

Caracterización de personas Habitantes de la Calle en Colombia entre 2017 y 2021



Actualización de línea de base de la
Política Pública Social para
Habitantes de la Calle



Caracterización de personas Habitantes de la Calle en Colombia entre 2017 y 2021.

Ministerio de Salud y Protección Social

Diana Carolina Corcho Mejía
Ministra de Salud y Protección Social.

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Vicente Lopez Pinzón
Secretario General

Álex Rodrigo Ordoñez Argote
Jefe Oficina de Promoción Social

Magda Yanira Camelo Romero
Coordinadora Grupo Gestión Integral para la Promoción Social

Johanna Marcela Barbosa Alfonso
Directora de Promoción y Prevención

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Subdirectora de enfermedades No transmisibles
Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía

Equipo Técnico

Juanita Barrero Guzmán. Antropóloga, Mg Sociología, Esp. Políticas Públicas.
MD. Juan Camilo Martínez Urrego, Salubrista, Esp. Adicciones, Esp. Políticas Públicas.
Ingrid Daniela Florián, Economista.

Bogotá, octubre 2022



Contenido

Introducción	4
Resumen	5
Objetivo del documento	6
Metodología de construcción del documento	6
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	8
1. Concentración y características demográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia	9
1.1. Concentración de las personas habitantes de la calle en Colombia	9
Conclusión	14
1.2 Características demográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia	15
Conclusión	21
2. Aproximación a las características sociales de las personas habitantes de la calle en Colombia	22
2.1. Reporte sobre niños niñas y adolescentes con alta permanencia en calle y situación de vida en calle y factores de riesgo 2019 – 2022	43
Conclusión	46
3. Aproximación a la situación de Salud de las personas habitantes de la calle en Colombia	49
3.1. Problemas de salud general.	49
Problemas de salud mental	51
Conclusión	83
4. Conclusiones	86
5. Recomendaciones.....	88
6. Bibliografía.....	95



“El derecho a la vivienda debería definirse como el derecho a vivir en un hogar en paz, con seguridad y dignidad, y habría de reunir condiciones como la seguridad de la tenencia, la disponibilidad de servicios, unos gastos soportables, la habitabilidad, la asequibilidad, una ubicación apropiada y la adecuación cultural”. A/HRC/43/43 2019

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 4, párr. 8

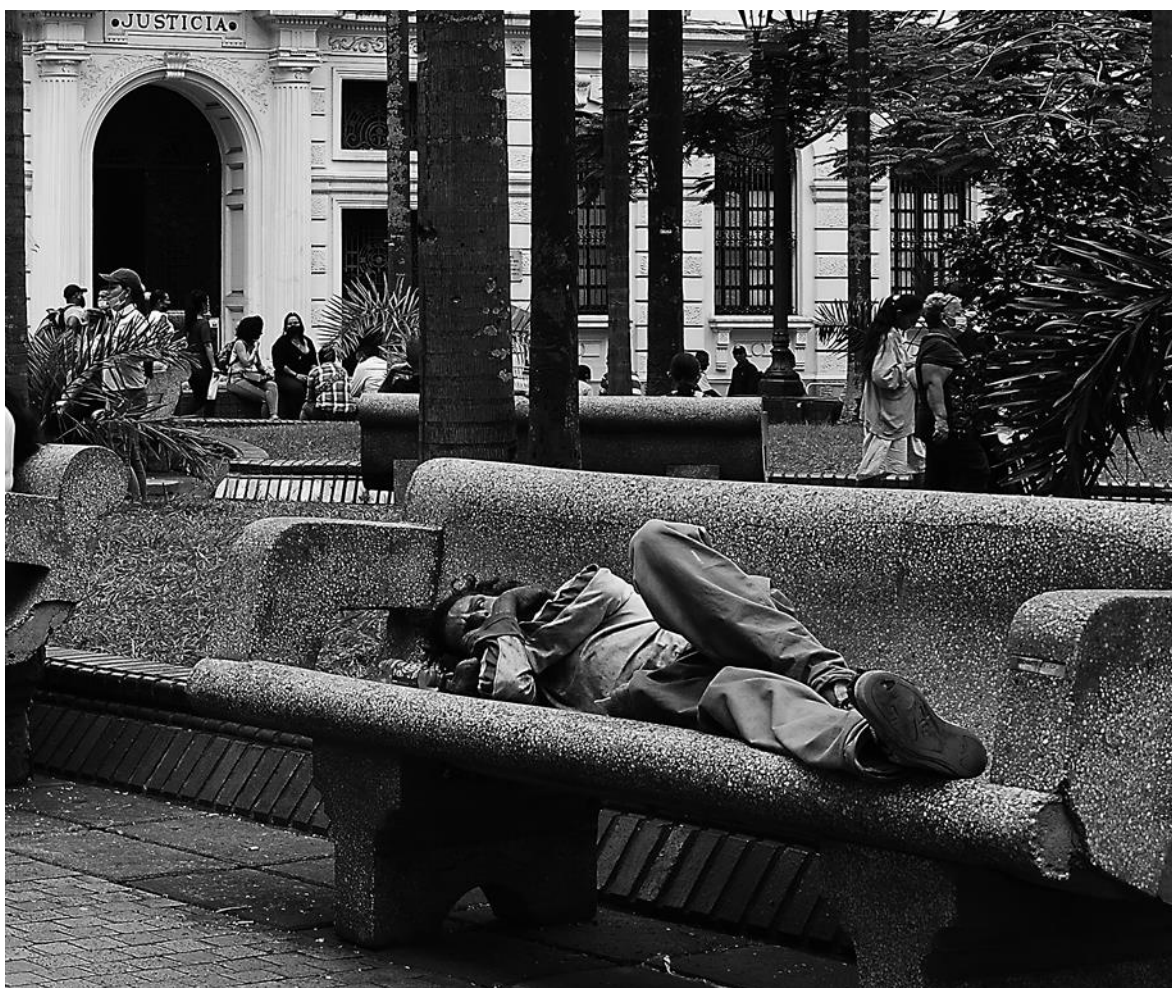


Foto Juan Camilo Martínez Urrego

"La falta de hogar supone una profunda agresión a la dignidad, la inclusión social y el derecho a la vida. Es una violación prima facie del derecho a la vivienda y vulnera otros derechos humanos además del derecho a la vida, como los derechos a la no discriminación, la salud, el agua y el saneamiento, la seguridad de la persona y a no sufrir tratos crueles, degradantes e inhumanos"

Asamblea General de Naciones Unidas.

Consejo de Derechos Humanos

A/HRC/31/54 / 2015.



Introducción

En Colombia, la Ley 1641 de 2013 determinó la necesidad de formular y desarrollar la Política Pública Social para Habitantes de la Calle, la cual fue expedida mediante el Decreto 1285 de 2022, el proceso de construcción se llevó a cabo entre los años 2014 y 2019. Esta Ley definió a las personas habitantes de la calle como aquellas que “hacen de la calle su lugar de habitación transitorio o permanente” y determinó la necesidad de formular una política pública que contara con una línea de base y caracterización de las personas.

Como consecuencia de este mandato de la Ley, el Departamento Nacional de Estadística-DANE, llevó a cabo un censo de las personas en cuatro momentos de tiempo que abarcaron los municipios cuyas autoridades confirmaron la presencia de personas habitantes de la calle. La información de carácter nacional sobre las personas habitantes de la calle con la que se cuenta hasta el momento proviene de estos cuatro censos realizados en 2017, 2019, 2020 y 2021. Como los censos se realizaron en diferentes momentos, la línea base que contempló el documento de política se elaboró sobre la información disponible para inicios de 2020 (censos 2017 y 2019).

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social consideró necesario publicar una actualización de la línea de base con los resultados de los cuatro censos existentes para el año 2022 correspondientes a los realizados en el 2017, 2019, 2020 y 2021, los cuales presentan los datos obtenidos en los trescientos noventa y dos municipios, de veintinueve departamentos¹ en los que se identificaron personas habitantes de la calle, y una propuesta de análisis que contempla los aspectos que ha señalado la literatura especializada que se deben tener en cuenta para el abordaje del fenómeno de la habitanza en calle, o situación de calle como se denomina cada vez de manera más consensuada (RED CALLE, 2019), y que podían obtenerse de los microdatos de soporte de los cuatro censos.

Aunque en la Política Pública Social para habitantes de la calle se definen cinco poblaciones que hacen parte del fenómeno de habitanza en calle², hacia las cuales hay que encaminar acciones, el presente análisis se ocupará exclusivamente de las personas *habitantes de la calle*, que fueron quienes se censaron entre el 2017 y el 2021, y de los *niños niñas y adolescentes con alta permanencia en calle y situación de vida en calle*, en cuyo caso la información fue aportada por el Instituto

¹ Guainía, Guaviare y Vaupés no reportaron habitantes de la calle.

² *Personas EN calle*: Aquellas que hacen de la calle el escenario para su supervivencia, pero cuentan con un espacio privado diferente de la calle donde residen, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel (Correa, M,2007).

Personas habitantes DE la calle: Aquellas que hacen de la calle su lugar de habitación ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público.

Personas en riesgo de habitar calle: Aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores predisponentes para la vida en calle que son los estructurales, y por la presencia de factores precipitantes de la vida en calle, que son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos. Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle.

Niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle: Se refiere a niños, niñas y adolescentes que permanecen en las calles durante gran parte del día, pero que en la noche regresan a alguna forma de familia y de hogar.

Niños, niñas y adolescentes con situación de vida en calle: Niños, niñas y adolescentes que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo.



Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. La delimitación poblacional y metodológica de cada uno de los censos puede ser consultada en la página del DANE, en donde se alojan los datos procesados, las presentaciones de cada censo y el documento de presentación de resultados y caracterización.

A nivel internacional, la definición de las personas habitantes de la calle se soporta en la situación de acceso a vivienda, y por ello se denominan *personas en situación de calle*, y representan la expresión de diversas desigualdades que existen a nivel mundial, y también a nivel local (Battterham, 2017) (McNaughton, 2009). La literatura ha documentado en distintos lugares del planeta que la situación de calle es consecuencia de una combinación de factores estructurales y de trayectoria de vida que inciden en que las personas habiten la calle de manera transitoria o permanente (Fitzpatrick, 2017), algunos de los cuales se abordarán en el análisis de la información disponible obtenida de los censos.

En este documento se presenta por primera vez un análisis de orden nacional consolidado de los cuatro censos, contrastados con otras fuentes de información nacional como la bodega de datos de SISPRO, informes del ICBF y estudios nacionales, teniendo en cuenta los aspectos señalados en la evidencia internacional para el abordaje de la habitanza en calle y disponiendo de recomendaciones que apliquen al contexto nacional y local que fortalezcan las respuestas intersectoriales para la prevención de la habitanza en calle y la inclusión de la población habitante de calle.

Resumen

Para la construcción de este documento, se tuvo en cuenta, los microdatos provenientes de los censos DANE de habitantes de la calle e información de la bodega de datos SISPRO, y sistemas de información del ICBF y nacionales de consumo de sustancias psicoactivas y literatura especializada relacionada con el fenómeno de la habitanza en calle.

La mayoría de las personas habitantes de la calle se ubican en la región andina; son jóvenes y adultas entre los 25 y 44 años sin una pertenencia étnica definida y con limitado acceso a la educación, en general cuentan solamente con educación básica primaria; en gran porcentaje son hombres y los principales motivos para iniciar la vida en calle son el consumo de sustancias psicoactivas en los hombres y los conflictos y dificultades familiares en las mujeres.

Aproximadamente dos (2) de cada cinco (5) habitantes de la calle llevan 10 o más años en esta situación y generalmente inician la vida en calle entre los 14 y 29 años. Se considera que cerca de la tercera parte de la población se encuentra en un alto grado de exclusión ya que no cuentan con redes de apoyo, ni de personas, ni de instituciones y con limitado acceso a servicios de salud, sin un abordaje diferencial.

La evidencia corrobora que la población habitante de la calle hace parte de un fenómeno complejo que articula las dificultades para el ejercicio de los derechos, el acceso a bienes y servicios, las desigualdades, especialmente la pobreza, la coexistencia de situaciones que afectan la salud, y



dinámicas sociales que propician y mantienen las desigualdades y la exclusión, tales como la estigmatización y discriminación.

El análisis de la información permitió construir recomendaciones para favorecer la implementación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle, que se pueden agrupar en cuatro categorías, 1) Necesidad de registros y generación de evidencia, 2) Coordinación y articulación interinstitucional, 3) diseño de servicios para habitantes de la calle, y 4) Consideraciones Territoriales.

Objetivo del documento

Presentar la caracterización de las personas habitantes de la calle de Colombia desde las diferentes dimensiones de análisis del fenómeno de habitanza en calle que permitan a los tomadores de decisión de las entidades del orden nacional, departamental, distrital y municipal, evidenciar elementos generales y particulares de los territorios censados para el fortalecimiento de programas, proyectos y servicios para la prevención de la habitanza en calle y la atención de las personas habitantes de la calle en cumplimiento del decreto 12855 de 2022 por la cual se adopta la Política Pública Social para Habitantes de la Calle.

Metodología de construcción del documento

Las fuentes de información consideradas fueron: 1) los microdatos provenientes de los censos DANE de habitantes de la calle³, la bodega de datos SISPRO, 2) informe de ICBF para la actualización de la línea base de la política. 3) Estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas, y en población habitante de la calle disponibles, 4) literatura especializada relacionada con el fenómeno de

³ Estos censos fueron realizados en cuatro momentos diferentes en los municipios que confirmaron al DANE que tenían personas habitantes de la calle, por tanto, sus cifras no son acumulativas y por ello el análisis de los resultados siempre se presentan precisando a cuál censo corresponden. El censo de 2017 se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, el de 2019 en Medellín, Barranquilla y Bucaramanga con sus áreas metropolitanas, Cali y Manizales, el de 2020 en municipios con menos de 200 habitantes de la calle y Florencia y Villavicencio, y el de 2021 en 86 municipios que manifestaron tener habitantes de la calle, entre ellos 15 ciudades capitales: Arauca, Armenia, Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Riohacha, Pasto, Pereira, Popayán, San José de Cúcuta, Santa Marta, Sincelejo, Valledupar y Yopal; además de Buenaventura, principal puerto marítimo. En el presente documento se presenta la información de la población censada tanto por entrevista directa como por observación, sin embargo, dada la naturaleza de la recolección de la información recopilada por observación únicamente se dispone de estimaciones de sexo y edad. De esta manera, el primer capítulo contiene información del total de personas censadas bajo las dos modalidades, mientras que el segundo y tercer capítulo solamente contienen la información de las personas censadas con entrevista directa que efectivamente respondieron el cuestionario y proporcionaron los datos requeridos parcial o totalmente.



la habitanza en calle, o situación de calle desarrollada en la última década y algunos referentes internacionales previos.

Para la elaboración del documento se adelantaron diferentes mesas de trabajo; al interior de la oficina, las realizadas entre los grupos de análisis de datos y Política para habitantes de la calle definieron la estructura y contenidos cualitativos, cuantitativos y categorías de análisis del presente documento; con el DANE con la intención de realizar análisis complementarios y comparativos a partir de los microdatos de los cuatro censos disponibles y disponer de elementos de georreferenciación y concentración poblacional.

También se adelantaron mesas inter-áreas en las que participó la Dirección de Promoción y Prevención (grupo de convivencia y ciudadanía) en la construcción y el análisis de la información de los censos y en el contraste con la información sobre la atención con motivo de trastornos de salud general y de salud mental por consumo de sustancias psicoactivas.

El procesamiento de información incluyó el análisis descriptivo exploratorio y con desagregación por cada uno de los censos que permite dar cuenta de las diferencias entre hombres, mujeres y por rangos de edad para las distintas dimensiones de la habitanza en calle, y sus características demográficas, sociales, de salud y de acceso a servicios de salud, así como un análisis general sobre la alta permanencia y la situación de vida en calle de niños, niñas y adolescentes y su proceso de restablecimiento de derechos.

El análisis de la información se realizó con base en los microdatos de los censos del DANE, mediante los cuales se obtuvo información sobre la cantidad de personas diferenciados por sexo que respondieron a cada una de las preguntas realizadas del cuestionario. Posteriormente, para la identificación de las prevalencias de esta población en cada una de las dimensiones analizadas se calculó las proporciones con relación al total general, y en el caso de los enfoques diferenciales por sexo y rangos de edad estas proporciones son calculadas con base a los totales de las poblaciones por sexo. Se presenta un análisis descriptivo de composiciones para cada dimensión con lo cual se pretende facilitar la interpretación de la información.

Para la construcción de las recomendaciones se tuvo en cuenta los resultados del análisis realizado, y la evidencia de la literatura desarrollada por académicos, entidades gubernamentales y Organizaciones mundiales que abordan el fenómeno del sinhogarismo o Homelessness y recomendaciones de abordaje de salud pública en temas relacionados con salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y salud sexual y reproductiva.

El boletín se divide en cinco capítulos, en el último se realizan recomendaciones a tomadores de decisiones con base en la información analizada. El primero presenta los mapas de concentración de la población y los resultados demográficos de los cuatro censos realizados, el segundo presenta las características sociales de las personas habitantes de la calle con un análisis del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la información para niños, niñas y adolescentes, el tercero resalta los aspectos relacionados con la salud, el cuarto condensa las conclusiones generales, ya que al final de los capítulos 1, 2 y 3 se hacen las conclusiones específicas para el tema desarrollado, y el 5 corresponde a recomendaciones a tomadores de decisiones.



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados agregados de manera general y por censo y de las diferentes fuentes de información utilizadas; en el análisis se identifica que no se cuenta con preguntas relacionadas con el tema de acceso a vivienda, desalojo de vivienda, subempleo, egreso de servicios de protección, población privada de la libertad, migrantes, entre otros por lo que no se presenta información relacionada. La desagregación de los conflictos y dificultades familiares y económicas y los diferentes tipos de violencias, no permiten realizar análisis a profundidad y de contraste con otras fuentes de información.

La información obtenida está referida a los temas abordados en el censo, y por tanto se realizó un análisis a profundidad de los microdatos disponibles, dando como resultado el que haya mayor cantidad de información sobre temas como razones de inicio de vida en calle o consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 1. Censos de habitantes de la calle y número de municipios censados

Departamento	Año y número de municipios censados			
	2017	2019	2020	2021
Amazonas			1	
Antioquia		10	45	8
Arauca			3	1
Atlántico		5	5	1
Bolívar			13	3
Boyacá			11	5
Caldas		1	10	1
Caquetá			4	2
Casanare				1
Cauca			12	2
Cesar			14	2
Chocó			5	2
Córdoba			7	2
Cundinamarca	1 (Bogotá)		30	10
Huila			13	4
La Guajira			3	2
Magdalena			10	2
Meta			2	3
Nariño			13	7



Norte de Santander		6	6
Putumayo		4	1
Quindío		7	1
Risaralda		6	3
Santander	4	11	3
Sucre		2	1
Tolima		22	8
Valle del Cauca	1	22	5
Vichada		2	
Total general	1	21	283
			86

Fuente: censos de habitantes de la calle DANE

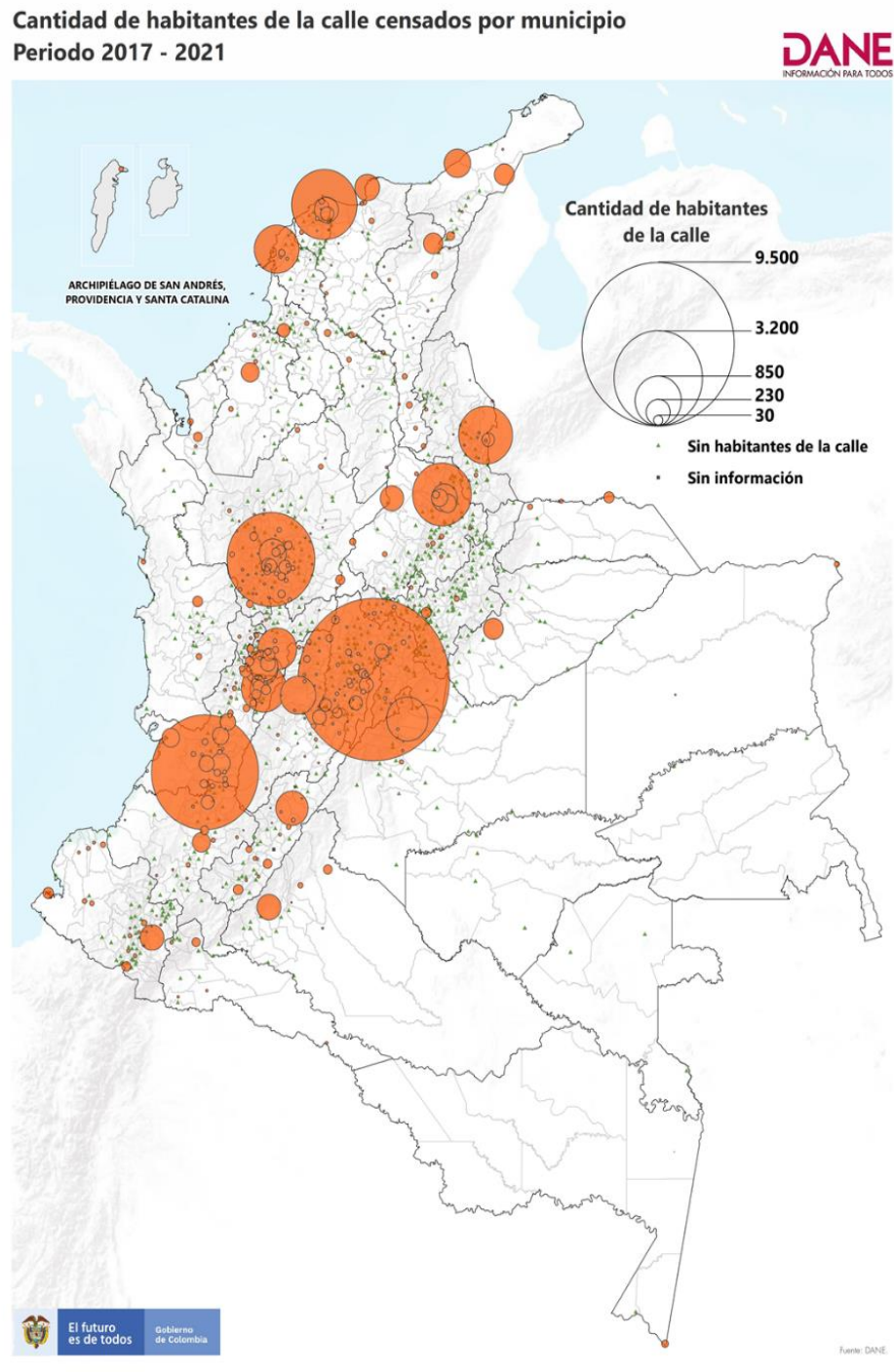
1. Concentración y características demográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia

1.1. Concentración de las personas habitantes de la calle en Colombia

En los años 2017,2019, 2020 y 2021 el Departamento Nacional de Estadística-DANE organizó la operación de censo en 1.121 municipios en los 32 departamentos y Bogotá D. C., a los cuales solicitó información de si tenían identificadas personas habitantes de la calle; como resultado de la operación se identificaron 34.081 habitantes de la calle en 392 cabeceras municipales que informaron contar con esta población, 728 expedieron certificación de que NO tenían personas habitantes de la calle identificadas y una (1) no informó si tenía o no, es decir que el 35 % de los municipios del país reportó entre 2017 y 2021 tener personas habitantes de la calle.



Mapa 1. Concentración de habitantes de la calle censados entre 2017 y 2021.



Fuente: DANE 2022, con base en información censal Población habitantes de Calle 2017, 2019, 2020, 2021



El mapa de calor elaborado sobre el número de personas habitantes de la calle de los cuatro censos, es decir 34.081 personas, muestra un mayor número de personas en orden descendente en seis ciudades: Bogotá (9.538), Cali (4.749), Medellín (3.214), Barranquilla (1.795), Bucaramanga (1.448) y san José de Cúcuta (1.211), siendo la mayor población 9.538 personas y la menor 1.211, siguen con poblaciones entre 850 y 600 personas también en orden descendente: Cartagena de Indias (849), Armenia (843), Villavicencio(713) y Manizales (635).

Ahora bien, las personas se distribuyen en los municipios de acuerdo con sus categorías⁴ de la siguiente manera: 1,27% que corresponden a 5 municipios son especiales, 6,88 % que corresponden a 27 municipios son categoría 1, 4,33 % que corresponden a 17 municipios son de categoría 2, 3,8 % que corresponden a 4 municipios de categoría 3, 4,6% que corresponde a 18 municipios son de categoría 4, 7,14 % que corresponden a 28 municipios de categoría 5, y 71,78% corresponden a 281 municipios de categoría 6.

Analizando la información por regiones, la Región Andina concentra 23.151 personas, la Región del Pacífico tiene 5.959 personas, la Región Caribe 4.374 personas, la Región de la Amazonía 351 personas y la Región de la Orinoquía 246 personas. Si se tienen en cuenta los datos de concentración de población general correspondientes a los mismos municipios censados, la Región Andina agrupa 25.254.227 personas, la Región del Pacífico 5.330.525 personas, la Región Caribe 8.194.558 personas, la Región de la Amazonía 558.179 y la Región de la Orinoquía 501.011.

Tabla 2. Comparativo personas habitantes de la calle vs tasa habitantes de la calle por regiones.

Año de censo	Región	Habitantes de la calle	Población general	Tasa por 10.000 habitantes
2017, 2019, 2020, 2021	Andina	23.151	25.254.227	9
2019, 2020, 2021	Pacífico	5.959	5.330.525	11
2019, 2020, 2021	Caribe	4.374	8.194.558	5
2020,2021	Amazonía	351	558.179	6
2020, 2021	Orinoquía	246	501.011	5

Fuente: censos DANE y proyección de población DANE por municipio para el año del censo.

⁴ El artículo 320 de la Constitución Política, dispone que la “ley podrá establecer categorías de municipios de acuerdo con su población, recursos fiscales, importancia económica y situación geográfica, y señalar distinto régimen para su organización, gobierno y administración”. Esta norma de la Constitución Política fue reglamentada por la Ley 136 de 1994, que a su vez fue modificada por la Ley 1551 de 2012, en la cual se establecen siete categorías de municipios (Especial, Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Sexta). Esta categorización obedece a cuatro criterios: número de habitantes, ingresos corrientes de libre destinación, importancia económica y situación geográfica



Como se evidencia en la Tabla 2 la Región Pacífico concentra la mayor tasa de habitantes de calle con 11 por cada 10.000 habitantes, seguido por la Región Andina con 9, la Amazonía con 6 y finalmente la Orinoquía y la región Caribe con el mismo porcentaje 5 habitantes por cada 10.000 persona.

Ahora bien, en cuanto a la información por departamentos y el Distrito de Bogotá, teniendo en cuenta el reporte de los cuatro censos, se evidencia que el mayor número de personas se encuentra en el Distrito de Bogotá (2017), seguido del Departamento del Valle, Antioquia, Santander, Atlántico, Norte de Santander y Quindío, el departamento que registró el menor número de habitantes en calle fue Vichada, y los departamentos de Vaupés, Guaviare y Guainía no reportaron personas habitantes de la calle.

Tabla 3. Cantidad estimada de personas habitantes de la calle por departamento de acuerdo con la información de los cuatro censos.

Departamentos	2017	2019	2020	2021	Total general
Amazonas			21		21
Antioquia		3788	355	24	4167
Arauca			21	46	67
Atlántico		2120	20	1	2141
Bogotá, D.C.	9538				9538
Bolívar			79	852	931
Boyacá			114	10	124
Caldas		635	164	1	800
Caquetá			253	32	285
Casanare				167	167
Cauca			148	148	296
Cesar			83	164	247
Chocó			68	2	70
Córdoba			28	141	169
Cundinamarca			459	38	497
Huila			122	448	570
La Guajira			195	300	495
Magdalena			48	266	314
Meta			721	8	729
Nariño			143	275	418
Norte de Santander			88	1220	1308
Putumayo			40	5	45
Quindío			195	843	1038
Risaralda			462	472	934

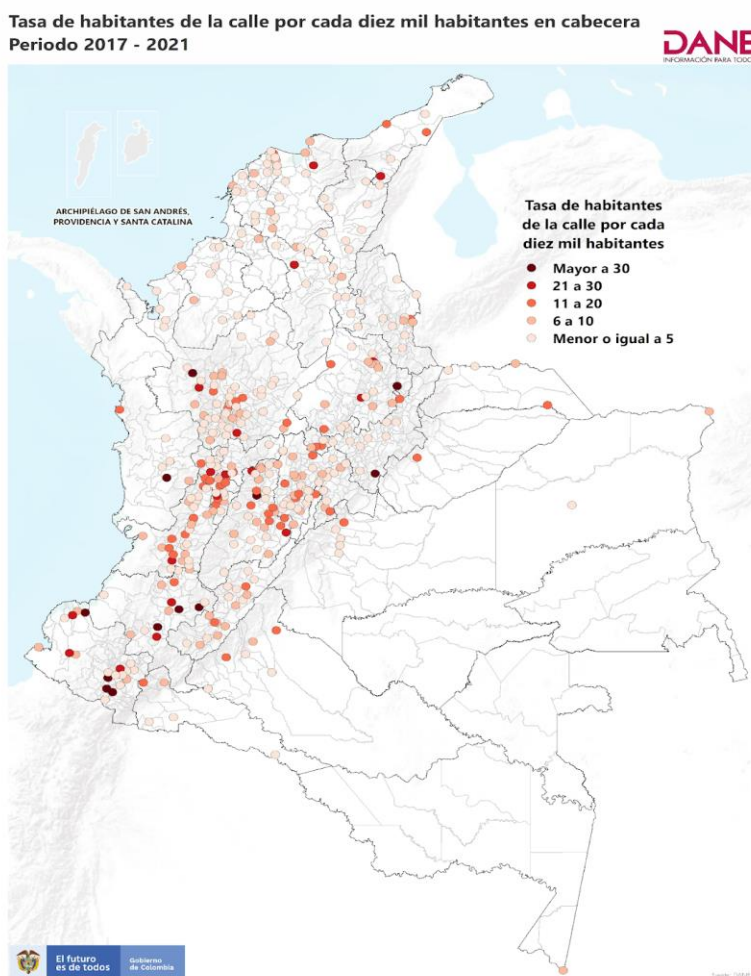


Santander		1960	303	7	2270
Sucre			9	68	77
Tolima			200	558	758
Valle del Cauca		4749	692	152	5593
Vichada			12		12
Total general	9538	13252	5043	6248	34081

Fuente: Censos DANE habitantes de la calle

Al desagregar el análisis del censo en tasas por diez mil, se pueden evidenciar los municipios cuya cabecera tiene mayor proporción de personas habitantes de calle, información que señala un aspecto diferente al del mapa anterior, mostrando proporciones entre población general y población habitante de la calle.

Mapa 2. Tasa de habitantes de la calle censados entre 2017 y 2021 en cabecera.



Fuente: DANE 2022



Las tasas más altas se reportan en el censo de 2020 en donde la mayoría de municipios censados tienen categorías 4, 5 y 6 (solamente 20 tienen categorías 1 y 2) puesto que en casos como el de Totoró que tiene una población en su cabecera municipal de 1.344 persona para 2020, la cantidad de habitantes de la calle es de 8, lo que representa una tasa por 10.000 de 59,52, y por mil de 5,9. En el censo 2020, veinticuatro cabeceras municipales tuvieron una tasa superior a 20 personas por cada diez mil, que en el mapa corresponden al color rojo oscuro y Vinotinto.

Ahora bien, de las cabeceras municipales con alta concentración de población general se destacan las tasas de **Armenia** (28,03), **Quimbaya** (25,89, es el único de categoría 6 de este grupo), **Bucaramanga** (24,74) y **Cali** (21,68). Riohacha (19,72), San José de Cúcuta (15,95), Florencia (15,60) y Manizales (15,37) se encuentran por encima de 15 personas x 10.000 habitantes, y por debajo de 20 personas x 10.000 habitantes. Barranquilla (14,45), Medellín (13,17) y Bogotá (13,04) cuentan con tasas por debajo de 15 personas x 10.000 habitantes.

Cabeceras municipales de municipios como Piendamó, Viterbo, Montenegro y Espinal, que tienen más de diez mil habitantes de población general, cuentan con tasas entre 15 y 20 personas habitantes de la calle por diez mil.

La mirada de cabeceras municipales por tasa por diez mil habitantes permite identificar aquellas ciudades en donde hay que fortalecer la intervención en atención a las personas, y avanzar en la implementación de lo dispuesto en la Política Pública Social para habitantes de la calle.

Conclusión

La información analizada permite concluir lo siguiente: en cuanto a las cabeceras municipales en las que se identificaron personas habitantes de la calle, la mayoría están concentradas en la Región Andina (251 cabeceras), seguida por la Región Caribe (72 cabeceras), la Región Pacífica (49 cabeceras), la Amazonia (12 cabeceras) y la Orinoquía (7 cabeceras); sin embargo, la situación varía cuando se analiza la concentración de población habitante de la calle por regiones, y evidencia a la Región del Pacífico como la que más concentra población en sus 49 municipios. Ahora bien, por número de personas, el Distrito de Bogotá, y los departamentos de Valle del Cauca, Antioquia, Santander, Atlántico, Norte de Santander y Quindío son aquellos que reportaron mayor número de personas. No reportaron personas habitantes de la calle los departamentos de Guainía, Guaviare y Vaupés.

