños, mediante el fortalecimiento de la atención integral de las mujeres en estado de gestación, la prevención de infección por VIH en mujeres en edad fértil, la prevención de embarazos no deseados en mujeres con VIH y la reducción de la transmisión de la madre al hijo mediante el acceso a atención sanitaria y tratamientos oportunos.

Avanzar hacia la siguiente fase requerida (diagnóstico, tratamiento, cuidado y soporte); incluye adaptar los servicios para que se garantice asesoría y prueba a una mayor parte de la población; actualización y ajuste de los protocolos nacionales para el tratamiento de las personas que conviven con el VIH, garantizando la continuidad del tratamiento y buscando el inicio temprano de la terapia antirretroviral; inclusión de actividades de profilaxis, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas; brindar atención y apoyo integral a las personas que viven con VIH y a sus familias.

Realizar intervenciones en poblaciones clave mediante la identificación de necesidades de trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, migrantes, desplazados, refugiados, niños de la calle, indígenas, personas con discapacidad, presos, personas más jóvenes entre otras; adaptando los servicios para garantizar las intervenciones pertinentes y la reducción del estigma y la discriminación hacia estas poblaciones.

Integrar acciones de VIH con otros programas de salud como los formulados para el control de la tuberculosis, servicios de atención materna y de obstetricia, intervenciones para la prevención de la farmacodependencia, programas para garantizar la seguridad de la sangre entre otras, con el fin de optimizar las intervenciones planteadas, asegurando la

coherencia en objetivos, directrices y lineamientos, así como en la gestión de los recursos técnicos, humanos y financieros.

Fortalecer los sistemas de salud para garantizar la atención eficaz en salud, el entrenamiento del personal sanitario, fortalecimiento de los sistemas de información, acceso a medicamentos y tecnologías, financiamiento sectorial y un fuerte liderazgo y gobernanza orientados a mejorar la situación del VIH en cada país.

Reducción de la vulnerabilidad y de barreras estructurales que limitan el acceso a los servicios, mediante la inclusión de las personas que viven con VIH y las poblaciones claves en el diseño, implementación y evaluación de los programas nacionales de respuesta al VIH, así como la inclusión en estos de lineamientos encaminados a eliminar la estigmatización, la discriminación y otros abusos contra los derechos humanos.

2.5.2 Regionales

Con base en el análisis de la situación epidemiológica del VIH en los países, la Organización Panamericana de la Salud realizó proyecciones para estimar el avance de la enfermedad en la región; con el fin de controlar esta situación formuló cinco líneas estratégicas que debían ser desarrolladas en cada país de la región durante el periodo 2006 – 2015 y que se listan a continuación(41):

1. Fortalecer el liderazgo y guía del sector salud y promover la participación de la sociedad civil.
2. Diseñar e implementar programas efectivos y sostenibles de VIH/sida/ITS, y formar la capacidad de recursos humanos.
3. Fortalecer, expandir y reorientar los servicios de salud.
4. Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos.
5. Mejorar la gestión de la información y los conocimientos, incluso las actividades de supervisión, vigilancia, evaluación y difusión.

Recientemente durante el Foro Latinoamericano y del Caribe sobre VIH que se celebró en la Ciudad de México en el mes de Mayo de 2014, los países de la región, acogiendo recomendaciones de la OPS y ONUSIDA, adoptaron nuevas metas para controlar la epidemia del VIH/Sida en América Latina y del Caribe, en una estrategia denominada “90-90-90”(42) y con la cual se busca lograr el compromiso de los países para aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico, 90% la proporción de personas con criterio de inicio que reciben tratamiento antirretroviral y a 90% la proporción de personas en tratamiento con carga viral indetectable.

2.5.3 Nacionales

Como parte fundamental de la respuesta local al desafío del VIH en el año 2012 se formuló una actualización del plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/Sida que tendría una vigencia de cinco años y el cual fue el resultado de un ejercicio de planeación en el que participaron los diferentes actores del sistema de salud colombiano, así como representantes de la sociedad civil y de agencias de cooperación internacional. Este plan cuenta con los siguientes 10 objetivos generales enmarcados en los ejes temáticos de promoción y prevención, Atención integral en salud, apoyo y protección social y seguimiento y evaluación(43).

1. Reducir el estigma y la discriminación contra las poblaciones que viven con el VIH/Sida
2. Eliminar la transmisión materno infantil de las ITS-VIH
3. Prevenir la transmisión de las ITS-VIH con énfasis en poblaciones clave
4. Prevenir la transmisión de las ITS-VIH/Sida a víctimas de violencia sexual
5. Prevenir y controlar el riesgo biológico y fortalecer la bioseguridad
6. Fortalecer la demanda y la oferta de asesoría de prueba voluntaria en ITS-VIH/Sida
7. Reducir las barreras de acceso a la atención integral e integrada en salud para las ITS-VIH/Sida
8. Garantizar la calidad de la atención en salud de las ITS-VIH/Sida.
9. Promover las acciones de protección social y reducción de la vulnerabilidad para las personas afectadas por el VIH/Sida
10. Tomar decisiones para la respuesta en ITS-VIH/Sida basadas en información estratégica.

La relevancia que tiene el VIH para el sistema de salud colombiano también se ve reflejado en la inclusión del tema como una prioridad dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013(44) y en el que se plantea lograr en los próximos años un “acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad” (45).

Estrategias

Las estrategias planteadas para cumplir con los objetivos planteados se encuentran organizados en 4 grandes ejes: promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social y seguimiento y evaluación. Cada uno de estos ejes cuenta con un listado de objetivos y para cada uno de ellos unos resultados esperados con sus respectivas estrategias y actividades para dar cumplimiento a los planteamientos del plan nacional.

Dentro de las estrategias planteadas en el plan nacional se encuentran entre otros, el desarrollo de un plan de educación y movilización social, la coordinación intersectorial, las alianzas estratégicas, adquisición y distribución de condones a poblaciones clave, coordinación interprogramática, fortalecimiento de la rectoría en salud, fortalecimiento del talento humano para la atención, el mejoramiento institucional para mejorar la atención

de las ITS-VIH, fomento de la gestión del conocimiento en el tema e integración de la información.

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de estudio

Estudio analítico transversal para medir la asociación entre variables socio demográficas, de acceso al sistema de salud, de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, estigma, discriminación y de consumo de sustancias psicoactivas con la infección por el VIH en habitantes de la calle en las ciudades de Bogotá, Barranquilla y Cali durante el año 2012.

3.2 Área de estudio

Los datos analizados provienen del estudio comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle realizado en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Bucaramanga y Cali durante el año 2012.

Dicha investigación se realizó mediante la aplicación de una encuesta de comportamientos, actitudes y prácticas frente al VIH para determinar la frecuencia y distribución de la infección por este virus en esta población particular e identificar posibles factores de riesgo para este evento. Adicionalmente se realizó una prueba diagnóstica para determinar la infección por VIH.

El estudio fue realizado por el Mecanismo de Coordinación de País – MCP¹ Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria en el 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.

¹ El MCP es una instancia nacional integrada por 27 organizaciones procedentes de distintos sectores dentro de los cuales se encuentra el Ministerio de Salud y Protección Social, El Instituto Nacional de Salud, UNFPA, ONUSIDA, OIM, OPS, miembros de la sociedad civil y de las poblaciones afectadas, entre otros; conformada a expensas del ente financiador para la presentación y seguimiento de los proyectos financiados por el Fondo Global de Lucha contra la malaria, la tuberculosis y el VIH.

3.3 Población y unidad de análisis

3.3.1 Población

La población estudiada son los habitantes de calle residentes en las ciudades de Barranquilla, Bogotá y Cali que fueron encuestados en el marco de la investigación desarrollada durante la 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, con el fin de determinar el Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en estas ciudades de Colombia en el año 2012(5).

Por lo tanto, los datos analizados provienen de una fuente secundaria, información que se encontraba consolidada en formatos Excel® y SPSS®; y que fue entregada al investigador de manera oficial, una vez cumplidos los requisitos exigidos y bajo el compromiso de garantizar la confidencialidad de la información y de respetar y reconocer los derechos de autor del Proyecto del Fondo Mundial - VIH, el Mecanismo Coordinador de País y *Global Communities*² sobre la información recolectada.

3.3.2 Unidad de análisis.

La unidad de análisis del presente estudio es la base de datos del estudio “comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012” la cual se encontraba organizada en 229 columnas y 410 filas y que contenía los resultados de la aplicación del instrumento a los habitantes de calle seleccionados.

El instrumento utilizado para la recolección de la información estaba dividido en 8 secciones en las que se indagó sobre diferentes aspectos relacionados con la situación de calle, información general específica del individuo hasta sus conocimientos sobre la infección por VIH. A continuación se presenta el listado de variables contenidas en la encuesta:

Sección 1 conformada por 12 variables que recolectaron información cualitativa referente a datos socio demográficos y de necesidades básicas. (Anexo A)

La sección 2 indaga sobre las causas que afectan la salud de los habitantes de calle entrevistados y la forma como acceden a servicios de atención de salud mediante la aplicación de cinco preguntas, al interior de las cuales hay múltiples posibilidades de respuesta. (Anexo B)

² CHF cambió su razón social a *Global Communities*

La sección 3 consta de 5 preguntas sobre los antecedentes sexuales, su orientación sexual y sobre sus últimos encuentros sexuales coitales. (Anexo C)

En la sección 4 se indaga sobre el uso del condón durante los encuentros sexuales coitales. (Anexo D)

Como complemento de las actitudes frente al uso del condón, en la sección 5 se encuentran interrogantes específicos frente al uso o no del condón en la última relación sexual y las razones que llevaron a tomar esta decisión. (Anexo E)

La sección 6 aborda el tema del VIH en esta población; indagando sobre sus conocimientos al respecto de la infección y si de alguna manera sabe si se ha infectado por este virus. (Anexo F)

En la sección 7 se recolecta información sobre las posibles consecuencias que acarrea el vivir en la calle respecto al trato con otras personas, autoridades o inclusive frente a su propia familia. (Anexo G)

La última sección es específica referente al consumo de sustancias psicoactivas en términos de frecuencia y del tipo de sustancia que consume el entrevistado. Consta de dos partes, en la primera se indaga sobre la sustancia consumida y la segunda parte se relaciona con el consumo de sustancias inyectables. (Anexo H)

Cada una de las anteriores variables se complementa con el interrogante de la frecuencia del uso de la sustancia en los últimos 30 días (Anexo I) y en las que se categorizan las respuestas en 5 posibles resultados:

- Todos los días
- Más de 1 vez por semana
- Una vez por semana
- Menos de 1 vez por semana
- Ni una vez

El instrumento contenía saltos de validación cuando una pregunta dependía de la respuesta afirmativa o negativa de la anterior. Esto es importante pues no necesariamente se contestó el 100% de las preguntas y por lo tanto los n fueron variables.

Adicional a esta información recolectada a cada participante se le practicó una prueba diagnóstica de la infección por VIH.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se excluyeron los datos de la ciudad de Bucaramanga debido a la baja prevalencia del VIH/Sida en la población habitante de calle en esta ciudad encontrada y que obedeció a una serie de acciones de tipo gubernamental realizadas para garantizar una atención especial de esta población particular; lo anterior en concepto del investigador no permitía la comparación de los resultados.

Los datos fueron entregados por el MCP en una tabla de datos en Excel[®] y SPSS[®], en la cual se encontraban categorizadas las respuestas de cada variable consultada.

Se realizó una revisión general de la información verificando el cumplimiento de las reglas de validación en las variables que así lo exigían.

Se excluyeron alrededor de 25 registros por tener información que no era concordante.

3.5 Análisis de los datos

3.5.1 Análisis Descriptivo

Para observar las diferencias por cada ciudad se compararon los resultados obtenidos específicamente en habitante de calle con VIH, obteniendo frecuencias y proporciones en cada una de las variables recolectadas por la encuesta inicial. Los resultados se presentan en una hoja de Excel[®].

3.5.2 Análisis Bivariado

Para evaluar la asociación entre el desarrollo de la infección por VIH/Sida y cada variable de la encuesta, en primera instancia se estimó la medida de asociación OR y sus respectivos intervalos de confianza al 95% utilizando una tabla de datos simple en una hoja de Excel[®]. Así mismo, se utiliza el paquete estadístico EPIDAT[®] para determinar el valor de p de la prueba de asociación estadística pertinente para cada tabla de contingencia.

Las pruebas de asociación utilizadas fueron:

Prueba chi-cuadrado de independencia sin corrección cuando los valores de cada celda de la tabla de contingencia son grandes.