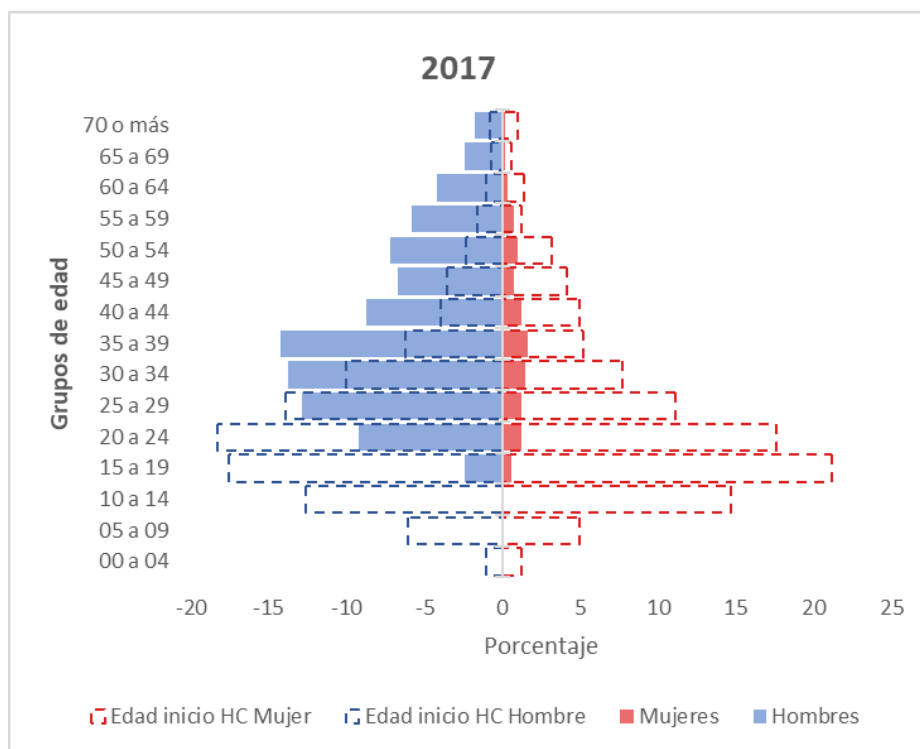
Las tasas más altas de personas habitantes de la calle por cabecera municipal se encuentran en el censo de 2020 que reúne 283 municipios (mayoría de municipios tienen categorías 4, 5 y 6, solamente 54 tienen categorías 1, 2 y 3). Entre las cabeceras municipales con alta concentración de población general y tasas por diez mil altas, se destacan Armenia, Quimbaya, Bucaramanga, Cali, Riohacha, San José de Cúcuta, Florencia y Manizales, y municipios como Piendamó, Viterbo, Montenegro y Espinal.



1.2 Características demográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia

A continuación, se presentan las pirámides poblacionales para cada censo (2017, 2019, 2020 y 2021) por sexo y grupos de edad, indicando la cantidad de personas habitantes de calle, así como la edad de inicio de la vida en calle, que fue calculada con base en la respuesta de cada persona a la pregunta de cuánto tiempo llevaba viviendo en la calle.

Gráfica 1. Población Habitantes de Calle según edad (quinquenios) y sexo. Censo 2017 Bogotá



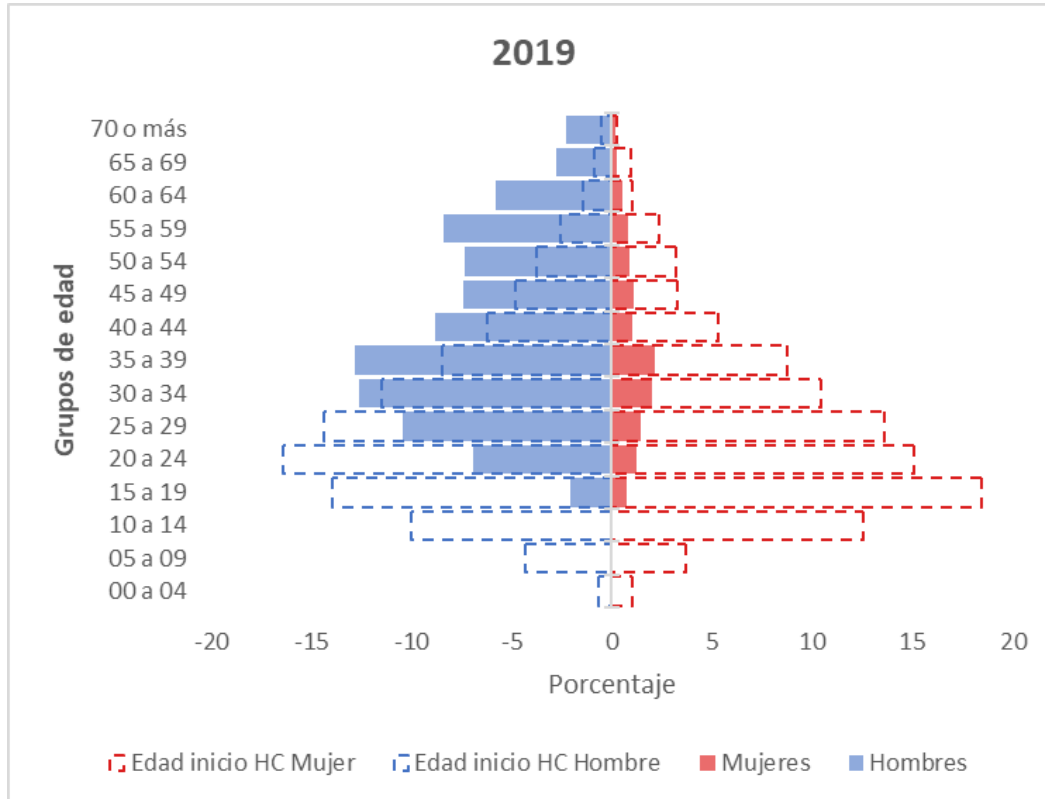
Fuente: Censo Habitantes de Calle 2017, DANE.

Composición demográfica

En Bogotá en 2017 el 89,4% de los habitantes de calle eran hombres y 10,6% mujeres. De esta población el 90,9% se encuentran entre los 15 y 59 años. Al distribuir la población por rango de edad separado cada uno de los sexos se identifica una distribución proporcional similar entre hombres y mujeres por rangos de edad, excepto en el rango de 15 a 24 años donde la proporción de mujeres es mayor que la de los hombres. El 45,3% de las personas que se encontraban habitando la calle se encuentran entre los 25 y los 39 años, seguidos por el grupo de 40 a 59 años con el 32,2% y el grupo de 20 a 24 años con el 10,4%. El 62,7% de las personas iniciaron la vida en la calle entre los 10 y los 29 años.



Gráfica 2. Población Habitantes de Calle según edad (quinquenios) y sexo. Censo 2019 Medellín, Bucaramanga, Barranquilla con sus áreas metropolitanas, Cali y Manizales



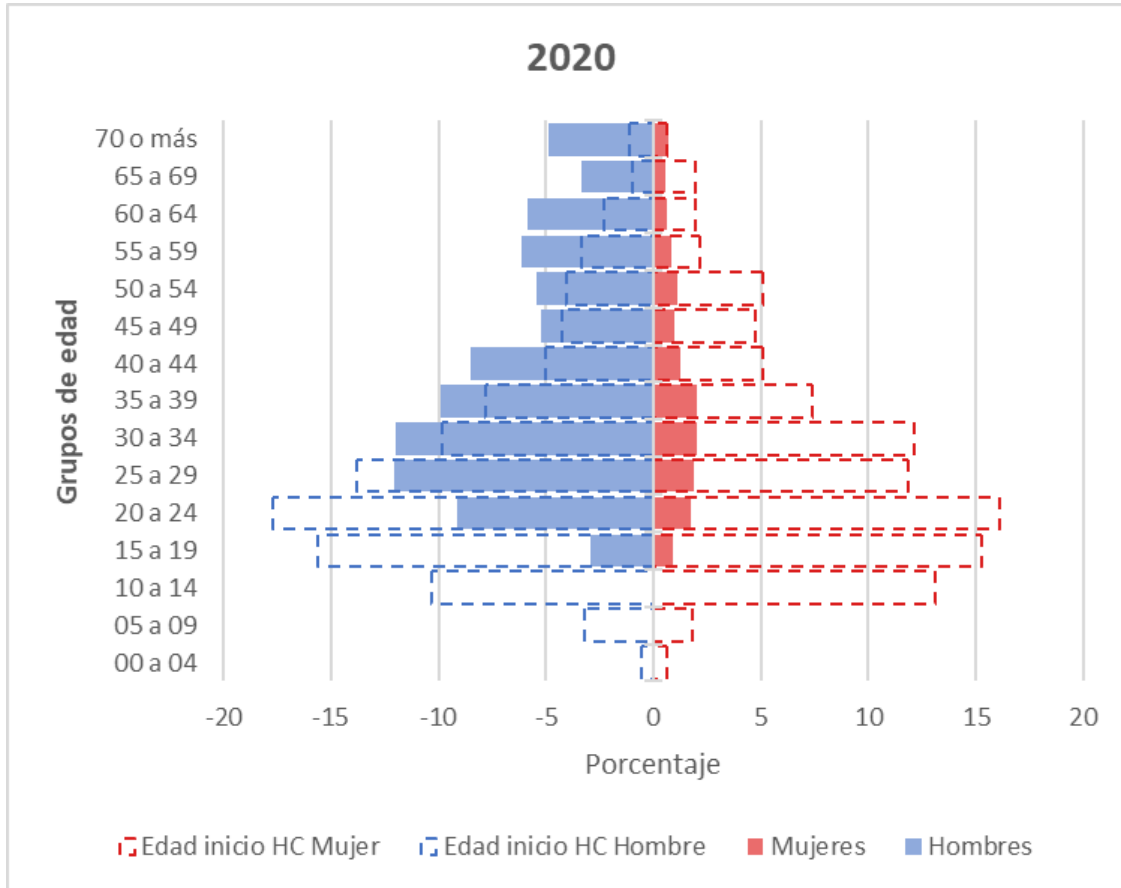
Fuente: Censo Habitantes de Calle 2019, DANE.

Composición demográfica

En el censo en 2019 el 87,7% de los habitantes de calle eran hombres y 12,3% mujeres. De esta población el 88,2% se encuentran entre los 15 y 59 años. Al distribuir la población por rango de edad separado cada uno de los sexos (no presentado en la gráfica) se identifica una distribución proporcional similar entre hombres y mujeres por rangos de edad, excepto en el rango de 15 a 24 años donde la proporción de mujeres en este rango de edad es mayor que la de los hombres. El 41,4% de las personas que se encontraban habitando la calle se encuentran entre los 25 y los 39 años, seguidos por el grupo de 40 a 59 años con el 35,8% y el grupo de 20 a 24 años con el 8,2%. En comparación con el censo Bogotá 2017 se observa que para 2019, la población entre 20 y 24 años es menor, mientras que la de 40 a 59 años es mayor. También se puede identificar que el 56,4% de las personas iniciaron la vida en la calle entre los 15 y los 34 años.



Gráfica 3. Población Habitantes de Calle según edad (quinquenios) y sexo. Censo 2020 Cabeceras municipales con menos de 200 personas habitantes de la calle, Villavicencio y Florencia



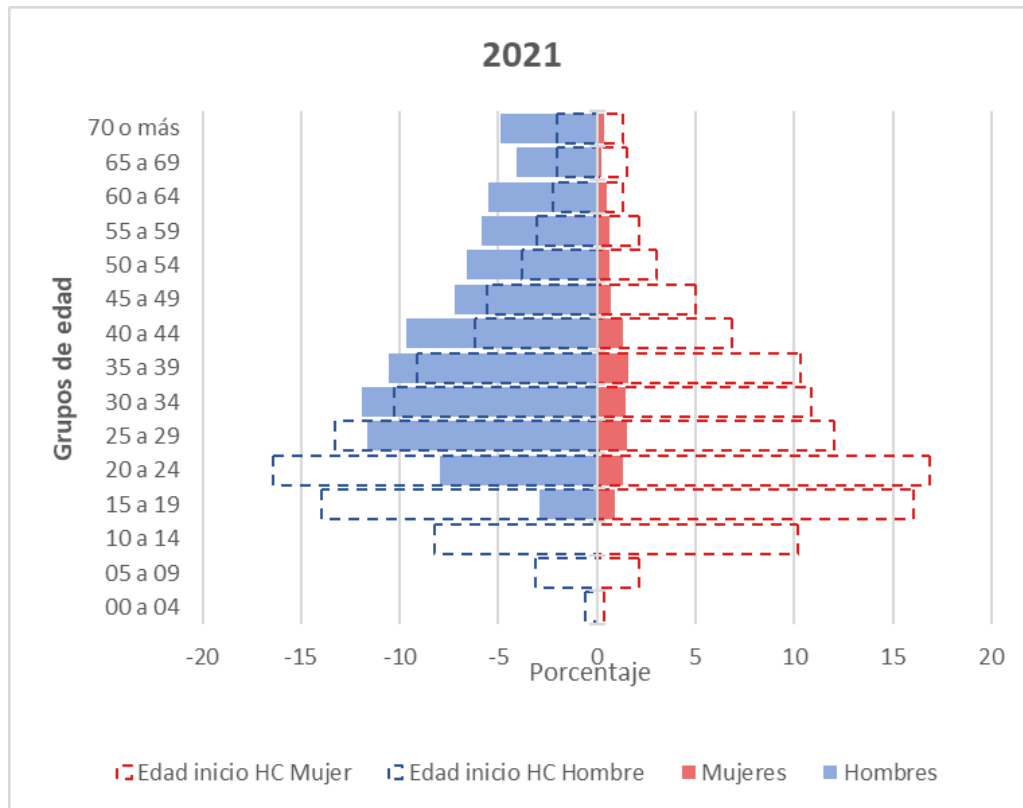
Fuente: Censo Habitantes de Calle 2020, DANE

Composición demográfica

En el censo en 2020 el 85,4% de los habitantes de calle eran hombres y 14,6% mujeres. De esta población el 84,1% se encuentran entre los 15 y 59 años. Al distribuir la población por rango de edad separado cada uno de los sexos (no presentado en la gráfica) se identifica una distribución proporcional similar entre hombres y mujeres por rangos de edad, excepto en el rango de 15 a 24 años donde la proporción de mujeres es mayor que la de los hombres. El 39,9% de las personas que se encontraba habitando la calle está entre los 25 y los 39 años, seguidos por el grupo de 40 a 59 años con el 29,5% y el grupo de 20 a 24 años con el 10,9%. Y el 57,3% de las personas reportaron que iniciaron la vida en la calle entre los 10 y los 29 años



Gráfica 4. Población Habitantes de Calle según edad (quinquenios) y sexo. Censo 2021. 86 municipios entre ellos 15 ciudades capitales: Arauca, Armenia, Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Riohacha, Pasto, Pereira, Popayán, San José de Cúcuta, Santa Marta, Sincelejo, Valledupar y Yopal, y Buenaventura



Fuente: Censo Habitantes de Calle 2021, DANE

Composición demográfica

En el censo de 2021 el 88,8% de los habitantes de calle eran hombres y 11,2% mujeres. De esta población el 84,4% se encuentran entre los 15 y 59 años. Se presenta una distribución proporcional similar entre hombres y mujeres por rangos de edad excepto en el rango de 15 a 24 años, donde la proporción de mujeres en este rango de edad es mayor que la de los hombres. El 38,7% de las personas que se encontraban habitando la calle se encuentran entre los 25 y los 39 años, seguidos por el grupo de 40 a 59 años con el 32,6% y el grupo de 20 a 24 años con el 9,2%. El 54,2% de las personas iniciaron la vida en la calle entre los 15 y los 34 años.



Análisis inicio de vida en calle

En la tabla a continuación se presenta información comparativa para los cuatro censos de acuerdo con los grupos de edad y la prevalencia de inicio de vida en calle para hombres y para mujeres desde los 00 años hasta los 59 años, la última columna de la tabla indica la diferencia porcentual entre la edad de inicio de hombres y mujeres, ilustrando las brechas de género existentes en cada rango de edad.

Se evidencia en color rojo las brechas más altas en términos de género, entendida como una alta diferencia en puntos porcentuales (p.p.) en las edades de inicio de vida en calle entre hombres y mujeres. El valor negativo indica que el porcentaje de mujeres que iniciaron la vida en calle en determinado rango de edad es superior al de los hombres en el mismo rango, mientras el valor positivo indica que la proporción de hombres es mayor al de mujeres.

Tabla 4. Comparativo edades de inicio Hombres y Mujeres por curso de vida

Censo	Grupos de edad	Edad inicio HC Hombre %	Edad inicio HC Mujer %	Diferencia H-M p.p.
2017	00 a 09	7,2	6,2	1,0
	10 a 19	30,3	35,9	-5,6
	20 a 34	42,2	36,4	5,8
	35 a 59	25,9	22,9	3,0
2019	00 a 09	5,0	4,7	0,3
	10 a 19	24,0	31,0	-7,0
	20 a 34	42,3	39,1	3,2
	35 a 59	25,9	22,9	3,0
2020	00 a 09	3,8	2,5	1,3
	10 a 19	26,0	28,4	-2,4
	20 a 34	41,3	40,1	1,3
	35 a 59	24,5	24,5	0,0
2021	00 a 09	3,7	2,5	1,2
	10 a 19	22,2	26,2	-4,0
	20 a 34	40,0	39,7	0,3
	35 a 59	27,8	27,4	0,4

Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE.

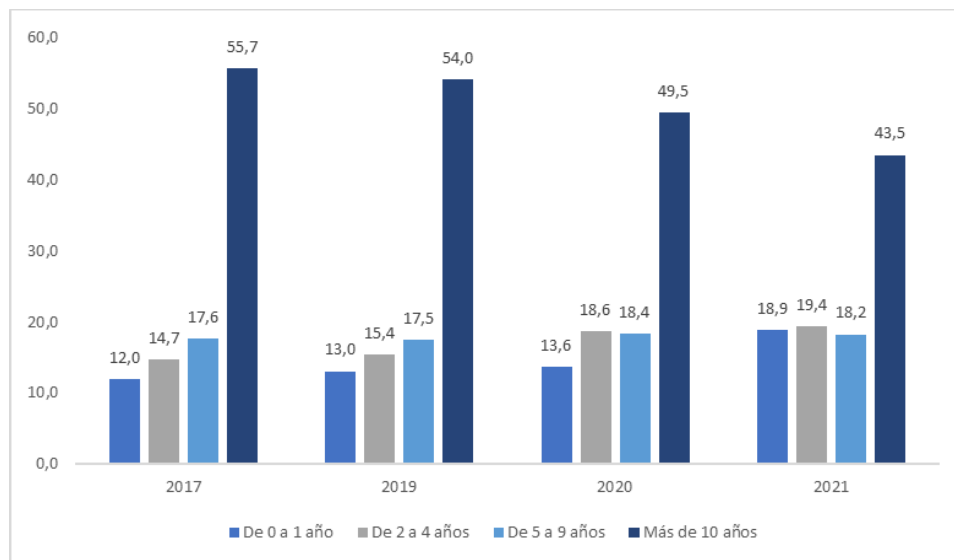


Complementando este análisis (decenios) con el presentado previamente (quinquenios), es posible inferir que el rango de edad en el que inician la vida en calle las mujeres, está entre los 15 y los 19 años. En el caso de los hombres la tendencia es a iniciar la vida en calle en los grupos de edad de 20 a 34 años. En el censo 2020 la diferencia por sexo en el grupo de quienes inician la vida en calle entre los 10 y los 19 es la menor de los cuatro censos. La mayor cantidad de hombres y mujeres inician su vida en calle en el grupo de edad de 20 a 34 años. En edades tempranas el inicio de la habitanza en calle se acentúa más en niños, dado que en el grupo de 0 a 9 años la proporción de estos es mayor que la proporción de niñas.

Análisis tiempo de vida en calle

En la gráfica a continuación se evidencia para cada uno de los censos el tiempo de habitanza en calle. Entre el 43,5% y el 55,7% de las personas tienen un tiempo de habitanza en calle de mayor a diez años. Para los censos de 2017 a 2020, entre el 12,0% y el 13,6% de los habitantes de calle llevan menos de un año en habitanza en calle, mientras que para el 2021 este porcentaje es más alto (18,9%).

Gráfica 5. Tiempo de habitanza en calle por censo

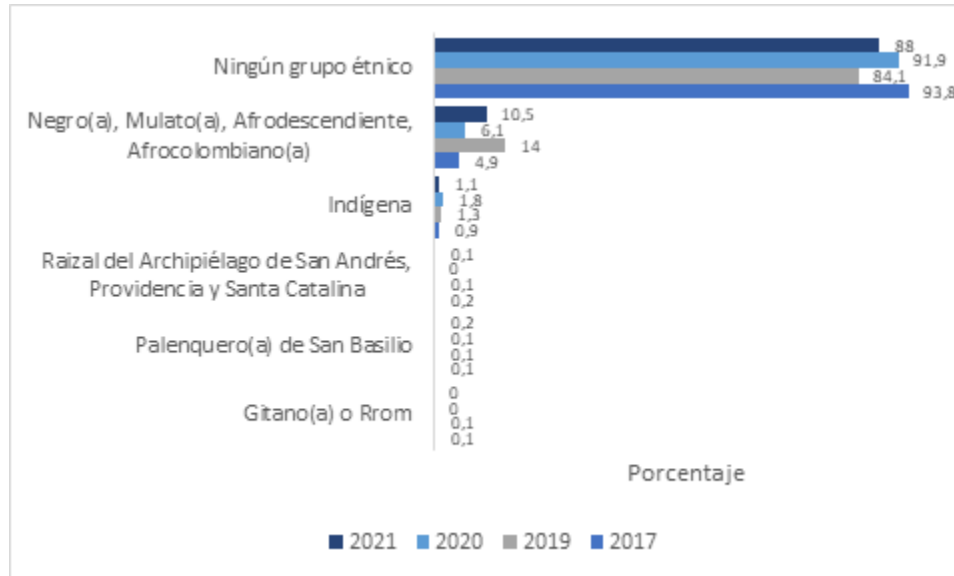


Pertenencia étnica

La mayoría de la población de habitantes de calle no se autoreconoce en ningún grupo étnico, sin embargo, en 2019 (Barranquilla, Bucaramanga y Medellín y sus áreas metropolitanas y Cali y Manizales) el 14,0% de la población se reconoció como negro(a), mulato(a), este porcentaje fue de 10,5% en el censo de 2021; es decir que las personas que reconocen pertenencia son en su mayoría en cada censo Negro(a), Mulato(a), Raizal Afrodescendiente, Afrocolombiano(a).



Gráfica 6. Personas que informaron tener pertenencia étnica



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Conclusión

El 87,8% de las personas habitantes de la calle son hombres mientras que el promedio de mujeres es del 12,2%. El máximo de hombres encuestados se encontró en el censo de 2017 con un 89,4%, y el máximo de mujeres se encontró en el censo de 2020 con un 14,6%. En relación con la distribución por rangos de edades por cada uno de los sexos se identifica una distribución proporcional similar entre hombres y mujeres por rangos de edad, excepto en el rango de 15 a 24 años, donde la proporción de mujeres en este rango es mayor que la de los hombres.

La composición de las pirámides poblacionales permite concluir que, entre 2017 y 2021 el porcentaje más alto de personas que se encontraban en la calle está representado en el grupo de edad de 25 a 44 años, es decir en población joven y adulta. Se evidencia una concentración de población, tanto de hombres como de mujeres entre los 25 y los 39 años en todos los censos, y una mayor cantidad de personas mayores de 60 años en los censos 2020 (municipios con menos de 200 personas habitantes de la calle, la mayoría categoría 4 a 6, y Florencia y Villavicencio), y 2021 (86 municipios incluidas ciudades capitales y el Distrito de Buenaventura), que en los censos 2017 y 2019.

En los cuatro censos implementados, en promedio, el 2% de habitantes de calle encuestados eran niños, niñas o adolescentes – NNA (menores de 18 años). El menor número de NNA se encontró en el censo de 2017 con 118 personas de estos grupos etarios, mientras el mayor número se encontró en 2019 con 194 personas.



A pesar de la baja proporción de NNA identificados en el momento de la encuesta, en promedio el 21,8% de las personas encuestadas en cada uno de los censos refirió tener 18 años o menos al inicio de su habitanza en calle. La mayor proporción de personas que refirieron encontrarse en este grupo etario al inicio de la habitanza en calle se encuentra en el censo de 2017 con un 24,9% de NNA, mientras que la menor proporción se encontró en el censo de 2021 con un 19,7% de NNA. Los niños, niñas y adolescentes, incluyendo el rango de edad de 19 años, representan cerca del 3,4 % de la población censada. Ahora bien, de acuerdo con el Sistema de información misional del ICBF, los niños, niñas y adolescentes que ingresan a procesos de restablecimiento de derechos tanto por situación de vida en calle como alta permanencia en calle corresponden principalmente a aquellos entre los 12 y los 17 años.

Cerca de la mitad de las personas habitantes de la calle del país llevan más de diez años de vida en la calle, y una de cada siete, menos de un año. Por tanto, más del 43,5% de las personas tienen hábitos de calle arraigados, y entre el 12% y el 18% hábitos adquiridos de manera más reciente.

Con relación a la pertenencia étnica, el 89,45% de las personas encuestadas reportaron que no tenían ninguna pertenencia étnica y el 8,85% informaron pertenecer al grupo Afrodescendiente, Raizal, Palenquero, Negro, Mulato.

2. Aproximación a las características sociales de las personas habitantes de la calle en Colombia

A continuación, se presenta la información relacionada con las características sociales de las personas habitantes de la calle. Se debe precisar que la información se elaboró de acuerdo con los datos de las personas entrevistadas directamente, no sobre el total que también incluye a las personas censadas por observación, es decir que para el censo 2017 los datos se obtuvieron del 72,8% de las personas censadas, en 2019 del 76,6% de personas, en 2020 del 82,7% de personas, y en 2021 del 85,5%.

Las categorías empleadas tanto en las gráficas como en el análisis son las definidas en el cuestionario censal del DANE, es decir se establecen desde la fuente de información de microdatos.

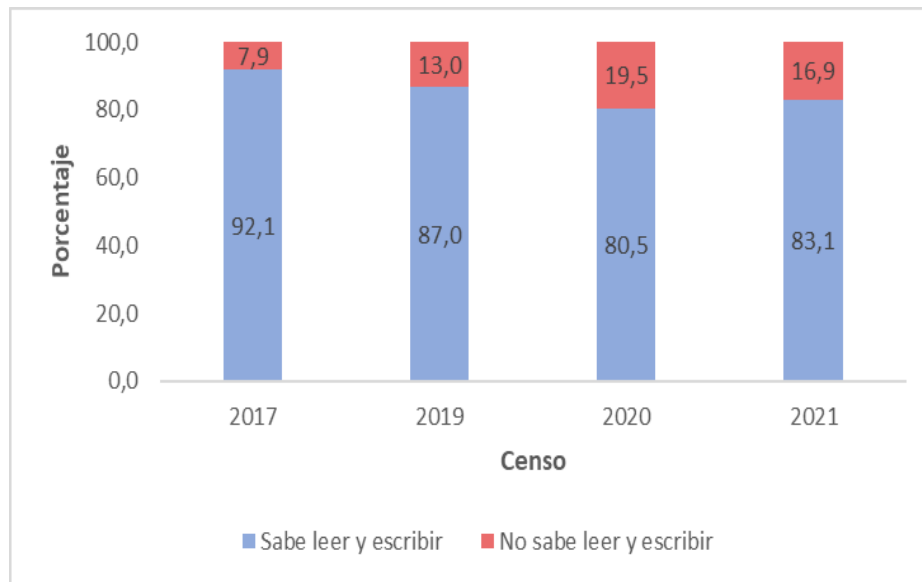
Alfabetismo

Entre el 80,5% y el 92,1% de la población habitante de calle sabe leer y escribir (color azul en la gráfica 7). Sin embargo, este porcentaje es mayor en los censos 2017 y 2019 donde se encuentran municipios de categoría especial y 1 y 2, con sus áreas metropolitanas, y menor en los censos 2021 y 2020,



presentando la menor cifra en el 2020 en donde la mayoría de los municipios son de categoría 3 a 6. Existe entre un 8,9 y 10,5 de personas que reportaron no saber leer ni escribir, de las cuales la mayor cantidad se encuentran en el censo 2020 y la menor cantidad en el censo de la ciudad de Bogotá.

Gráfica 7. Personas que saben leer y escribir por censo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

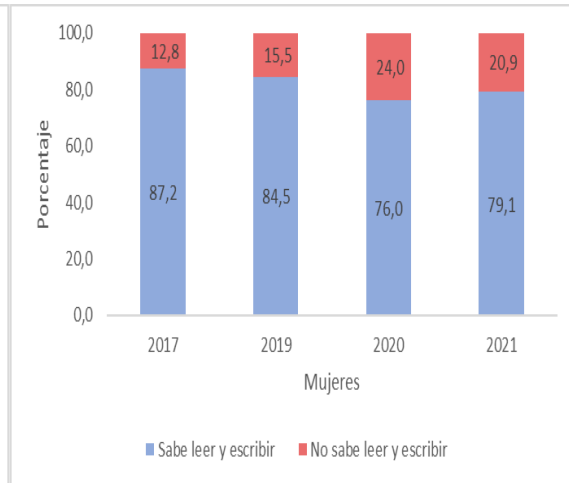
La brecha de género entre hombres y mujeres en el nivel de alfabetización se evidencia en todos los censos, presentando la menor diferencia en 2017 (Bogotá) donde el 12,8% de las mujeres no sabe leer y escribir en comparación con el 7,4% de los hombres. La mayor brecha se evidencia en el censo 2020, donde el 24,0% de las mujeres no sabe leer y escribir con relación al 18,7% de los hombres (mayor cantidad de municipios de categoría 3 a 6).



Gráfica 8. Alfabetismo Hombres



Gráfica 9. Alfabetismo Mujeres



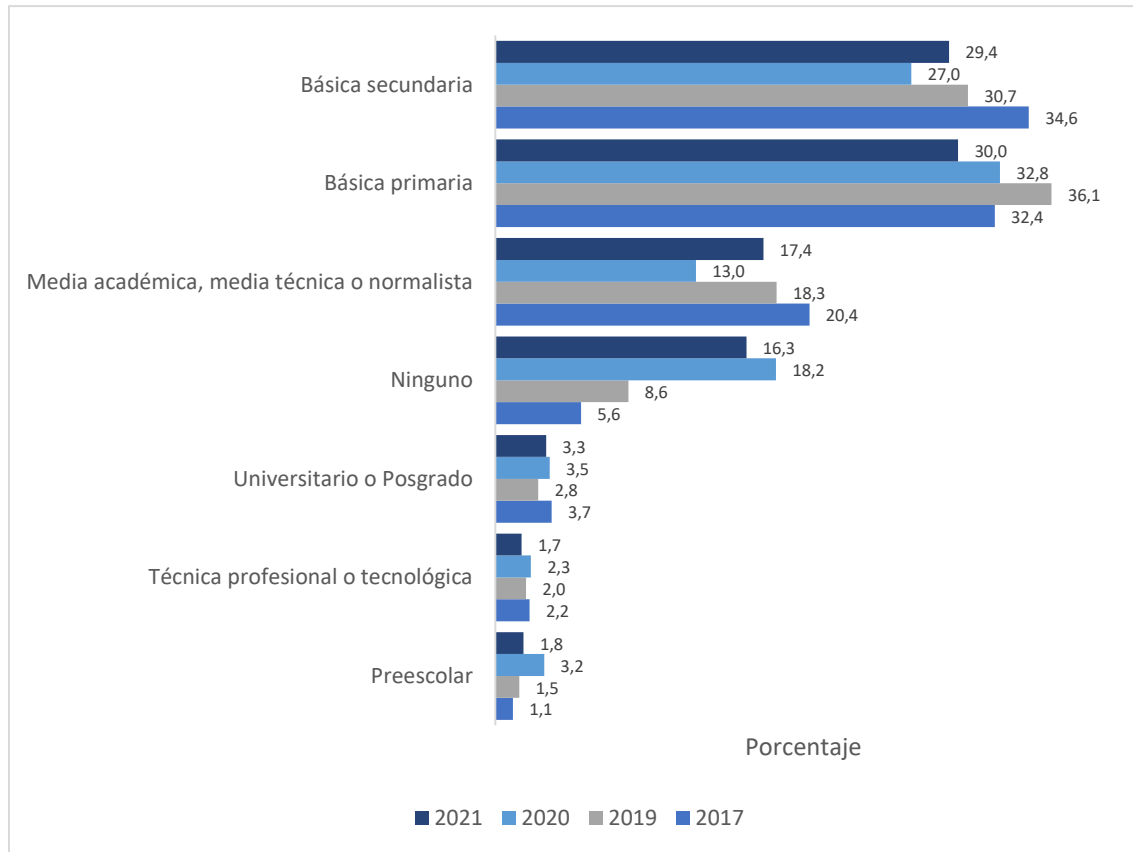
Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

En general el nivel educativo de los habitantes de calle se encuentra en la básica secundaria para el censo 2017 (Bogotá), mientras que para los demás censos hay mayor concentración en la básica primaria, en menor proporción se encuentra la formación media, seguido por las personas que reportan que no tienen algún nivel educativo alcanzando el mayor porcentaje en el censo 2020 con un 18,2%. Se observan diferencias regionales con relación al nivel educativo.