Prueba chi-cuadrado con corrección de Yates cuando las frecuencias *esperadas* de cada celda de la tabla de contingencia son valores entre 5 y 10.

Prueba exacta de Fisher se implementó cuando existía al menos una frecuencia esperada en la tabla de contingencia menor a 5.

3.5.3 Análisis Estratificado

Con el objetivo de establecer si la ciudad de residencia era una variable que modificaba la asociación entre la presencia de la infección por VIH/Sida y las demás variables de la encuesta o si por el contrario era una variable de confusión se lleva a cabo un análisis estratificado; considerando los datos de manera independiente para cada ciudad de estudio, estimando los OR ajustados y sus respectivos intervalos de confianza y se aplica la prueba de homogeneidad de Mantel-Haenszel para establecer si la asociación inicial es similar para las 3 ciudades.

3.6 Limitaciones del estudio

Debido a que los datos analizados provienen de un estudio no probabilístico con una muestra por conveniencia, no se pueden generalizar los resultados a otras poblaciones con características similares.

Así mismo, debido a que estos datos se derivan de un estudio transversal, no se podrá establecer la temporalidad de las variables independientes con respecto a la variable dependiente.

3.7 Aspectos éticos

Teniendo en cuenta el artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 emanada por el Ministerio de Salud de la República de Colombia que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; el presente estudio se clasifica como “Investigación sin riesgo”, toda vez que para el desarrollo de los objetivos no se realizó ningún tipo de intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

4. Resultados

4.1 Información General

A continuación se presentan datos generales reportados por el estudio “*Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012*” y que se constituyen en la base para realizar los análisis posteriores.

Tabla 3 Distribución por sexo y ciudad de los entrevistados

Variable	Categoria		Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		Total
			n	%	n	%	n	%	
Sexo	Hombre	n	91	30%	111	36%	104	34%	306
		%	66%		82%		76%		75%
	Mujer	n	47	45%	25	24%	32	31%	104
		%	34%		18%		24%		25%
	Total		138	34%	136	33%	136	33%	410

Tabla 4 Distribución de los resultados de la prueba de VIH por ciudad de los entrevistados

Variable	Categoria		Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		Total
			n	%	n	%	n	%	
Resultado prueba VIH	No reactivo	n	114	30%	127	34%	133	36%	374
		%	83%		93%		98%		91%
	Positivo	n	24	67%	9	25%	3	8%	36
		%	17%		7%		2%		9%
	Total		138	34%	136	33%	136	33%	410

4.2 Análisis Descriptivo

A continuación se describirán las principales características de la población habitante de calle que fue identificada como infectada por VIH.

4.2.1 Variables sociales y demográficas

La mayor proporción de casos de VIH se presentaron en hombres menores de 30 años cuyo mayor nivel educativo fue la primaria, que no tienen una relación sentimental estable y que ha estado por más de 5 años en situación de calle.

Tabla 5 Resultados socio demográficos en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Cuál es el sexo asignado al nacer?	Hombre	15	63%	9	100%	2	67%	26	72%
	Mujer	9	38%	0	0	1	33%	10	28%
Edad	Menor de 20 años	3	13%	1	11%	0	0%	4	11%
	20 a 29 años	14	58%	2	22%	1	33%	17	47%
	30 a 39 años	4	17%	4	44%	2	67%	10	28%
	40 a 49 años	2	8%	2	22%	0	0%	4	11%
	60 a 69 años	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
¿Cuál es el nivel educativo más alto cursado por usted?	Ninguno	2	8%	0	0	0	0	2	6%
	Pre-escolar	1	4%	0	0	0	0	1	3%
	Primaria	13	54%	6	67%	1	33%	20	56%
	Secundaria	5	21%	3	33%	1	33%	9	25%
	Técnico	0	0%	0	0	1	33%	1	3%
	Universitario	3	13%	0	0	0	0	3	8%
¿Actualmente cuál es su estado civil?	Soltero(a)	18	75%	4	44%	2	67%	24	67%
	Casado(a)	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
	Unión libre	5	21%	5	56%	1	33%	11	31%
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la calle?	Menos de 1 año	2	8%	2	22%	1	33%	5	14%
	Entre 1 y 4 años	6	25%	0	0%	0	0%	6	17%
	Entre 5 y 10 años	6	25%	3	33%	1	33%	10	28%
	Mas de 10 años	9	38%	4	44%	1	33%	14	39%
	Sin Dato	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%

Esta situación es similar en las 3 ciudades analizadas con algunas leves diferencias en los porcentajes entre una y otra. Es interesante en estos datos revisar como una gran proporción de habitantes de calle con VIH llevan más de 5 años en esta condición en todas las ciudades dando resultados en Barranquilla de 67%, Bogotá 78%, Cali 66% y un dato global de 69%.

4.2.2 Variables de necesidades básicas.

El formulario de recolección de la información permitía en esta sección respuestas múltiples, razón por la cual al interior de cada pregunta los resultados son mayores al 100%. Dentro de los hallazgos generales se encuentran que en la ciudad de Barranquilla una de las principales causas de vivir en la calle es el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, razón que también para esta ciudad fue el argumento que presentaron los encuestados como motivación para permanecer en la calle; en tanto que en la ciudad de Cali la principal razón para vivir en la calle fue el maltrato familiar; en la ciudad de Bogotá no se encontró un factor de mayor relevancia. En estas dos últimas ciudades la principal razón para seguir en la calle se relaciona con la libertad que experimentan estas personas.

Tabla 6 Resultados de necesidades básicas en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Cuáles fueron las razones para que usted haya tenido que vivir en la calle?	Maltrato o violencia intrafamiliar	3	13%	2	22%	2	67%	7	19%
	Influencia de sus amistades	2	8%	2	22%	0	0%	4	11%
	Pérdida de contacto con la familia	6	25%	1	11%	1	33%	8	22%
	Adicción al alcohol o a otras sustancias psicoactivas	14	58%	1	11%	1	33%	16	44%
	Condición de huérfano	2	8%	2	22%	0	0%	4	11%
	Violencia o amenaza en el barrio	2	8%	0	0%	0	0%	2	6%
	Desplazamiento forzado desde otra región	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
	Lo obligaron_Familia	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
	Por tener aventuras o experiencias nuevas	2	8%	0	0%	0	0%	2	6%
	Problemas económicos	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Aburrido en la casa	3	13%	2	22%	1	33%	6	17%
	Conocer la vida	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Fallecimiento de un ser querido	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
¿Qué es lo que le gusta de permanecer en la calle?	La libertad de hacer lo que quiera y cuando quiera	10	42%	5	56%	2	67%	17	47%

	El consumo de sustancias psicoactivas	16	67%	2	22%	0	0%	18	50%
	Ganar dinero	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
	Estar cuidado o protegido por otra(s) persona(s)	2	8%	0	0%	0	0%	2	6%
	Las amistades o relaciones interpersonales	1	4%	3	33%	1	33%	5	14%
	Otro ¿cuál	1	4%	3	33%	1	33%	5	14%
¿En qué lugar suele permanecer durante el día?	Vía pública o a la intemperie	1	4%	7	78%	1	33%	9	25%
	Parque público	2	8%	2	22%	1	33%	5	14%
	Debajo de un puente o en un cambuche	0	0%	2	22%	0	0%	2	6%
	Botadero de basuras	0	0%	1	11%	1	33%	2	6%
	Alcantarilla o ducto de aguas lluvia ("caño")	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Centro de reciclaje	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Sitios de concentración de habitantes de calle	13	54%	1	11%	2	67%	16	44%
	Hogar de paso o centro de acogida	3	13%	3	33%	0	0%	6	17%
	Caleta	14	58%	0	0%	0	0%	14	39%
¿En dónde suele dormir o pasar la noche?	Vía pública o a la intemperie	1	4%	9	100%	1	33%	11	31%
	Parque público	2	8%	1	11%	1	33%	4	11%
	Debajo de un puente o en un cambuche	1	4%	0	0%	0	0%	1	3%
	Sitios de concentración de habitantes de calle	13	54%	2	22%	2	67%	17	47%
	Hogar de paso o centro de acogida	2	8%	3	33%	0	0%	5	14%
	Otro ¿cuál?	13	54%	1	11%	2	67%	16	44%
	Caleta	14	58%	1	11%	2	67%	17	47%
	Habitación alquilada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
¿Cómo consigue dinero, alimentos y/o sus medios de supervivencia?	Pidiendo limosna o mendigando	5	21%	2	22%	1	33%	8	22%
	Ventas ambulantes	5	21%	4	44%	1	33%	10	28%
	Reciclaje	11	46%	3	33%	1	33%	15	42%
	Limpiando parabrisas o cuidando carros	1	4%	3	33%	0	0%	4	11%

	A través de alguna institución	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Cargando, bulteando o carretilleando	1	4%	1	11%	0	0%	2	6%
	Otro	5	21%	0	0%	1	33%	6	17%
¿Durante la última semana, pasó uno o más días en los que no ingiriera ningún alimento?	Sí	4	17%	7	78%	2	67%	13	36%
	No	20	83%	2	22%	1	33%	23	64%

Respecto a los sitios donde pasan el día y la noche los habitantes de calle con VIH en las ciudades de Barranquilla y Cali, los principales lugares son aquellos identificados por ellos mismos como de concentración de habitantes de calle y en las caletas; los de la ciudad de Bogotá optan por permanecer en las vías públicas. La principal fuente de recursos de esta población es el reciclaje con una leve diferencia en la ciudad de Bogotá, en la cual la principal fuente son las ventas ambulantes.

En estas variables se encontró que en las ciudades de Bogotá y Cali la mayoría de los habitantes de calle con VIH no consumen alimentos frecuentemente.

4.2.3 Variables de salud y acceso al SGSSS.

En esta sección, se encontró que los habitantes de calle que conviven con el VIH tienen una baja frecuencia de consultas por su salud, siendo la causa más frecuente la tos, especialmente en las ciudades de Bogotá y Cali. El sitio de predilección para recibir atención son los hospitales públicos en todas las ciudades.

Tabla 7 Resultados de salud y acceso al SGSSS población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
En los ÚLTIMOS 3 MESES, CONTADOS HASTA HOY, ¿usted ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas de salud?	Alguna lesión, causada por accidente o violencia	1	4%	2	22%	2	67%	5	14%
	Alguna, intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros.	0	0%	3	33%	0	0%	3	8%
	Algún problema mental, emocional o de los nervios	1	4%	1	11%	1	33%	3	8%
	Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente de los	3	13%	3	33%	1	33%	7	19%

	mencionados								
	Tos frecuente con o sin expectoración por más de 30 días	4	17%	5	56%	2	67%	11	31%
La última vez que tuvo alguno de los anteriores problemas de salud, ¿qué hizo al respecto?	Hospital o clínica del gobierno	20	83%	4	44%	1	33%	25	69%
	Hogar de paso o institución de apoyo	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Centro o puesto de salud del gobierno	0	0%	1	11%	1	33%	2	6%
	Ayuda familiar o un amigo (remedio casero)	2	8%	1	11%	0	0%	3	8%
	Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)	0	0%	1	11%	0	0%	1	3%
	Sitio de curandero, tegua o similar	1	4%		0%	0	0%	1	3%
Recibe atención en salud a través de	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs)	5	21%	3	33%	2	67%	10	28%
	Otro_Sisben	0	0%	3	33%	0	0%	3	8%
	No recibe atención en salud	16	67%	3	33%	1	33%	20	56%
¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? Y recibió tratamiento		1	4%		0%	1	33%	2	6%

En concordancia con las limitaciones de esta población para acceder a empleos formales, no se encontraron personas que pertenecieran al régimen contributivo; un dato relevante se detectó que más de la mitad de los habitantes de calle con VIH no reciben atención en salud, situación que afecta especialmente a los que residían en la ciudad de Barranquilla.

4.2.4 Variables relacionadas con la historia sexual.

Los resultados en relación a la orientación sexual evidenciaron que la mayor proporción de habitantes de calle con VIH se identificaban como heterosexuales en el total general y en las ciudades de Barranquilla y Bogotá.

En este capítulo fue relevante el dato de inicio de vida sexual pues en todas las ciudades la mayoría de las personas que tuvieron prueba VIH positiva la iniciaron antes de cumplir los 15 años. Adicional a este resultado, los entrevistados manifestaron que en esa primera relación no utilizaron condón, lo cual aumenta exponencialmente el riesgo para la infección por VIH.

Tabla 8 Resultados de historia sexual en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
En términos de orientación sexual, ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?	Homosexual	3	13%	3	33%	2	67%	8	22%
	Heterosexual	17	71%	4	44%	1	33%	22	61%
	Bisexual	4	17%	2	22%		0%	6	17%
	Otro ¿cuál?		0%		0%		0%	0	0%
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal?	14 años o menos	17	71%	5	56%	3	100%	25	69%
	15 o más años	6	25%	4	44%	0	0%	10	28%
En esa primera relación sexual, ¿usaron condón?	Sí	1	4%	2	22%	0	0%	3	8%
	No	22	92%	7	78%	3	100%	32	89%
¿Ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos tres meses?	Sí	19	79%	6	67%	2	67%	27	75%
	No	4	17%	3	33%	1	33%	8	22%
En los últimos 12 meses, contados hasta ayer, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas, orales, vaginales y/o anales?	Entre 1 y 2	6	25%	4	44%	1	33%	11	31%
	Entre 3 y 20	14	58%	2	22%	1	33%	17	47%
	Más de 20	0	0%	2	22%	1	33%	3	8%

Respecto al número de compañeros sexuales en el último año, es importante mencionar que 5 personas no entregaron información sobre este particular y en el grupo de las que si respondieron, la gran mayoría manifestó haber tenido relaciones sexuales penetrativas con más de 3 personas diferentes.

4.2.5 Variables relacionadas con actitudes frente al condón.

Frente al uso del condón, en las 3 ciudades los habitantes de calle con VIH identificados mencionaron que habían usado condones; sin embargo al indaga sobre el porte del mismo se detecto que la proporción era menor y solamente en la ciudad de Barranquilla fueron mayoría las personas que lo llevaban consigo.

Una gran proporción de personas dijeron que compraban los condones, pero la mayoría los adquiere en fundaciones u organizaciones que atienden esta población particular.

Tabla 9 Resultados de actitudes frente al condón en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Alguna vez usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado un condón al tener relaciones sexuales?	Sí	13	54%	7	78%	2	67%	22	61%
	No	11	46%	2	22%	1	33%	14	39%
¿Porta condones consigo?	Sí	7	54%	2	29%	0	0%	9	41%
	No	6	46%	5	71%	2	100%	13	59%
La mayoría de ocasiones, ¿cómo obtiene los condones?	Los compra	4	31%	3	43%	1	50%	8	36%
	La pareja es quien los consigue	2	15%	0	0%		0%	2	9%
	La entidad de salud se los suministra	0	0%	2	29%	0	0%	2	9%
	Un amigo o familiar se los regala	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Por medio de Organizaciones, Fundaciones, Asociaciones.	7	54%	1	14%	1	50%	9	41%
	En Hoteles	0	0%	1	14%	0	0%	1	5%

4.2.6 Variables relacionadas con la última relación sexual.

Es notorio el resultado de uso de condón en la última relación sexual pues se podría pensar en 23 nuevas personas infectadas con el VIH. También es relevante que la principal causa por la que no lo usaron estas 23 personas fue porque se encontraban bajo efectos del alcohol o de sustancias psicoactivas.

Tabla 10 Resultados de comportamientos en la última relación sexual en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas orales, anales	Sí	8	33%	4	44%	1	33%	13	36%

o vaginales, ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron un condón?	No	16	67%	5	56%	2	67%	23	64%
¿Quién sugirió el uso del condón en esa última oportunidad?	Usted	3	38%	2	50%	0	0%	5	38%
	Su pareja	3	38%	1	25%	1	100%	5	38%
	Ambos	2	25%	1	25%	0	0%	3	23%
¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas?	No los sabe utilizar		0%	1	20%	0	0%	1	4%
	No tenía dinero	2	13%		0%	0	0%	2	9%
	La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	0	0%	1	20%	1	50%	2	9%
	No los tenía a la mano	5	31%	1	20%	0	0%	6	26%
	Usted vive con VIH	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	La relación sexual fue sin su consentimiento	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	Usted estaba bajo los efectos del alcohol u sustancias psicoactivas	14	88%	2	40%	1	50%	17	74%
	Es incómodo	1	6%	3	60%	0	0%	4	17%
	La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas	6	38%	0	0%	0	0%	6	26%
	Había sentimientos de afecto	1	6%	1	20%	0	0%	2	9%
	Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS	11	69%		0%	0	0%	11	48%
	La relación sexual fue inesperada	2	13%		0%	0	0%	2	9%
	Confiaba en la fidelidad de su pareja	6	38%	1	20%	1	50%	8	35%
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas orales en los últimos 3 meses?	Siempre	4	17%	0	0%	1	33%	5	14%
	Algunas veces	4	17%	3	33%	0	0%	7	19%
	Nunca	15	63%	5	56%	2	67%	22	61%
	No practico este tipo de relaciones	1	4%	1	11%	0	0%	2	6%
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales	Siempre	2	8%	2	22%	0	0%	4	11%
	Algunas veces	8	33%	2	22%	1	33%	11	31%
	Nunca	8	33%	4	44%	1	33%	13	36%

penetrativas anales en los últimos 3 meses?	No practico este tipo de relaciones	6	25%	1	11%	1	33%	8	22%
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas vaginales en los últimos 3 meses?	Siempre	4	17%	2	22%	0	0%	6	17%
	Algunas veces	10	42%	3	33%	0	0%	13	36%
	Nunca	8	33%	3	33%	1	33%	12	33%
	No practico este tipo de relaciones	2	8%	1	11%	2	67%	5	14%

Al indagar específicamente por el uso de condón de acuerdo al tipo de relación sexual se encontró que el no usar el condón o usarlo en algunas oportunidades fue la situación más predominante en estas personas.

4.2.7 Variables relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas.

En general, la mayor proporción de habitantes de calle que presentan la infección por VIH conocen o han oído hablar de la enfermedad y reconocen las formas en que se transmite y como se puede prevenir la enfermedad, esto fue muy similar para todas las ciudades.

Tabla 11 Resultados de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH/Sida de la población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Ha oído hablar sobre el VIH o el SIDA antes de esta encuesta?		24	100%	9	100%	3	100%	36	100%
¿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	23	96%	8	89%	3	100%	34	94%
	No	1	4%	1	11%		0%	2	6%
¿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	21	88%	4	44%	2	67%	27	75%
	No	2	8%	4	44%	1	33%	7	19%
	No sabe	1	4%	1	11%		0%	2	6%
¿El VIH se puede prevenir al evitar inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	Sí	21	88%	2	22%	3	100%	26	72%
	No	2	8%	2	22%		0%	4	11%
	No sabe	1	4%		0%		0%	1	3%
¿El VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales?	Sí	18	75%	7	78%	3	100%	28	78%
	No	4	17%	2	22%		0%	6	17%

penetrativas sin condón?	No sabe	1	4%		0%		0%	1	3%
¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?	Sí	6	25%	2	22%	1	33%	9	25%
	No	16	67%	5	56%	1	33%	22	61%
	No sabe	2	8%	2	22%	1	33%	5	14%
¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?	Sí	2	8%	2	22%		0%	4	11%
	No	20	83%	7	78%	3	100%	30	83%
	No sabe	2	8%		0%		0%	2	6%
¿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	21	88%	8	89%	2	67%	31	86%
	No	2	8%	1	11%		0%	3	8%
	No sabe	1	4%		0%	1	33%	2	6%
¿Es posible que una persona que vive con VIH, pueda volver a infectarse con VIH?	Sí	17	71%	4	44%	3	100%	24	67%
	No	4	17%	5	56%		0%	9	25%
	No sabe	3	13%		0%		0%	3	8%
¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?	Sí	20	83%	7	78%	3	100%	30	83%
	No	3	13%	2	22%		0%	5	14%
	No sabe	1	4%		0%		0%	1	3%
ALGUNA VEZ EN LA VIDA ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?	Sí	12	50%	7	78%	2	67%	21	58%
	No	12	50%	2	22%	1	33%	15	42%
¿Cuál fue el resultado de esa prueba?	Positivo	2	17%	2	29%	1	50%	5	24%
	Negativo	8	67%	4	44%	1	50%	13	62%
	No sabe o No se acuerda	2	17%	1	11%		0%	3	14%
¿Está usted actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH?	Sí		0%		0%		0%	0	0%
	No	2	100%	2	100%	1	100%	5	100%
¿Considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH o para reinfectarse?	Sí	13	54%	8	89%	2	67%	23	64%
	No	8	33%	1	11%	1	33%	10	28%
	No sé	2	8%		0%		0%	2	6%
¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea hacerse la prueba de VIH?	Sí	11	46%	5	56%	2	67%	18	50%
	No	10	42%	4	44%	1	33%	15	42%

La última parte de esta sección indagó sobre el antecedente de haberse realizado la prueba de VIH encontrando que más de la mitad de ellos se habían practicado la prueba en las ciudades de Cali y Bogotá y en Barranquilla exactamente la mitad ya lo había hecho.

De las 21 personas que se la practicarón, solo 5 habían tenido resultado positivos y conocían esta situación; sin embargo es bastante preocupante que ninguno de ellos recibía atención médica al momento de la encuesta.

La mayoría de los habitantes de calle de VIH se auto consideraban como personas vulnerables para la adquisición del virus y también reconocían donde podrían asistir en caso de necesitar una prueba para la confirmación de la enfermedad.

4.2.8 Variables relacionadas con estigma y discriminación.

El rechazo que generan los habitantes de calle por su esta condición es bastante amplio por parte de la población general, las fuerzas armadas entre otras; situación que contrasta con la menor frecuencia de rechazo por parte de las familias de estas personas.

Tabla 12 Resultados de estigma y discriminación a la población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?	Sí	6	25%	4	44%	1	33%	11	31%
	No	18	75%	4	44%	2	67%	24	67%
	Mi familia no sabe que vivo en la calle		0%	1	11%		0%	1	3%
¿Alguien distinto a su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?	Sí	10	42%	7	78%	3	100%	20	56%
	No	14	58%	2	22%		0%	16	44%
¿Quién o quiénes, alguna vez en su vida, lo han rechazado, discriminado, abusado o maltratado por vivir en la calle?	Fuerzas armadas (policía o militares)	7	29%	3	33%	2	67%	12	33%
	Religiosos		0%	1	11%		0%	1	3%
	Profesionales de la salud	1	4%	1	11%	1	33%	3	8%
	Amigos	1	4%	4	44%	2	67%	7	19%
	Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares	5	21%	4	44%	1	33%	10	28%
	Desconocidos	3	13%	3	33%	2	67%	8	22%
	Pareja		0%	3	33%	1	33%	4	11%
¿Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación, rechazo, abuso o maltrato?	Le han negado la entrada a lugares públicos	3	13%	6	67%	1	33%	10	28%

	Le niegan o retardan la atención en salud	1	4%	2	22%		0%	3	8%
	Lo han insultado en la calle o en lugares públicos	4	17%	4	44%	2	67%	10	28%
	Maltrato físico	6	25%	4	44%	2	67%	12	33%
	Maltrato verbal	6	25%	5	56%	1	33%	12	33%
	Violación (abuso sexual)	2	8%		0%	1	33%	3	8%
	Robo o asalto	2	8%	3	33%		0%	5	14%
	Extorsión		0%	1	11%		0%	1	3%
¿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	2	8%	2	22%	1	33%	5	14%
	No	6	25%	5	56%	2	67%	13	36%
¿A dónde acudió?	Ministerio público (defensoría, procuraduría)		0%	1	11%		0%	1	3%
	Organismo de la Sociedad Civil (Veeduría, contraloría y personería)		0%		0%	1	33%	1	3%
	Fuerzas armadas (policía, fiscalía, comisarías)	1	4%	1	11%		0%	2	6%

Aun cuando este rechazo genera discriminación, malos tratos y violencia en algunos de los casos, el habitante de calle no suele denuncia esta conducta con frecuencia.

4.2.9 Variables relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias alucinógenas parece ser una constante en los habitantes de calle con VIH, puesto que es un fenómeno en el cual la mayoría de personas en todas las ciudades manifestaron practicarlo con alguna frecuencia. Lo único que difiere es la sustancia consumida.

Tabla 13 Resultados de consumo de sustancias psicoactivas en población habitante de calle con VIH.