Dos aspectos que se deben resaltar es que el porcentaje de población que refirió no contar con educación oscila entre 18,2% (mayoría de municipios categorías 3 a 6), y 5,6% (Bogotá), y que en el censo de 2017 (Bogotá) es en donde se reporta el mayor porcentaje de personas con formación universitaria o posgrado. Podemos evidenciar que hay una brecha educativa entre Bogotá y los demás municipios censados, puesto que es el censo con menos personas sin algún nivel de educación, y la mayor parte de las personas tienen básica secundaria, y un porcentaje del 20% tiene media académica y el 3,7% universitaria o posgrado



Gráfica 10. Nivel educativo más alto alcanzado

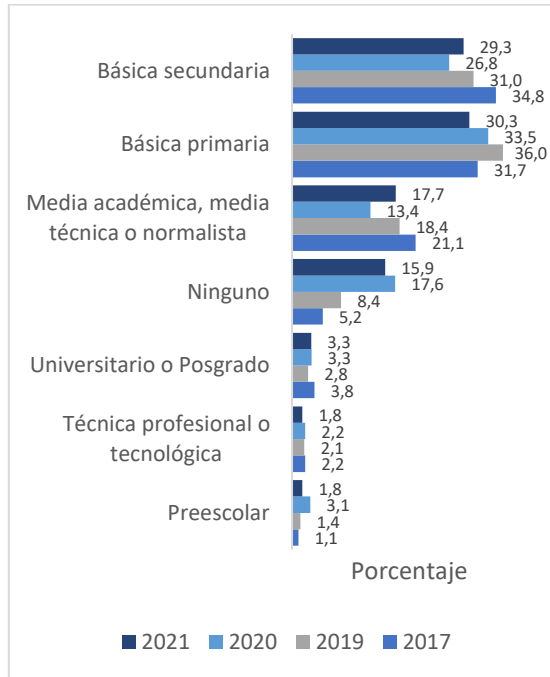


Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

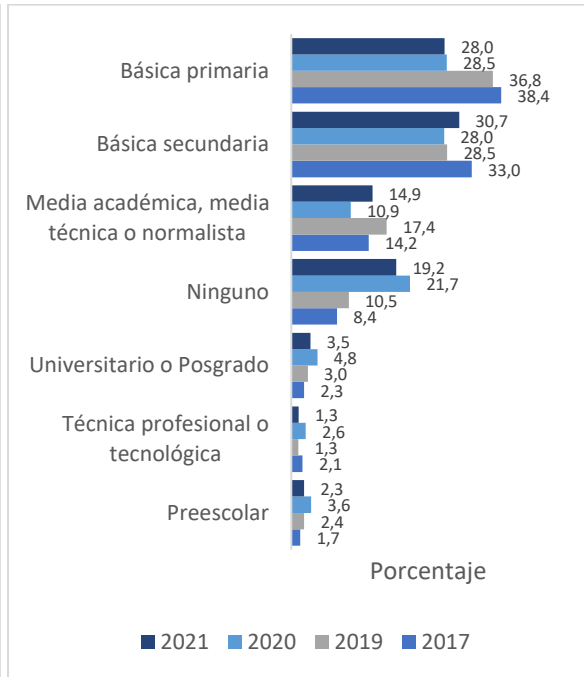
El promedio de hombres con básica secundaria es de 30,5% del total de universo de hombres, en tanto que el de mujeres es de 30% sobre el universo de mujeres, el de básica primaria es igual para hombres y mujeres con relación a cada universo denominador, mientras que el técnico es de 17,7% para hombres y de 14,35% para mujeres en el marco de sus respectivos universos.



Gráfica 11. Nivel educativo más alto alcanzado por Hombres



Gráfica 12. Nivel educativo más alto alcanzado por Mujeres



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

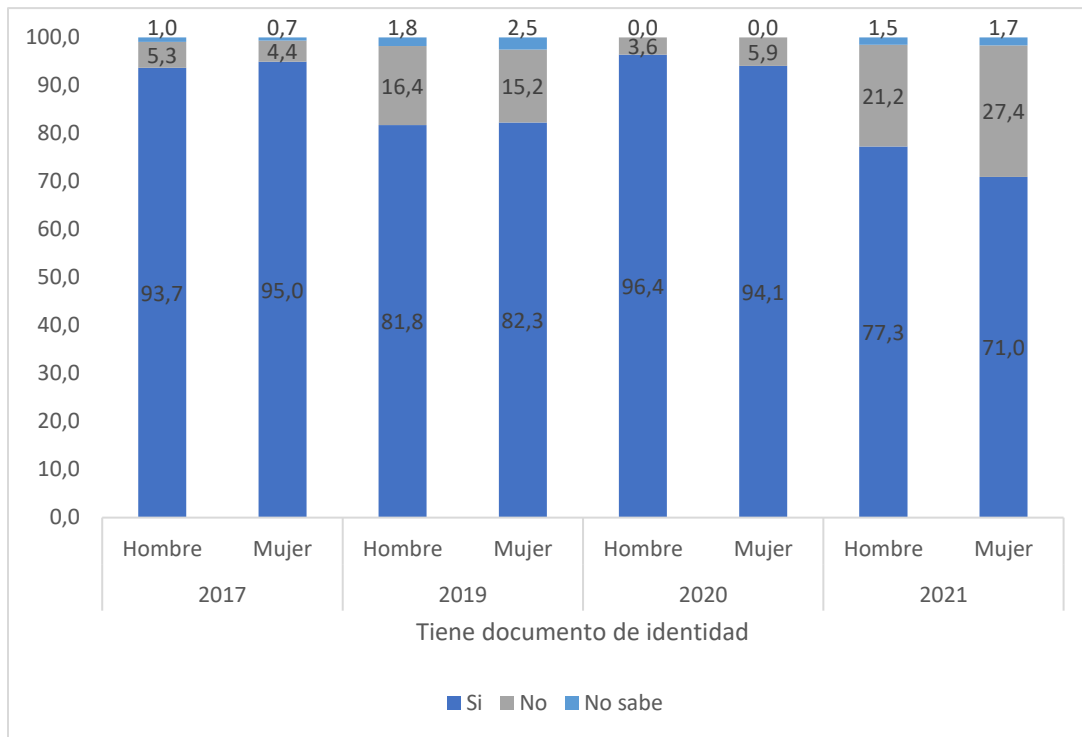
Redes e inclusión social.

A continuación, se presentan los aspectos relacionados con las redes con las que cuentan las personas habitantes de la calle, y elementos relacionados con su inclusión social, como por ejemplo el tener documento de identidad que les permita acceder a procesos de atención, entre otros.

Con respecto al tipo de documento de identidad en Bogotá (2017) entre el 71,0% y el 95,0% de las mujeres y entre el 77,3% y el 96,4% de los hombres reportan tener cédula de ciudadanía. En Barranquilla, Bucaramanga y Medellín y sus áreas metropolitanas y Cali y Manizales (2019), este porcentaje es cercano al 80% sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, y con un aumento en la cantidad de personas que reportan que no tienen documento de identidad, en torno al 15% de las personas. En los municipios con menos de 200 personas habitantes de la calle Florencia y Villavicencio (2020), se presentan los porcentajes más altos de tenencia de documento de identidad siendo 96,4% para los hombres y 94,1% para las mujeres. En los municipios censados en (2021), la tenencia de documentos de identidad es menor de todas, siendo mayor para los hombres (77,3%) que para las mujeres (71,0%). En todos los censos más mujeres que hombres reportan que no tienen documento de identidad.



Gráfica 13. Personas que cuentan con documento de identidad



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

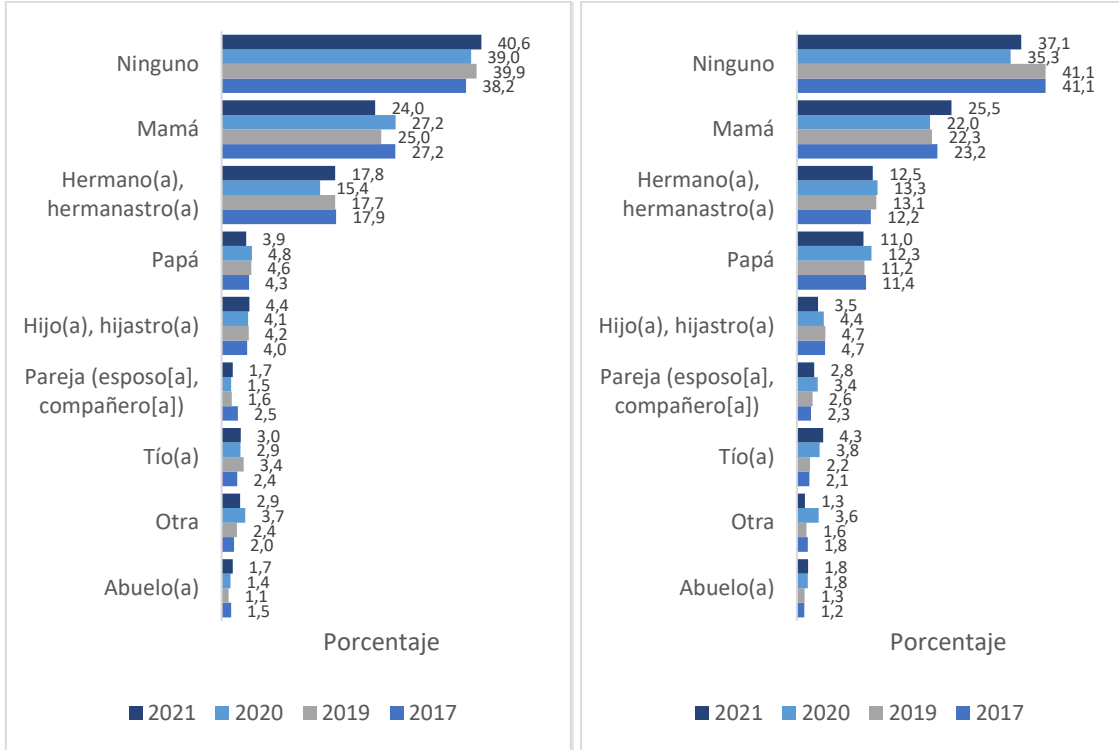
Redes afectivas y de apoyo social:

Tanto para hombres como para mujeres el no tener contacto con la familia de origen es lo más frecuente, con porcentajes entre 40,6% y 38,2% para los hombres con relación al total de hombres habitantes de la calle, y de 41,1% y 35,3% para las mujeres con relación a su universo de análisis. En segundo lugar, se encuentra el contacto con la mamá en donde se presenta una variación, ya que el 29,9% de los hombres tienen contacto con ella, mientras que el 23,25% de las mujeres lo tiene. El tercer contacto referido es con hermanos o hermanastros y al igual que en el caso de la madre son más los hombres (17,2%) que las mujeres (12,8%) quienes los tienen. Para el caso del contacto con el padre, que es el cuarto contacto reportado, se revierte la situación ya que el 11,5% de mujeres tiene contacto con el padre, mientras solo el 4,6% de los hombres lo tiene.

Es mayor el porcentaje de hombres que mantiene contacto con la madre, mientras que es mayor el porcentaje de mujeres que mantiene contacto con el padre con relación a sus universos de análisis por sexo.



Gráfica 14. Persona de la familia de origen Gráfica 15. Persona de la familia de origen con quien tiene mayor contacto *Hombres* con quien tiene mayor contacto *Mujeres*



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Apoyos y proveniencia de los apoyos con los que cuentan las personas

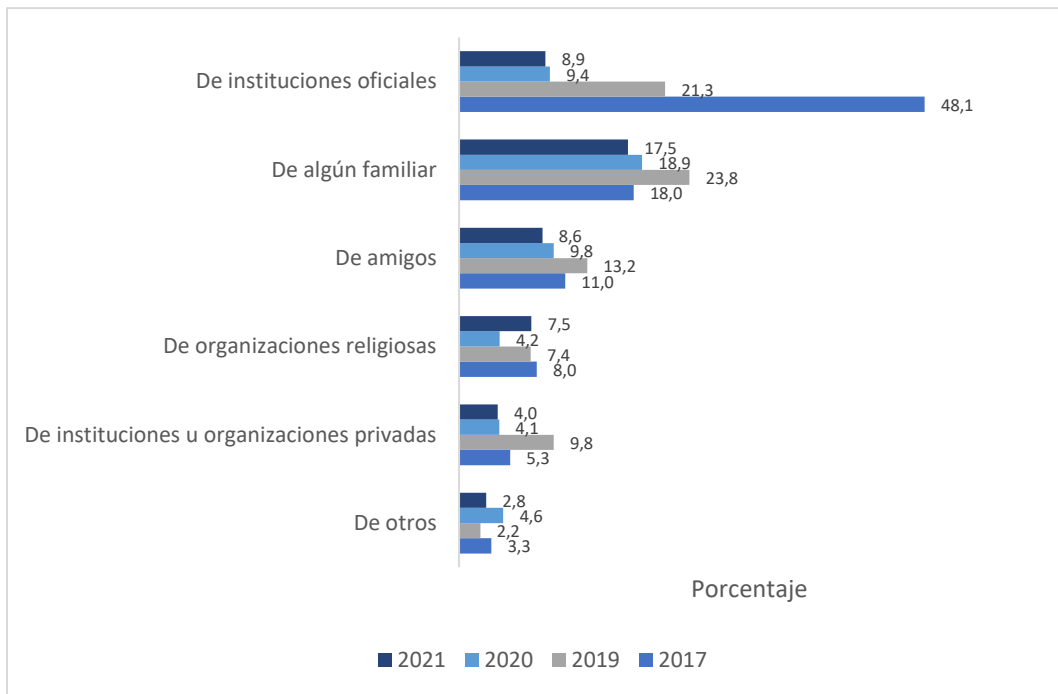
Con respecto a las ayudas⁵, la proveniencia difiere mucho entre los cuatro censos, siendo excepcionalmente alta la de instituciones oficiales en el caso del censo 2017 (Bogotá), en donde el 48,1% de las personas refirieron recibir ayudas de instituciones oficiales, el otro porcentaje que sobresale es el de censo 2019 (Cali, Manizales y Barranquilla, Bucaramanga y Medellín y sus áreas metropolitanas) en donde el 23,8% de las personas reportaron recibir ayudas de algún familiar. Las tres fuentes de ayuda reportadas con mayor frecuencia con grandes variaciones porcentuales entre censos son las instituciones oficiales, los familiares y los amigos. En menor porcentaje se recurre a las organizaciones religiosas y otro tipo de organizaciones.

Las categorías de ayudas se establecieron en el cuestionario censal con las posibilidades: Familiar, amigos, instituciones oficiales, instituciones u organizaciones privadas, organizaciones religiosas, de otros

⁵ El Manual de diligenciamiento del cuestionario censal establece que “ayuda” tiene que ver con todo ese apoyo económico, afectivo, psicológico o de cualquier otro orden, que puede recibir el HC y que generalmente se refiere a alimentación, albergue, vestuario, escucha, dinero, entre otros



Gráfica 16. Ayuda de redes de apoyo: ¿Usted recibe algún tipo de ayuda?

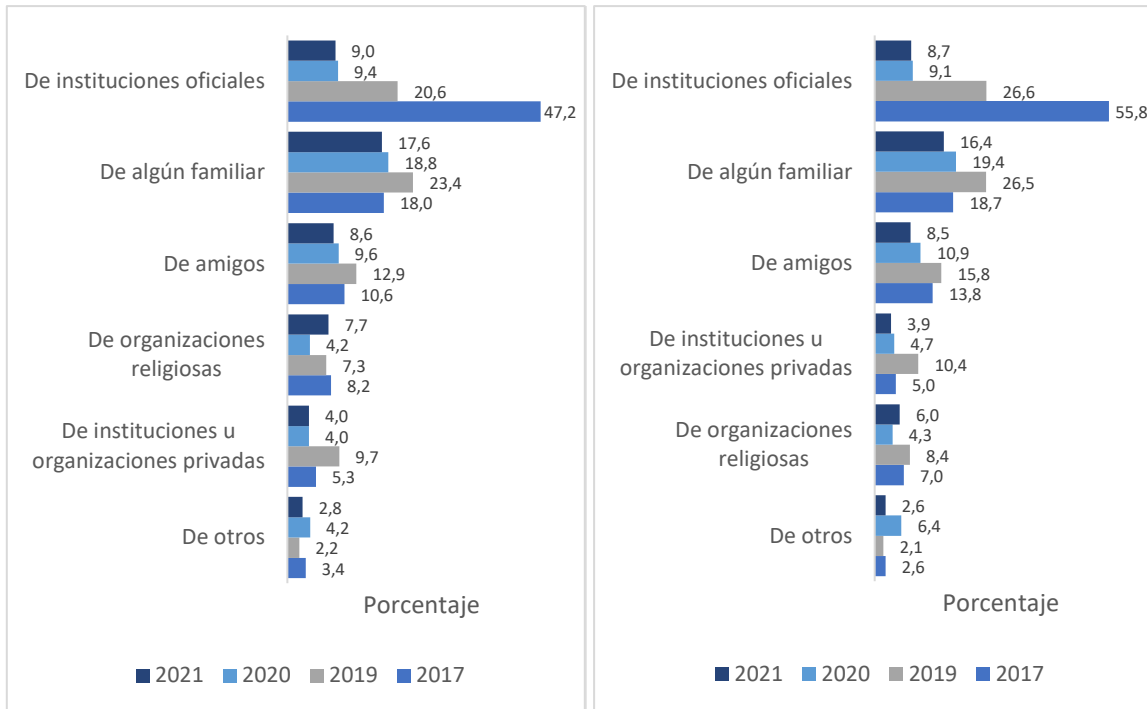


Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

La proveniencia de las ayudas no presenta diferencias significativas entre los sexos, ya que se mantienen la misma situación descrita en la gráfica 16. Cambia la cuarta proveniencia de la ayuda, ya que para los hombres son las organizaciones que no son religiosas, en tanto que para las mujeres son las organizaciones religiosas.



Gráfica 17. Ayuda de redes de apoyo Hombres Gráfica 18. Ayuda de redes de apoyo Mujeres

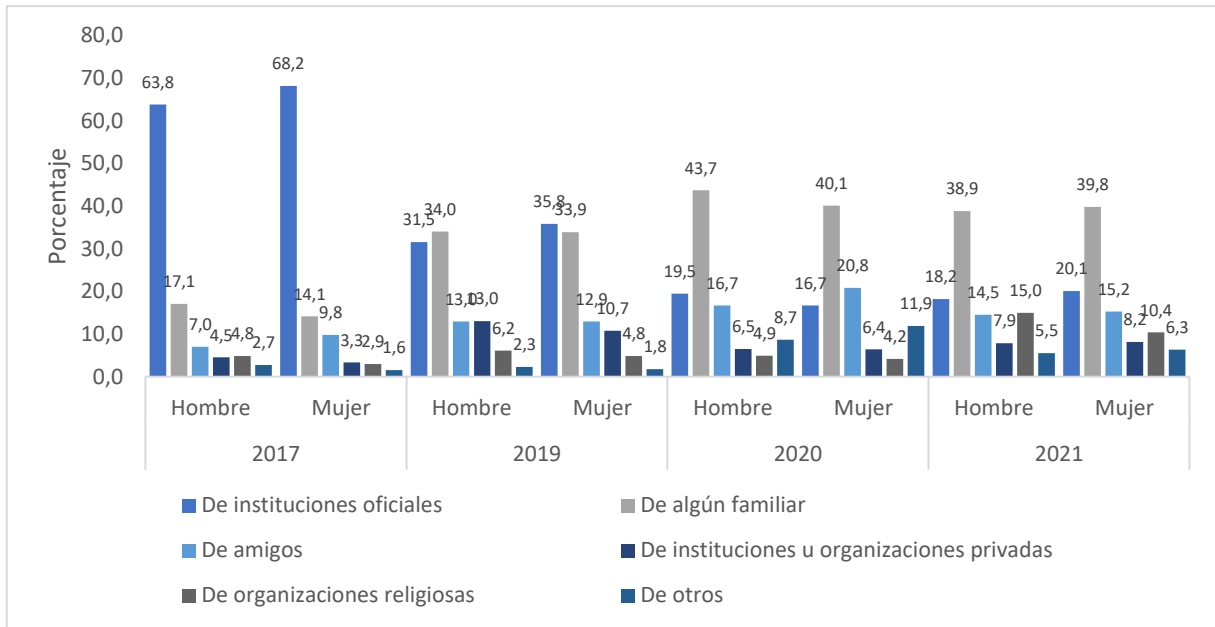


Fuente: Censos de habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

El análisis comparativo entre los cuatro censos de la fuente que brinda la principal ayuda es similar para hombres y mujeres. No obstante, entre censos si difiere radicalmente entre el de 2017 (Bogotá) y los otros censos, ya que en el censo 2017 la principal fuente de ayuda son las instituciones oficiales, mientras que, en los otros censos, a excepción de las mujeres del censo 2019 en donde es ligeramente mayor también, la principal fuente de ayuda son algún familiar, que en el caso del censo 2019 tiene valores muy parecidos al de las instituciones oficiales.



Gráfica 19. Fuente de la principal ayuda recibida



Fuente: Censos de habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Redes de apoyo gubernamentales

Existen diferencias significativas entre los censos con relación al conocimiento de programas de la alcaldía⁶ donde se atiende a los habitantes de la calle, siendo mayores los niveles de desconocimiento en los censos de 2020 y 2021.

Es importante señalar que la oferta de las alcaldías varía mucho entre municipios, que no todos los municipios encuestados tienen oferta de la administración local, y la mayoría de los que tiene oferta hace un periodo de tiempo de más de cinco años, se encuentran en el censo 2017 y en el de 2019.

⁶ Las preguntas del censo en este caso se refirieron específicamente a “programas de la alcaldía”, a diferencia de las otras preguntas sobre redes de apoyo en donde se utilizaron otras categorías



Gráfica 20. Conocimiento de los programas de la alcaldía total general y por sexo



Fuente: Censos de habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

En el censo de 2020 las mujeres tienen mucho mayor conocimiento de los programas de la alcaldía que los hombres, mientras que en los de 2017 y 2021 los hombres tienen mayor conocimiento que las mujeres. Los resultados de 2020 llaman la atención ya que se trata de municipios que en su mayoría se encuentran entre categorías 3 y 6, con una oferta limitada.

Con relación a si usan los programas, un 67% de los habitantes de calle censados en Bogotá en 2017 manifestó hacer uso de los programas de gobierno. Algo similar manifestaron en 2019 las personas censadas en Medellín, Bucaramanga, Barranquilla, Cali y Manizales. En las cabeceras municipales, Villavicencio y Florencia en 2020 y en los 86 municipios censados en 2021 se observa una proporción menor, del 58,9% y 49,9% respectivamente.



Gráfica 21. Uso de los programas total general y por sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Ingresos y ocupaciones

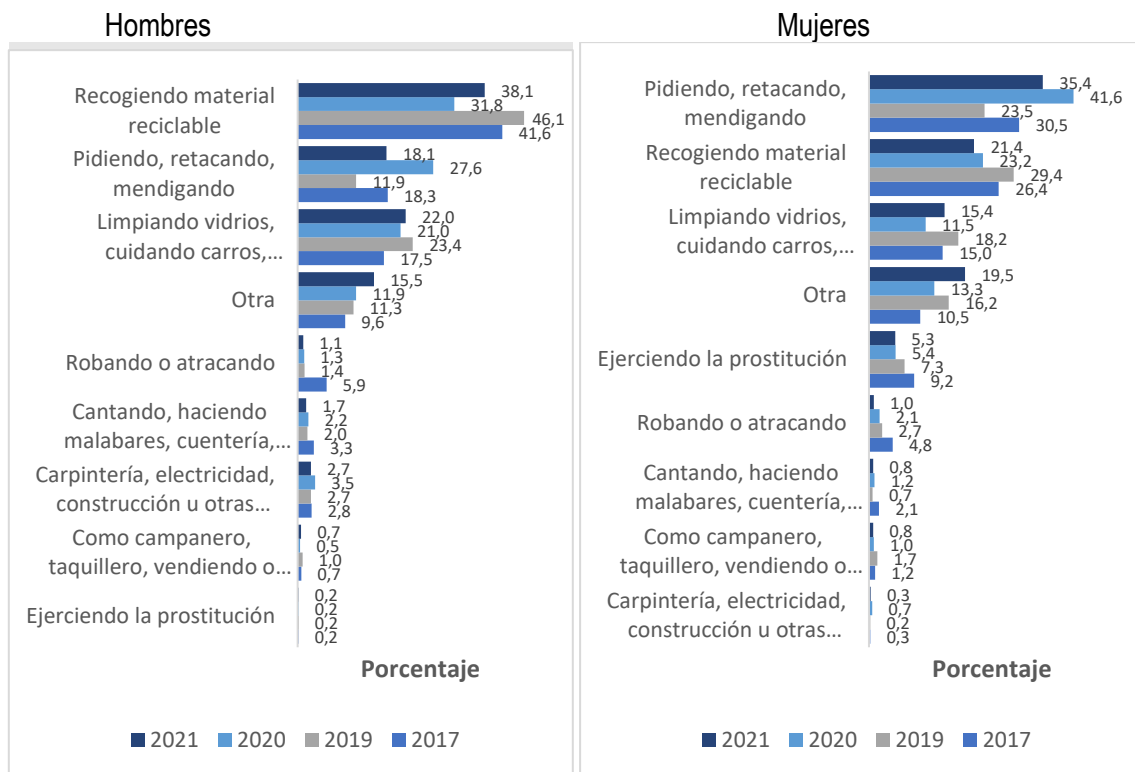
A continuación, se ilustra la información obtenida relacionada con las principales actividades que se desarrollan para generar ingresos por sexo.

En cuanto a la principal actividad para generar ingresos hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en todos los censos, ya que para los hombres la principal actividad es recoger material reciclable con una variación porcentual de 46,1% en el censo de 2019, y 31,8% en el de 2020, mientras que en el caso de las mujeres los porcentajes para esa misma actividad oscilan entre 29,4 en el censo 2019 y 21,4 en el censo 2021. En el caso de la actividad pidiendo, retacando o mendigando es la actividad principal para las mujeres con porcentajes entre 41,6% en el censo 2020 y 23,5% en el de 2019, para los hombres es la segunda actividad, con porcentajes que oscilan entre 27,6% en el censo



2020 y 11,9% en el censo 2019. En el caso de esta actividad tanto hombres como mujeres del censo 2020 (municipios con menos de 200 habitantes de la calle y Florencia y Villavicencio) fueron los porcentajes más altos con relación a su sexo. Hombres y mujeres reportan la misma actividad como tercera para generar ingresos referida a limpiar vidrios, cuidar carros, vender en la calle, tocar llantas u otras similares. La diferencia más significativa entre sexos se da con la actividad ejerciendo la prostitución, en donde las mujeres se encuentran con porcentajes entre el 9,2% en el censo 2017 (Bogotá) y el 5,3% en 2021, en tanto los hombres tienen el mismo porcentaje de 0,2% en todos los censos

Gráfica 22. Actividad principal para generar ingresos por sexo



Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

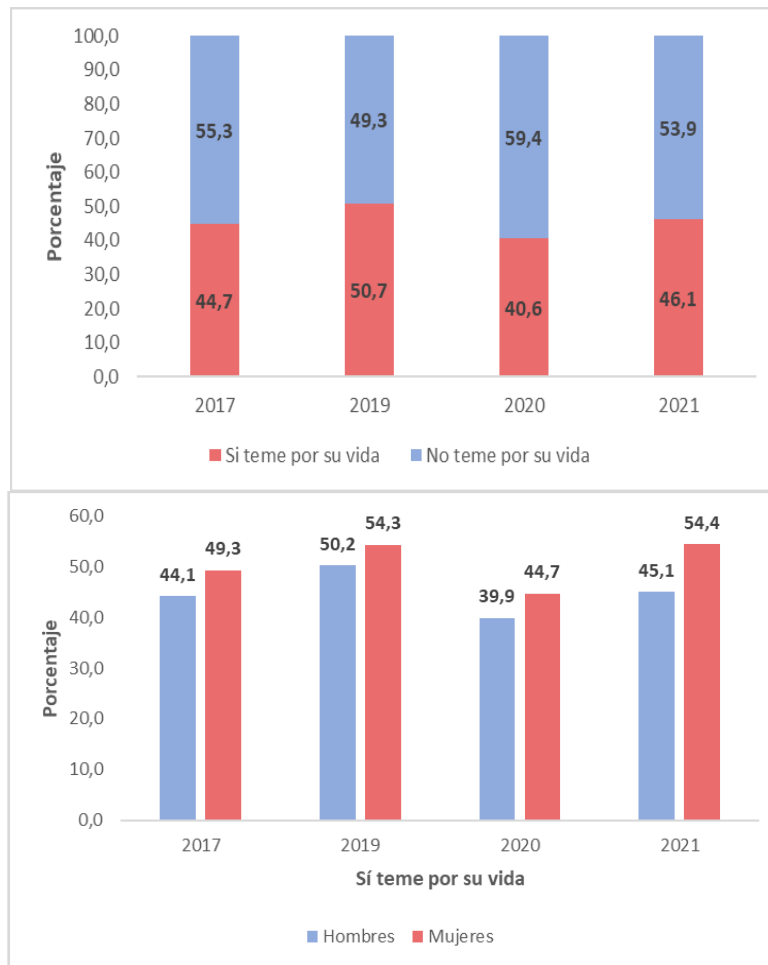
Percepción frente al riesgo de la vida en calle

A continuación, se presentan los resultados de las preguntas relacionadas con la percepción del riesgo derivado de la vida en calle, y situaciones de violencia de las cuales fueron víctimas las personas por cada censo clasificado por sexo.



Entre el 40,6% y 50,7% de la población teme por su vida. Sin embargo, las mujeres temen por su vida en mayor proporción que los hombres en todos los censos, entre el 44,7% y 54,4% de las mujeres temen por su vida.

Gráfica 23. Porcentaje de personas que temen por su vida, total general y por sexo



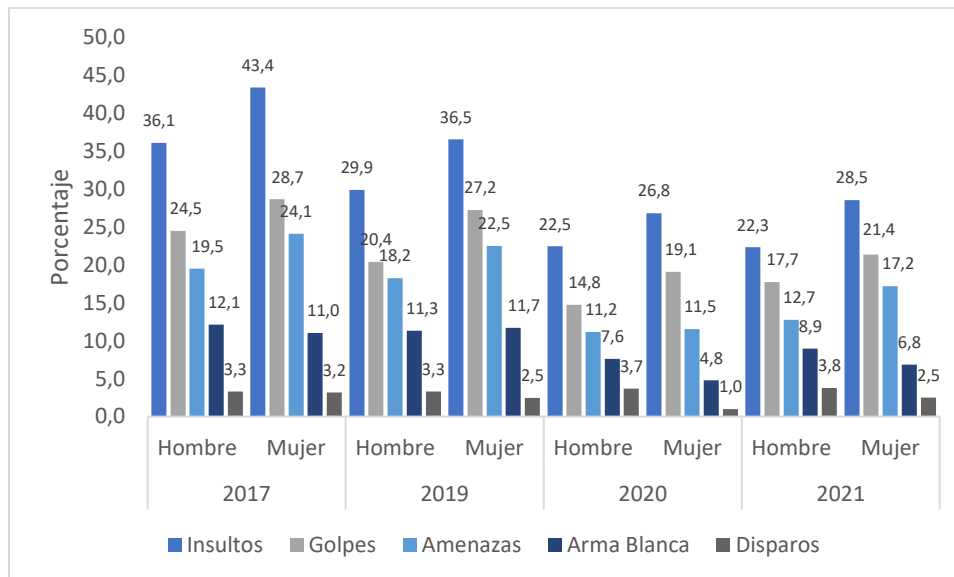
Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Se reporta que en los últimos 30 días entre el 43,4% y el 22,3 de las mujeres fueron víctimas de insultos, siendo el tipo de violencia más alto para hombres y mujeres, el censo de la ciudad de Bogotá tiene los mayores porcentajes con respecto a los insultos hacia las personas habitantes de calle para los dos sexos. En todos los censos siguen los golpes como forma de violencia con porcentajes más altos, también para ambos sexos, luego se encuentran las amenazas, la violencia con arma blanca y los disparos. En los cuatro censos los porcentajes de violencia de insultos, golpes y amenazas hacia las mujeres con relación a su universo de análisis son más altos que los de los hombres. En el caso de la violencia con arma blanca y los disparos la situación es contraria, siendo los hombres los que manifiestan porcentajes más altos. Los porcentajes de violencia con arma blanca son similares para hombres y mujeres en los censos 2017 y 2019, bajando notoriamente para los censos 2020 y 2021 en



donde sí se presentan variaciones significativas entre hombres y mujeres. En cuanto a los disparos, en el censo 2017 afectan casi de la misma forma a hombres y mujeres, en el de 2019 con una diferencia de menos de un punto, en cambio en 2020 hay una diferencia de 2,7 entre hombres y mujeres, y en el de 2021 es muy similar a la del censo 2019.

Gráfica 24. Víctimas por acciones de violencia



Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Factores precipitantes y predisponentes para la vida en calle

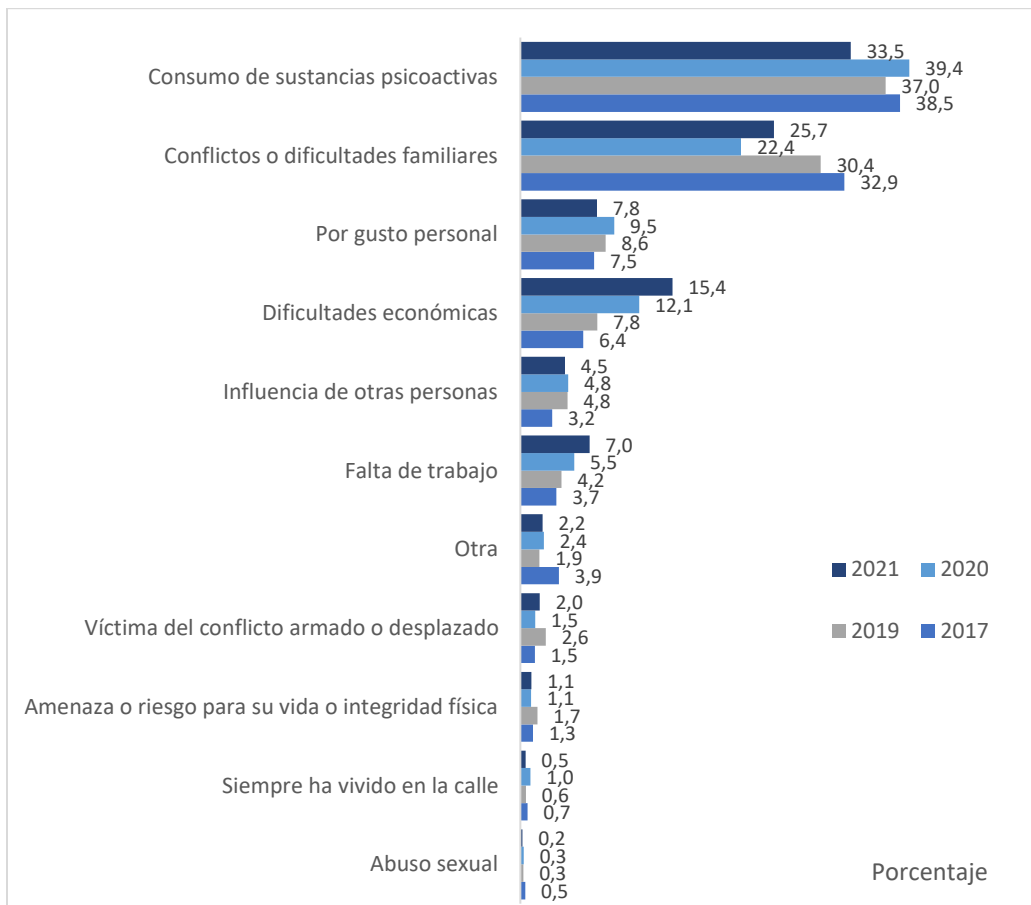
La información que se presenta a continuación se relaciona con las preguntas que buscaron indagar sobre las razones que incidieron en llegar a la situación de calle informadas por las personas desagregadas por censo y por sexo y grupos de edad.