Variable	Categoría	Barranquilla		Bogotá D.C.		Cali		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido alcohol legal?	Sí	19	79%	6	67%	1	33%	26	72%
	No	3	13%	3	33%	2	67%	8	22%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido alcohol ilegal?	Sí	20	83%	5	56%	1	33%	26	72%
	No	3	13%	4	44%	2	67%	9	25%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado marihuana?	Sí	22	92%	8	89%	2	67%	32	89%
	No	2	8%	1	11%	1	33%	4	11%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado bazuco en pipa?	Sí	22	92%	7	78%	2	67%	31	86%
	No	2	8%	2	22%	1	33%	5	14%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado bazuco en cigarrillo o pistola?	Sí	10	42%	2	22%	1	33%	13	36%
	No	13	54%	7	78%	2	67%	22	61%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado bazuco?	Sí		0%		0%		0%	0	0%
	No	23	96%	9	100%	3	100%	35	97%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inhalado cocaína?	Sí	13	54%	1	11%		0%	14	39%
	No	10	42%	8	89%	3	100%	21	58%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado cocaína?	Sí	1	4%		0%		0%	1	3%
	No	22	92%	9	100%	3	100%	34	94%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido Popper?	Sí	4	17%		0%		0%	4	11%
	No	19	79%	9	100%	3	100%	31	86%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado heroína?	Sí		0%		0%		0%	0	0%
	No	23	96%	9	100%	3	100%	35	97%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado heroína?	Sí	2	8%	1	11%		0%	3	8%
	No	20	83%	8	89%	3	100%	31	86%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inhalado thinner o pegante?	Sí	5	21%	1	11%	1	33%	7	19%
	No	18	75%	8	89%	2	67%	28	78%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido éxtasis?	Sí	1	4%		0%		0%	1	3%
	No	22	92%	9	100%	3	100%	34	94%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido pepas, rivotril o “roches” ³ ?	Sí	17	71%	2	22%		0%	19	53%
	No	6	25%	7	78%	3	100%	16	44%
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido Otras drogas? PERICO	Sí	1	4%		0%		0%	1	3%
	No	23	96%	9	100%	3	100%	35	97%

Sin embargo, y aún cuando casi en su totalidad de las personas manifestaron consumo, el uso de sustancias de tipo inyectables no es frecuente en esta población.

³ Los “Roches” hacen referencia a comprimidos de Rivotril® cuyo principio activo es el Clonazepam, medicamento usado como anticonvulsivante y producido por la casa farmacéutica Roche.

4.3 Análisis Bivariado

Se realizó un análisis estadístico a cada una de las variables incluidas en el instrumento de recolección de información del estudio “Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012”

Para efectos prácticos, solamente se presentan los resultados de aquellas variables que al aplicar la metodología tuvieron un resultado significativo y que podrían explicar la infección y aquellas variables que aun cuando no fueron representativas, se consideran como factores de riesgo para adquirir esta infección.

Tabla 14 Análisis estadístico de la relación del VIH con la ciudad de residencia.

Ciudad del estudio	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Barranquilla	24	114	9,3	2,7	31,8	Con corrección de Yates	0,0001
Bogotá D.C.	9	127	3,1	0,8	11,8	Con corrección de Yates	0,1399
Cali	3	133					

Al revisar los resultados obtenidos en las tres ciudades objeto del estudio, en la ciudad de Barranquilla los habitantes de calle tienen 8,3 veces más probabilidades de tener infección por VIH con respecto a los habitantes de calle de la ciudad de Cali; para los habitantes de calle de la ciudad de Bogotá esta probabilidad con respecto a Cali es 3 veces superior.

Tabla 15 Análisis estadístico de la relación del VIH con la edad de los encuestados

Edad	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Menor de 20 años	4	12	11,7	2,767	49,194	Prueba Exacta de Fisher	0,003
20 a 29 años	17	68	8,8	3,106	24,650	Con corrección de Yates	0,0000
30 a 39 años	10	114	3,1	1,023	9,215	Con corrección de Yates	0,0684
Mayor de 40 años	5	175					

Respecto a la edad de los encuestados, se crearon 3 categorías para el análisis, encontrando que se presenta una mayor probabilidad de tener la infección en las personas menores de 30 años y esta probabilidad es un poco mayor para los menores de 20 años que estuvo alrededor de 10,7 veces más probable que las personas mayores de 40 años.

Tabla 16 Análisis estadístico de la relación del VIH con el sexo de las personas encuestadas.

Atención problema de salud	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
Hombre	26	280	0,9	0,406	1,877	Prueba Exacta de Fisher	0,4308
Mujer	10	94					

Con base en la oportunidad relativa de 0,9 se indica que los hombres habitantes de calle tienen una menor probabilidad de tener el VIH; sin embargo, en el intervalo de confianza se encuentra incluida la unidad por lo cual esta asociación no resulta ser significativa, corroborada este resultado por el resultado de *p* de la prueba estadística aplicada.

Tabla 17 Análisis estadístico de la relación del VIH con las actitudes frente a la atención de problemas de salud.

Atención problema de salud	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
Institución de salud	28	209	4,1	0,946	17,641	Con corrección de Yates	0,0726
Ayuda No profesional	5	83	1,8	0,345	9,788	Prueba Exacta de Fisher	0,3794
No hizo nada al respecto	2	61					

Sobre las actitudes que toman los habitantes de calle cuando se enferman, los resultados indican una mayor relación entre los que consultan a una institución de salud y la infección por VIH, siendo la relación 4,1 veces mayor para las personas con VIH. Esta situación puede estar relacionada con una mayor aparición de eventos mórbidos que afecten la salud de las personas que conviven con el VIH y por lo cual acuden regularmente a una institución sanitaria.

Tabla 18 Análisis estadístico de la relación del VIH con la afiliación al SGSSS

Afiliación	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
No está afiliado	20	151	2,2	1,047	4,498	Sin corrección	0,0337
Se encuentra afiliado	13	213					

Bien es cierto, que el Estado colombiano contempla mecanismos de subsidio a las personas de escasos recursos para garantizar su ingreso al SGSSS. Sin embargo, en el caso de los habitantes de calle quienes deberían ser cubiertos por programas efectivos que garanticen su afiliación al sistema, se evidencia que cerca del 40% de los que respondieron la pregunta no se encontraban afiliados y por ende el riesgo de que una persona no se encuentre afiliado y tenga VIH es 2 veces mayor que aquellos que si están en el sistema. Otra hipótesis que puede estar relacionada con esta situación es el acceso que pudieran tener los que sí están en el sistema a programas de prevención o de información específica sobre el VIH.

Tabla 19 Análisis estadístico de la relación del VIH con la orientación sexual de los participantes

Orientación sexual	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
homosexual	8	16	7,5	2,894	19,434	Prueba exacta de Fisher	0,0002
Bisexual	6	23	3,9	1,444	10,602	Prueba exacta de Fisher	0,0132
heterosexual	22	330					

Para los habitantes de calle homosexuales el riesgo de tener VIH es 6,5 veces mayor que los heterosexuales, oportunidad relativa que oscila entre 3 y 19 veces y cuya valor de p de la prueba de independencia es significativo con lo cual se puede afirmar que hay una asociación la orientación sexual y la oportunidad de tener VIH. Asociación que vuelve a ser significativa para las población que se auto identifica como bisexuales.

Tabla 20 Análisis estadístico de la relación del VIH con la edad de la primera relación sexual

Edad primera relación sexual	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
14 años o menos	25	198	2,2	1,020	4,676	Sin corrección	0,0401
15 o más años	10	173					

El inicio de relaciones sexuales a edades más tempranas es un factor que se asocia con la adquisición de diferentes ITS y en este estudio en particular se encontró que las personas que iniciaron su vida sexual cuando tenían menos de 14 años tuvieron 1,2 veces más probabilidades de adquirir el VIH que aquellos que iniciaban después de los 15 años.

Tabla 21 Análisis estadístico de la relación del VIH con el uso de condón en la primera relación sexual

Uso de condón en la primera relación sexual	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
No	32	355	0,5	0,133	1,738	Prueba exacta de Fisher	0,219
Si	3	16					

El uso del condón es una de las principales medidas para prevenir la transmisión por el VIH y por lo tanto su uso debería mostrar diferencias en la reducción de la infección por

el VIH; sin embargo, en esta pregunta no se evidencia una asociación entre usar o no el condón en la primera relación sexual y la infección. Es importante destacar que esta pregunta estaba orientada específicamente al uso en la primera relación y no a su uso de manera regular, bajo la premisa de que al usarlo en la primera vez, es mucho más factible que sea usado regularmente.

Tabla 22 Análisis estadístico de la relación del VIH con la el número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses

Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Entre 3 y 20	16	117	1,9	0,781	4,609	Sin corrección	0,1519
Más de 20	3	13	3,2	0,754	13,595	Prueba exacta de Fisher	0,1247
Entre 1 y 2	8	111					

El número de compañeros sexuales son un indicador de un mayor riesgo para adquirir el VIH, sin embargo para la población habitante de calle esta variable no se encuentra asociada con la presencia de la infección por VIH. Sin embargo, son bastante llamativos los resultados respecto a que 19 personas con VIH tuvieron 3 o más compañeros sexuales en el último año, lo cual pudo haber aumentado exponencialmente el número de personas afectadas.

Tabla 23 Análisis estadístico de la relación del VIH con el uso condón en su última relación sexual

Uso condón en su última relación sexual	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
NO	23	289	0,5	0,247	1,047	Con corrección de Yates	0,0973
SI	13	83					

Aun cuando la pregunta en esta variable es específica para la última relación, este es un indicador que da cuenta del comportamiento de la población frente al uso de condón. Lo que se observa en los habitantes de calle es que la proporción de uso es baja y el uso del condón no se encuentra asociado con la presencia de la infección.

Tabla 24 Análisis estadístico de la relación del VIH con la estigmatización familiar por ser habitante de calle

Estigmatización familiar por ser habitante de calle	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
No	24	178	2,2	1,049	4,639	Sin corrección	0,0332
Si	11	180					

Un resultado cuyo valor de *p* resultó representativo fue el de estigmatización familiar y en el que se interpreta que el no haber sido rechazado por su familia se relaciona con una probabilidad mayor de tener la infección por VIH. No obstante al observar el intervalo de confianza esta asociación pierde fuerza al iniciar en 1,05.

Tabla 25 Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de alcohol ilegal

Consumo de alcohol ilegal	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
Si	26	196	2,59	1,183	5,687	Sin Corrección	0,0142
No	9	176					

La probabilidad de que los habitantes de calle que consumen alcohol ilegal presenten la infección por VIH es 2,59 veces frente a los que no consumen este tipo de alcohol. Situación similar se observa entre los que consumen marihuana, encontrando que la probabilidad de aquellos que consumen estas sustancias y presentan la infección de VIH es 3 veces más frente a los que no la consumen (Tabla 25).

Tabla 26 Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de Marihuana

Consumo de Marihuana	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Si	32	251	3,86	1,334	11,152	Sin corrección	0,0078
No	4	121					

Tabla 27 Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de bazuco en pipa.

Consumo de bazuco en pipa.	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Si	31	201	5,21	1,983	13,703	Sin corrección	0,0002
No	5	169					

El consumo de bazuco en pipa represento la mayor probabilidad de tener la infección por VIH en el grupo de sustancias psicoactivas con una OR de 5,21. El uso de medicamentos para el tratamiento de la epilepsia también fue un marcador significativo para la infección por VIH con un OR de 2,61. (Tabla 27)

Tabla 28 Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de pepas, rivotril o “roches”

Consumo de pepas, rivotril o “roches”	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	n	n		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor p
Si	19	115	2,61	1,297	5,264	Sin corrección	0,0057
No	16	253					

Tabla 29 Análisis estadístico de la relación del VIH con el consumo de heroína en los últimos 12 meses

Consumo de heroína en los últimos 12 meses	Prueba diagnóstica de VIH		Análisis estadístico				
	Positivo	Negativo	OR	IC 95%		Prueba chi cuadrado de independencia	
	<i>n</i>	<i>n</i>		Límite inferior	Límite superior	Estadístico de prueba	Valor <i>p</i>
Si	3	12	2,88	0,771	10,749	Prueba exacta de Fisher	0,1238
No	31	357					

Los resultados plantean que la heroína es la sustancia psicoactiva que menos consumen los habitantes de calle lo cual podría explicar que al aplicar el análisis estadístico no resulte significativo su consumo como un factor para la infección por VIH debido a que el intervalo de confianza incluye la unidad y el valor de *p* está por encima del 0,5

4.4 Análisis Estratificado por ciudad

Una vez definidas aquellas variables que tuvieron un OR y un valor de *p* estadísticamente significativos y aquellas variables relevantes por su asociación con la infección por VIH, se buscó determinar si la ciudad de residencia afectaba dichas relaciones.

Una vez definidas las OR ajustadas para cada una de las ciudades se lleva a cabo la prueba de homogeneidad de Mantel-Haenszel para determinar si las OR de cada ciudad difieren notablemente. Como se observa en la tabla 29 ningún valor de *p* de esta prueba de homogeneidad fue inferior a 0,20 lo que permite establecer que las OR de cada estrato son homogéneas.