De acuerdo con los aspectos indagados que incidieron en que las personas se encuentren en situación de calle, existe una variedad de circunstancias entre las que se destacan el consumo de sustancias psicoactivas (37,1%), los conflictos o dificultades familiares (27,85%), las dificultades económicas (10,4%), y el gusto personal (8,35%), con variaciones porcentuales entre los censos. Sin embargo, si se considera de manera amplia el fenómeno de la pobreza, la falta de trabajo (5,1%) y las dificultades económicas (10,4%) pueden hacer parte de una misma categoría denominada causas económicas lo que daría un resultante de 15,5% lo que ubicaría en tercer lugar a las causas económicas y en cuarto lugar a razones de gusto personal.



Es importante resaltar que el mayor porcentaje de personas que refirieron ir a la calle principalmente por consumo de sustancias psicoactivas se encuentran en el censo de 2020, es decir en municipios con menos de 200 personas habitantes de la calle y categorías 3 a 6, y que a las personas a las que se le preguntó por la principal razón de inicio de vida en calle, pero que la evidencia⁷ demuestra que es una mezcla de razones la que incide en que las personas vayan a la calle. Frente a ese 37,1% de personas que reportaron como principal razón para ir a la calle el consumo de sustancias psicoactivas, el 62,9% reportó las otras que no son consumo de sustancias psicoactivas como razón principal.

Gráfica 25. Principal razón de inicio de la vida en calle



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE. Nota: Según el manual de la encuesta del DANE “Dificultades económicas” incluye dificultad para mantenerse económicamente, bajos ingresos, pérdida de apoyo económico por parte de algún familiar o conocido y otras similares, no es desempleo. “Conflictos o dificultades familiares” incluye deterioro de la red familiar, muerte de un familiar significativo, conflictos con la pareja, descuido, falta de afecto, castigos verbales y físicos y otras similares.

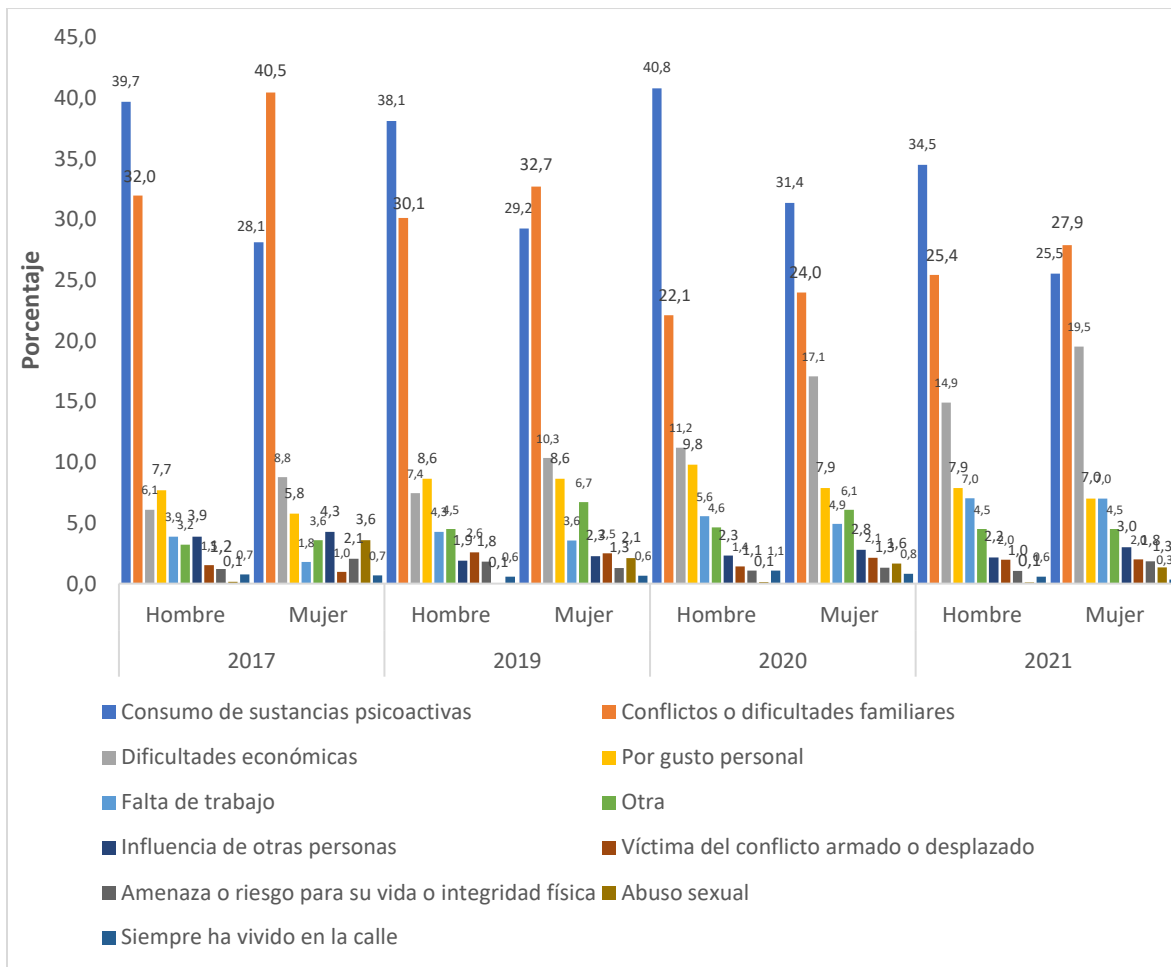
En los censos 2017, 2019 y 2021 la principal razón de inicio difiere entre hombres y mujeres, los hombres reportan como principal razón de inicio el consumo de sustancias psicoactivas, y las mujeres

⁷ 11 razones explicadas en la gráfica 25, estudios internacionales citados en la introducción



las dificultades o conflictos familiares. El único censo en donde ambos sexos refieren como principal razón de inicio el consumo de spa es el de 2020. Otra diferencia se da en la tercera razón de inicio reportada por hombres y mujeres. Para las mujeres de todos los censos la tercera razón de inicio son las dificultades económicas, en cambio solo para los hombres de los censos 2020 y 2021 esta es la tercera razón de inicio. En 2017 y 2019 los hombres argumentan como tercera razón de inicio el gusto personal.

Gráfica 26. Principal razón de inicio de vida en calle por sexo



Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

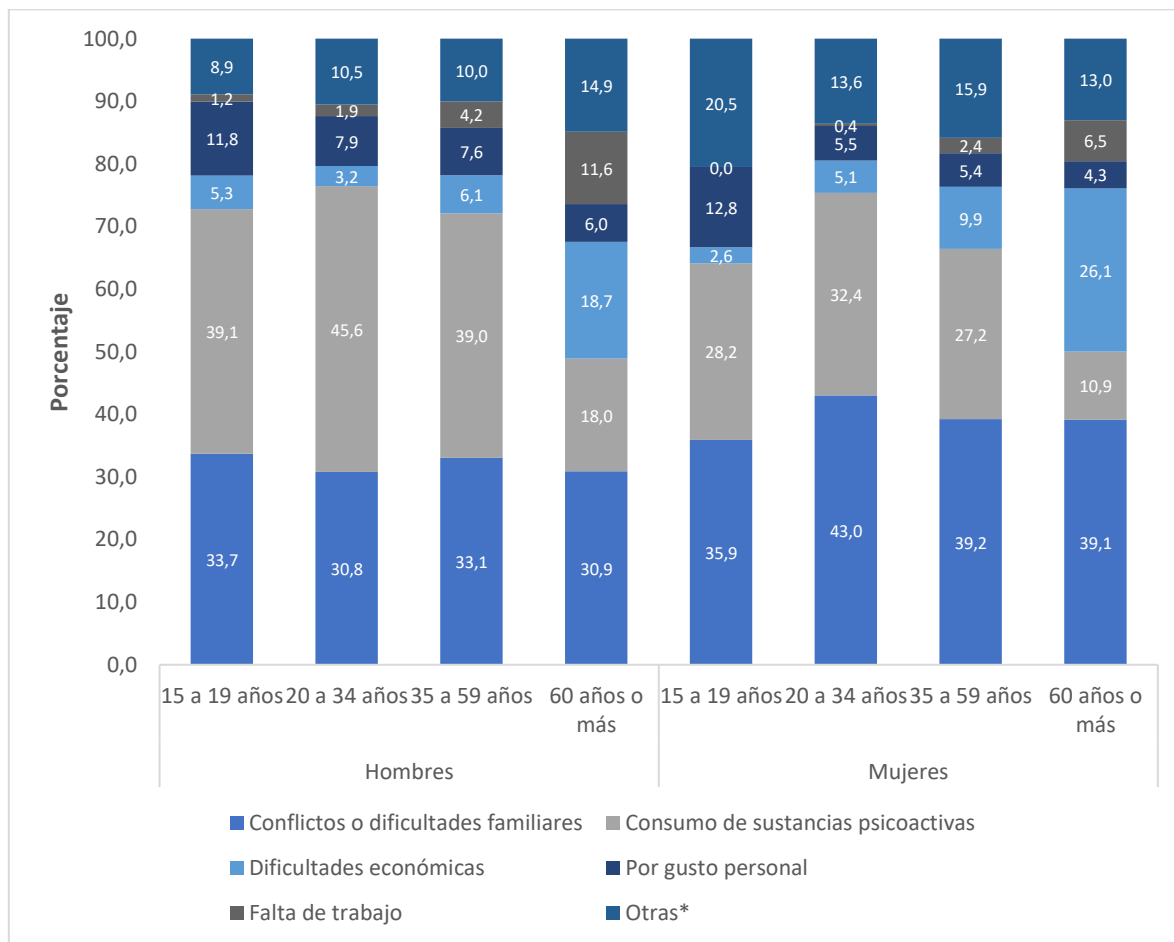
A continuación, se analizan las razones de inicio de vida en calle por sexo y grupos de edad para cada censo, dado que se constituyen en factores predisponentes y precipitantes para la vida en calle que es necesario considerar para el desarrollo de acciones preventivas con enfoque de género. Analizarlas por censo y sexo, permite a los diferentes territorios reflexionar sobre las particularidades de las personas en los municipios de cada censo.



Censo 2017. Bogotá

Con relación a la principal razón de inicio de vida en calle que reportaron los diferentes grupos de edad, se puede ver una variación considerable en el grupo de 60 años o más con relación a los demás grupos, tanto en hombres como en mujeres, ya que en ambos grupos se distribuyen los porcentajes mayores de razones entre conflictos y dificultades familiares y dificultades económicas, sube el porcentaje de falta de trabajo, a diferencia de los grupos de 15 a 59 años, y se reduce sustancialmente el porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas (18% en el caso de los hombres y 10.9% en el caso de las mujeres). La principal razón de ir a la calle cuyo porcentaje se mantiene similar en todos los grupos de edad es la de dificultades y conflictos familiares. La principal razón de inicio de vida en calle aducida por los hombres entre los 15 y los 59 años es el consumo de sustancias psicoactivas (41,2%), mientras que el 29,3% de las mujeres de ese grupo de edad refirió esa razón de inicio de vida en calle.

Gráfica 27. Principal razón de inicio de vida en calle por edad 2017



Nota: Otras* esta categoría incluye Otra, Influencia de otras personas, Amenaza o riesgo para su vida o integridad física, Víctima del conflicto armado o desplazado, Abuso sexual, Siempre ha vivido en la calle.

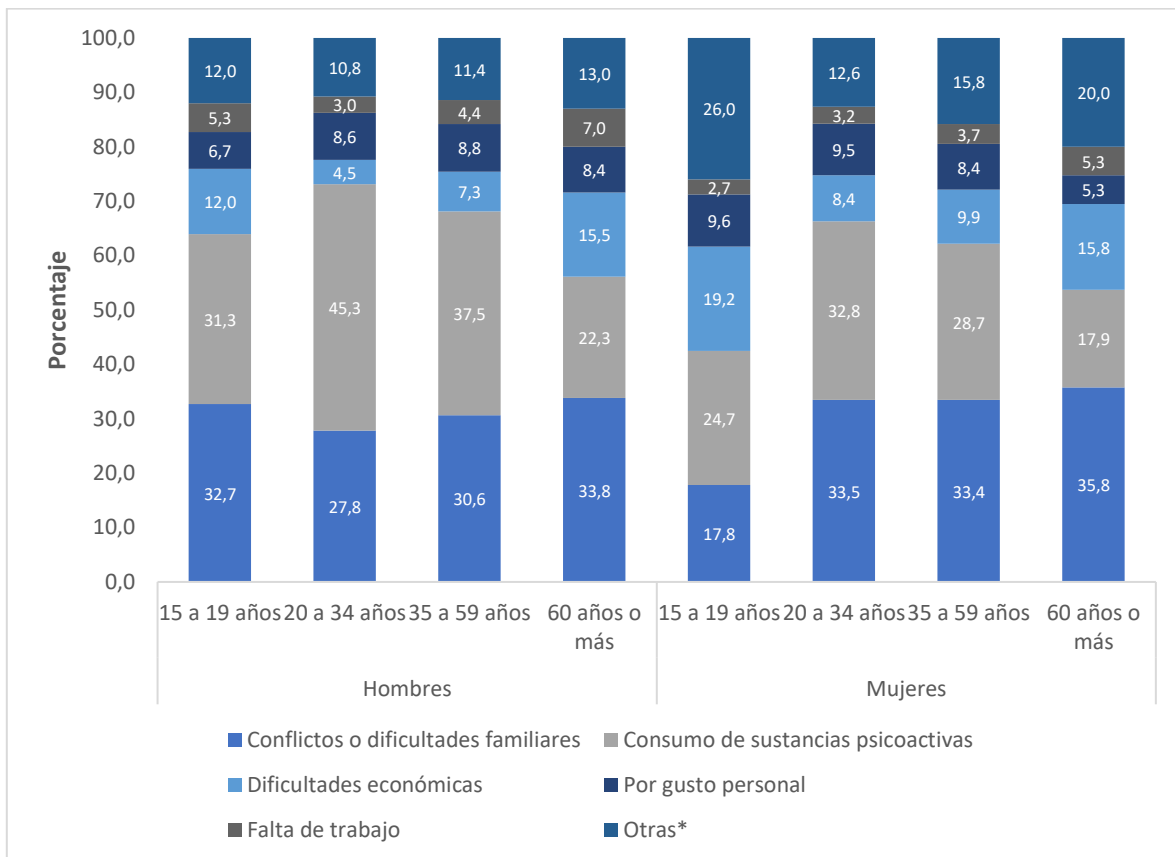
Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



Censo 2019. Medellín, Bucaramanga, Barranquilla con sus áreas metropolitanas, Cali y Manizales

En el caso de este censo se destaca el comportamiento de la principal razón de inicio para las mujeres de 15 a 19 años, en donde el consumo de sustancias psicoactivas tiene un porcentaje mayor (24,7%) al de conflictos y dificultades familiares (17,8%) y esta razón es menos reportada que la de dificultades económicas (19,3%). Se presenta la misma tendencia del censo anterior en personas mayores de 60 años, en donde la principal razón son los conflictos y dificultades familiares, y el consumo de sustancias psicoactivas tiene un porcentaje mucho menor que en los otros grupos de edad tanto en hombres como en mujeres.

Gráfica 28. Principal razón de inicio de vida en calle por edad: 2019



Nota: Otras* esta categoría incluye Otra, Influencia de otras personas, Amenaza o riesgo para su vida o integridad física, Víctima del conflicto armado o desplazado, Abuso sexual, Siempre ha vivido en la calle.

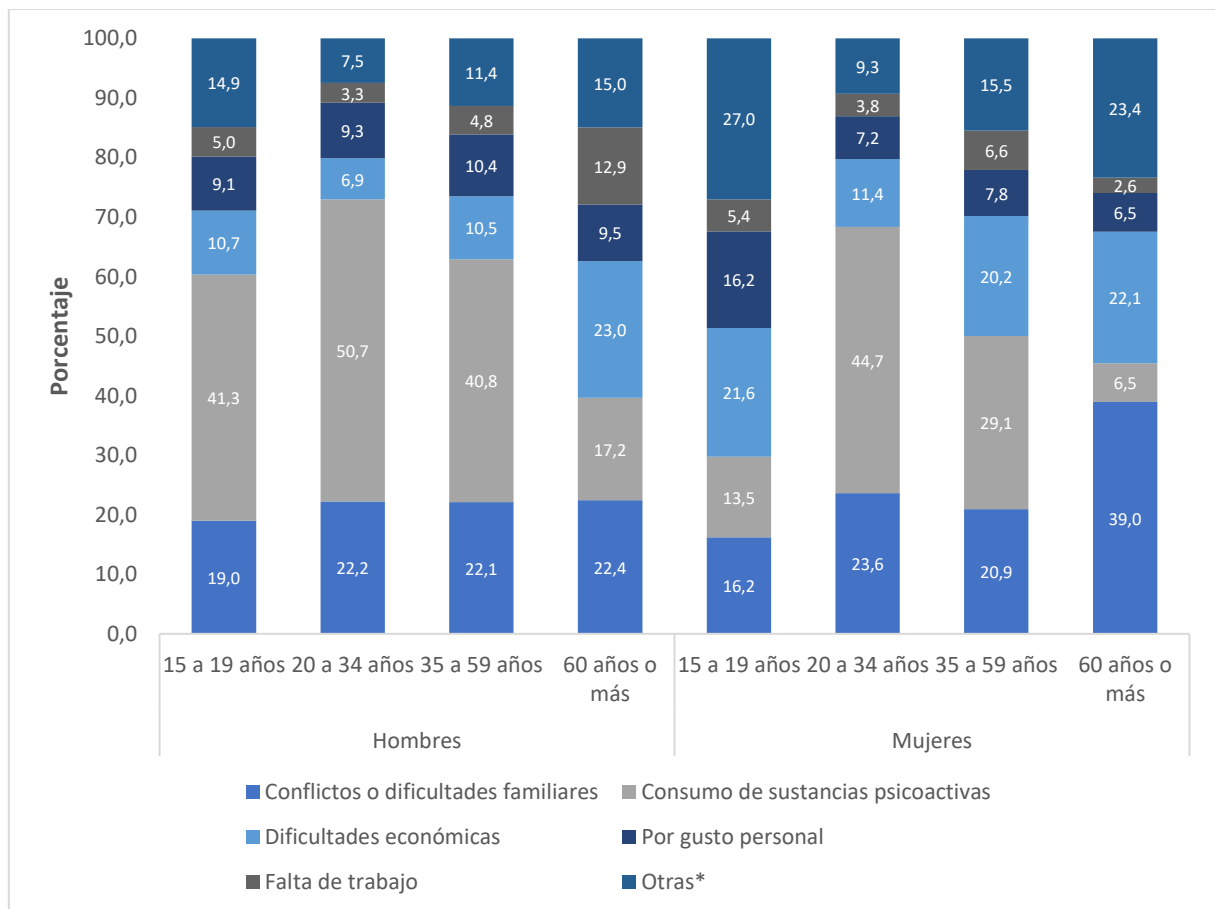
Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



Censo 2020 Cabeceras municipales con menos de 200 personas habitantes de la calle, Villavicencio y Florencia

En este censo el porcentaje de la razón de inicio de vida en calle por consumo de sustancias psicoactivas en los grupos entre 15 y 59 años es la que tiene mayor porcentaje, y está por encima de los demás censos con 44.26% para los hombres, el 29,1% para las mujeres no difiere mayormente de los censos 2017 y 2019, y es el único censo en donde más de la mitad (50,7%) de uno de los grupos de edad de hombres (20 a 34 años) lo reportaron. Lo que si cambia de manera significativa para las mujeres es el incremento en el consumo de sustancias psicoactivas como principal razón de inicio de vida en calle entre el grupo de edad de 15 a 19 años (13,5%) y el de 20 a 34 años (44,7%) y luego con el menor porcentaje de todos los censos para el grupo de mujeres mayor de 60 años (6,5%). Es importante anotar que para el grupo de mujeres de 15 a 19 años la razón principal de vida en calle fueron las dificultades económicas (23,6%) y otras (27%), por encima de los conflictos y dificultades familiares.

Gráfica 29. Principal razón de inicio de vida en calle según sexo y edad: 2020



Nota: Otras* esta categoría incluye Otra, Influencia de otras personas, Amenaza o riesgo para su vida o integridad física, Víctima del conflicto armado o desplazado, Abuso sexual, Siempre ha vivido en la calle.

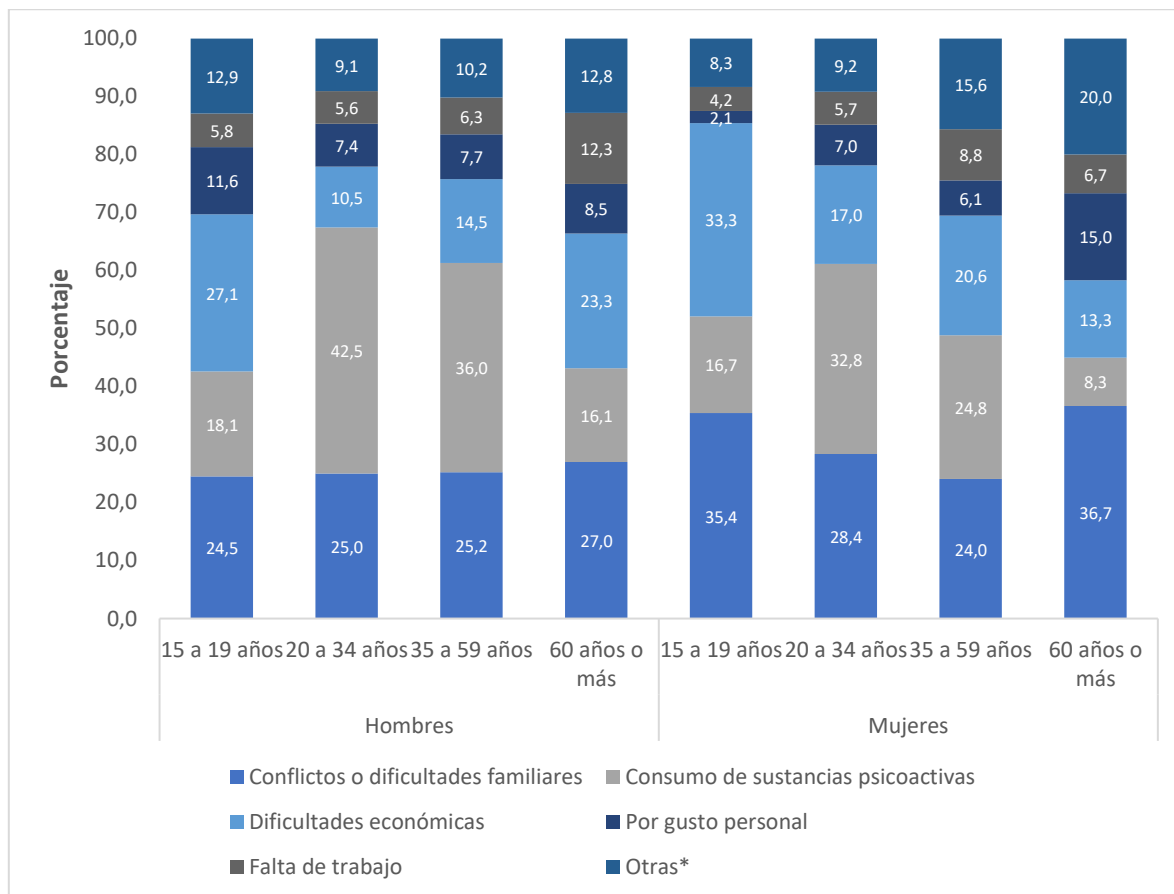
Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



Censo 2021. 86 municipios entre ellos 15 ciudades capitales: Arauca, Armenia, Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Riohacha, Pasto, Pereira, Popayán, San José de Cúcuta, Santa Marta, Sincelejo, Valledupar y Yopal, y Buenaventura

Para este censo se destacan entre las mujeres de 15 a 19 años como principales razones de inicio de vida en calle los conflictos y dificultades familiares (35,4%) y las dificultades económicas (33,3%), situación que varía porcentualmente entre los 20 y los 34 años. La razón principal cuyo porcentaje se mantiene por encima del 24% para todas las edades y en ambos sexos son las dificultades y conflictos familiares.

Gráfica 30. Principal razón de inicio de vida en la calle según sexo y edad: 2021



Nota: Otras* esta categoría incluye Otra, Influencia de otras personas, Amenaza o riesgo para su vida o integridad física, Víctima del conflicto armado o desplazado, Abuso sexual, Siempre ha vivido en la calle.

Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



2.1. Reporte sobre niños niñas y adolescentes con alta permanencia en calle y situación de vida en calle y factores de riesgo 2019 – 2022

Otra fuente de información que aporta al análisis sobre los factores de riesgo (precipitantes y predisponentes) para la vida en calle es el sistema de información misional –SIM del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, entidad que cuenta con una distribución geográfica de niñas niños y adolescentes que tienen riesgo de calle por su alta permanencia en calle. Los datos corresponden a los años 2019 a 2022 (corte al mes de mayo) periodo en el que se analizó la información del SIM de acuerdo con un modelo de predicción de riesgo de calle.

El modelo de priorización territorial del ICBF, permite identificar los diferentes riesgos que pueden presentarse en territorio, asociando variables relacionadas con la alta permanencia en calle y vida en calle como: porcentaje de hogares con déficit habitacional cuantitativo, pobreza multidimensional, pobreza monetaria extrema, trabajo infantil, desescolarización en educación básica primaria y secundaria, consumo de SPA, violencia intrafamiliar, víctimas de desplazamiento forzado por municipio de recepción, presencia de población migrante y el censo de habitantes de calle.

Se priorizaron 224 municipios para el año 2022⁸ con ubicación mayoritaria en zonas rurales de 77 territorios, y rural disperso de 92 municipios, que se encuentran en 21 departamentos del país, lo cual implica una alerta para estos territorios sobre la necesidad de focalizar y tomar decisiones que se configuren en acciones de prevención y atención de las niñas y niños en esta situación.

Tabla 5. Departamentos y municipios con riesgo por alta permanencia y vida en calle de niños, niñas y adolescentes

Departamentos	Cantidad de municipios priorizados	Departamentos	Cantidad de municipios priorizados
Nariño	39	Magdalena	4
Chocó	28	Vichada	4
Bolívar	20	Antioquia	3
Cauca	18	Arauca	3
Córdoba	14	Casanare	2
La Guajira	13	Norte de Santander	2
Putumayo	13	Atlántico	1
Caquetá	12	Boyacá	1
Amazonas	11	Caldas	1

⁸ ICBF. Direcciones de Infancia y Planeación. Modelo de priorización territorial, municipios con rango de priorización muy alto 2021.



Guainía	8	Huila	1
Sucre	7	Meta	1
Cesar	6	Risaralda	1
Vaupés	6	Valle del Cauca	1
Guaviare	4	Total	224

Fuente: ICBF. Modelo de priorización de territorios para el desarrollo de acciones de prevención de las situaciones de alta permanencia y vida en calle 2022.

Ahora bien, la información que relaciona el número de niñas, niños y adolescentes ubicados por la autoridad administrativa en los programas dispuestos para el proceso de restablecimiento de derechos (PARD), con motivo de ingreso alta permanencia en calle y vida en calle, en el periodo comprendido entre los años 2019 a 2022 con corte a mayo, registrados en el Sistema de Información Misional (SIM) se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 6. Niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por motivo de ingreso Alta Permanencia en Calle, en el periodo 2019 – 2022 (corte mayo), según el sexo.

Sexo	Alta permanencia en calle				
	2019	2020	2021	2022	Total
Mujeres	105	832	1.348	624	2.909
Hombres	232	1.260	2.102	972	4.566
Total	337	2.092	3.450	1.596	7.475

Fuente: Sistema de Información Misional – SIM ICBF

Durante el periodo del 2019 a 2022 con corte a mayo, las Direcciones Regionales del ICBF en Valle del Cauca (2022), Bogotá (921), Caldas (833), Antioquia (761), Meta (380), Tolima (366), fueron en donde más ingresos a PARD se identificaron por alta permanencia en calle. De acuerdo con lo registrado en el Sistema de Información Misional (SIM), del ICBF, del 2019 al 2022 con corte a mayo, según el sexo, los niños y adolescentes hombres son los más afectados en esta problemática, correspondiendo al 61% de los ingresos.



Tabla 7. Niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por motivo de ingreso Alta Permanencia en Calle, en el periodo 2019 – 2022 (corte mayo), por quinquenios.

Quinquenios	Alta permanencia en calle				
	2019	2020	2021	2022	Total
0 - 5 años	11	71	78	23	183
6 - 11 años	52	596	901	516	2.065
12 - 17 años	274	1.417	2.458	1.053	5.202
Mayor de 18 años		6	8	2	16
Sin información		2	5	2	9
Total	337	2.092	3.450	1.596	7.475

Fuente: Sistema de Información Misional- SIM ICBF

El Sistema de Información Misional (SIM), del ICBF, del 2019 a 2022 con corte a mayo, registra que los adolescentes entre los 12 y 17 años son los más afectados por la alta permanencia y corresponden al 70% de los ingresos al PARD. Vale la pena resaltar la participación de las niñas y niños entre los 6 a 11 años, con 28% en los ingresos a PARD por alta permanencia en calle.

A continuación, se relaciona la información de las niñas, niños y adolescentes con un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, con motivo de ingreso situación de vida en calle.

Tabla 8. Niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por motivo de ingreso situación de vida en Calle, en el periodo 2019 – 2022 (corte mayo), según el sexo.

Sexo	Vida en calle				
	2019	2020	2021	2022	Total
Mujeres	276	77	94	39	486
Hombres	512	196	220	81	1.009
Total	788	273	314	120	1.495

Fuente: Sistema de Información Misional – SIM ICBF

Durante el periodo del 2019 a 2022 con corte a mayo, fueron las Direcciones Regionales del ICBF en Antioquia (282), Bogotá (210), Bolívar (159) y Valle del Cauca (109) donde más ingresos a PARD se identificaron por situación de vida en calle. De acuerdo con lo registrado en el Sistema de Información Misional (SIM), del ICBF, del 2019 al 2022 con corte a mayo, según el sexo, los niños y adolescentes hombres son los más afectados por situación de vida en calle, con el 67% de los ingresos.



Tabla 9. Niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por motivo de ingreso situación de vida en Calle, en el periodo 2019 – 2022 (corte mayo) por quinquenios

Rangos de edad	Vida en calle				
	2019	2020	2021	2022	Total
0 - 5 años	31	13	20	8	95
6 - 11 años	165	32	35	20	533
12 - 17 años	589	226	254	92	1.794
Mayor de 18 años	3	2	4		17
Sin información			1		3
Total	788	273	314	120	2.442

Fuente: Sistema de Información Misional – SIM ICBF

El Sistema de Información Misional (SIM), del ICBF, del 2019 a 2022 con corte a mayo, registra que, de manera importante, los adolescentes entre los 12 y 17 años son los más afectados por situación de vida en calle, con el 73% de los ingresos.

En este mismo sentido, llama la atención la participación de las niñas y niños entre los 6 a 11 años, con una participación del 22% en los ingresos a PARD por alta permanencia en calle.

Conclusión

Características socio demográficas. Con relación al alfabetismo se pudo establecer que el 85,6% de las personas habitantes de la calle sabe leer y escribir, y el 14,4% refirió no saber. Los mayores porcentajes de personas que saben leer y escribir se encuentran en Bogotá y en Cali, Barranquilla y Medellín, Bucaramanga y sus áreas metropolitanas y Manizales. Existe brecha de género en todos los censos, siendo siempre menor el porcentaje de mujeres que sabe leer y escribir. En cuanto al nivel educativo más alto alcanzado, hay una diferencia entre Bogotá y el resto del país, siendo para el resto del país la básica primaria y para Bogotá la básica secundaria. La mayor brecha entre mujeres y hombres se da en la educación técnica.

Características asociadas con el inicio de vida en calle. El mayor porcentaje de personas inician su vida en la calle entre los 14 y 29 años; para los hombres la tendencia es a iniciar la vida en la calle de manera más tardía entre los 20 y los 34 años; para las mujeres se identificaron edades más tempranas - comprendidas entre los 10 y los 19 años, siendo el porcentaje más alto el del censo 2019.

En general, son tres las principales razones para vivir en la calle; la primera, el consumo de sustancias psicoactivas, 37,1%; la segunda, los conflictos y dificultades familiares 27,85%, y la tercera, causas económicas (dificultades económicas y falta de trabajo) con un 15,5%. No se debe desconocer que la cuarta razón es por gusto personal con un porcentaje de 8,35%.