En segunda instancia, se establece si la OR cruda difiere en más de un 10% de la OR ajustada en cuyo caso se considera que la ciudad es una variable de confusión y por lo tanto se debe informar la OR ajustada.

Como se observa en la tabla el análisis estratificado para variables que frecuentemente se han asociado a la infección por VIH no se pudo completar debido a que las frecuencias en muchas de las casillas de la tabla de contingencia fueron 0.

En los resultados de la tabla todas las OR crudas difieren en más de un 10% de la OR ajustada, excepto el uso de condón en la última relación sexual. No obstante al informar el OR ajustado, todos los intervalos de confianza con excepción de la variable consumo de bazuco en pipa contienen la unidad.

Tabla 30 Variables asociadas al VIH en la muestra de habitante de calle ajustadas por ciudad de residencia

		Barranquilla					Bogotá					Cali					OR crudo	OR ajustado	Valor de p para la prueba de homogeneidad	
		Prueba Dx		OR	IC 95%		Prueba Dx		OR	IC 95%		Prueba Dx		OR	IC 95%					
		+	-		L.I	L.S.	+	-		L.I	L.S.	+	-		L.I	L.S.				
Socio... demográficas	Edad	Menor de 20 años	3	7	6,6	1,1	39,2	1	1	27,5	1,2	616,8	-	4	NA	NA	NA	11,7	NA	NA
		20 a 29 años	14	23	9,3	2,4	35,8	2	23	2,4	0,3	18,0	1	22	NA	NA	NA	8,8	NA	NA
		30 a 39 años	4	34	1,8	0,4	8,6	4	48	2,3	0,4	13,1	2	32				3,1	NA	NA
		40 a 89 años*	3	46				2	55					74						
	Sexo	Hombre	15	76	0,8	0,3	2,1	9	102	NA	NA	NA	2	102	0,6	0,1	6,9	0,9	NA	NA
		Mujer	9	38				-	25				1	31						
Acceso al sistema de seguridad social	Atención problema de salud	No hizo nada al respecto	-	-	NA	NA	NA	1	29	0,3	0,0	2,9	1	32	1,0	0,1	10,9	0,24	NA	NA
		Ayuda no profesional	20	90	1,0	0,3	3,7	2	31	0,6	0,1	3,3	-	39	NA	NA	NA	0,45	NA	NA
		Establecimiento de salud	3	13				6	58				2	61						
	Afiliación al SGSSS	No esta afiliado	16	62	2,3	0,8	6,7	3	42	1,0	0,2	4,1	1	47	0,9	0,1	10,4	2,2*	1,6	0,5931
		Afiliado	5	44				6	83				2	86					IC: 0,7-3,5	
Salud sexual	Orientación sexual	homosexual	3	1	3,8	0,3	51,4	3	12	1,5	0,2	10,6	2	3	NA	NA	NA	7,5	NA	NA
		bisexual	17	105	0,2	0,0	0,8	4	101	0,2	0,0	1,4	1	124	NA	NA	NA	3,9	NA	NA
		heterosexual	4	5				2	12				-	6						
	Edad primera relación	14 años o menos	17	64	2,2	0,8	5,9	5	65	1,2	0,3	4,5	3	69	NA	NA	NA	2,2	NA	NA
		15 años o más	6	49				4	60				-	64						
Uso de condón	Uso del condón en la 1 ^{er} s	No	22	109	0,6	0,1	6,1	7	118	0,2	0,0	1,3	3	128	NA	NA	NA	0,5	NA	NA
		Si	1	3				2	8				-	5						
Ultima Relación Sexual	Número de compañeros sexuales	Entre 3 y 20	14	34	3,5	1,2	10,8	2	48	0,6	0,1	4,8	1	35	1,1	0,1	17,6	1,9*	2,21	0,3031
		Más de 21 compañeros sexuales	-	-	NA	NA	NA	2	5	6,2	0,7	54,6	-	8	NA	NA	NA	3,2	NA	NA
		Entre 1 y 2 compañeros	5	43				2	31				1	37						
	Uso del condón	No	16	90	0,5	0,2	1,3	5	93	0,4	0,1	1,8	2	106	0,5	0,0	5,8	0,5*	0,48	0,9858
		Si	8	23				4	33				1	27					IC: 0,2-1,0	
Estigma	Alguien de la familia lo ha ofendido	Si	18	68	1,9	0,7	5,2	4	56	1,1	0,3	4,7	2	54	2,7	0,2	31,0	2,2*	1,7	0,7732
		No	6	43				4	63				1	74					IC: 0,7-3,6	
Consumo de sustancias Psicoactivas	Alcohol legal	Si	19	81	2,4	0,7	8,8	6	83	1,0	0,2	4,3	1	77	0,4	0,0	4,1	1,7	1,4	0,3576
		No	3	31				3	43				2	56					IC: 0,6-3,2	
	Alcohol ilegal	Si	20	75	3,4	0,9	12,1	5	54	1,7	0,4	6,5	1	67	0,5	0,0	5,6	2,6	2,06	0,3661
		No	3	38				4	72				2	66					IC: 0,9-4,7	
	Marihuana	Si	22	90	2,9	0,6	13,4	8	81	4,3	0,5	35,9	2	80	1,3	0,1	15,0	3,9*	2,89	0,7628
		No	2	24				1	44				1	53					IC: 0,9-8,5	
	Basuco en pipa	Si	22	73	6,0	1,3	27,0	7	78	2,1	0,4	10,4	2	50	3,3	0,3	37,6	5,2*	3,86	0,627
	No	2	40				2	46				1	83					IC: 1,4-10,3		
	inyectado heroína	Si	2	2	5,4	0,7	40,6	1	2	7,8	0,6	94,9	-	8	NA	NA	NA	2,8	NA	NA
		No	20	108				8	124				3	125						
	Pepas, rivotril,	Si	17	51	3,3	1,2	8,9	2	31	0,9	0,2	4,4	-	33	NA	NA	NA	2,6	NA	NA
		No	6	59				7	95				3	99						

Por lo anterior, se puede concluir que la mayoría de las variables que pudieron ser analizadas no se encuentran asociada a la infección por VIH. El análisis acá presentado demuestra que los habitantes de calle que consumen basuco en pipa tienen una probabilidad de presentar la infección por VIH de 3,8 veces frente a los que no consumen esta sustancia; esta es la única variable estadísticamente asociada a la infección encontrada en este estudio de seroprevalencia.

5. Discusión

Los habitantes de calle entre 18 y 20 años de edad tienen 11 veces más la probabilidad de tener la infección de VIH que los habitantes de calle con 40 años o más, así mismo los habitantes de calle entre 20 y 29 años y 30 y 39 años de edad tienen 8 y 2 veces, respectivamente, más probabilidad de tener la infección que habitantes de calle con 40 años de edad o más, situación similar a la encontrada en Brasil(46), en donde el grupo de edad más joven 18 a 29 años de edad tuvo una OR de 4,0, en todos los casos los intervalos de confianza son estadísticamente significativos puesto que no contienen la unidad.

La edad no solo se ha encontrado asociada a la infección por VIH entre los habitantes de calle como lo evidencia el estudio de Brasil, un estudio realizado en mujeres igualmente encontró que el número de casos entre las mujeres más jóvenes era más alto que entre las mujeres adultas(47), así mismo, en el estudio realizado en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades del país, el modelo final de regresión logística para las ciudades de Cartagena, Pereira y Bogotá muestra como los grupos de edad de 25 a 44 años de edad presentan una mayor probabilidad de presentar la infección por VIH(26) y el perfil epidemiológico del país también demuestra que el 52% de los casos notificados de VIH pertenecen al grupo de edad de 20 a 34 años (2).

Los habitantes de calle con VIH mostraron una baja escolaridad, encontrando que cerca del 65% de ellos solamente habían cursado el ciclo de básica primaria; esta falta de acceso a la educación es uno de los factores que aumentan la vulnerabilidad y por ende reduce la capacidad de las personas, en este caso los habitantes de calle para prevenir el VIH (13).

La epidemia de VIH se ha caracterizado por afectar en mayor medida a los hombres, no obstante en los últimos años se ha observado un incremento en el número de mujeres adultas, quienes viven con el VIH a nivel mundial, entre los factores que hacen a las

mujeres más vulnerables a la infección por VIH se encuentra un factor biológico, puesto que hay una mayor superficie de mucosa expuesta y mayor concentración del virus en el semen, que permanece más tiempo en la vagina, las mujeres jóvenes tienen la mucosa más delgada, que al sufrir desgarros y sangramientos durante la relación sexual, multiplican los riesgos. Un factor social, puesto que las mujeres al depender en muchas ocasiones económica, social y emocionalmente del hombre, hace que sea difícil exigir el uso del condón, y un factor cultural, ya que, hay pautas que alientan a los hombres a tener muchas compañeras sexuales, colocando a las mujeres en un mayor estado de vulnerabilidad(48).

El resultado de habitantes de calle evidenció una razón de 2,6 mujeres por cada hombre con VIH, lo cual es muy similar al índice de masculinidad en población general del año 2013 que fue de 2,5(2). En este mismo informe se presenta a la ciudad de Barranquilla como la ciudad de mayor notificación de casos de VIH por cada 100.000 habitantes, Bogotá fue la novena y el departamento del Valle del Cauca que incluye los datos de la ciudad de Cali está en la posición número 13; este orden se mantiene en los resultados del estudio en el cual, la prevalencia de la ciudad de Barranquilla fue la mayor con un 17% y Cali con un 2% la menor.

En este estudio, se observó que de las 104 mujeres incluidas en el estudio el 9,6% tenía VIH y el 8% de los casos con VIH eran hombres, sin diferencias estadísticamente significativas entre estas dos proporciones, la Oportunidad Relativa según el sexo fue de 0,9 indicando que puede haber una mayor probabilidad de que las mujeres habitantes de la calle vivan con VIH que los hombres, relación que no se logra corroborar por que los intervalos de confianza incluyen la unidad y el valor de p de la prueba Chi cuadrado de Independencia no es significativo. Situación similar con relación a los intervalos de confianza y el valor de p en el estudio realizado en una muestra de 230 habitantes de la calle en Medellín en el año 2011, en donde no hay una asociación entre el sexo y el VIH.

En New York en una muestra de más de 6.000 personas marginadas se evidenció que hay una mayor proporción de mujeres marginadas VIH positivas que hombres, además las mujeres están más expuestas a la infección por VIH, al uso de sustancias psicoactivas, a la violencia y al trabajo sexual(49).

El estudio no encuentra una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el VIH, no obstante el resultado de una oportunidad relativa de 0,9 denota que hay una

mayor vulnerabilidad de las mujeres habitantes de calle frente a la infección como lo concluyen en Brasil, al encontrar que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad frente al VIH, puesto que hay diferencias de género, asociado a una mayor frecuencia de historia de abuso sexual, violencia, discriminación, uso de sustancias psicoactivas y trabajo sexual(46), así como en la ciudad de Medellín (28).

Cabe recordar que un estudio de corte tiene como limitación el poder establecer la temporalidad entre el evento, para este estudio la infección por VIH, y los factores asociados, en este caso el ser mujer habitante de calle, es decir no se puede definir si la infección fue adquirida antes de vivir en la calle o si fue adquirida una vez empieza a pernoctar en la calle, este estudio se limita a indicar que las mujeres habitantes de calle tienen una mayor probabilidad de presentar la infección por VIH y que la literatura previamente ilustrada aportan a sustentar esta afirmación. No obstante, independientemente del momento o de la presencia de la infección en las mujeres habitantes de la calle, se les sigue asignando la responsabilidad de “cuidarse”, para no infectarse ni infectar a otros con VIH, conclusión del estudio cualitativo en la población habitante de calle realizado en el año 2011(14).

La atención en salud para los habitantes de calle con VIH es precaria, encontrando que cerca del 72% de ellos no se encuentra afiliada al sistema; la población restante está cubierta por el régimen subsidiado; sin embargo, un dato relevante sobre la falta de cuidado de la salud de estas personas por parte del sector radica en que de las 5 personas que han sido diagnosticadas y conocen que tienen VIH, ninguna recibe algún tipo de atención integral para su manejo.