Es importante tener en cuenta que las razones principales son diferentes en mujeres y hombres; los conflictos y dificultades familiares es la principal razón reportada en las mujeres para los censos 2017, 2019 y 2021, y las dificultades económicas son la tercera razón reportada para ir a la calle, lo cual podría sugerir que para las mujeres la combinación entre conflictos y dificultades familiares y dificultades económicas incrementa el riesgo de ir a la calle. Para los hombres el consumo de sustancias psicoactivas y las dificultades económicas y el gusto personal es la combinación que eleva el riesgo. Es importante tener presente que el censo 2020 presenta una variación de razones para ir a la calle por sexo con relación a los otros, ya que tanto hombres como mujeres refirieron el consumo de sustancias psicoactivas como la razón principal.

Con relación a los motivos de inicio de vida en calle por grupos de edad, entre 15 y 59 años son: 1) el consumo de sustancias psicoactivas y 2) las dificultades y conflictos familiares; el porcentaje mayor que refirió el consumo de sustancias como razón principal se encuentra entre los 20 y los 34 años para todos los censos, y en el censo de 2020 tuvo el mayor porcentaje con un 50% de hombres en esas edades que la señalaron como razón principal. Para el grupo mayor de 60 años, los motivos son: 1) conflictos y dificultades familiares, y 2) las dificultades económicas, salvo en el censo 2019 en las dificultades económicas se encuentran por debajo del consumo de sustancias psicoactivas.

Es decir que la razón que se mantiene a lo largo de la vida y por sexo son las dificultades y conflictos familiares, y que este motivo tiene un mayor reporte en las mujeres y en las personas mayores de 60 años.

El Sistema de Información Misional (SIM) del ICBF, registra del 2019 a 2022 con corte a mayo, que los adolescentes hombres entre los 12 y 17 años son los más afectados por la alta permanencia en calle y por la situación de vida en calle, los primeros corresponden al 70% de los ingresos a los programas de restablecimiento de derechos, y los segundos al 73% de los ingresos.

El análisis realizado por ICBF del comportamiento de factores impulsores, o de incidencia en las situaciones de vulneración de derechos de alta permanencia y vida en calle, señala en particular la desescolarización⁶, como un factor que potencia los demás riesgos, y que presenta mayor variación entre territorios, y evidencia casos como los del Amazonas, que presenta una tasa de desescolarización en básica primaria que llega al 84,72%, seguido por departamentos como Nariño, cuyo rango más alto comprende una tasa de 66,33%; y los departamentos de Guaviare y Norte de Santander con valores entre 14,7% y 66,20% y de 12% a 59,57% respectivamente. Esto supone que, en los municipios con altas tasas de desescolarización en primaria, se presenta una mayor exposición a riesgos, a espacios relacionados con la calle y de desprotección y sin posibilidad de potenciar sus capacidades y talentos.

Integración social, redes de apoyo y actividades económicas de las personas habitantes de la calle en Colombia. En este apartado se tienen en cuenta aspectos que indican la participación de la persona en redes que generan bienestar como las afectivas, económicas, institucionales y aquellas relacionadas con los atributos que permiten a las personas el ejercicio de sus derechos.

Ahora bien, con respecto a las redes afectivas con las que cuentan las personas encuestadas, el mayor contacto tanto de hombres como mujeres se da con la madre, aunque con mayor porcentaje por parte de los hombres que de las mujeres; el segundo contacto referido por ambos sexos es con



hermanos o hermanastros, y el tercer lugar en mucho menor porcentaje es con el padre o padrastro con un mayor porcentaje de mujeres que mantienen este contacto que de hombres. Una cantidad importante de personas reportan ningún contacto con su familia de origen y oscilan entre 38,5% y el 40,2%.

Los apoyos⁹ que reciben las personas censadas provienen de instituciones oficiales, familiares y amigos, con variaciones porcentuales entre censos. Se destaca el caso de Bogotá en donde casi la mitad de las personas dijeron que el apoyo provenía de instituciones oficiales. No obstante, lo anterior, se debe tener en cuenta que hay un nivel muy desigual de conocimiento de los programas de la alcaldía entre regiones; entre un 82% de las personas censadas en el caso de Bogotá, y un 25,2% en los territorios del censo 2021, saben que hay programas, lo cual puede estar relacionado con la oferta disponible. Ahora bien, con relación al uso de los programas por parte de la población que conoce la oferta, varía el número de personas que los usan, pero en ningún caso supera el 67,7%. Es decir que en el caso en el que las personas más usan los programas, la tercera parte de aquellas que los conoce, no los usa.

La principal actividad económica para generar ingresos difiere entre hombres y mujeres. Mientras que para los hombres es recoger material reciclable, para las mujeres es pedir, mendigar o retacar, salvo en el caso del censo 2019, cuya principal actividad económica fue recoger material reciclable. La actividad que describe el censo como ejerciendo la prostitución marca una diferencia significativa entre hombres y mujeres para todos los censos, ya que el 6,8% de mujeres reporta esta actividad (promedio de todos los censos), mientras que el 0,2% de hombres lo reportó.

Otro aspecto que refleja brecha de género es tener cédula de ciudadanía¹⁰. En todos los censos las mujeres que informaron tener cédula de ciudadanía fueron menos que los hombres, presentando las mayores diferencias en el censo 2021 con 7,2 p.p, seguido por el censo de 2020 con una diferencia de 3,6 p.p. En 2017 y 2019 la diferencia es menor siendo de 0,4 p.p y 0,3 p.p, respectivamente. El promedio de personas que cuentan con documento de identidad es 93,8% para 2017, 81,8% para 2019, 96,1% 2020 y 76,6% para 2021. Hay una variación grande entre los censos de 2017 y 2020, con los de 2019 y 2021, siendo este último el de menor reporte. Aunque pareciera no ser un elemento tan incidente en brechas de acceso, se debe tener en cuenta que desconocemos el número de personas censadas por observación que no cuenta con documento de identidad, lo cual puede ampliar estos porcentajes.

Algunos efectos del estigma y la discriminación. La información derivada de los censos que permite analizar aspectos relacionados con prácticas de exclusión social proviene de dos preguntas, una que indaga por la percepción de seguridad de los habitantes de la calle, y la otra pregunta por las agresiones de las cuales son víctimas.

⁹ Hace referencia a las diferentes fuentes de donde provienen apoyos como alimentación, dinero, alojamiento, afiliación a salud entre otras.

¹⁰ Se debe tener en cuenta que esta estimación podría ser menor en tanto que las personas encuestadas son menos que las censadas, y ello podría disminuir los porcentajes de personas que cuentan con documento de identidad. De las 9538 personas censadas en 2017, quienes respondieron la entrevista fueron 6.946. En el caso del censo 2019, 10.162 respondieron la entrevista directa (por observación 3.090), en el de 2020, 4175 tuvieron entrevista directa (por observación 868), y en el de 2021, 5.343 tuvieron entrevista directa (por observación 905).



Con relación a la seguridad de las personas habitantes de la calle, en todos los censos reportaron temer por su vida entre el 40,6% y el 50,7% de los encuestados y en todos los censos las mujeres presentan un mayor porcentaje que los hombres. Tanto mujeres como hombres afirmaron haber sido víctimas de acciones de violencia; el mayor porcentaje se da por insultos (36,9% en 2017, 30,7% en 2019, 23,1% en 2020 y 23,0% en 2021), seguida de golpes (24,9% en 2017, 21,2% en 2019, 15,4% en 2020 y 18,1% en 2021) y amenazas (20,0% en 2017, 18,8% en 2019, 11,2% en 2020 y 13,2% en 2021). No obstante, las lesiones por arma blanca y disparos también se presentan, y aunque en el caso de arma blanca fueron más hombres los que reportaron este tipo de violencia, en el caso de disparos ambos sexos lo reportaron en porcentajes similares.

3. Aproximación a la situación de Salud de las personas habitantes de la calle en Colombia

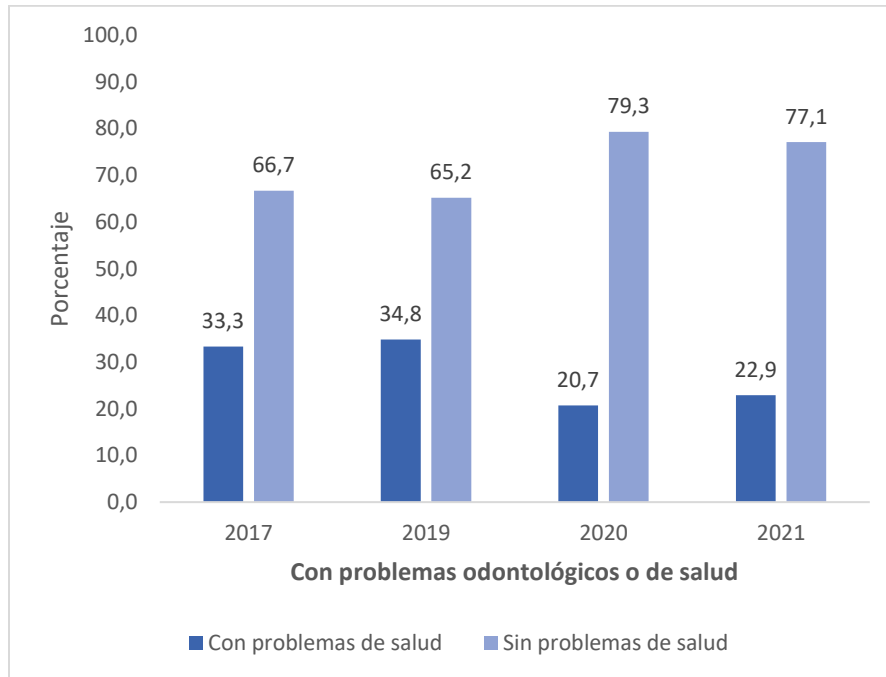
En esta sección se hace un análisis de las preguntas del censo que tenían que ver con situaciones de salud, y autocuidado o de acceso a servicios de salud, acorde con el reporte de las personas, en algunos casos comparándolos con población general.

3.1. Problemas de salud general.

Las encuestas indagan por una categoría global referida a problemas de salud u odontológicos en los últimos 30 días. Entre el 20,7% y el 34,8% de las personas habitantes de la calle censados refirió haber tenido un problema de salud en el último mes, siendo el mayor reporte el del censo 2019, y el menor el del censo 2020. Para todos los censos las mujeres reportan tener en los últimos 30 días problemas odontológicos o de salud en mayor proporción.

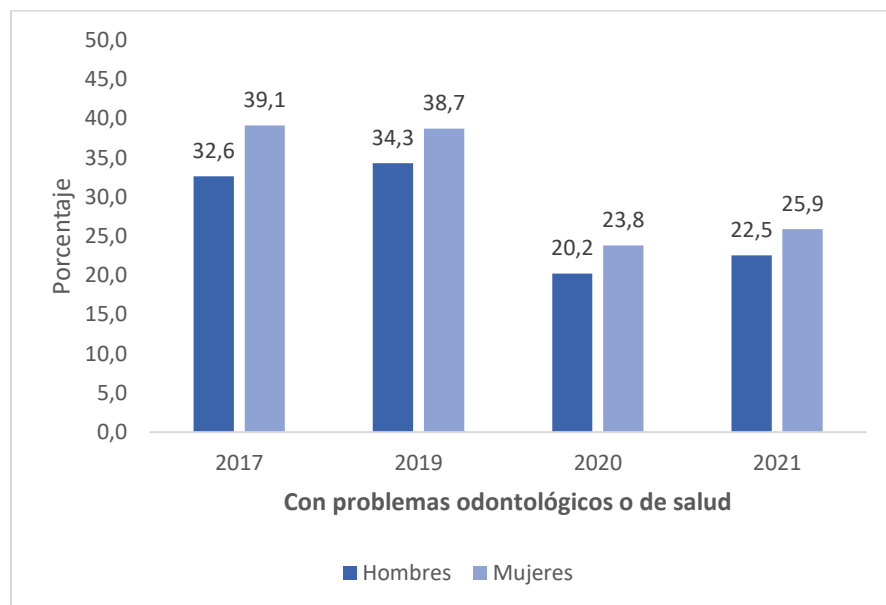


Gráfica 31. Personas que informaron haber tenido problemas odontológicos o de salud en los últimos 30 días



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Gráfica 32. Personas que informaron haber tenido problemas odontológicos o de salud en los últimos 30 días por sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

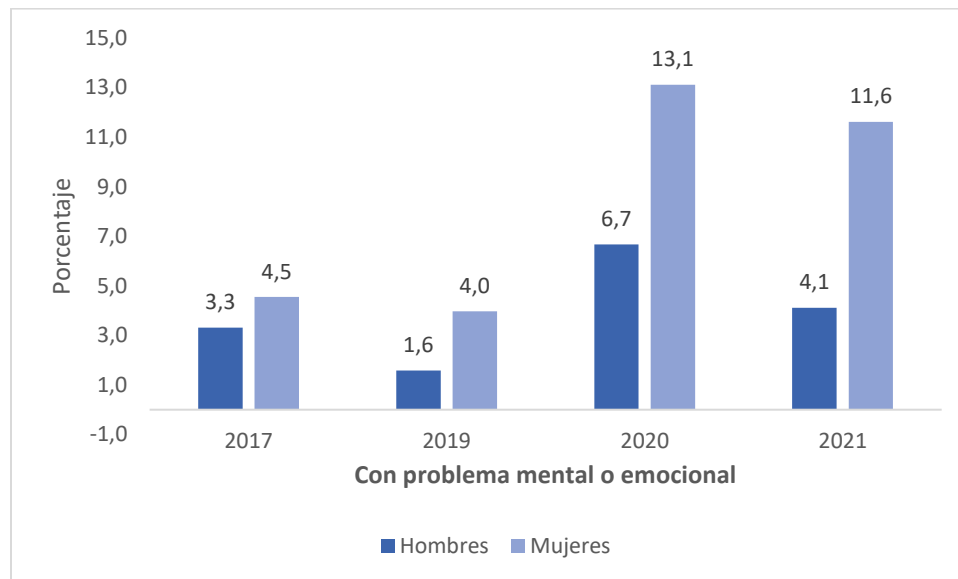


Dentro de los problemas de salud, se encuentran lesión, intoxicación o envenenamiento causado por accidente, lesión intencional por causa de terceros, problema mental o emocional, intento de suicidio, tos frecuente, otros problemas respiratorios (gripa, asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC), Infecciones de transmisión sexual (ITS)¹¹, molestias dentales, dolor abdominal y/o diarrea.

Problemas de salud mental

Entre el 1,6% y el 6,7% de los hombres informaron haber tenido un problema de tipo mental o emocional, en tanto que, entre el 4,0% y el 13,1% de las mujeres lo hicieron, siendo el porcentaje de reporte más alto en ambos casos el del año 2020, que corresponde a municipios de categorías 3 a 6 mayormente, y Florencia y Villavicencio, y el menor reporte de problemas mentales o emocionales en el censo del 2019 que corresponde a 1,6% para los hombres y 4,0% para las mujeres.

Gráfica 33. Personas que reportan un problema mental o emocional por sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Intento de suicidio.

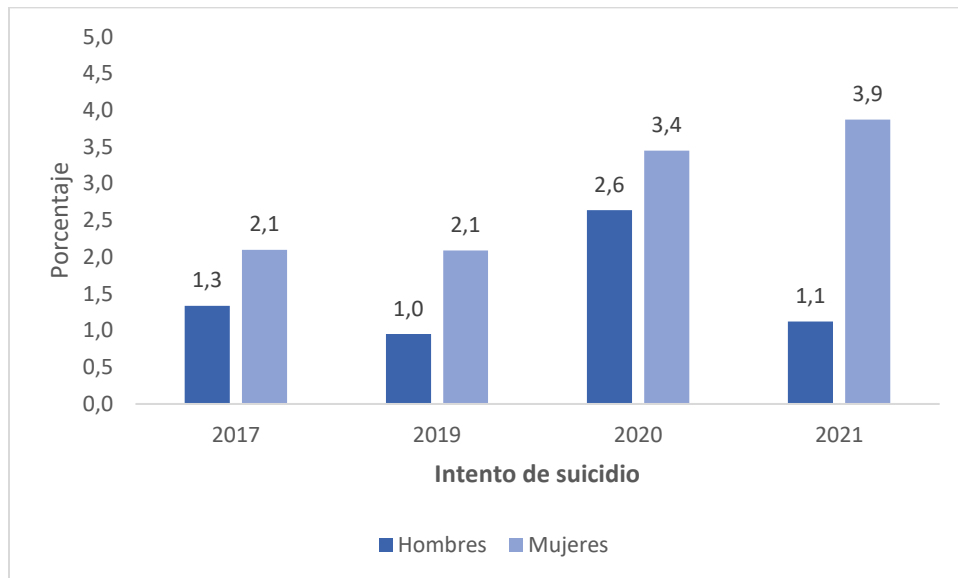
Se informó entre el 1,1% y 2,8% de las personas que reportaron haber tenido un problema odontológico o de salud en el último mes, siendo el porcentaje total más alto el referido por las personas censadas en 2020. Entre el 1,0% y el 2,6% de los hombres informaron haber tenido un intento de suicidio en los últimos treinta días (se incluía como una opción dentro de los problemas odontológicos o de salud del formulario del DANE), en tanto que entre el 2,1% y el 3,9% de las mujeres

¹¹ Referido en el manual de los censos como enfermedades de transmisión sexual (venéreas)



informaron intento de suicidio, correspondiendo el reporte más alto para los hombres el del censo 2020, y para las mujeres el del año 2021 en donde se incluyen cabeceras municipales como Armenia, Cartagena, Pereira, Riohacha y del distrito de Buenaventura.

Gráfica 34. Intento de suicidio por sexo



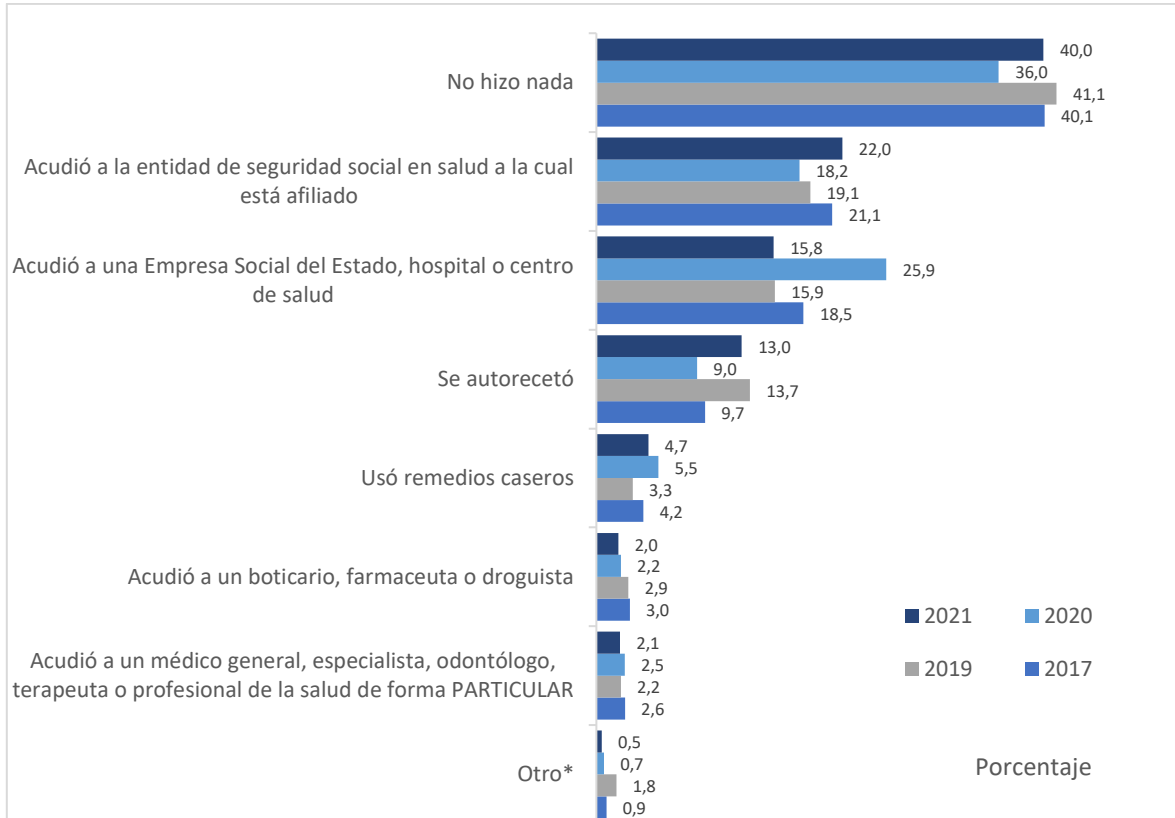
Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Acciones realizadas por los habitantes de la calle frente a los problemas de salud.

En promedio el 39,3% de las personas dijeron no hacer nada frente al problema de salud que se les presentó en el último mes, oscilando entre porcentajes de 41,1% en el censo 2019, y 36% en el de 2020. No obstante, entre el 22% y 18,2% acudieron a la entidad en la que estaban afiliados y entre el 25,9% y el 15,8% acudieron a una Empresa Social del Estado, hospital o centro de salud. Se destaca esta última opción en el censo de 2020, en donde una cuarta parte de las personas que reportó haber tenido un problema de salud en los últimos 30 días la reportó.



Gráfica 35. Medidas tomadas para tratar el problema de salud más GRAVE, por censo



Nota: Otro* incluye: Acudió a brigadas de salud de ONGs y otros, Acudió a otro médico de un grupo étnico (curandero, yerbatero, etc.), Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeopatía, etc.), Acudió a una autoridad indígena espiritual.

Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Auto reporte de patologías de interés en salud pública.

La información a continuación hace referencia al auto reporte, por lo que no se puede hablar de prevalencia sino de valor de referencia, y se reconoce que los porcentajes son relativamente bajos, en relación con lo reportado en estudios u otras fuentes de información relacionada con esta población y se incluyen las cuatro patologías más relevantes, en enfermedades crónicas, hipertensión y diabetes y en enfermedades transmisibles VIH-SIDA y tuberculosis¹².

¹² Otra de las patologías preguntadas en los censos fue cáncer, con reportes entre 0,5% y 0,8% y no se incluyó en este análisis.

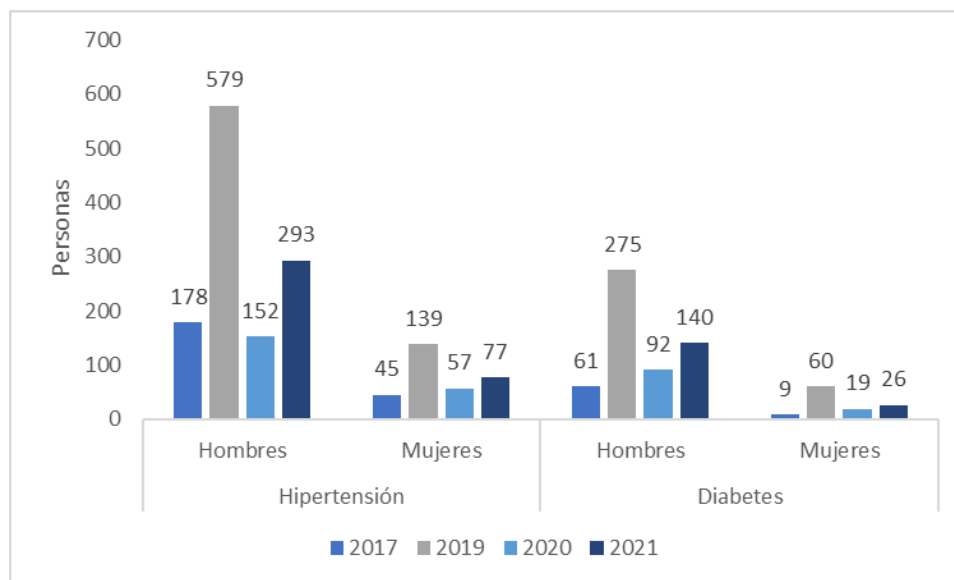


Hipertensión y diabetes

Dentro de las personas habitantes de la calle entre el 3,2% y 7,1% por ciento del total de los encuestados reportaron haber sido diagnosticados con hipertensión, presentando los mayores reportes en el censo de 2019 y 2021. Los hombres reportaron en mayor medida haber sido diagnosticados con esta enfermedad con relación a las mujeres. Las personas diagnosticadas con diabetes tienen un mayor reporte en los censos de 2019, y 2021, en mayor medida en los hombres que en las mujeres.

El reporte de personas con hipertensión es cercano al doble del reporte de personas con diabetes tanto en hombres como en mujeres; además los censos del 2019 y 2021 son los que reportan mayores personas con estas patologías.

Gráfica 36. Personas habitantes de calle que refirieron haber sido diagnosticadas con Hipertensión y diabetes según sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Tuberculosis y VIH -SIDA¹³.

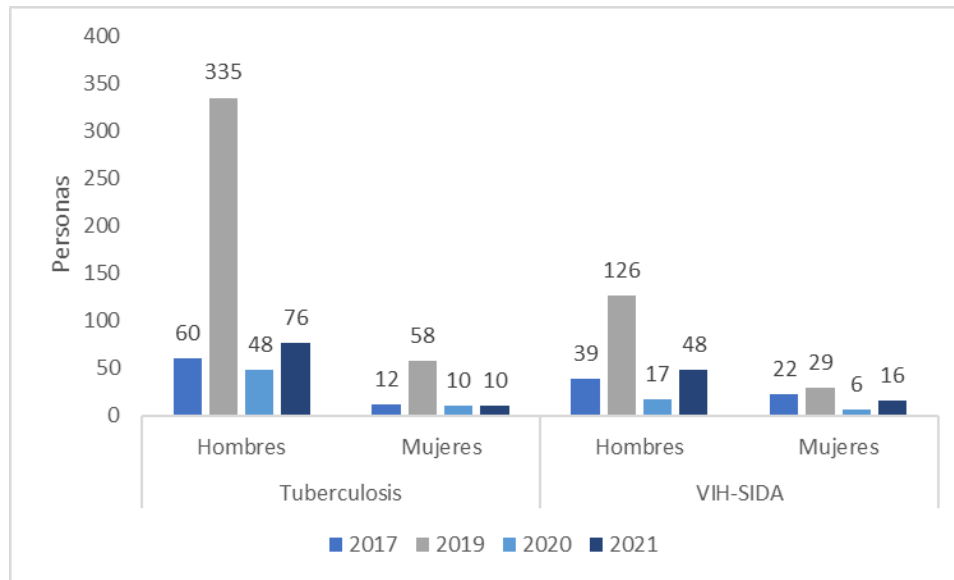
Frente a la tuberculosis y VIH-SIDA, se considera que los auto reportes son mucho menores que para hipertensión y diabetes, en cuanto a la tuberculosis, el reporte más alto fue en los hombres del censo

¹³ Descrito de acuerdo con el manual de diligenciamiento de cuestionario censal el cual no diferencia entre VIH y SIDA.



de 2019 con 335 (3,3%) casos reportados y 58 (0,6%) casos en mujeres. Con relación al VIH-SIDA, es la enfermedad con menor autorreporte; y los reportes más altos se observan en el censo de 2019 tanto de hombres como de mujeres.

Gráfica 37. Personas habitantes de calle que refirieron haber sido diagnosticadas con Tuberculosis y VIH-SIDA según sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

En la sección a continuación se presenta información descriptiva sobre el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población habitante de calle y se organiza en resultados generales y por cada uno de los censos. Adicionalmente, se incluye un análisis con enfoque de género el cual permite identificar el consumo de estas sustancias relativo a hombres y mujeres.

Resultados generales.

Se presenta información global para el total de la población de habitantes de la calle que reportan consumir alguna sustancia psicoactiva, identificando las sustancias más consumidas.

Consumo actual de sustancias psicoactivas.

El cigarrillo¹⁴ tiene la mayor prevalencia en todos los censos realizados: para el censo 2017 el 74,5% de los habitantes de calle reportaron consumir esta sustancia. Mientras que el menor porcentaje es de 52,9% en el censo 2021. La segunda sustancia de mayor consumo en todos los censos es el basuco (55,5% en promedio), seguida por la marihuana (50,3% en promedio) y alcohol 32,6%.

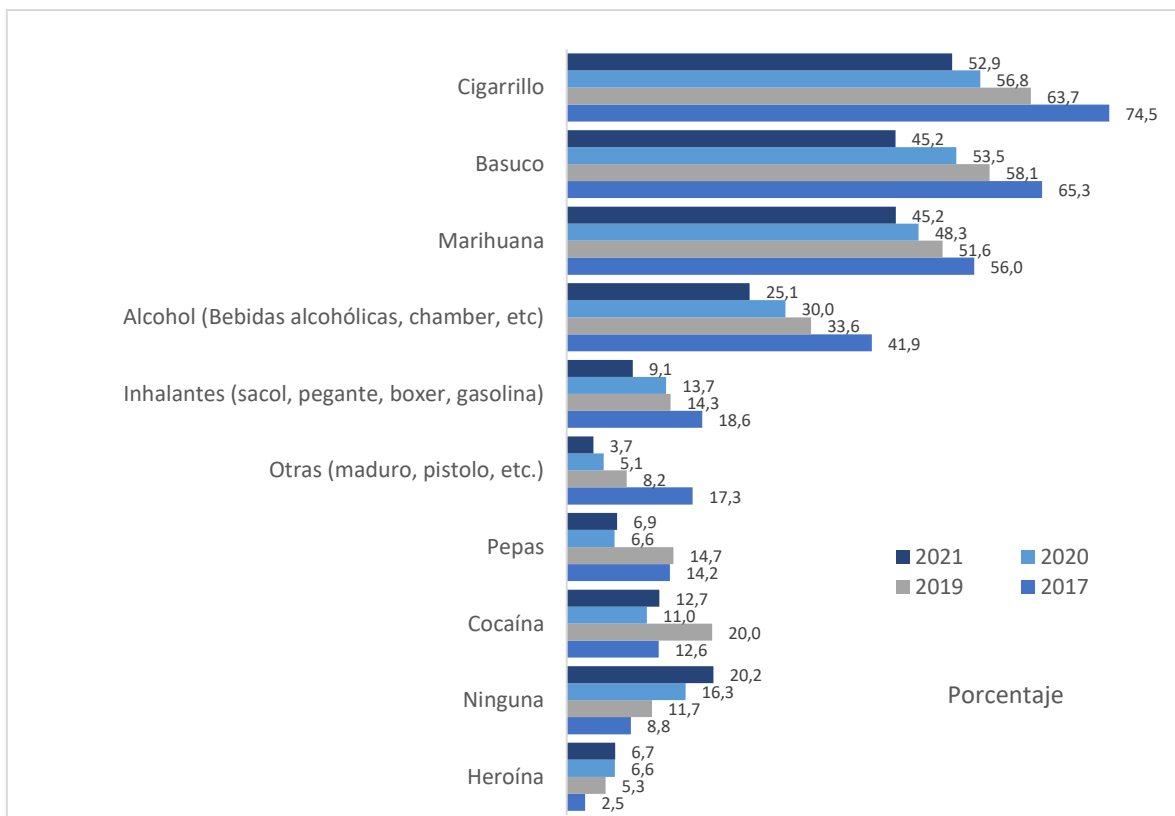
¹⁴ En el formato del censo la sustancia se especifica como cigarrillo, no como tabaco.



Se identifica que las mayores prevalencias de consumo de la mayoría de sustancias psicoactivas se dan en los censos del 2017 y 2019 que reúnen a Bogotá, Cali, Manizales, Barranquilla, Medellín y Bucaramanga y sus áreas metropolitanas (22 municipios), con excepción de cocaína y heroína; para el caso de la cocaína la prevalencia más alta se da en los censos del 2019 (20%), y del 2021 (12,7%), este último reúne 86 municipios de todas las categorías y tiene un comportamiento similar al censo del 2017 (12,6%). Para el caso de la heroína, las prevalencias más altas se dan en los censos de 2021 (6,7%) y del censo del 2020 (6,6%) que reúne los municipios con menos de 200 personas habitantes de la calle y Florencia y Villavicencio.

En la categoría Ninguno se revierte la tendencia, siendo mayor la cantidad de personas que reportan no consumir alguna sustancia en los censos 2020 (16,3%) y 2021 (20,2%), con respecto al 2019 (11,7%) y 2017 (8,8%).

Gráfica 38. Consumo actual de sustancias psicoactivas



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

En Contraste con el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población general más reciente (2019), se identifica que el consumo es mucho más frecuente en la población de habitantes de calle, y que las sustancias más consumidas difieren en ambas poblaciones, para el caso de los habitantes



de la calle, las sustancias más consumidas son: cigarrillo, basuco, marihuana, alcohol e inhalables. Para la población general, las sustancias más consumidas son alcohol, tabaco, marihuana y cocaína.

Tabla 10. Prevalencias de consumo de último mes en población general y en habitantes de la calle.