La tuberculosis persiste como un problema de salud pública a nivel mundial y se ha observado que existen grupos especiales con características desfavorables que determinan un mayor riesgo de adquirir esta enfermedad; entre estos grupos se destacan los adultos mayores, la población privada de la libertad, individuos en situación de calle, indigentes y personas con VIH/SIDA. En Chile se estimaba que había 29 veces la probabilidad de adquirir la tuberculosis entre las personas que tienen VIH y había 16 veces la probabilidad de adquirir esta enfermedad entre las personas en situación de calle(50).

El VIH y la tuberculosis forman una combinación letal, de modo que cada enfermedad acelera la progresión de la otra, de una parte el VIH favorece la progresión de la infección tuberculosa primaria a enfermedad activa, y por otra parte es el factor de riesgo más poderoso que se conoce para la reactivación de infección tuberculosa latente en enfermedad activa. La «reemergencia» de la tuberculosis, ha estado de forma exponencial ligada a la epidemia de la infección por el VIH(47).

Aunque en el análisis bivariado de este estudio se obtuvo un OR de 1,3 para la categoría “Tos frecuente con o sin expectoración por más de 30 días” considerado síntoma sugestivo de tuberculosis, así como un OR de 1,3 de la variable diagnóstico previo de tuberculosis y los intervalos de confianza incluían la unidad así como los valores de p eran superiores a 0,5, por lo tanto no se incluyeron en la presentación, se debe prestar especial atención a los habitantes de calle puesto que como se encuentra en Chile tienen una alta probabilidad de adquirir el *Mycobacterium tuberculosis*, bacteria que produce la tuberculosis.

Se ha documentado que el inicio de relaciones sexuales a edades más tempranas es un factor que se asocia a la infección con VIH, en el estudio de HSH de 2010(26) se reportó que la población con una iniciación sexual temprana y el inicio de las relaciones homosexuales se dio con hombres mayores lo que incrementa el riesgo de infección no solo por VIH sino de todas las ITS. En el análisis de la población habitante calle se estima que aquellas personas que tuvieron relaciones sexuales a los 14 años o menos tuvieron una probabilidad de 1,2 veces más de adquirir la infección que aquellos que inician su vida sexual a los 15 o más años de edad. Sin embargo, es una asociación débil en atención a que el intervalo de confianza contiene la unidad.

También es interesante relacionar los resultados de inicio de relaciones sexuales con el resultado del uso de condón en la primera relación sexual, pues indica que se inicia a edades tempranas la vida sexual y que no se toman medidas de protección frente al VIH lo cual pudiera explicar el aumento en la probabilidad de infectarse para esta población.

La orientación sexual en el análisis bivariado es una variable que se encuentra fuertemente asociada a la infección por VIH, la oportunidad relativa de las personas que se auto identifican como homosexuales o bisexuales es mayor comparada con las heterosexuales, situación que se puede explicar por la vulnerabilidad estructural que se relaciona con la construcción social de la sexualidad que como lo menciona Arrivillaga:

“sostiene una norma heterosexual predominante y que somete a su vez a las demás sexualidades, vulnerabilidad que fomenta el estigma y la discriminación” produciendo una mayor exclusión individual y social a un habitante de calle que ya de por sí se encuentra estigmatizado por esta última condición, generando un mayor riesgo (26).

Dentro de la vulnerabilidad colectiva e individual en la cual se encuentran los habitantes de calle, el consumo de sustancias psicoactivas se constituye en un factor fuertemente asociado para la infección por VIH(14), puesto que los efectos de estas sustancias en las personas inhiben la percepción del riesgo y propician intercambios sexuales con personas desconocidas o sin protección. El consumo de alcohol ilegal, marihuana, bazuco en pipa y “roches” se encontraban asociados a la infección por VIH con valores de OR significativos, sin embargo, solamente el consumo de bazuco mantiene su asociación y el intervalo de confianza no contiene la unidad cuando se realiza el ajuste por ciudad.

En esta población se encontró que cerca del 50% de las personas deciden vivir en la calle por la facilidad para consumir sustancias psicoactivas, situación que fue mucho más alta en la ciudad de Barranquilla. Se ha identificado como factor de riesgo del VIH el uso de drogas inyectables (6), sin embargo en esta población este tipo de consumo no fue muy alto y solamente el 8% de las personas con resultados positivos para infección por VIH manifestaron haberla consumido. Sin embargo, el riesgo de adquirir VIH y el uso de drogas en esta población se relaciona con prácticas sexuales de riesgo como el no uso del condón que se adoptan cuando se encuentran bajo los efectos de estas sustancias (14).

El consumo de sustancias psicoactivas específicamente el consumo por vía inyectada ha sido asociado frecuentemente a la adquisición del VIH, en la ciudad de Medellín se estimó una prevalencia de 3,8% y en Pereira del 2% en el año 2010. *Estas prevalencias indican la presencia de VIH en las redes de UDI y dada la interconexión social de estas redes, evidenciado por la velocidad de capitación de otros usuarios y la capitación de otras personas, se convierten en factores predisponentes para una posible rápida expansión de VIH entre los usuarios de drogas intravenosas y sus redes sexuales(11)*, no obstante en este estudio la proporción de habitantes de calle que consumen sustancias por vía inyectada fue menor al 6%.

Sobre los resultados de VIH en población habitante de calle en Bucaramanga.

Es bastante relevante revisar que en este estudio no fueron encontrados habitantes de la calle con VIH en la ciudad de Bucaramanga; por lo cual se realizó una revisión de las acciones enmarcadas en los diferentes planes de desarrollo de las 4 ciudades estudiadas con el fin de encontrar diferencias que pudieran estar impactando en los resultados y que se relacionaran con el compromiso político de los gobernantes; a continuación se presenta un resumen de las actividades planteadas:

Tabla 31 Habitante de la calle en los planes de desarrollo de las ciudades Cali, Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga.

Ciudad	Programa/Proyecto	Meta/actividades
Cali(51)	Programa: Restitución de Derechos	Hogar de paso habitante de y en calle
Bogotá(52)	Programa lucha contra distintos tipos de discriminación y violencias por condición, situación, identidad, diferencia, diversidad o etapa del ciclo vital	Plan de protección diferencial para poblaciones con fragilidad social adoptado.
		Número de personas habitantes de calle y en calle incluidas a programas de redignificación y de atención de mínimos básicos para mejorar su calidad de vida.
	Poblaciones libres de violencia y delito	
Barranquilla(53)	Programa de Apoyo a otros grupos vulnerables. Proyecto. Recuperación Social de los Habitantes de la Calle	1000 habitantes de la calle atendidas rescatadas de los círculos de pobreza
Bucaramanga(54)	Subprograma: Habitante de Calle	Investigación sobre el habitante de calle
		Realizar 4 brigadas integrales extramurales de habitante de calle.
		Brindar a 600 habitantes de calle atención integral permanentemente en medio institucional.
		Mantener a 450 habitantes de calle atención integral permanentemente en contexto extramural.
		Brindar atención integral a 100 habitantes de calle NN.

		Realizar 7 brigadas de prevención de consumo de sustancias psicoactivas.
--	--	--

En la tabla anterior se puede evidenciar claramente un mayor compromiso político frente al habitante de la calle y como el mismo podría estar relacionado con una disminución en la prevalencia de habitantes de calle con VIH.

También se revisaron en estos mismos planes las metas que se tenían para reducir la transmisión del VIH encontrando que solamente las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga se propusieron metas en términos de prevalencia del VIH en población de 15 a 49 años; las metas en ciudades restantes se relacionaron con actividades específicas.

Tabla 32 Metas relacionadas con VIH en los planes de desarrollo de las ciudades Cali, Bogotá, Barranquilla y Bucaramanga.

Ciudad	Meta / Actividad VIH
Cali	Pacientes inmunosuprimidos (VIH, diabetes, etc.) con prueba cutánea de tuberculina PPD.
Bogotá	Reducir 20% la transmisión materno perinatal del VIH.
	Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito.
	Aumentar 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias para detección del VIH.
	Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de detección temprana del VIH en el Distrito.
Barranquilla	Reducir al 2% de transmisión materno -infantil del VIH.
	< 88% de cobertura de tratamiento antirretroviral [sic]
	< 1,2% Prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad.
Bucaramanga	Mantener por debajo de 0,2 la prevalencia de VIH/SIDA en población entre 15 y 49 años.
	Realizar 1.000 pruebas de tamizaje para detección de VIH/SIDA en población de alto riesgo.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Las personas que han decidido por voluntad propia o por razones de fuerza mayor tomar las calles como el sitio donde desarrollan las principales actividades de su vida, enfrentan múltiples dificultades en sus diferentes esferas como ser humano, siendo una de ellas su propia salud y la forma como abordan los problemas que al respecto se puedan presentar. Por otra parte, debido a la exclusión social de la cual son víctimas y al rechazo de familiares, amigos y comunidad en general, sus relaciones sociales se limitan a pares en la misma situación con los que comparten espacios y diferentes momentos de su vida diaria.

En este contexto de población cerrada el VIH se constituye en una grave amenaza para su salud, debido a la relativa facilidad en que puede ser transmitido de una persona a otra cuando no se toman las medidas preventivas necesarias; y es en este último punto donde el riesgo para la población habitante de calle se vuelve exponencial, puesto que esta población particular, suele ser de difícil abordaje para los programas preventivos o educativos brindados por el sector salud.

En cuanto al sistema general de seguridad social y la protección que debería darse a esta población particular en materia de salud, se encontraron deficiencias tanto en la prestación de servicios preventivos como para el tratamiento de las personas que habían sido detectados previamente como portadores del VIH; lo cual se relaciona directamente con una mayor prevalencia del VIH en esta población y una disminución en la esperanza de vida en las personas que adquirieron el virus. Llama la atención que varios de ellos respondieron positivamente cuando les consultaron sobre su estado de afiliación al sistema, lo cual debería ser una garantía de acceso a una atención digna y de calidad pero que no se cumple en este caso.

Con base en los resultados de otros estudios y el perfil epidemiológico de la infección en el país, el VIH se encuentra asociado a una menor edad, generalmente jóvenes, el sexo femenino, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la orientación sexual y el consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, el análisis estadístico, bivariado y estratificado, de los datos del estudio en una muestra de habitantes de calle de tres ciudades del país solo encuentra una asociación entre el consumo de basuco en pipa y la infección por VIH.

Con relación a las variables como la edad, los tamaños reducidos de muestra de cada una de las categorías en las cuales se dividió la muestra no permitieron clarificar si la asociación encontrada en la muestra general se mantenía de manera homogénea en cada una de las ciudades de estudio, además de evaluar si la ciudad es o no un sesgo de confusión, o de lo contrario la ciudad ejercía una interacción sobre la asociación entre la edad y la presencia de la infección por VIH.

Situación similar se observó con la orientación sexual, a pesar de encontrar que la quinta parte de los habitantes de calle con la infección por VIH se autoidentifican como homosexuales y el 17% como bisexuales, y una oportunidad relativa de 7,5 y 3,9, respectivamente en la muestra general, el análisis de esta variable en cada ciudad no se pudo llevar a cabo por el tamaño de la muestra.

Por lo anterior, se concluye que en la muestra de habitantes de calle de las tres ciudades existe una asociación entre la edad, menores de 40 años, la orientación sexual, homosexual y bisexual, y la infección por VIH, pero esta asociación se debe expresar de manera cautelosa puesto que en no todas las ciudades se pudo corroborar.

El consumo de sustancias psicoactivas por vía intravenosa no es una práctica común en la muestra de habitantes de calle analizada; sin embargo, el consumo de alcohol ilegal, la marihuana, el basuco, las pepas, el "roche" o el Rivotril se encuentran asociadas a la presencia de la infección en la muestra general. Se sugiere profundizar en el análisis del papel que juega la ciudad en el consumo de estas sustancias puesto que en el análisis estratificado se concluye que la ciudad es un sesgo de confusión sobre la asociación consumo de sustancias y VIH, con información complementaria puesto que por el carácter de los datos de este estudio no se pueden dar unas conclusiones al respecto.

Este estudio permitió reafirmar que la infección por VIH está directamente relacionada con determinantes sociales que influyen en el aumento de la vulnerabilidad de los individuos para adquirir el virus o para dar un manejo adecuado cuando ya lo han adquirido. Para el caso de los habitantes de calle, se presentan desigualdades en los determinantes estructurales relacionados con:

Falta de políticas específicas tanto del nivel nacional como del local en las ciudades analizadas que den un abordaje integral de esta población, y en las cuales se detallen las acciones a realizar, los mecanismos de financiación y los indicadores que permitan evaluar las acciones planteadas.

Fallas en el acceso a conocimientos sobre el tema, bien sea por su bajo nivel educativo, por desconocimiento de la enfermedad y sus mecanismos de transmisión o porque la mayoría desconoce que es portador del VIH.

El concepto que tiene la población general sobre el habitante de calle, el cual atenta contra la dignidad de estas personas y violan permanentemente sus derechos, poniéndolo en una situación de exclusión permanente y considerándolos como ciudadanos de última categoría.

Esta exclusión influye en que los habitantes de la calle se constituyan como una población cerrada regida por sus principios y valores en el cual la salud no es relevante y por ende la percepción del riesgo frente a eventos como el VIH, la Tuberculosis u otros eventos no sea la más acertada.

Así mismo, los resultados obtenidos por esta investigación se encuentran relacionados con determinantes intermedios de la salud como son:

El acceso a servicios de salud el cual es deficiente para estos individuos y en algunos casos han sido rechazados por las mismas instituciones impidiéndoles acceder a consultas preventivas o para el tratamiento de la enfermedad en aquellos que ya conocen su diagnóstico.

Factores conductuales que generan que estas personas se auto excluyan de programas sociales y de aquellos adelantados por los servicios sanitarios y por lo cual se presenta una baja tendencia a consultar los servicios de salud. Así como el elevado número de

individuos que consumen sustancias psicoactivas o la cantidad de compañeros sexuales que manifiestan haber tenido.

Circunstancias materiales como el limitado acceso a alimentación regular y de calidad, lo cual influye en un mal pronóstico en la respuesta a la enfermedad y que finalizará con un rápido deterioro de las personas portadoras.

Por todas estas características, la situación del VIH en habitante de la calle es particular y difiere completamente con los hallazgos encontrados en otras poblaciones denominadas de mayor riesgo y por lo cual el abordaje de esta problemática requiere un tratamiento diferencial.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Relacionadas con el VIH en habitantes de Calle

Los factores que influyeron en los resultados de VIH en la población habitante de la calle son múltiples y por demás complejos de intervenir si solamente se plantean estrategias desde el sector salud, pues los determinantes involucrados requieren para su intervención el esfuerzo de diferentes instituciones en particular y de la sociedad en general.

Afectar positivamente a los determinantes incluye visibilizar en todos los niveles la problemática encontrada y fomentar el respeto de los derechos humanos que tienen los habitantes de calle, brindándole acceso a trato digno y específicamente en lo que compete al sector salud consiste en incluir a estas personas en el SGSSS y garantizar que reciban actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en salud para aquellos que ya han adquirido el virus del VIH o cualquier otra patología.

Es evidente que el determinante de políticas públicas se relaciona fuertemente con la reducción del VIH, por lo cual se requiere incluir este tema como una prioridad en los planes de acción municipal como una estrategia para controlar la epidemia.

Como pasa con los seres humanos, cada habitante de la calle es un sujeto con una serie de particularidades que lo hacen distinto a otro y por lo cual las intervenciones que se planteen para dar respuesta a la problemática del VIH deben estar ajustadas a estas características y por lo cual se hace complejo la formulación de planes desde los niveles nacionales y que realmente sean efectivos para enfrentar el problema; sin embargo el compromiso en este nivel consiste en formular lineamientos generales que pueda ser adaptados por los niveles locales a la realidad de esta población.

Las falencias encontradas en cuanto a la atención en salud deberían generar un amplio cuestionamiento al interior del sector con el objeto de buscar la implementación de un modelo integral específico para esta población particular que tenga en cuenta las particularidades de esta población y que prepare a los profesionales encargados de la prestación de los servicios para que den una respuesta amplia e integral a las necesidades de estas personas no solamente con el VIH, sino con las diferentes acciones enfocadas a mejorar su salud. Esta propuesta debe incluir entre otras las siguientes acciones:

- Actividades desarrolladas por equipos de salud que atienden a los colectivos, deben incluir en sus planes de acción a la población habitante de calle con VIH dentro de las actividades específicas a desarrollar por equipos de salud pública o promoción social.
- Desarrollo de estrategias que garanticen la adherencia de la población habitante de calle con VIH en programas de atención del VIH.
- Fomento de la corresponsabilidad del habitante de calle con VIH en el cuidado de su salud y en evitar la propagación del virus.
- Intervenir la problemática de consumo de sustancias psicoactivas mediante acciones específicas de rehabilitación y seguimiento.
- Fomento de alianzas con ONG para garantizar la atención de la población que sea identificada como infectada por el VIH.

6.2.2 Relacionadas con el estudio inicial.

Este tipo de estudios aborda una población específica, que generalmente es de difícil abordaje, por lo cual se convierte en una oportunidad para ampliar el conocimiento sobre otras ITS que puedan estar presentándose en esta población particular mediante la aplicación de pruebas diagnósticas adicionales a la muestra de sangre recolectada.

Se debería aclarar en el instrumento la pregunta referente al consumo de alcohol ilegal debido a que se presta para confusiones por tener dos tipos de lectura al hacer referencia a alcohol producido de forma artesanal o al alcohol adquirido de forma ilegal por el habitante de calle, lo cual se presta para confusión al momento de analizar los resultados.

El instrumento desarrollado permite conocer las actitudes y prácticas del habitante de calle frente al uso del condón, pero debería incluir preguntas específicas relacionadas con la forma correcta de uso del mismo.

Para lograr completar el análisis de los factores asociados con el VIH en la población habitante de calle, se debería aumentar el tamaño de muestra con el fin de poder tener una mayor información que permita aplicar modelos estadísticos de asociación y de identificación de factores de riesgo y protectores.

Tanto como en el plan nacional de respuesta al VIH como en el plan decenal de salud pública se plantea la necesidad de realizar acciones específicas a poblaciones vulnerables en general y a habitantes de la calle en particular; e insta a los municipios para que desarrollen estrategias que permitan conocer los factores que se asocian en sus localidades y garantizar de esta manera el desarrollo de intervenciones efectivas para controlar el VIH/Sida en población habitante de calle.

A. Anexo: Variables sociales, demográficas y de necesidades básicas.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
Fecha de Nacimiento	Ordinal	DD/MM/AAAA
¿Cuál es el sexo asignado al nacer?	Nominal	Hombre Mujer
¿En qué municipio nació?	Nominal	Municipio Departamento País
¿Cuál es el nivel educativo más alto cursado por usted?	Ordinal	Ninguno Pre-escolar Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Universitario Postgrado
¿Actualmente cuál es su estado civil?	Nominal	Soltero(a) Casado(a) Unión libre Separado(a) / Divorciado(a) Viudo(a)
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la calle?	Ordinal	DD/MM/AAAA
¿Cuáles fueron las razones para que usted haya tenido que vivir en la calle?	Nominal	Maltrato o violencia intrafamiliar Influencia de sus amistades Pérdida de contacto con la familia Adicción al alcohol o a otras sustancias psicoactivas Condición de huérfano Violencia o amenaza en el barrio

		<p>Desplazamiento forzado desde otra región</p> <p>Lo obligaron ¿quién?</p> <p>Por tener aventuras o experiencias nuevas</p> <p>Problemas económicos</p> <p>Aburrido en la casa</p> <p>Otra razón ¿cuál?</p>
¿Qué es lo que le gusta de permanecer en la calle?	Nominal	<p>La libertad de hacer lo que quiera y cuando quiera</p> <p>El consumo de sustancias psicoactivas</p> <p>Ganar dinero</p> <p>Estar cuidado o protegido por otra(s) persona(s)</p> <p>Las amistades o relaciones interpersonales</p> <p>Otro ¿cuál?</p>
¿En qué lugar suele permanecer durante el día?	Nominal	<p>Vía pública o a la intemperie</p> <p>Parque público</p> <p>Debajo de un puente o en un cambuche</p> <p>Botadero de basuras</p> <p>Alcantarilla o ducto de aguas lluvia ("caño")</p> <p>Centro de reciclaje</p> <p>Sitios de concentración de habitantes de calle</p> <p>Hogar de paso o centro de acogida</p> <p>Otro ¿cuál?</p>
¿En dónde suele dormir o pasar la noche?	Nominal	<p>Vía pública o a la intemperie</p> <p>Parque público</p> <p>Debajo de un puente o en un cambuche</p> <p>Botadero de basuras</p> <p>Alcantarilla o ducto de aguas lluvia ("caño")</p> <p>Centro de reciclaje</p> <p>Sitios de concentración de habitantes de calle</p> <p>Hogar de paso o centro de acogida</p> <p>Otro ¿cuál?</p>
¿Cómo consigue dinero, alimentos y/o sus	Nominal	Pidiendo limosna o mendigando

medios de supervivencia?		Ventas ambulantes Reciclaje Por cuenta de sus vecinos Limpiando parabrisas o cuidando carros A través de alguna institución Cargando, bulteando o carretilleando A través de las iglesias Cantando o haciendo malabares Otro ¿cuál?
¿Durante la última semana, pasó uno o más días en los que no ingiriera ningún alimento?	Dicotómica	Sí No

B. Anexo: Variables salud y acceso al SGSSS.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
En los ÚLTIMOS 3 MESES, CONTADOS HASTA HOY, ¿usted ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas de salud?	Nominal	<p>Alguna lesión, causada por accidente o violencia</p> <p>Alguna, intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros</p> <p>Algún problema mental, emocional o de los nervios</p> <p>Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente de los mencionados</p> <p>Tos frecuente con o sin expectoración por más de 30 días</p>
La última vez que tuvo alguno de los anteriores problemas de salud, ¿qué hizo al respecto?	Nominal	<p>Hospital o clínica del gobierno</p> <p>Hogar de paso o institución de apoyo</p> <p>Centro o puesto de salud del gobierno</p> <p>Ayuda familiar o un amigo (remedio casero)</p> <p>Centro de atención de una EPSC/EPSS (ISS/CAMI/CADIS)</p> <p>Sitio de curandero, tegua o similar</p>
Recibe atención en salud a través de	Nominal	<p>Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)</p> <p>Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs)</p> <p>Otro ¿cuál?</p> <p>No recibe atención en salud</p>
¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?	Dicotómica	<p>Sí</p> <p>No</p>
¿Recibió el tratamiento completo?	Dicotómica	<p>Sí</p> <p>No</p>

C. Anexo: Variables Historia sexual y reproductiva.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
En términos de orientación sexual, ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?	Nominal	Homosexual Heterosexual Bisexual Otro ¿cuál?
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal?	Ordinal	Edad en años
En esa primera relación sexual, ¿usaron condón?	Dicotómica	Sí No
¿Ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos tres meses?	Dicotómica	Sí No
En los últimos 12 meses, contados hasta ayer, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas, orales, vaginales y/o anales?	Ordinal	Número

D. Anexo: Variables Actitudes frente al condón.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
¿Alguna vez usted y/o su(s) pareja(s) ha(n) usado un condón al tener relaciones sexuales?	Dicotómica	Sí No
¿Porta condones consigo?	Dicotómica	Sí No
La mayoría de ocasiones, ¿cómo obtiene los condones?	Nominal	Los compra La pareja es quien los consigue La entidad de salud se los suministra Un amigo o familiar se los regala Por medio de Organizaciones, Fundaciones, Asociaciones. Otro ¿Cuál?