Tipo de sustancia	Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en el último mes	
	Estudio nacional de consumo de sustancia psicoactivas (2019)	Censos de habitantes de la calle 2017, 2019, 2020, 2021
Alcohol	30,10	25,1 (2021) - 41,9 (2017)
Tabaco	9,75	52,9 (2021) - 74,5 (2017)
Marihuana	1,78	45,2 (2021) - 56 (2017)
Cocaína	0,31	11 (2020) - 20 (2019)
Basuco	0,07	45,2 (2021) - 65,3 (2017)
Inhalables (pegantes/sacol, pinturas, thinner inhalables)	0,03	9,1 (2021) - 18,6 (2017)
Heroína	0,01	2,5 (2017) - 6,7 (2021)

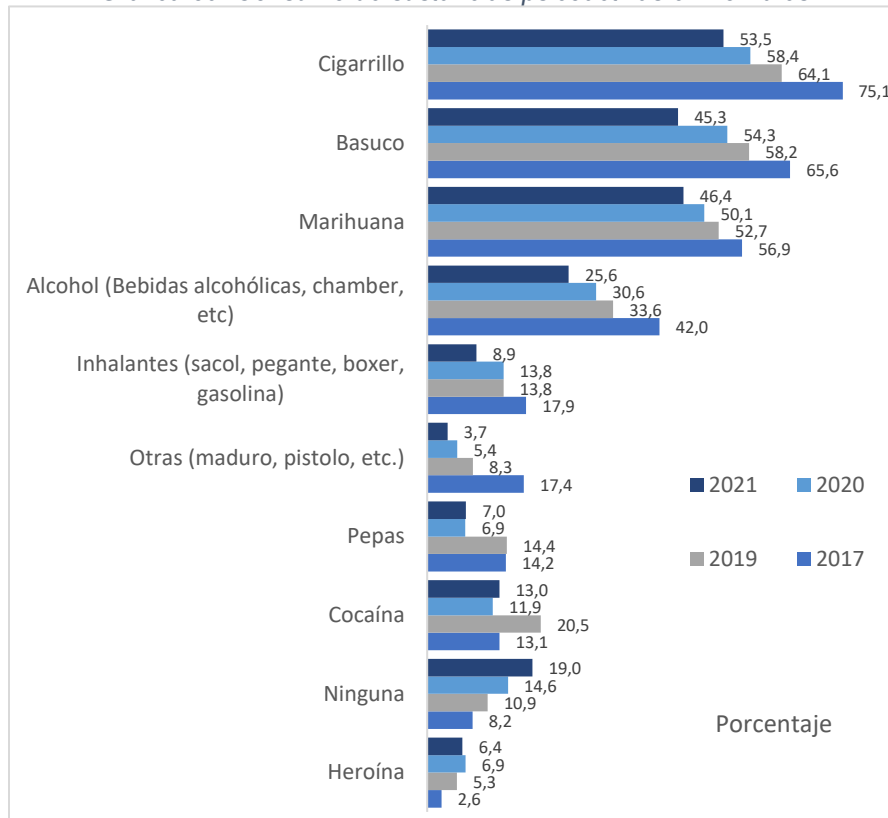
Fuente: Construcción propia a partir de los datos del estudio nacional de consumo de sustancia psicoactivas (2019) del Ministerio de Justicia y del Derecho y de los censos de habitantes realizados por el DANE entre el periodo 2017 a 2021.

Desagregación de consumo de sustancias psicoactivas por sexo.

El consumo de sustancias psicoactivas en hombres refleja que el consumo de cigarrillo es la sustancia más consumida, seguida por basuco, marihuana y alcohol. En todas las sustancias se reporta mayor consumo en el censo 2017, excepto en el consumo de pepas; donde es similar entre 2019 y 2017; y el consumo de cocaína que es mayor en 2019. La tendencia se revierte en la categoría de ninguno donde el mayor reporte está en 2021 y el menor en 2017.



Gráfica 39. Consumo de sustancias psicoactivas en hombres

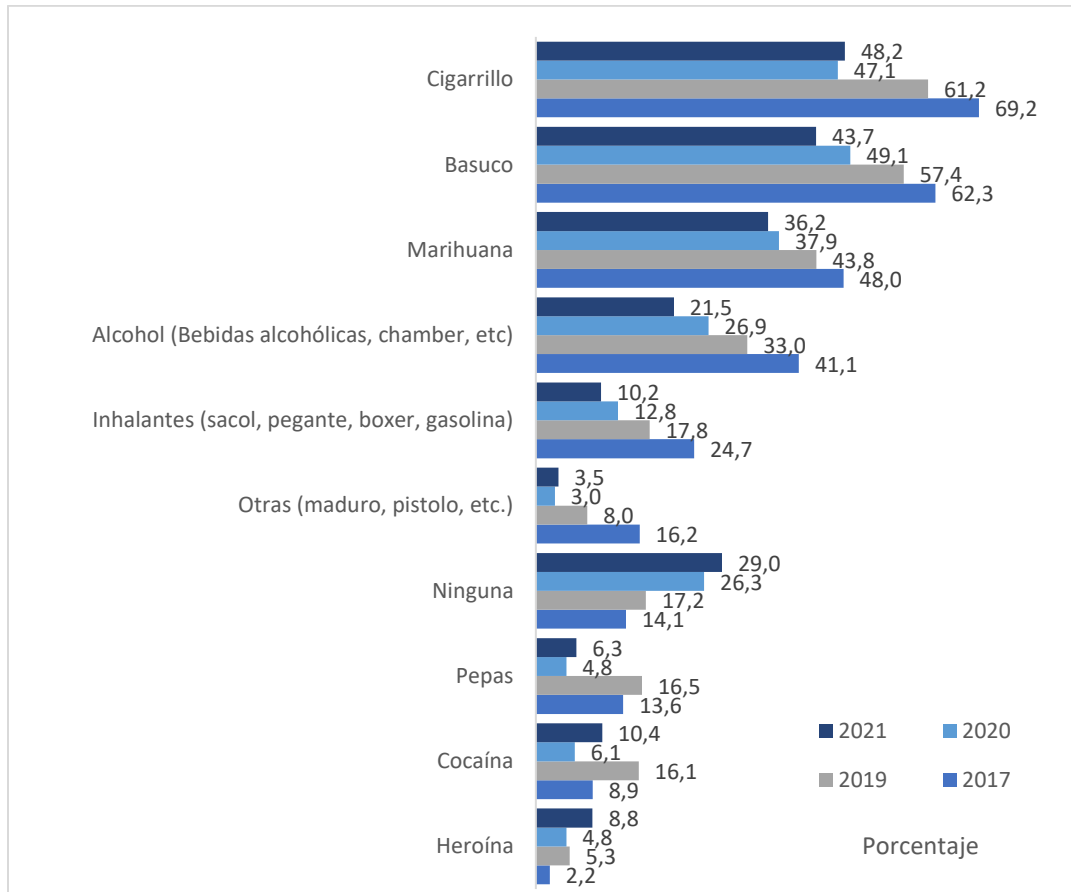


Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Las mujeres reportan un patrón similar al de los hombres en las sustancias más consumidas, es decir, cigarrillo, basuco, marihuana y alcohol pero con un menor consumo; para el cigarrillo la diferencia es de alrededor de 5 puntos porcentuales; para marihuana la diferencia es mayor y oscila entre 8,9 y 12,2 puntos; para el consumo de alcohol, en los censos del 2020 y del 2021 el consumo es menor en alrededor de 4 puntos y en el resto de los censos el comportamiento es similar al de los hombres (variaciones menores a 1 punto). Se reporta mayor consumo de inhalantes en mujeres en todos los censos en comparación con los hombres: 24,7% en 2017 vs 17,9% de los hombres en el mismo periodo. De igual forma se reporta un mayor consumo de pepas en las mujeres en 2019, con relación a los hombres en el mismo periodo. Así como en el consumo de heroína en 2021, con 8,8% vs 6,4% de los hombres.



Gráfica 40. Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

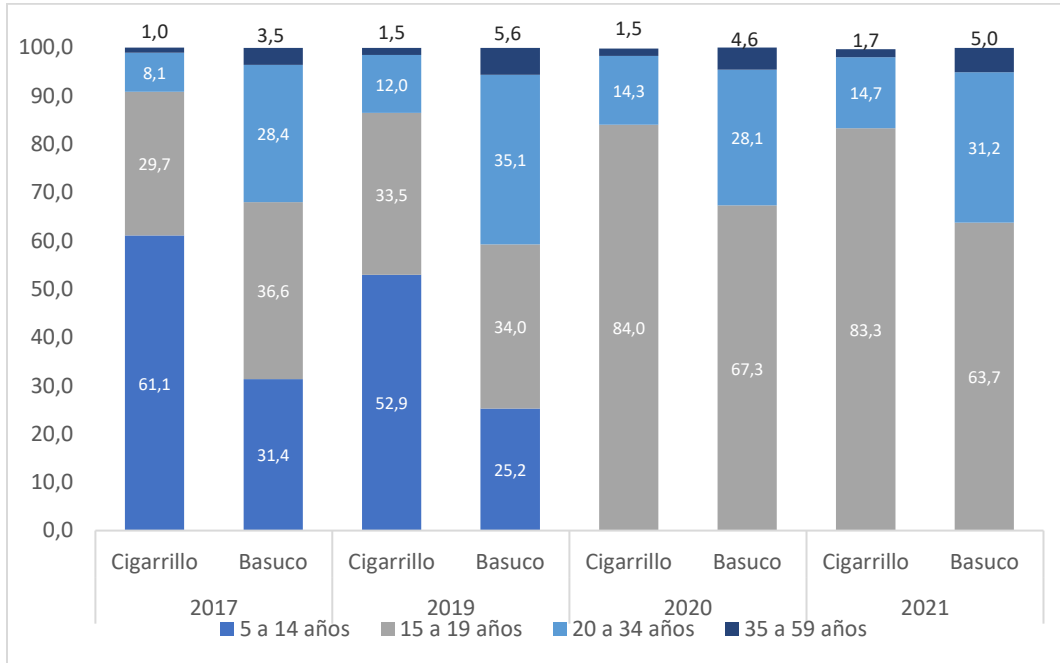
Edad de inicio.

En este apartado, las gráficas 39 y 40 muestran las edades de inicio de las 4 principales sustancias consumidas (cigarrillo, basuco, marihuana y alcohol); se identifica que los censos del 2017 (Bogotá) y 2019 (Medellín, Bucaramanga, Barranquilla con sus áreas metropolitanas, Cali y Manizales) presentan la edad de inicio más temprana, entre los 5 y 14 años, con prevalencias que oscilan entre 25,2% y 61,1%. Al considerar la proporción de personas que inician el consumo entre los 5 y 19 años, se identifica que aumenta a un rango entre 59,3% y el 90,9% los que reportan haber consumido alguna de estas sustancias.

En los censos del 2020 y del 2021, se identifica que las edades de inicio son menos tempranas que para los censos del 2017 y 2019 y no se reportan consumos entre los 5 y 14 años, sin embargo, entre los 15 y 19 años reportan que iniciaron el consumo entre el 63,7% y 84% de los habitantes de la calle y asemeja al comportamiento de los demás censos.

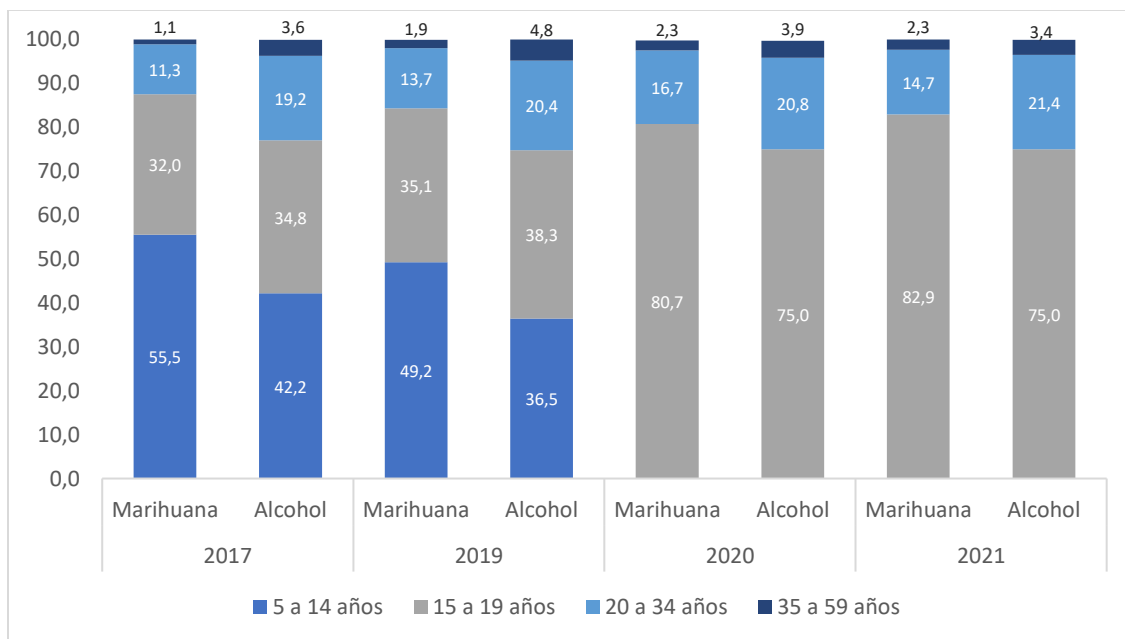


Gráfica 41. Edad de inicio de las principales sustancias psicoactivas: Cigarrillo y Basuco



Fuente: Censo 2017, 2019, 2020, 2021. DANE

Gráfica 42. Edad de inicio de las principales sustancias psicoactivas: Marihuana y alcohol



Fuente: Censo 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



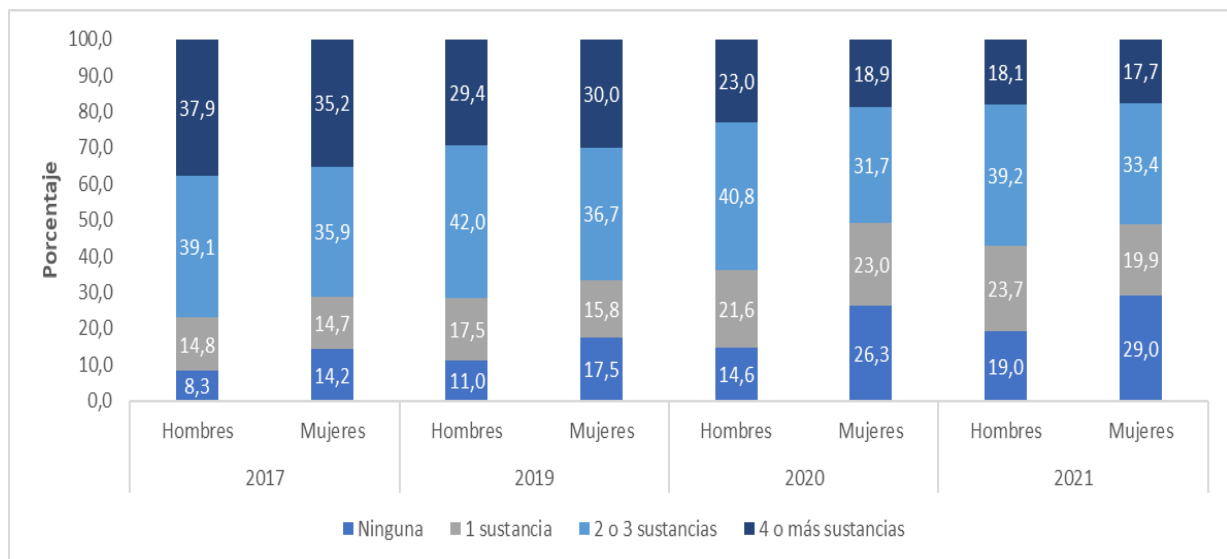
En comparación con el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas (2019), muestra que la edad promedio de inicio del consumo de la población general fue de 17,6 años para el tabaco, 17,9 para alcohol y 18,1 para marihuana y que un 25% de quienes han consumido estas sustancias lo hicieron a los 15 años o menos; para el caso de basuco, un 50% de los que han consumido basuco lo hicieron a los 19 años o menos y un 25% iniciaron a los 16 años o menos lo que muestra que las personas habitantes de la calle presentan una mayor proporción de población con edades de edades de inicio más tempranas para alcohol, tabaco y marihuana que la población general y una diferencia menor para el consumo de basuco

Poli consumo de sustancias psicoactivas.

El poli consumo entendido como el consumo de 2 o más sustancias es el comportamiento más frecuente; los censos identifican que entre el 57,3% y el 77% de los hombres reportaban consumo de 2 o más sustancias; para el caso de las mujeres, el poli consumo osciló entre el 50,6% y el 71,7%; el censo que reportó menor poli consumo fue el del 2021 y el mayor poli consumo se dio en el censo del 2017.

En el censo 2017 el poli consumo tiene una mayor concentración en el consumo de 2 sustancias o más en mayor porcentaje para los hombres (77,0%) que para las mujeres (71,1%). Sin embargo, esta proporción disminuye con los años aumentando el consumo de una sustancia y de ninguna, pero manteniendo la relación del sexo. En 2021, el 29% de las mujeres reporta no consumir ninguna sustancia con relación al 19% de los hombres, mientras que el 51,1% de las mujeres reporta consumir más de dos sustancias, esta proporción para los hombres es de 57,3%.

Gráfica 43. Poli consumo por sexo



Fuente: Censos 2017, 2019, 2020, 2021. DANE



Análisis de consumo de sustancias psicoactivas por censo.

A continuación, se presenta información desagregada por cada uno de los censos referida al consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que es una de las razones principales reportadas como precipitantes de la vida en calle y adicionalmente aprovechando que hay abundantes microdatos en el censo para este tema comparativamente con las otras razones de inicio.

Bogotá, 2017

Consumo actual.

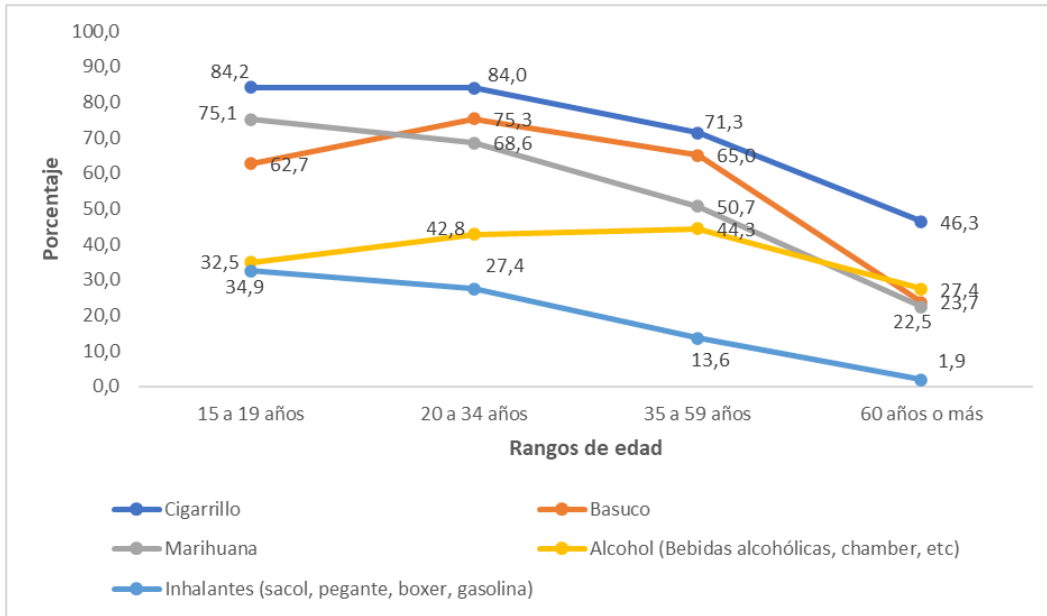
El cigarrillo es la sustancia más consumida en todos los rangos de edad, sin embargo, su consumo disminuye con la edad, al igual que el consumo de marihuana e inhalantes. El consumo de basuco tiene una alta participación entre los 15 a 19 años (62,7%), no obstante, alcanza el pico de consumo entre los 20 a 34 años, mientras el consumo de alcohol alcanza el punto máximo en la población de los 35 a 59 años. Por su parte, dentro de las sustancias con menor consumo, las pepas disminuyen drásticamente con la edad, mientras que el reporte de ninguna sustancia aumenta significativamente en la población de 60 años o más.

Desagregación de consumo de sustancias por rangos de edad y sexo: 2017

En la edad de inicio, el 90,9% de las personas inician el consumo de cigarrillo entre los 5 y 19 años, en el caso de la marihuana es de 87,5%, donde se presentan altas prevalencias entre los 5 a 14 años. El 68,0% inicia el consumo de basuco entre los 5 y 19 años, concentrando la mayor prevalencia entre los 15 a 19 años. El 77,0% de las personas inician el consumo de alcohol entre los 5 a 19 años.

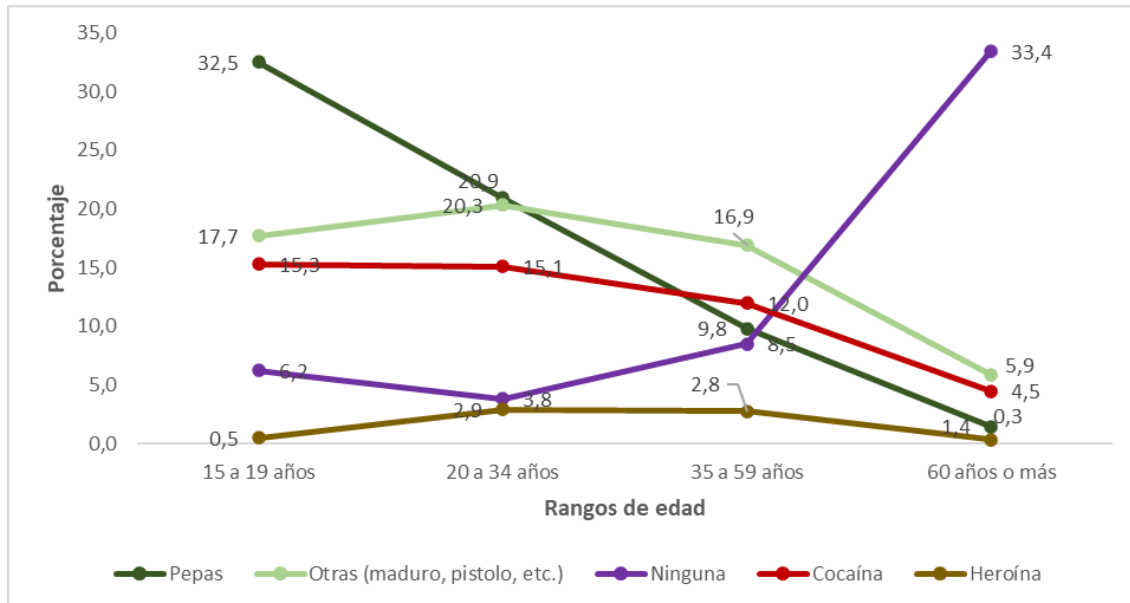


Gráfica 44. Sustancias más consumidas



Fuente: Censo 2017. DANE

Gráfica 45. Sustancias menos consumidas



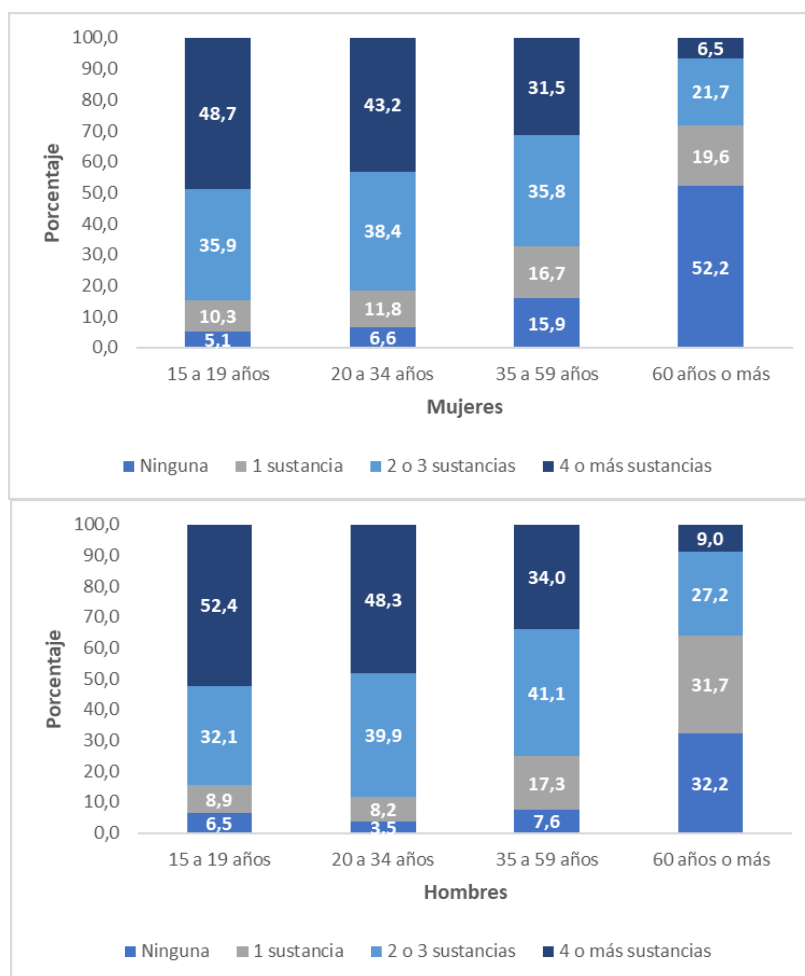
Fuente: Censo 2017. DANE



Poli consumo por sexo y edad.

El 84,5% de los hombres y mujeres de 15 a 19 años consumen dos o más sustancias. Sin embargo, con los aumentos en los rangos de edad la cantidad de hombres que consumen dos o más sustancias aumenta con relación a las mujeres. En el rango de 20 a 34 años el 88,2% de los hombres consume dos sustancias o más, mientras que este porcentaje es de 81,5% para las mujeres. El mayor porcentaje de consumo de dos sustancias o más para las mujeres está en el rango de 15 a 19 años, mientras para los hombres se encuentra en el rango de 20 a 34 años. En el rango de edad de 60 años o más, las mujeres reportan en mayor proporción no consumir ninguna sustancia en comparación con los hombres; 52,2% y 32,2%, respectivamente.

Gráfica 46. Poli consumo por sexo y edad: 2017



Fuente: Censo 2017. DANE



Barranquilla, Medellín, Bucaramanga y sus áreas metropolitanas, Cali y Manizales, 2019

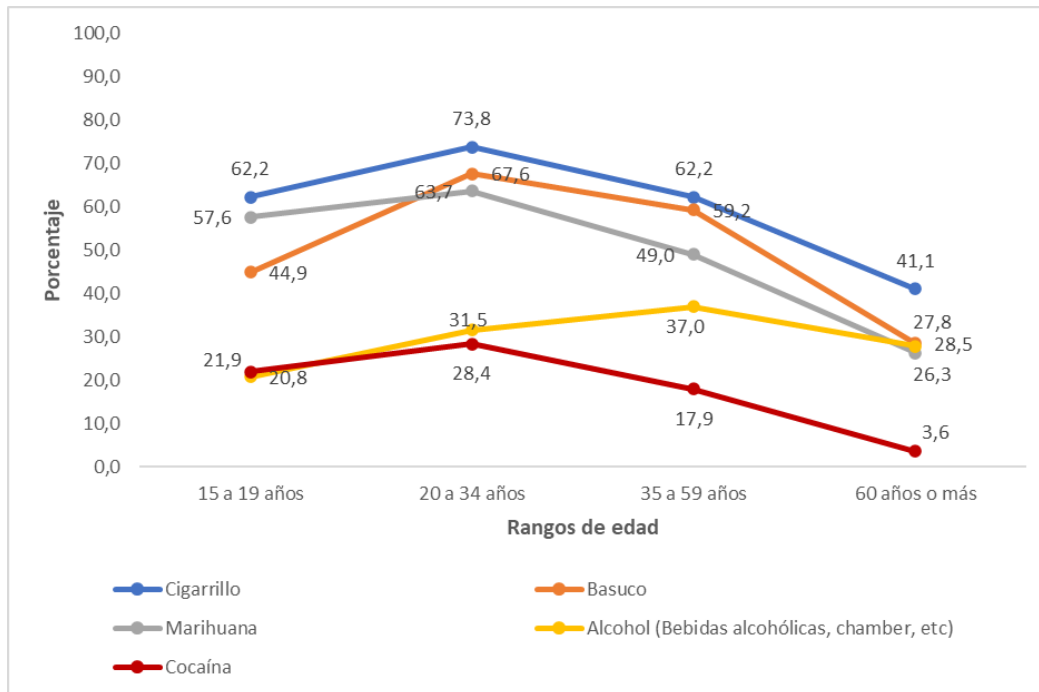
Consumo actual.

El cigarrillo es la sustancia más consumida en todos los rangos de edad, su consumo alcanza el máximo entre los 20 a 34 años, al igual que el consumo de basuco, marihuana y cocaína. El consumo de alcohol inicialmente tiene la menor participación entre las 5 sustancias más consumidas, no obstante, es la única sustancia que aumenta el consumo entre los 35 a 59 años. Por su parte dentro de las sustancias con menor consumo, se inicia con un alto consumo de pepas e inhalantes que disminuyen sustancialmente a partir de los 35 años. En este censo, se presenta una participación significativa en el consumo de heroína presentando el máximo consumo entre los 20 a 34 años. La categoría de ninguno inicia con una participación del 18,4%, superior a la presentada en el 2017 del 6,2%, y alcanza su máximo en los 60 años o más.

Desagregación de consumo de sustancias por rangos de edad y sexo y edad: 2019

En la edad de inicio, el 86,4% de las personas inician el consumo de cigarrillo entre los 5 y 19 años, este porcentaje es de 84,3% para la marihuana, se presentan altas prevalencias entre los 5 a 14 años. El 59,3% inicia el consumo de basuco entre los 5 y 19 años, sin embargo, la mayor de inicio de consumo de basuco está en los 20 a 34 años. El 74,7% de las personas inician el consumo de alcohol entre los 5 a 19 años.

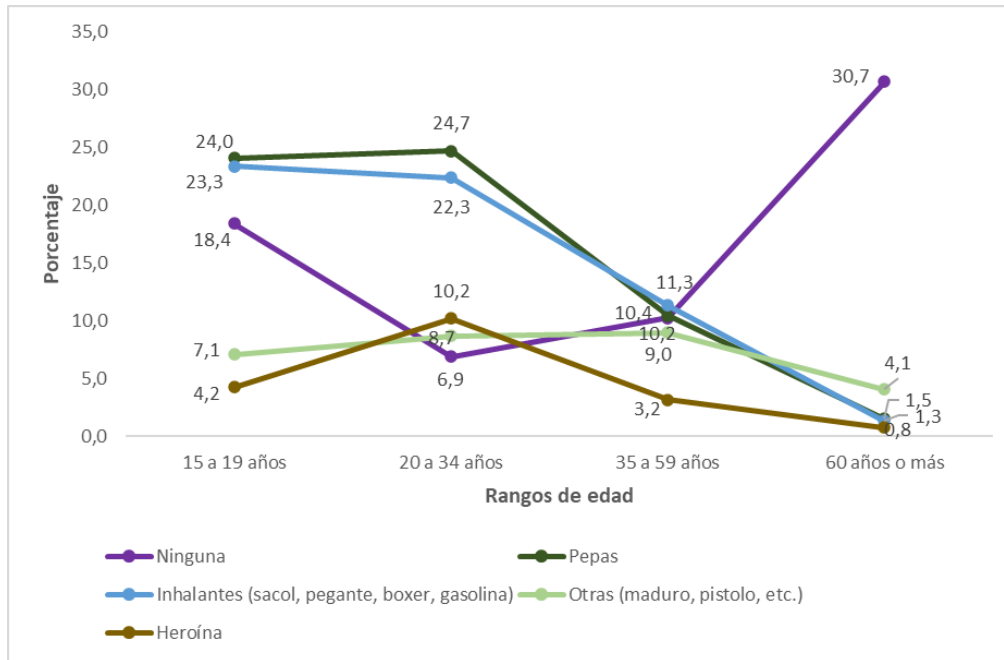
Gráfica 47. sustancias más consumidas



Fuente: Censo 2019. DANE



Gráfica 48. Sustancias menos consumidas



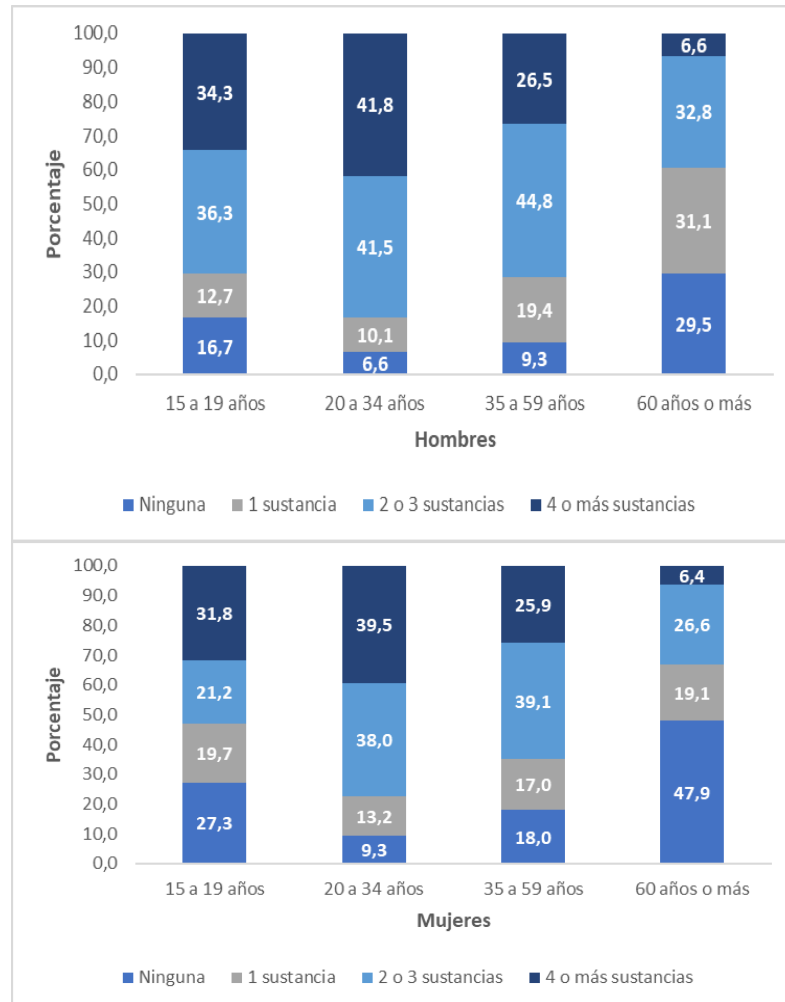
Fuente: Censo 2019. DANE

Poli consumo por sexo y edad.

El 70,6% de los hombres y el 53,0% de las mujeres de 15 a 19 años consumen dos o más sustancias. Sin embargo, con los aumentos en los rangos de edad la cantidad de hombres que consumen dos o más sustancias aumenta con relación a las mujeres. En el rango de 20 a 34 años el 83,3% de los hombres consume dos sustancias o más, mientras que este porcentaje es de 77,5% para las mujeres. En el rango de edad de 60 años o más, las mujeres reportan en mayor proporción no consumir ninguna sustancia en comparación con los hombres; 47,9% y 29,5%, respectivamente.