E. Anexo: Variables relacionadas con la última relación sexual.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas orales, anales o vaginales, ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron un condón?	Dicotómica	Sí No
¿Quién sugirió el uso del condón en esa última oportunidad?	Nominal	Usted Su pareja Ambos Otro, ¿Quién?
¿Por qué usa el condón en esa última relación sexual penetrativa?	Nominal	Costumbre/Hábito Para proteger la salud de la pareja Por higiene Mi(s) pareja(s) me lo exige(n) Para prevenir una infección de transmisión sexual (ITS) Porque su pareja vive con el VIH Para prevenir un embarazo Da tranquilidad durante y después de la relación sexual
¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas?	Nominal	No los sabe utilizar No tenía dinero La pareja no estaba de acuerdo en usarlo No los tenía a la mano Usted vive con VIH La relación sexual fue sin su consentimiento Resta erotismo y sensualidad a la relación sexual Sintió vergüenza de pedir el condón

		<p>Usted estaba bajo los efectos del alcohol u sustancias psicoactivas</p> <p>Porque quería tener hijos</p> <p>Es incómodo</p> <p>La pareja estaba bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas</p> <p>Estaba utilizando un método anticonceptivo</p> <p>No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos</p> <p>Había sentimientos de afecto</p> <p>La pareja vive con VIH</p> <p>Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS</p> <p>La relación sexual fue inesperada</p> <p>Confiaba en la fidelidad de su pareja</p> <p>No los conocía</p> <p>Le da vergüenza comprarlos</p> <p>Cree que el condón no es efectivo</p> <p>Le dieron dinero, sustancias psicoactivas o cualquier otro estímulo para no usarlo</p>
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas orales en los últimos 3 meses?	Nominal	<p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca</p> <p>No practico este tipo de relaciones</p>
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas anales en los últimos 3 meses?	Nominal	<p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca</p> <p>No practico este tipo de relaciones</p>
¿Con que frecuencia usted y/o su pareja usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas vaginales en los últimos 3 meses?	Nominal	<p>Siempre</p> <p>Algunas veces</p> <p>Nunca</p> <p>No practico este tipo de relaciones</p>

F. Anexo: Variables relacionadas con conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH-Sida / pruebas de detección.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
¿Ha oído hablar sobre el VIH o el SIDA antes de esta encuesta?	Nominal	Sí No
¿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 No No sabe
¿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 No No sabe
¿El VIH se puede prevenir al evitar inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?		Sí No No sabe
¿El VIH se puede transmitir al tener relaciones sexuales penetrativas sin condón?		Sí No No sabe
¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?		Sí No No sabe
¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?		Sí No No sabe
¿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 No No sabe
¿Es posible que una persona que vive con VIH, pueda volver a infectarse con VIH?		Sí No No sabe
¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?		Sí No No sabe

ALGUNA VEZ EN LA VIDA ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?	Sí No No recuerda
¿Cuál fue el resultado de esa prueba?	Positivo Negativo Indeterminado No sabe o No se acuerda No contesta
¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron que vive con el VIH?	DD/MM/AAAA
¿Está usted actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH?	Sí No No contesta
En la atención integral que recibe ¿cuales servicios le están brindando?	Información sobre prevención Seguimiento médico Entrega de condones Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio) Tratamiento antirretroviral Apoyo psicológico Educación en salud
Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la hizo?	Centro de Salud Laboratorio clínico particular Hospital Banco de Sangre Clínica En una campaña Organización, Asociación, Fundación En establecimiento penitenciario
¿Considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH o para reinfectarse?	Sí No No sé
¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que tiene? Escala	Alto Medio Bajo No sabe / No responde
¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea hacerse la prueba de VIH?	Sí No

G. Anexo: Variables relacionadas con estigma y discriminación.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?	Nominal	Sí No Mi familia no sabe que vivo en la calle
¿Alguien distinto a su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por ser una persona que vive en la calle?		Sí No
¿Quién o quiénes, alguna vez en su vida, lo han rechazado, discriminado, abusado o maltratado por vivir en la calle?		Fuerzas armadas (policía o militares) Religiosos Profesionales de la salud Amigos Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares Desconocidos Pareja Otro, ¿cuál?
¿Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación, rechazo, abuso o maltrato?	Nominal	Le han negado la entrada a lugares públicos Le niegan o retardan la atención en salud Lo han insultado en la calle o en lugares públicos Maltrato físico Maltrato verbal Violación (abuso sexual) Robo o asalto Extorsión Otro ¿cuál?

<p>¿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?</p>	<p>Sí</p> <p>No</p>
<p>¿A dónde acudió?</p>	<p>Ministerio público (defensoría, procuraduría)</p> <p>Asociaciones cívicas o comunitarias de su barrio o localidad</p> <p>Organismo de la Sociedad Civil (Veeduría, contraloría y personería)</p> <p>ONG, Asociaciones o Fundaciones</p> <p>Comisión de Derechos Humanos</p> <p>Las iglesias / organizaciones religiosas</p> <p>JAC de su barrio o localidad</p> <p>Fuerzas armadas (policía, fiscalía, comisarías)</p> <p>Otro, ¿cuál?</p>

H. Anexo: Variables relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido alcohol legal?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido alcohol ilegal?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado marihuana?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado bazuco en pipa?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado bazuco en cigarrillo o pistola?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado bazuco?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inhalado cocaína?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado cocaína?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido Popper?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Fumado heroína?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inyectado heroína?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Inhalado thinner o pegante?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido éxtasis?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido pepas, rivotril o “roches”?	Nominal	Sí No
¿En los ÚLTIMOS 12 MESES, ha ¿Consumido Otras drogas? ¿Cuál o cuáles?	Nominal	Sí No

I. Anexo: Variables relacionadas con consumo de sustancias inyectables.

<i>Variable</i>	<i>Nivel de medición</i>	<i>Escala</i>
¿Hace cuánto tiempo se inyectó drogas por ÚLTIMA VEZ?	Nominal	Meses Semanas Días Nunca se ha inyectado
En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿con qué frecuencia usted ha compartido agujas o jeringas cuando se ha inyectado drogas?	Nominal	Con frecuencia A veces Nunca
¿CON QUIÉN O QUIENES se inyecta las drogas? Con quien consume droga sin especificar qué clase de droga o como la consume	Nominal	Amigos Pareja a quien le paga por tener relaciones sexuales Pareja que le paga por tener relaciones sexuales Pareja estable Pareja ocasional Desconocidos Lo hace solo/a Otro ¿cuál?

Bibliografía

1. ONUSIDA. The GAP Report. [Online].; 2014 [cited 2014 Diciembre 08. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>.
2. Sierra C. Boletín epidemiológico de VIH/SIDA 2013. Informe Anual. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
3. World Health Organization. Sitio Web de la OMS. [Online]. Geneva; 2011 [cited 2014 09 23. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf.
4. Sierra D, Daniel C. Universidad del Rosario. [Online]. [cited 2014 Agosto 25. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/Clinica-de-Interes-Publico/documentos/PROBLEMATICA-DE-LOS-HABITANTES-DE-LA-CALLE-EN-BOGO/>.
5. Sierra C, Diaz O. Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012. Resultados de estudio. Bogotá: Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2012.
6. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El control de las enfermedades transmisibles. 17th ed. Chin J, editor. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
7. Ministerio de Salud. Sitio web del Ministerio de Salud. [Online]. Bogota; 2003 [cited 2014 Agosto 5. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Sitio Web del Ministerio de Salud. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 28. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social - Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA). Estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en hombres que

- tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Belalcázar P, editor. Bogotá D.C.; 2011.
10. Jacobson G. Comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012. Resultados de estudio. Bogotá: Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2012.
 11. Berbesí D, Montoya L, Segura A, Mateu P. Prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Medellín: Universidad CES; 2011.
 12. Berbesi D, Segura A. Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. Investigaciones Andina. 2014 Junio; 16(28).
 13. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Informe Anual. Ginebra: ONUSIDA; 2008. Report No.: ISBN 978 92 9 173713 0.
 14. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla. Bogotá 2011. Resultado de estudio. Bogotá; 2011. Report No.: ISBN: 978-958-8735-12-2.
 15. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 28. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100WHO?lang=en>.
 16. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO). [Online].; 2012 [cited 2014 Agosto 27. Disponible en: http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/prevalence_text/en/.
 17. World Health Organization. Global Health Observatory-Map Gallery. [Online].; 2013 [cited 2014 Noviembre 28. Disponible en: http://www.who.int/gho/hiv/hiv_013.jpg.
 18. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2014. Informe Anual. Nueva York: Organización de Naciones Unidas; 2014.
 19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Informe Mundial. Ginebra: ONUSIDA; 2013. Report No.: ISBN 978-92-9253-045-7.
 20. Luque R. Vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres a la infección por VIH/Sida. In Seminario ética y sexualidad. Red de Bioética Universidad Nacional de Colombia; 2008; Bogotá. p. 6.
 21. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless

- people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2012 Noviembre; Vol. 12(11: 859–70).
22. Bagheri F, Mehdi M, all e. Vulnerability of Homeless People in Tehran, Iran, to HIV, Tuberculosis and Viral Hepatitis. *PLoS One*. 2014 Junio; Vol. 9(No. 6).
 23. Parker D, Dykema S. Differences in risk behaviors, care utilization, and comorbidities in homeless persons based on HIV status. *Journal Of The Association Of Nurses In AIDS Care*. 2014 May/June; Vol. 25(No. 3, 214-223).
 24. Sierra C, Calderon N, Diaz O, Hortua E. Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. Resultados de estudio. Bogotá: Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2012.
 25. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Informe Final. Bogotá: Observatorio de drogas de Colombia; 2014.
 26. Arrivillaga M. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Informe del estudio. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)-Ministerio de Salud y Protección Social; 2011.
 27. Zea M, Poppen P. Prevalencia del VIH, comportamiento sexual y circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá. Bogotá: The George Washington University; 2013.
 28. Berbesi D, Agudelo A, Segura A, Montoya L. VIH en habitantes de calle de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2012 Septiembre; Volumen 30(No. 3): p. 310-314.
 29. Frank S. *Immunology and Evolution of Infectious Disease*. Princeton (NJ). Chapter 2, Vertebrate Immunity. [Online].; 2002 [cited 2014 Agosto 23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2388/>.
 30. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 7. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>.
 31. Luque R. *El Sida en primera persona*. Primera edición ed. Cely G, editor. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda; 2001.
 32. Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Lineamientos Mundiales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA; 2011. Report No.: ISBN 978 92 4 350193 2.

33. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Analisis de salud pública. Washington, DC: OPS; 2013. Report No.: ISBN.
34. Lopera M, Martinez J, Ray T. Acceso de las personas con VIH al sistema de salud Colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá 2010. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2011 Enero; Vol 10(No. 20): p. 81-96.
35. Panel on Opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>. Revisado el 12/6/2014.
36. PRONASIDA. Modelo de Atención en VIH-SIDA/ITS para la Población Clave Afectada. Lineamientos Nacionales. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; 2011. Report No.: ISBN: 978-99953-842-6-5.
37. Ley 1641 del 12 de Julio de 2013. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de calle (Diario oficial, número 48.849, de 12/Jul/13).
38. Raoult D, Cédric F, Brouqui P. Infections in the homeless. Lancet Infect Dis. 2001 September; 1(2): p. 77-84.
39. ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf.
40. Organización de Naciones Unidas. Resolución A/RES/55/2 Declaración del Milenio. 2000..
41. Organización Panamericana de la Salud, Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. 2005..
42. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2014 Septiembre 09]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&Itemid=239.
43. ONUSIDA. Plan nacional de respuesta al VIH 2014-2017 Bogotá: Nuevas ediciones S.A.; 2014.
44. Resolución 1841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (Diario oficial, número 48.811, de 04/Jun/13).
45. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021

- Ardila J, editor. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
46. Grangeiro A, Moreira M, Taeko E, Duarte H, Nunes A, Teixeira P. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2012 Aug; 46(4): p. 674-684.
 47. Oliva D, Saavedra C, Viñas A, Noda L. Perfil clínico-epidemiológico del VIH/SIDA en la población femenina de Ciudad Habana 1986-2006. *Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas*. 2010 Marzo; 9(1): p. 65-71.
 48. Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres. Informe de Estudio. Bogotá: Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; 2009.
 49. Weiner A, Lorber K. Mujeres marginadas: los desafíos impuestos por el género, la carencia de hogar y el VIH en la ciudad de Nueva York. *Revista Trabajo Social*. 2008 Noviembre;(75): p. 83-92.
 50. Garcia C. Tuberculosis en grupos de riesgo en la Región Metropolitana. 2008. *Rev. chil. enferm. respir*. 2010 Junio; 26(2): p. 105-111.
 51. Cali AdSd. Plan de desarrollo Municipio de Santiago de Cali 2012 - 2015 "CaliDA, una ciudad para todos". 2012. Disponible en: http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/2013/Plan_de_desarrollo2012-2015F.pdf.
 52. Bogotá Ad. Plan de Desarrollo 2012 - 2016. Bogotá Humana. 2012. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/OtrosDocumentosArchivados/PlandeDesarrollo/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf>.
 53. Barranquilla Ad. Plan de desarrollo 2012 - 2015 del distrito especial, industrial y portuario de barranquilla "Barranquilla florece para todos". 2012. Disponible en: <http://www.barranquilla.gov.co/politica-y-planes-institucionales/politicas-y-planes>.
 54. Bucaramanga Ad. Plan de desarrollo económico, Social y de obras públicas 2012–2015, "Bucaramanga capital sostenible". 2012. Disponible en: http://www.bucaramanga.gov.co/documents/ACUERDO_014_PDM_2012-2015._version_final_mayo_31.pdf.
 55. Ministerio de Salud y Protección Social. Mecanismo de pago por gestión del riesgo en VIH/SIDA. Cuenta de alto costo. 2014. Estudio técnico de mecanismo de pago por gestión del riesgo en VIH/SIDA.
 56. Organización Mundial de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la

comisión sobre determinantes sociales de la salud Buenos Aires. Argentina: Ediciones Journal S.A.; 2009.