Gráfica 49. Poli consumo por sexo y edad: 2019



Fuente: Censo 2019. DANE

Municipios con menos de 200 habitantes de la calle, Villavicencio y Florencia, 2020

Consumo actual.

El basuco es la sustancia más consumida en los rangos de edad de 15 a 34 años, disminuyendo sustancialmente en los 60 años y más, seguida por el cigarrillo que se mantiene en todos los rangos de edad y alcanzado el máximo entre los 20 a 34 años junto con el basuco y la marihuana. La categoría ninguno presenta una alta participación al inicio la cual disminuye entre los 20 a 59 años, pero vuelve a aumentar luego de los 60 años. El alcohol aumenta progresivamente y al final del ciclo de vida se posiciona por encima del basuco y la marihuana. Por su parte dentro de las sustancias con menor

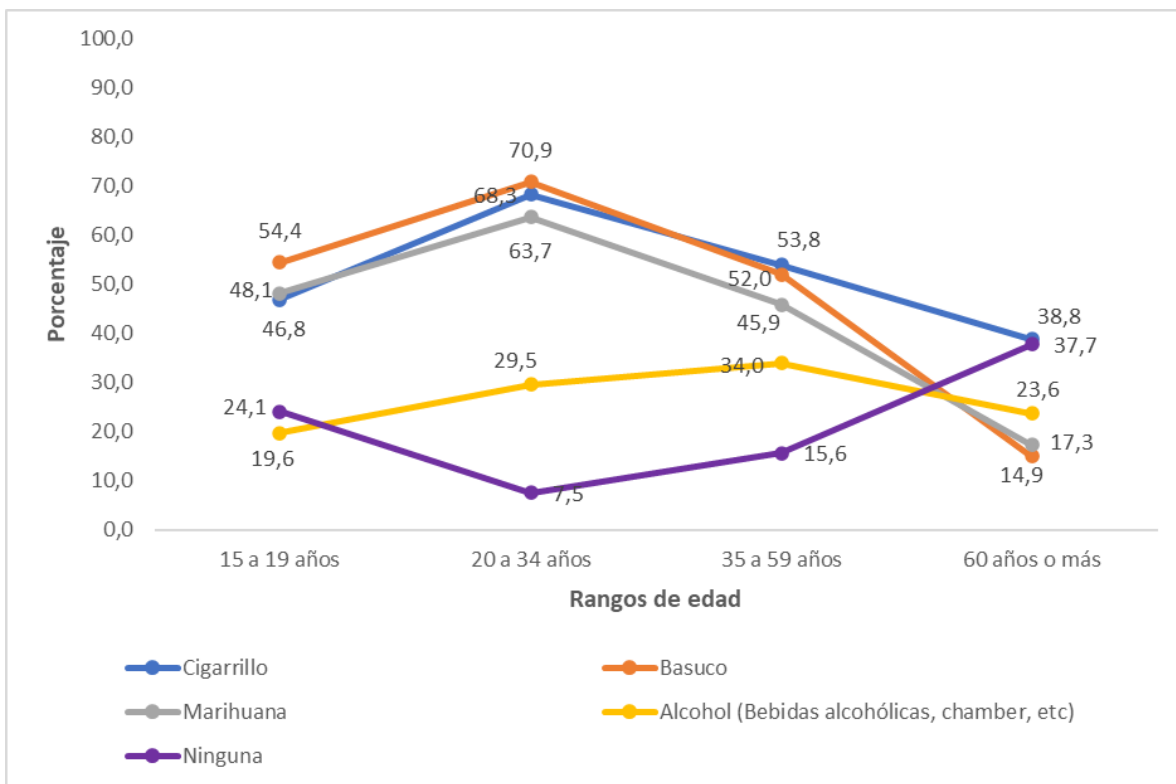


consumo, se inicia con un alto consumo de inhalantes seguido por pepas, cocaína, heroína y otras, las cuales reflejan un comportamiento similar alcanzando un máximo de consumo entre los 20 a 34 años y disminuyendo a partir de los 35 años. Es importante resaltar que el consumo de cocaína y heroína presentan una alta participación que supera en un punto el consumo de pepas, además el consumo de heroína es superior al reportado en el censo 2017 y 2019.

Desagregación de consumo de sustancias por rangos de edad y sexo y edad: 2020

En cuanto a la edad de inicio, entre el 67,3% y el 84,0% de los habitantes de calle reportan iniciar el consumo de sustancias entre los 15 a 19 años. Entre los 20 a 34 años el mayor inicio en las sustancias es en el basuco, seguido por el alcohol y la marihuana. seguido por el alcohol y en la misma proporción cigarrillo y marihuana.

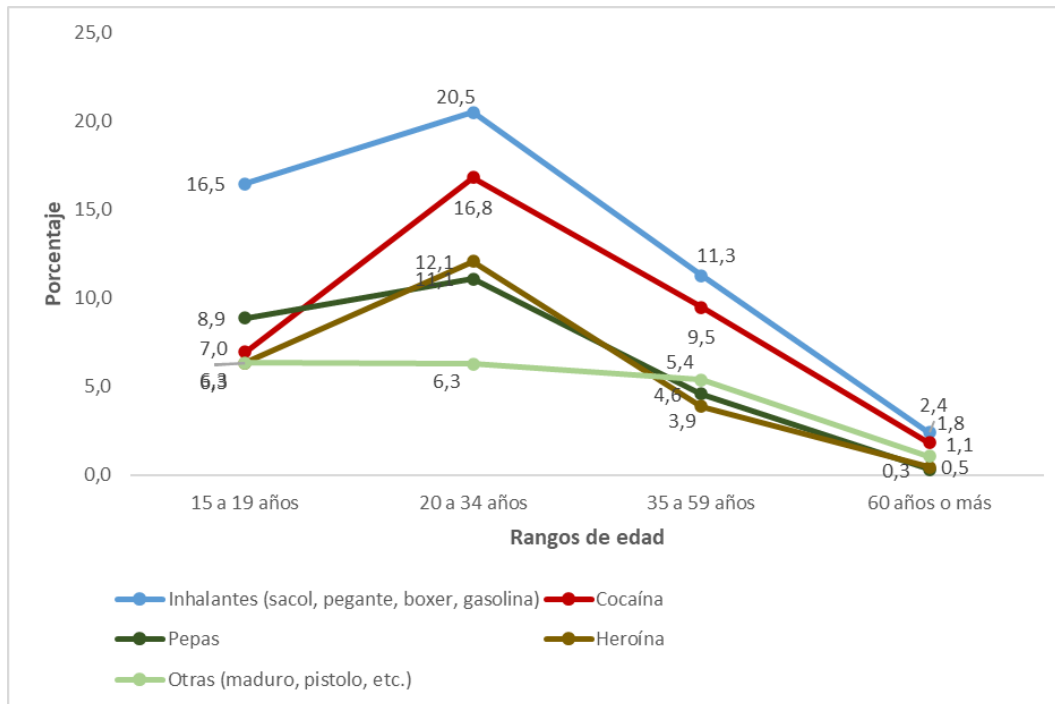
Gráfica 50. 5 sustancias más consumidas



Fuente: Censo 2020. DANE



Gráfica 51. Sustancias menos consumidas



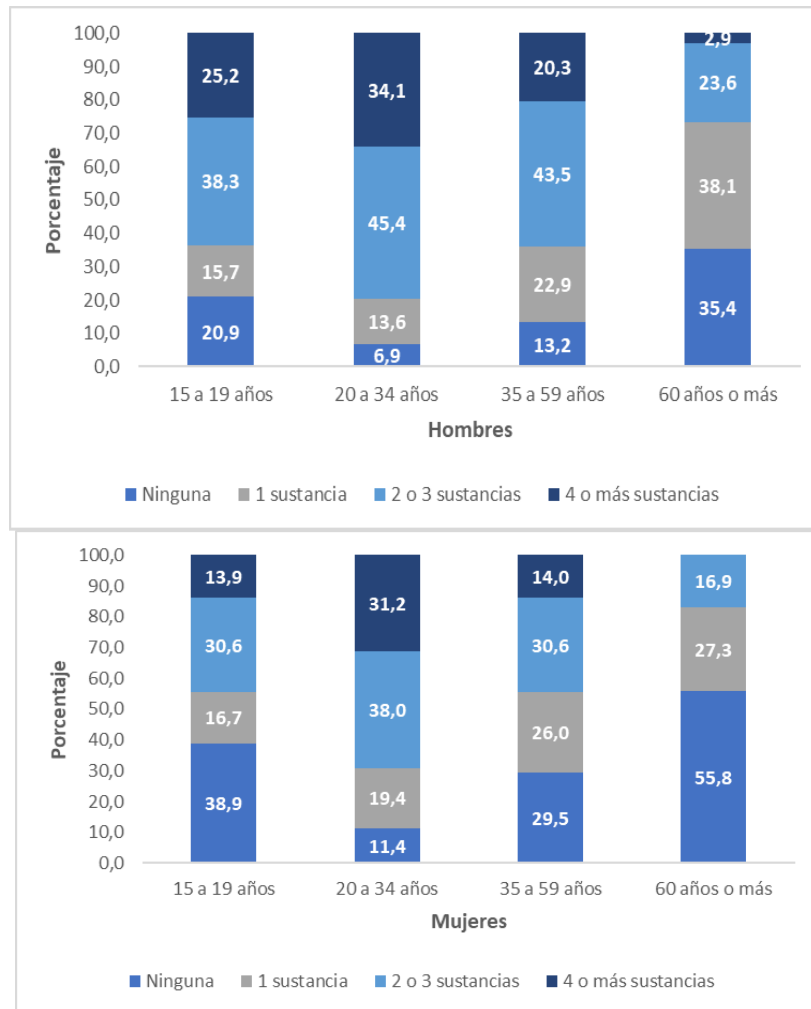
Fuente: Censo 2020. DANE

Poli consumo por sexo y edad.

El 63,5% de los hombres y el 44,4% de las mujeres de 15 a 19 años consumen dos o más sustancias. Sin embargo, con los aumentos en los rangos de edad la cantidad de hombres que consumen dos o más sustancias aumenta con relación a las mujeres. En el rango de 20 a 34 años el 79,5% de los hombres consume dos sustancias o más, mientras que este porcentaje es de 69,2% para las mujeres. En el rango de edad de 60 años o más, las mujeres reportan en mayor proporción no consumir ninguna sustancia en comparación con los hombres; 55,8% y 35,4%, respectivamente.



Gráfica 52. Poli consumo por sexo y edad: 2020



Fuente: Censo 2020. DANE

Censo en 86 municipios que manifestaron tener habitantes de la calle, 2021

Consumo actual.

El cigarrillo es la sustancia más consumida en todos los rangos de edad, sin embargo, su consumo alcanza el máximo entre los 20 a 34 años, al igual que el consumo de marihuana y basuco. El consumo de alcohol inicialmente tiene la menor participación entre las 5 sustancias más consumidas, no obstante, es la única sustancia que aumenta el consumo entre los 35 a 59 años. La categoría ninguna presenta la participación más alta de los tres censos entre los 15 a 19 años, siendo de 31,5%, posteriormente disminuye para volver a aumentar a partir de los 60 años. Por su parte dentro de las sustancias con menor consumo, se inicia con un alto consumo de inhalantes, seguido por cocaína, pepas, heroína y otras. El consumo de inhalantes tiene el máximo entre los 15 a 19 años, así como el

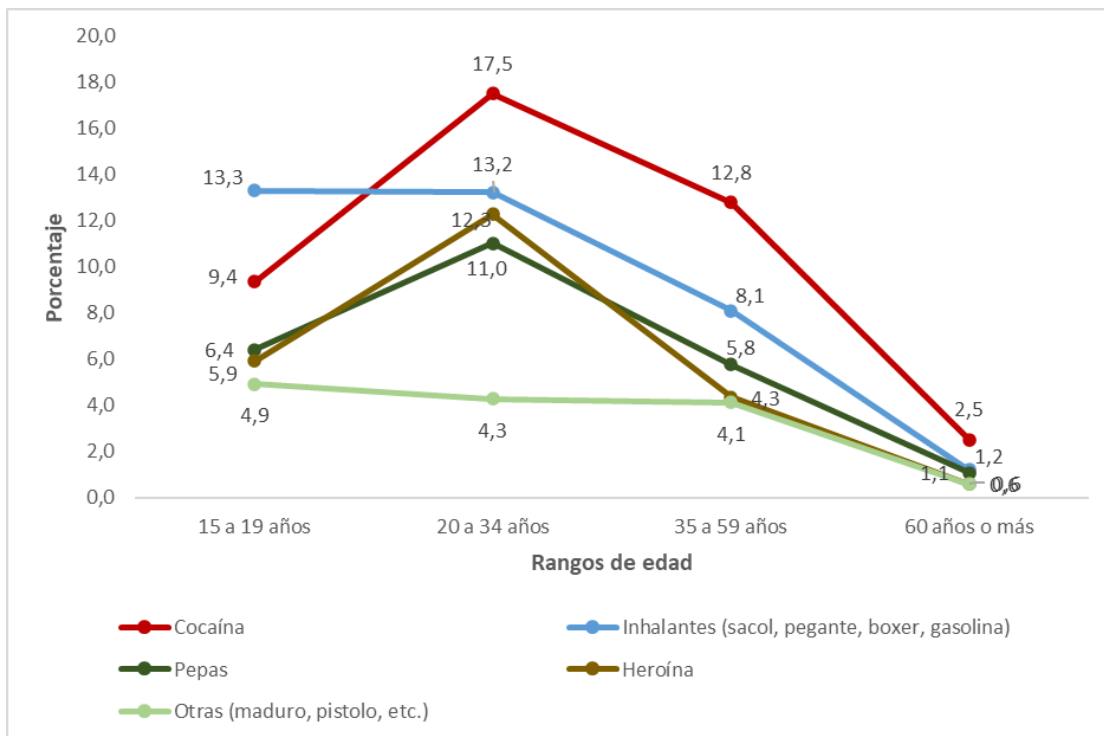


de otras, mientras que la cocaína, pepas y heroína alcanzan el máximo entre los 20 a 34 años. Es importante resaltar que el consumo de cocaína aumenta drásticamente de un 9,4% al 17,5%, superando el consumo de inhalantes y manteniendo una tendencia superior al resto de sustancias hasta los 60 años o más. El consumo de heroína también presenta un aumento significativo del 5,9% entre los 15 a 19 años, al 12,3% de 20 a 34 años, además el consumo de heroína es el más alto reportado en los cuatro censos.

Desagregación de consumo de sustancias por rangos de edad y sexo y edad: 2021

En cuanto a la edad de inicio, entre el 63,7% y el 83,3% de los habitantes de calle reportan iniciar el consumo de sustancias entre los 15 a 19 años. Entre los 20 a 34 años el mayor inicio en las sustancias es en el basuco

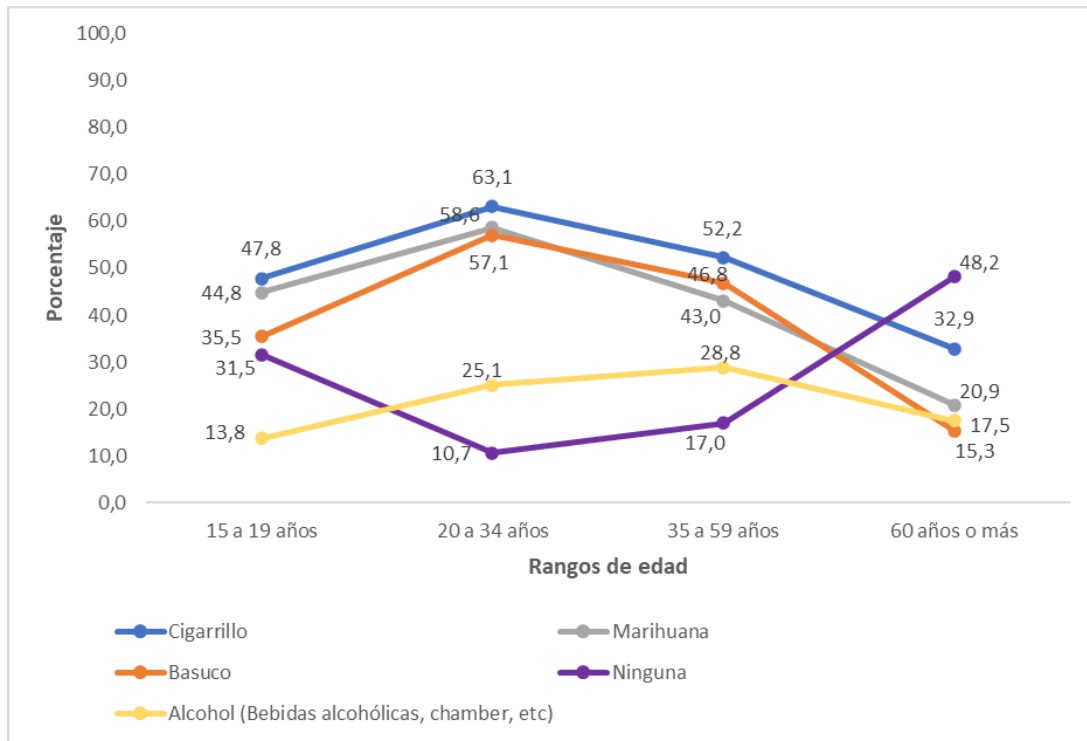
Gráfica 53. 5 sustancias más consumidas



Fuente: Censo 2021. DANE



Gráfica 54. Sustancias menos consumidas



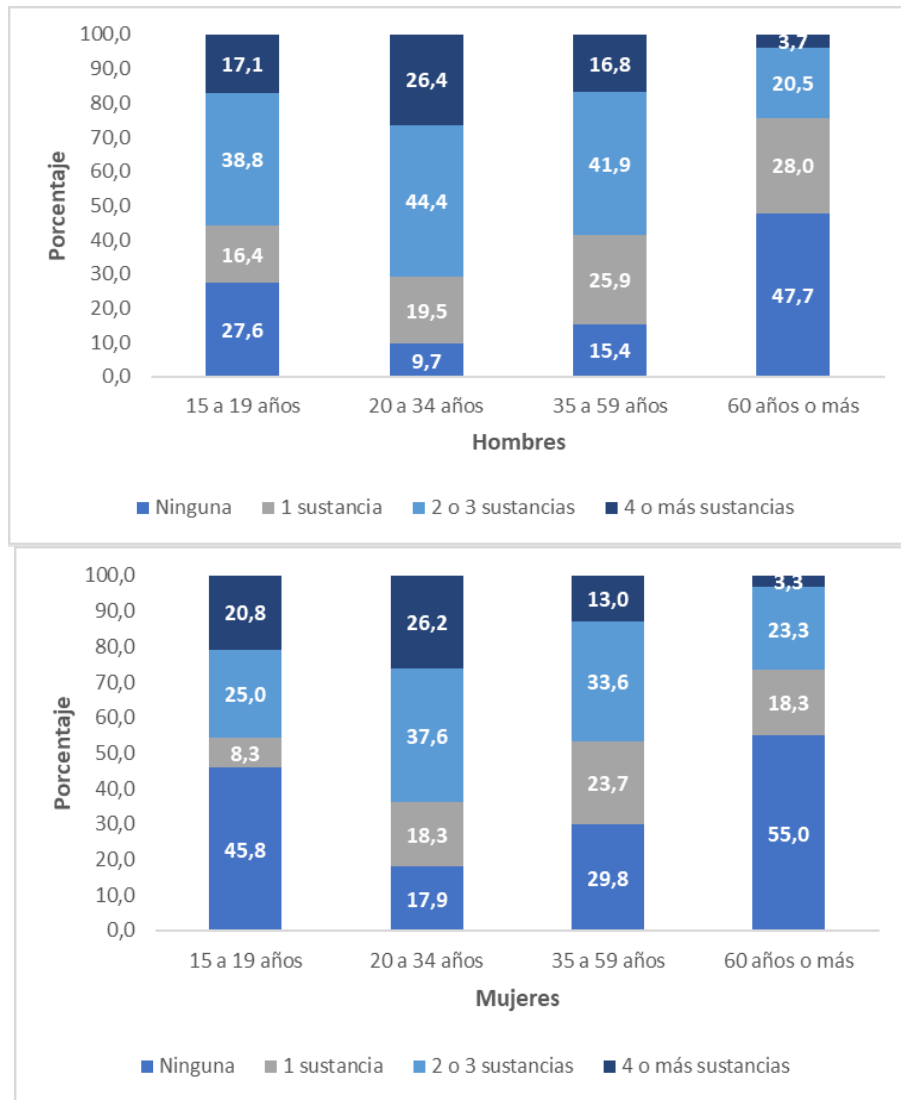
Fuente: Censo 2021. DANE

Poli consumo por sexo y edad.

El 55,9% de los hombres y el 45,8% de las mujeres de 15 a 19 años consumen dos o más sustancias. Sin embargo, con los aumentos en los rangos de edad la cantidad de hombres que consumen dos o más sustancias aumenta con relación a las mujeres. En el rango de 20 a 34 años el 70,8% de los hombres consume dos sustancias o más, mientras que este porcentaje es de 63,8% para las mujeres. En el rango de edad de 60 años o más, las mujeres reportan en mayor proporción no consumir ninguna sustancia en comparación con los hombres; 55,0% y 47,7%, respectivamente.



Gráfica 55. Poli consumo por sexo y edad: 2021



Fuente: Censo 2021. DANE

Reporte de consumo de heroína.

Es importante señalar que dado que los opioides (incluida la heroína) son el grupo de sustancias psicoactivas que genera mayor impacto en la salud pública, por su relación con la inyección, el VIH, las hepatitis virales y sobredosis, es importante reconocer los hallazgos realizados en el análisis de los censos y analizarse con cautela dada la alta movilidad de las personas entre cabeceras municipales (en promedio el 40% de personas de cada censo no son del lugar en donde fueron entrevistadas) y que los censos se realizaron en cuatro momentos diferentes de tiempo en los que pudo haber movilización de la población; así mismo se considera que puede haber un error en el reporte de información cuando se trata de uno o dos registros, y puede haber confusión frente a la sustancia tanto en entrevistador como en entrevistado.



En los cuatro censos 1351 personas reportaron consumir heroína, las cuales se encontraban distribuidas en 75 municipios; además el 86% se encuentran concentrados en 9 municipios, Cali, San José de Cúcuta, Bogotá, Dosquebradas, Armenia, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga y Santander de Quilichao; oscilando entre 29 y 354 habitantes de la calle.

Ocho municipios que corresponden a Neiva, Pereira, Villavicencio, Barrancabermeja, Floridablanca, Cartagena de Indias, Manizales e Ibagué concentran el 5,6% de las personas que reportan consumo de heroína y oscilan entre el 0,5% y el 0.9% de la población; el restante 8,3% de la población se reportó en 58 municipios.

Los censos muestran una concentración en los municipios donde el fenómeno históricamente se ha identificado: Bogotá, Cali, Cúcuta, Santander de Quilichao, Medellín, Armenia, Pereira y Dosquebradas. Sin embargo, los censos han identificado personas que reportan consumo en otras ciudades como Barranquilla, Bucaramanga, Villavicencio, Barrancabermeja y Neiva, en las cuales no se tenía reporte de este consumo en estudios de consumo o caracterización.

Tabla 11. Municipios que reportan más de diez personas con consumo de heroína por censo

Censo	Municipio	Personas
2017	Bogotá	176
2019	Cali	354
	Medellín	80
	Barranquilla	42
	Bucaramanga	38
2020	Dosquebradas	153
	Santander de Quilichao	29
	Villavicencio	10
	Barrancabermeja	10
2021	San José de Cúcuta	202
	Armenia	88
	Neiva	13
	Pereira	13

Fuente: Censos habitantes de la calle 2017, 2019, 2020 y 2021. DANE



3.2. Personas habitantes de la calle atendidas en los servicios de salud en Colombia. RIPS 2015-2021.

En este apartado, se presenta la Información sobre acceso a servicios de salud extraída del Sistema Información de la Protección Social-SISPRO, para un periodo de tiempo diferente al de los censos, y con un análisis distinto, ya que muestra aspectos relacionados con el contenido de la gráfica 31 en cuanto al reporte de un problema de salud, desde la atención en los servicios de salud del SGSSS. A continuación, se presenta el análisis realizado a partir de los registros de prestación de servicios de salud habilitados en el país, teniendo en cuenta todos los códigos diagnósticos, es decir la atención realizada por cualquier motivo de consulta.

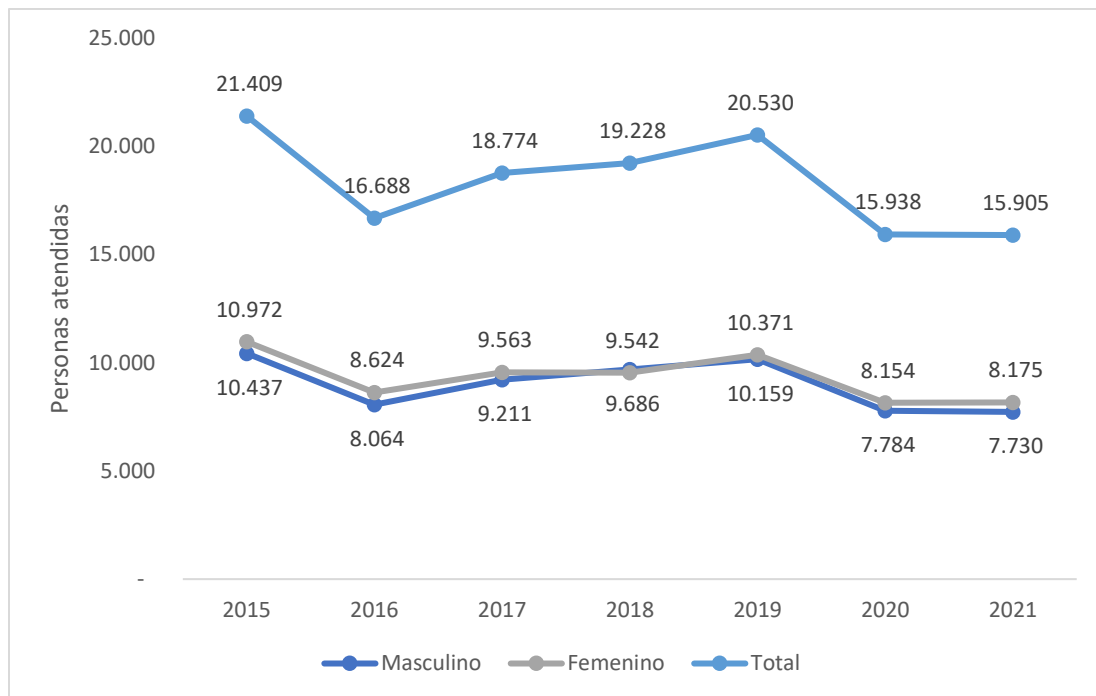
En relación a la atención de habitantes de la calle por cualquier motivo de consulta en cualquier servicio de salud habilitado se identifica que la proporción entre hombres y mujeres atendidas para el periodo 2015 a 2021 se mantiene estable con una mayor proporción de mujeres atendidas que corresponde al 51,3%, mientras que los hombres representan el 48,6% para el año 2021; frente al acceso a los servicios de salud se identifica que tiende a disminuir en todo el periodo, pasando de 21409 personas atendidas en 2015 a 15905 personas en 2021.

Se identifica una disminución entre el periodo de 2015 a 2019 de 4,1% respecto a la población inicial; al analizar el comportamiento por sexo, se identifica que la disminución es mayor en la población de mujeres con 5,4% frente a un 2,6% en los hombres. Con relación al periodo 2019-2021 se identifica una disminución global de las personas atendidas de un 22,5% respecto a las personas atendidas en 2019, la disminución de hombres atendidos fue de 23,9%, y con menor impacto en las mujeres, con una disminución del 21,1%.

En cuanto al comportamiento del periodo 2015 a 2021, se presenta una disminución del 25,7% respecto a la población inicial; al desagregar por sexo esta disminución se da en hombres en un 25,9% y en mujeres en un 25,4% (gráfica 56)



Gráfica 56. Distribución por sexo de personas habitantes de calle atendidas por cualquier motivo. Colombia, RIPS 2015 - 2021



Fuente: Bodega de datos SISPRO, consolidado de todas las personas atendidas en servicios de salud. Consultado en septiembre de 2022

Para el 2021 se identificó que se atendieron 7770 mujeres y 7258 hombres habitantes de la calle en el país que asistieron a los diferentes servicios de salud por cualquier motivo de salud¹⁵, y se identificó que, para ambos sexos, el principal diagnóstico registrado fue hipertensión arterial, el segundo y tercer código del CIE 10 registrado para mujeres fue el examen odontológico y COVID 19, virus no identificado; en hombres fue inverso este orden; el cuarto y quinto lugar es examen de laboratorio y caries de la dentina.

Se resalta que para las mujeres en los 20 primeros lugares se encuentra códigos diagnósticos relacionados con la detección de tumores de cuello uterino y mama, asesoría de anticoncepción, infecciones de vías urinarias y otras enfermedades crónicas como diabetes.

¹⁵ Del análisis tanto en población general, como en población de habitantes de la calle, para el 2021, los dos códigos que más se registran en las personas atendidas fueron: no definido (1) y examen médico general (z000)

*Tabla 12. Población habitante de la calle atendida en el 2021 – Mujeres*

CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Femenino)	Puesto
Total General	7.770	–
I10X - Hipertensión esencial (Primaria)	1.292	1
Z012 - Examen odontológico	926	2
U072 - COVID-19, Virus no identificado	889	3
Z017 - Examen de laboratorio	666	4
K021 - Caries de la dentina	650	5
Z124 - Examen de la pesquisa especial para tumor del cuello uterino	555	6
Z300 - Consejo de asesoramiento general sobre la anticoncepción	493	7
N390 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	491	8
Z108 - Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas	477	9
R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados	448	10
R51X - Cefalea	400	11
Z123 - Examen de pesquisa especial para tumor de la mama	359	12
R688 - Otros síntomas y signos generales especificados	334	13
M545 - Lumbago no especificado	260	14
E119 - Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación	249	15
Z010 - Examen de ojos y de la visión	235	16
R529 - Dolor, no especificado	226	17
Z136 - Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	212	18
M255 - Dolor en la articulación	207	19
Z008 - Otros exámenes generales	207	20

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Consultado en septiembre de 2022

Para el caso de los hombres, en los 20 primeros lugares se encuentran códigos diagnósticos relacionados con infecciones de vías urinarias, hiperplasia de la próstata, y otras enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y esquizofrenia.

*Tabla 13. Población habitante de la calle atendida en el 2021 – Hombres*

CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Masculino)	Puesto
Total general	7.258	–
I10X - Hipertensión esencial (Primaria)	887	1
U072 - COVID-19, Virus no identificado	803	2
Z012 - Examen odontológico	616	3
Z017 - Examen de laboratorio	463	4
K021 - Caries de la dentina	422	5
Z108 - Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas	369	6
R688 - Otros síntomas y signos generales especificados	316	7
R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados	300	8
N40X - Hiperplasia de la próstata	279	9
R448 - Otros síntomas y signos que involucran las sensaciones y percepciones generales y los no especificados	272	10
M545 - Lumbago no especificado	258	11
N390 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	233	12
Z010 - Examen de ojos y de la visión	231	13
J449 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	219	14
R51X - Cefalea	164	15
U071 - COVID-19, Virus identificado	155	16
R529 - Dolor, no especificado	147	17



CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Masculino)	Puesto
Z718 - Otras consultas especificadas	146	18
Z136 - Examen de pesquisa especial para trastornos cardiovasculares	142	19
F200 - Esquizofrenia paranoide	135	20

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Consultado en septiembre de 2022

Para el total de la población atendida en 2021 se identifica que, para ambos sexos, los principales diagnósticos son hipertensión arterial, examen odontológico, caries de la dentina y COVID 19 y comparten otros diagnósticos como por ejemplo gingivitis, lumbago y otros dolores abdominales y los no especificado y el control de salud rutinario de los niños.

En cuanto a las mujeres, en las primeras 20 causas se encuentran códigos relacionados con la detección de tumores de cuello uterino, infección de vías urinarias, consejería para la anticoncepción y otras enfermedades crónicas como el hipotiroidismo.

Tabla 14. Población general atendida por cualquier motivo, RIPS 2021– Mujeres

CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Femenino)	Puesto
Total general	17.974.121	–
I10X - Hipertensión esencial (Primaria)	2.329.317	1
Z012 - Examen odontológico	1.915.929	2
K021 - Caries de la dentina	1.703.081	3
U072 - COVID-19, Virus no identificado	1.644.648	4
Z017 - Examen de laboratorio	1.537.208	5
R688 - Otros síntomas y signos generales especificados	1.496.691	6
Z718 - Otras consultas especificadas	1.226.702	7
Z124 - Examen de la pesquisa especial para tumor del cuello uterino	1.156.780	8
N390 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.031.964	9



CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Femenino)	Puesto
Z300 - Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	978.164	10
Z001 - Control de salud de rutina del niño	916.714	11
R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados	793.679	12
R51X - Cefalea	770.121	13
Z108 - Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas	718.053	14
K051 - Gingivitis crónica	651.007	15
M545 - Lumbago no especificado	603.443	16
E039 - Hipotiroidismo no especificado	552.194	17
U071 - COVID-19, Virus identificado	539.984	18
Z010 - Examen de ojos y de la visión	535.670	19
Z008 - Otros exámenes generales	533.899	20

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Consultado en septiembre de 2022

Con relación a los hombres, en las primeras 20 causas se encuentran otros códigos relacionados con el examen del estado de desarrollo de los adolescentes y la hiperplasia de la próstata.

Tabla 15. Población general atendida por cualquier motivo, RIPS 2021– Hombres

CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Masculino)	Puesto
Total, general	13.784.326	–
Z012 - Examen odontológico	1.419.751	1
I10X - Hipertensión esencial (Primaria)	1.415.429	2
U072 - COVID-19, Virus no identificado	1.249.364	3
K021 - Caries de la dentina	1.150.965	4
R688 - Otros síntomas y signos generales especificados	1.005.561	5



CÓDIGOS CIE 10	Número de personas atendidas (Masculino)	Puesto
Z001 - Control de salud de rutina del niño	910.993	6
Z718 - Otras consultas especificadas	776.331	7
Z017 - Examen de laboratorio	737.599	8
Z108 - Otros controles generales de salud de rutina de otras subpoblaciones definidas	496.473	9
U071 - COVID-19, Virus identificado	478.074	10
K051 - Gingivitis crónica	455.650	11
M545 - Lumbago no especificado	450.476	12
Z010 - Examen de ojos y de la visión	435.026	13
R104 - Otros dolores abdominales y los no especificados	417.772	14
N390 - Infección de vías urinarias, sitio no especificado	386.643	15
J00X - Rinofaringitis aguda (resfriado común)	386.063	16
N40X - Hiperplasia de la próstata	347.113	17
Z003 - Examen del estado de desarrollo del adolescente	319.766	18
R51X - Cefalea	317.621	19
Z719 - Consulta, no especificada	310.772	20

Fuente: Bodega de datos SISPRO. Consultado en septiembre de 2022

En general se identifica un comportamiento similar en los diagnósticos entre la población, general y de habitantes de la calle; así mismo se encuentran similitudes en los diagnósticos desagregados por sexo.

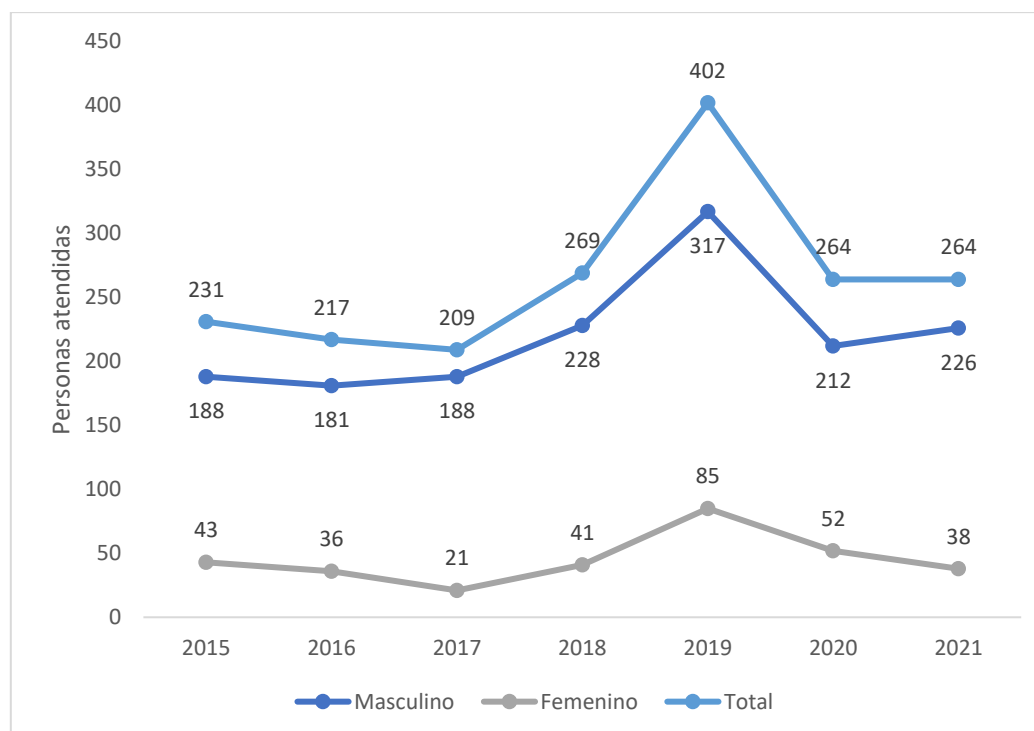
Se reconoce que la proporción entre hombres y mujeres habitantes de calle atendidos es similar, y no se corresponde con las proporciones entre hombres y mujeres habitantes de la calle de los diferentes censos. La principal diferencia que se reconoce en los habitantes de la calle hombres es que presentan con mayor frecuencia Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y esquizofrenia.



3.2.1. Personas atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

A continuación, se presentan datos de las personas atendidas en los diferentes servicios de salud registrados en la bodega de datos SISPRO para el periodo 2015-2021 por trastornos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.

Gráfica 57. Personas habitantes de la calle atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, RIPS 2015 – 2021



Fuente: Bodega de datos SISPRO, consolidado de todas las personas atendidas en servicios de salud. Consultado en septiembre de 2022

A pesar de que, en el análisis inicial de las personas atendidas por cualquier motivo, el consumo de sustancias psicoactivas no aparece en los primeros, es importante realizar este análisis en tanto en los censos se identifica que entre el 80% y el 92% de los habitantes de la calle reportan consumo de sustancias psicoactivas.

Se identifican pocos habitantes de la calle atendidos por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (264 en el 2021) por lo que los datos no pueden ser generalizados a esta población (34.081 en los censos entre el 2017 y 2021) y su alcance se limita a la descripción de estas personas.

Se evidencia un aumento progresivo entre el periodo de 2015 a 2019 de 74% respecto a la población general; al analizar el crecimiento por sexo, se identifica que el crecimiento es mayor en la población de mujeres con 97,6% frente a un 68,6% en los hombres. Con relación al periodo 2019-2021 se



identifica una disminución global de las personas atendidas de un 34,3% respecto a las personas atendidas en 2019, la disminución de hombres atendidos fue de 28,7%, el mayor impacto fue en las mujeres, las cuales presentaron una disminución del 55,2% lo que significa que incluso atendieron menos mujeres que en el año 2015.

En relación con el periodo completo de 2015 a 2021, se identifica que la proporción de hombres atendidos oscila entre el 78,8% y el 89,9% y el de mujeres entre el 10% y el 21,1%, con una proporción para el 2021 de 85,6% hombres y 14,3% mujeres. En cuanto al comportamiento, se presenta un crecimiento del 14,2% respecto a la población inicial; al desagregar por sexo este crecimiento se da en hombres en un 20,2% y en mujeres se identifica una disminución en las mujeres atendidas en un 11,6%

Conclusión

Sobre alteraciones de salud que afectan de las personas habitantes de la calle en Colombia

A continuación, se presentan los principales hallazgos relacionados con salud y atención a las personas habitantes de la calle los cuales indagaron por cuatro temas clave: 1) los problemas de salud identificados por las personas en los últimos 30 días y que actuación tuvo frente a esa situación; 2) el autorreporte de cinco temas relacionados con VIH, tuberculosis, cáncer, diabetes, hipertensión, 3) el consumo de sustancias psicoactivas y 4) los habitantes de la calle atendidos en los servicios de salud a partir de la información de la bodega de datos de SISPRO.

Problemas de salud identificados por las personas en los último 30 días y que actuación tuvo frente a esa situación. Se identificó que es mayor el porcentaje de mujeres (referido al universo de mujeres) que de hombres que reportaron un problema de salud físico, mental u ontológico en los últimos 30 días. Frente a un problema de salud que consideran grave, las personas tienen dos tipos de respuestas; una, fue no hacer nada con un 39,3%; la segunda respuesta fue realizar alguna acción de autocuidado para atender el problema, en el 60,7% de los habitantes de la calle; sin embargo, solo entre el 35% y 44,1% del total de la población acudió a un servicio de salud del SGSSS. Los datos presentados evidencian que la mayoría de las personas toman acciones de autocuidado en contraste con el imaginario de carencia de noción de riesgo o de interés en su salud.

Se identifica que, con relación a los problemas mentales o emocionales, el reporte es mucho mayor (más del doble) en los censos del 2020 y 2021 (municipios mayormente de categorías 3 a 6 y algunas ciudades capitales). Frente al sexo, el reporte es mayor entre las mujeres; en el censo de 2017 la diferencia es de 1, 2% y para los censos 2019, 2020 y 2021, hay mayor diferencia y oscila entre 2,4% y 7,5%. Es decir, se encuentran diferencias tanto entre territorios, como entre sexos, siendo las mujeres las que más reportan estos tipos de problemas. Con relación al intento de suicidio, se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, con diferencias del doble o más en los censos del 2019 y 2021.

Autorreporte de temas relacionados con hipertensión, diabetes, tuberculosis y VIH-SIDA. Las más frecuentes se dieron en el siguiente orden; Hipertensión 2,1% que corresponde a 718 personas, diabetes 0,9% que corresponde a 335 personas, tuberculosis 1,1 % que corresponde a 393 personas y VIH-SIDA 0,4% que corresponde a 155 personas, siempre con mayores reportes en hombres que



en mujeres, y el censo en que se identificó mayor autorreporte para todas las patologías fue el de 2019, sin embargo, se considera que son proporciones muy bajas de la población teniendo en cuenta el número de personas con autorreporte oscilan 155 y 718 frente a una población estimada de 34081 habitantes de la calle y que la prevalencia de patologías como la hipertensión puede estar cercana al 40% de la población adulta en ámbito urbano en Colombia. De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, se identificó que para el año 2020 había un total 2.549.819 personas afiliadas captadas con hipertensión arterial (41,23%), para el caso de diabetes mellitus, la prevalencia fue de 2,94% y de vih de 0,5%.

Los mayores reportes de hipertensión se presentaron en el censo de 2019 y 2021. En el caso de la diabetes, los censos de 2019, 2020 y 2021 presentan datos de las personas que afirmaron haber sido diagnosticadas con diabetes mayores que el de 2017, y en mayor medida en los hombres que en las mujeres.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, tanto los hombres como las mujeres del censo 2019 que incluyó Cali, Manizales y Medellín, Bucaramanga y Barranquilla con sus respectivas áreas metropolitanas reportaron en mayor número tuberculosis que en los otros censos. La tuberculosis se reporta en más personas que el VIH-SIDA.

Frente a VIH se indica un menor conocimiento de su estado serológico, especialmente entre los hombres, y acorde con el estudio realizado en 2016 por el Fondo Mundial de poblaciones en cuatro ciudades, se encontró una prevalencia global de 4,6% para los habitantes de la calle; la mayor fue reportada en Barranquilla con 9,6%, y las prevalencias más altas fueron identificadas en mujeres con porcentajes entre el 3,6% en Bucaramanga y el 16,7% en Barranquilla (Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2016). Se identifican resultados diferenciales entre hombres y mujeres y por ciudades, lo que amerita profundizar en el contexto o situaciones que favorecen la transmisión del VIH en las regiones.

Consumo de sustancias psicoactivas. Las mayores prevalencias de consumo se dan en Bogotá, Cali, Manizales, Barranquilla, Medellín y Bucaramanga y sus áreas metropolitanas. Frente al perfil de la población, se reconoce que consumen más hombres que mujeres. Frente a las edades de inicio, las personas habitantes de la calle inician el consumo a edades más tempranas (entre el 25,2% y el 61% entre los 5 y 14 años) que la población general (25% lo hicieron a los 15 años o menos). En cuanto al consumo de sustancias a lo largo de la vida, se identifica una disminución progresiva del consumo de todas las sustancias psicoactivas, con el proceso de envejecimiento con excepción del alcohol el cual tiene un comportamiento de estabilización o incremento frente a los reportes iniciales de consumo.

El tabaco es la sustancia más consumida por las personas habitantes de la calle encuestadas, seguida por basuco, marihuana y alcohol tanto en hombres como en mujeres. Las mujeres consumen en menor porcentaje que los hombres según el reporte de todos los censos, aunque en el caso de inhalables y



pepas el porcentaje de consumo entre las mujeres es mayor que el de los hombres. Entre el 20,2% de las personas (2021) y el 8,8% (2017) no consumen alguna sustancia psicoactiva.

El poli consumo de 2 o 3 sustancias, es el comportamiento más frecuente para todos los censos y en ambos sexos; el segundo comportamiento fue el de 4 o más sustancias en el caso de los hombres de todos los censos, y de las mujeres para los censos 2017 y 2019. En los censos de 2020 y 2021 el comportamiento fue diferente para las mujeres ya que reportaron en segundo lugar no consumir sustancias psicoactivas y en tercer lugar consumir una sola sustancia. Además, se presentan variaciones a lo largo del curso de vida, y se identifica que el uso de 4 o más sustancias es el comportamiento más habitual entre los 20 y 34 años en todos censos, tanto en hombres como mujeres.

La información sobre el consumo de sustancias psicoactivas en esta población da cuenta de edades de inicio temprano y poli consumo, incluido el de 4 o más sustancias que se relaciona con mayores riesgos y severidad de trastornos por consumo, aunado con lo reportado en el estudio en población general más reciente que reporta que el consumo problemático de sustancias psicoactivas como alcohol e ilícitas se da especialmente en las personas de los estratos 1 y 2. Así mismo se reconoce que disminuye el consumo y el poli consumo a lo largo del curso de vida; y en mayores de 60 años el reporte de no consumir sustancias oscila entre el 30,7% a 48,2%

Con relación al consumo de heroína se identificó que en los municipios que históricamente presentan consumo de heroína, este también se da entre los habitantes de la calle; de otra parte, se reportan personas con consumo en municipios que previamente no lo habían reportado en estudios de consumo o caracterización.

Atención en los servicios de salud. Se realizó el análisis en la bodega de datos de SISPRO para la población de habitantes de la calle que fueron atendidos en el sistema de salud por cualquier motivo entre el 2015 y el 2021, con una desagregación para el consumo de sustancias psicoactivas y una comparación global con la población en general.

Para el caso de los habitantes de la calle atendidos en los servicios de salud es importante reconocer, que teniendo en cuenta los procesos de actualización de la información en el Sistema de información de la Protección Social derivados del Decreto 2083 de 2016 y sus resoluciones reglamentarias, se considera que estos datos pueden no reflejar la situación actual del número de personas habitantes de la calle por el proceso de depuración y actualización de la información.

Se identifica que para el 2021 se atendieron 7770 mujeres y 7258 hombres habitantes de la calle lo que corresponde a una proporción de 51,7% y 48,2% respectivamente por lo que se considera que tienen mayor acceso a los servicios de salud las mujeres, teniendo en cuenta que su proporción es mucho menor (12,1%) que la de hombres (87,9%).

Se reconoce un aumento progresivo de las atenciones a la población general, en cambio para la población de habitantes de la calle se identifica una disminución progresiva en el acceso a los servicios de salud entre el 2015 y 2021.

En relación con la atención por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, es importante reconocer que existen pocos registros, lo cual podría estar relacionado con diferentes elementos como



posible subregistro, dificultades para identificar la población en el sistema, mayor estigma y discriminación o procesos de autoestima y disminución de percepción de necesidad de tratamiento en población habitante de la calle que limita el acceso a los servicios de la salud, por lo que la información de esta población debe ser tenida en cuenta como un análisis y descripción de lo que ocurre en la población atendida y no de las personas habitantes de la calle en general.

Una vez realizada la anterior anotación, se identifica que la relación entre hombres y mujeres que son atendidos por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas guarda proporciones similares a los hallazgos de los censos del DANE en esta población. En el comportamiento se identifica un crecimiento menor de las atenciones que el que se da para toda la población e incluso menor para las mujeres que fueron atendidas en el año 2015, lo que podría indicar un menor impacto de las medidas tomadas para mejorar el acceso a los servicios de salud durante la pandemia.

Con relación a los principales códigos del CIE 10 registrados en SISPRO se resalta la importancia de la búsqueda de alteraciones relacionadas con la detección de tumores de cuello uterino y mama en mujeres, y la presencia de EPOC y esquizofrenia en hombres habitantes de la calle.

Estos códigos diagnósticos guardan similitud entre la población general y los habitantes de la calle en tanto los más frecuentes son hipertensión, COVID 19, examen odontológico y caries de la dentina, lo que puede indicar un limitado abordaje diferencial que realice la identificación de trastornos que podrían ser más prevalentes en los habitantes de la calle acorde con la información de los censos como por ejemplo, los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que es reportado entre el 80% y el 92% de las personas encuestadas.

4. Conclusiones

Revisados los resultados de los censos realizados en los años 2017, 2019, 2020 y 2021, se concluye que las personas habitantes de la calle en Colombia tienen características similares entre las regiones en cuanto a distribución por sexo y rangos de edad, en razones de inicio, permanencia y tiempo de vida en calle, alfabetismo y escolaridad, ocupaciones y afectaciones en salud con diferencias importantes en relación con el sexo.

Se conservan elementos en común con lo reportado por la literatura internacional en cuanto a factores estructurantes (mercados de vivienda y trabajo, pobreza y acceso a bienes y servicios y capacidad de respuesta institucional) y de trayectoria de vida (Violencias, afectaciones en salud, desescolarización, consumo problemático de sustancias psicoactivas, egresos de instituciones de protección, entre otros.)

En cuanto a la mayor cantidad de población, se encuentran en la región andina y representa aproximadamente el 67,9% de los cuatro censos, mientras que la región de la Orinoquía y la Amazonía



representan solo el 1,7%. El análisis por a la tasa por 10.000 habitantes, muestra que las mayores son la región pacífica y andina con 11 y 9 personas por cada 10.000 habitantes.

En cuanto al sexo, hay predominio de hombres (en promedio 87,8%); con respecto a la edad, la mayoría de las personas habitantes de la calle son jóvenes y adultas entre los 25 y 44 años (82,7%) sin una pertenencia étnica definida y con limitado acceso a la educación y a pesar de que la mayoría dijo saber leer y escribir, en general cuentan solamente con educación básica primaria.

El promedio de años que la mayoría de las personas llevaban de vida en calle en el momento del censo es de más de 10 años para más del 43,5% de las personas, y generalmente inician la vida en la calle entre los 14 y 29 años. Los principales motivos para iniciar la vida en calle son el consumo de sustancias psicoactivas en los hombres y los conflictos y dificultades familiares en las mujeres. Sus formas más reportadas para generar ingresos son las actividades relacionadas con el reciclaje y la mendicidad. De otra parte, el consumo y el poli consumo de sustancias psicoactivas es frecuente y se identifica que el consumo de tabaco y alcohol se mantiene a lo largo de la vida, con una disminución de las demás sustancias después de los 35 años.

Se considera que cerca de la tercera parte de la población se encuentra en un alto grado de exclusión ya que no cuentan con redes de apoyo, ni de personas, ni de instituciones. Aun con estas limitadas redes de apoyo, una proporción importante de habitantes de la calle han accedido a servicios de salud sin que se puedan identificar grandes diferencias en los motivos de atención registrados entre ellos y la población general, lo cual puede indicar que no existen diferencias en este aspecto entre la población general y los habitantes de la calle, o que las atenciones no han incorporado el enfoque diferencial que permita identificar motivos de consulta relacionados con la vida en la calle que evidencian estudios como los del Fondo Mundial de Poblaciones sobre Tuberculosis y VIH.

La evidencia corrobora que la población habitante de la calle hace parte de un fenómeno complejo que articula las dificultades para el ejercicio de los derechos, el acceso a bienes y servicios, las desigualdades, especialmente la pobreza, la coexistencia de situaciones que afectan la salud, y dinámicas sociales que propician y mantienen las desigualdades y la exclusión, tales como la estigmatización y discriminación.

Por tanto, para cualificar las respuestas y comprender mejor la habitanza en calle y las personas que hacen parte de este fenómeno, es clave mejorar los sistemas de información, reconocer los aspectos estructurales que lo conforman y lo mantienen, así como comprender mejor la interacción entre el bienestar social y la afectación en salud, incluida la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, desde los enfoques de género y curso de vida como mínimo, y avanzar hacia la captura de información que permita incluir el enfoque interseccional tanto para el análisis como para la intervención.



A continuación, se presentan las principales conclusiones en dos grandes apartados, uno sociodemográfico y de integración social y otro relacionado con salud; las cuales son resultado del análisis de los microdatos de los cuatro censos de habitantes de la calle disponibles, de un análisis complementario a partir del Sistema de Información Misional del ICBF sobre niñas, niños y adolescentes-NNA en riesgo, o con situación de vida en calle y, de la bodega de datos del Sistema de Información de la Protección Social-SISPRO.

5. Recomendaciones

La PPSHC expedida bajo el Decreto 1285 de 2022, indica que las rutas para su implementación, así como su modelo de atención, aportan las herramientas que permiten desarrollar los programas, proyectos, estrategias y servicios para la prevención de la situación de calle y la atención a las personas habitantes de la calle, de acuerdo con las características de las personas que fueron censadas entre 2017 y 2021, y los factores de riesgo para que las personas lleguen a la vida en calle.

No obstante, es preciso enfatizar algunos aspectos que señalan las conclusiones del presente documento, como el esfuerzo que se debe realizar por parte de los diferentes niveles del gobierno, para desarrollar estrategias que permitan crear, ampliar y ajustar la oferta institucional de los programas, proyectos y servicios de atención para las personas habitantes de la calle, con énfasis en la población joven y adulta que en la actualidad no cuenta con una oferta social, como la que está dispuesta para los niños, niñas y adolescentes y las personas mayores, y que constituye el segmento poblacional en el que se concentra la mayor cantidad de personas habitantes de la calle.

Adicionalmente, es preciso incrementar las acciones de prevención con las personas que se encuentran en riesgo de calle desde una integralidad que contemple los diferentes factores expulsores a la vida en calle, entre los cuales la falta de acceso a vivienda, trabajo, las dificultades familiares, la violencia intrafamiliar, la deserción escolar, y la necesidad de un abordaje preventivo de la salud mental para la detección y canalización oportuna de trastornos, incluidos los derivados del consumo de sustancias psicoactivas, desde un enfoque de género y de curso de vida teniendo en cuenta las edades de inicio de vida en calle, y que atienda los factores expulsores identificados por sexo y curso de vida entre otros diferenciales .

Si bien, el sector sanitario cuenta con mayores capacidades de atención que el sector social por su estructura y presencia nacional y estructura de Estado se debe continuar fortaleciendo los servicios de salud, de tal forma que se garantice una atención integral a través de la atención resolutoria en el componente primario, cercano al lugar donde viven o permanecen los habitantes de la calle. Así mismo, se deben articular respuestas en las situaciones más prevalentes, incluida la violencia, la salud mental, la atención al consumo de sustancias psicoactivas, la salud sexual y reproductiva y la atención de posibles comorbilidades relacionadas con los comportamientos de riesgo mediante ofertas promocionales de la salud, preventivas, de tratamiento, reducción del daño, rehabilitación integral (discapacidad) e inclusión social.



A continuación, se presentan las recomendaciones para los distintos niveles del gobierno organizadas en cuatro categorías: necesidad de registros y generación de evidencia, articulación y coordinación interinstitucional, diseño y ajuste de servicios para habitantes de la calle y consideraciones territoriales.

Necesidad de registros y generación de evidencia

Implementar lo dispuesto en la PPPSHC con relación a la identificación, registro y caracterización de las personas habitantes de la calle en el nivel subnacional (Departamentos, Distritos y municipios).

Generar y consolidar la información local para la planeación, implementación y seguimiento de las estrategias, programas y proyectos que se diseñen para la ejecución de los ejes de Política Pública Social Para Habitantes de la Calle-PPSHC.

Desarrollar estrategias para el acceso al documento de identificación, que les permita a las personas habitantes de la calle, acceder a bienes y servicios en su calidad de ciudadanos.

De los registros. Consolidar a nivel departamental, distrital y municipal el registro administrativo de la población especialmente en las entidades territoriales que aún no lo tengan, y avanzar tanto en la identificación y caracterización de las personas, como de la oferta institucional disponible con el fin de diseñar la que se necesite y fortalecer y ajustar la existente de acuerdo con los lineamientos de la política Pública Social para habitantes de la calle.

Fortalecer e implementar estrategias efectivas y diferenciales para el aseguramiento en salud a partir del contraste entre los datos disponibles en las bases de datos de los censos de habitantes de la calle del DANE para cada municipio, y los datos disponibles en el listado censal de habitantes de calle del SISPRO. Esto requiere además tanto a nivel nacional como subnacional, de estrategias para que las y los habitantes de la calle accedan al documento de identidad.

De la generación de evidencia. Incluir de manera progresiva en los censos, estudios nacionales y locales, elementos para el análisis de situaciones sociales y de salud relacionadas con factores predisponentes y precipitantes para la vida en calle tales como: acceso a vivienda y desalojos, egreso de servicios de protección y privación de libertad, migración, acceso a trabajo, sub empleo, violencias (de pareja, intrafamiliar), educación y deserción escolar, pobreza, salud mental, embarazo adolescente, inyección de drogas, acceso a servicios de salud entre otros, desde un enfoque de género.

Actualizar estudios nacionales y realizar estudios de contexto local de prevalencias de VIH, otras ITS y comportamientos de riesgo, consumo de sustancias psicoactivas incluida la heroína y patrones de consumo e inyección de drogas.

Realizar análisis situacionales periódicos en las entidades territoriales para la identificación de los factores predisponentes y precipitantes de la vida en la calle que orienten el diseño de la respuesta local, teniendo en cuenta el enfoque de género, curso de vida e incluir los datos de los censos¹⁶ para cada entidad territorial. También se recomienda consultar fuentes de información como el Sistema de

¹⁶Los datos publicados por el DANE (los datos están abiertos a consulta y disponibles en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-habitantes-de-la-calle>).



Información para la Protección Social-SISPRO, las caracterizaciones de esta población realizadas por los territorios, así como la información disponible derivada de registros administrativos.

Incluir en los análisis situacionales la información disponible en las instancias de coordinación tanto a nivel nacional como territorial, para ahondar en el conocimiento de las familias y contextos que están actuando como expulsores de niños, niñas y adolescentes y de las personas mayores, a la vida en calle. Este ejercicio se debe realizar intersectorialmente con otros actores de acuerdo con su disponibilidad y competencia en el territorio y en articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar familiar.

Realizar el mapeo de los actores del nivel distrital, municipal y departamental que tienen competencias, o posibilidades de desarrollar acciones para la prevención de la habitanza en calle y la atención a las personas en situación de calle de acuerdo con los factores precipitantes y predisponentes que se identifiquen en cada cabecera municipal y departamento y elaborar un directorio de la oferta institucional y comunitaria.

Realizar un análisis del acceso de la población a bienes y servicios disponibles a nivel nacional y territorial (acceso a la oferta del directorio) a partir de la revisión del número de personas censadas en el municipio, y de cuántas aparecen reportadas en las bases de datos de la oferta social identificadas como habitantes de la calle.

Se deben implementar acciones diferenciales que permitan la identificación de los principales trastornos o patologías en los habitantes de la calle incluyendo los relacionados con la salud sexual y reproductiva, ITS, salud mental, y los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y las comorbilidades asociadas como por ejemplo enfermedades cardiopulmonares.

Coordinación y articulación interinstitucional.

Reconocer y fortalecer las instancias de coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, y las competencias de los sectores de la vivienda, la educación, la salud, el bienestar social, el trabajo, el desarrollo económico, entre otros, para la identificación e implementación de acciones preventivas que sean complementarias.

Avanzar en la articulación intersectorial a nivel nacional, departamental, municipal y distrital, que permita fortalecer la estrategia de prevención de riesgos asociados a la alta permanencia y vida en calle de niñas y niños y adolescentes, con énfasis en búsqueda y vinculación escolar en población desescolarizada y adherencia al entorno escolar y fortalecimiento familiar y comunitario.

Coordinar desde instancias nacionales, departamentales, distritales y municipales, por ejemplo el Consejo nacional de salud mental, los consejos departamentales de salud mental, los consejos departamentales, distritales y municipales de política social, los comités territoriales de salud, y las demás instancias de coordinación nacional y subnacionales, programas, proyectos o intervenciones que se relacionen con el abordaje de los determinantes sociales de la salud para propiciar el bienestar de las personas.



Se recomienda realizar procesos de acompañamiento por parte de los actores del SGSSS y de otros sectores que permitan una mejor gestión del riesgo tanto social como en salud, de aquellas personas habitantes de la calle que no tengan prácticas de autocuidado o no acudan a los servicios de salud para intervenir los riesgos relacionados con que las personas vayan a la calle, y los que se generan derivados de su situación de calle.

Diseño y ajuste de servicios para habitantes de la calle.

Garantizar que los criterios de participación de la oferta institucional (del orden nacional, departamental, distrital y municipal) de servicios sociales y de salud para las personas en riesgo de calle y en situación de calle, incluida la oferta que exista en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para niños, niñas, adolescentes y mayores de 60 años, faciliten el acceso y utilización de servicios, teniendo claridad en las características generales de la población, y particulares de cada territorio. No se deben imponer requisitos a la persona para apoyarla.

La oferta debe tener en cuenta que cerca de la mitad de la población tiene un arraigo de vida en calle de más de diez años, y por tanto se deben contemplar las distintas necesidades de personas que podrían tener una cronicidad en sus prácticas y hábitos, y aquellas que no tienen un apego de esas características a la situación de calle.

La participación en la oferta de servicios sociales y de salud debe partir de la autonomía de decisión de la persona, y **no** debe condicionarse a la participación simultánea o previa de otros servicios (en particular no se debe presionar a asistir a tratamientos en salud como criterio para recibir acompañamiento). Tampoco puede condicionarse a tener un proceso de acompañamiento por parte de alguna institución, ni a la utilización de la totalidad de la oferta de los servicios disponibles. Las intervenciones deben ser un motivador de su transformación de condiciones, desde una perspectiva de inclusión social para aquellas personas que no tienen como expectativa abandonar la calle, pero interesadas en mejorar sus condiciones actuales. En ese sentido, la participación de la oferta no debe ser requisito, sino parte de su proceso de inclusión social.

Los territorios que cuentan con programas de atención deben indagar por qué un porcentaje de ellos no son usados por las personas, con el fin de que se pueda aprovechar al máximo la capacidad de atención con la que cuentan cuando que tienen programas, proyectos y servicios. En la misma línea es necesario identificar barreras de acceso a los servicios para realizar ajustes en las Rutas Integrales de Atención en Salud-RIAS por parte de los aseguradores, desde los enfoques de género y diferencial, para que las personas puedan acceder a la atención colectiva e individual de acuerdo con sus características priorizando los manejos ambulatorios y la atención primaria en salud.

En los territorios en donde aún no cuentan con programas, pero ya tienen información del censo DANE es importante empezar a organizar la información y la capacidad de respuesta para la prevención de la habitancia en calle y la atención a la población.

Garantizar la participación de las personas habitantes de la calle en la evaluación y mejora de los servicios sociales y de salud mediante encuestas de satisfacción y reconocimiento de intereses y necesidades entre otros.



Desarrollar acciones para el fortalecimiento de los factores protectores y la prevención de la habitanza en calle para todas las edades y atender la situación evidenciada con mayor porcentaje en las cabeceras municipales censadas en 2020 y 2021 de personas mayores de 60 años que habitan la calle, así como de mayores porcentajes en edades tempranas de inicio de vida en calle en el censo 2017.

Implementar acciones preventivas con enfoque de género y curso de vida, que estén relacionadas con las tres principales razones de ir a la calle identificadas en los censos (consumo de sustancias psicoactivas, conflictos y dificultades familiares, y dificultades económicas y falta de trabajo especialmente en la población joven y adulta en riesgo de calle (19 años a 34 años)).

Fortalecer las redes de apoyo para la inclusión de las personas habitantes de la calle, tanto las afectivas con personas diferentes a la familia de origen (en caso de que el contacto con ella no aporte bienestar), como las redes institucionales y de organizaciones sin ánimo de lucro que se traduzcan en programas y servicios de atención, ya que se evidenció que un poco más de la tercera parte de la población de cada censo no tiene contacto con su familia de origen, y por tanto depende de otro tipo de redes de apoyo.

Fortalecer los programas y acciones que vayan encaminados a mejorar la convivencia y reducir las violencias en familias y comunidades es urgente y fundamental para la prevención de la situación de calle.

Diseñar, desarrollar y fortalecer estrategias de búsqueda y vinculación escolar en población desescolarizada y de prevención del abandono escolar en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, priorizando a los municipios censados, y los definidos por el modelo predictivo del ICBF.

Adelantar acciones y estrategias a nivel nacional y territorial de nivelación escolar extra-edad como parte de su proceso de inclusión social, y que facilite el desarrollo de actividades económicas que permitan sostenibilidad de su proceso de inclusión social.

Generar acciones diferenciales para fortalecer las capacidades de las personas para generar sus ingresos, teniendo en cuenta que la principal actividad de los hombres es la de recoger material reciclable y el que las mujeres reportan recibir dinero a cambio de actividades sexuales. Se debe reconocer las habilidades y posibilidades de generar ingreso de las mujeres habitantes de la calle que disminuyan el riesgo para su integridad y salud, y les permita vincularse a redes económicas diferentes a las que generan la mendicidad y el comercio sexual, y de igual forma potenciar las capacidades de los hombres relacionadas con el tema de reciclaje y separación de material.

Se debe fortalecer el acceso de las mujeres tanto a servicios de acompañamiento legal, como a atención en salud física y mental que evite y aborde las violencias a las que están sometidas, como un factor preventivo y protector del riesgo de calle.

Se deben implementar estrategias de abordaje diferencial que favorezcan el acceso a los servicios de salud a la mayoría de la población.

Es necesario que los actores del sistema de salud profundicen en el reconocimiento de la situación en salud mental, mediante la aplicación de herramientas de tamización, incluyendo una perspectiva de



género al momento del análisis para identificar las diferencias en estas problemáticas, así como articular los servicios de salud mental, atención a personas que consumen sustancias psicoactivas y salud sexual y reproductiva y las rutas disponibles para un abordaje integral con detección y manejo de comorbilidades, priorizando respuestas ambulatorias y cercanas al lugar de permanencia.

Por lo anterior, se deben ofertar intervenciones integrales y diferenciales desde los sectores sociales y de salud para el fortalecimiento de la capacidad de agencia y de la gestión de los riesgos asociados al consumo por parte de la población habitante de la calle e implementar programas de tratamiento especialmente teniendo en cuenta los posibles daños cardiopulmonares relacionados con el consumo de sustancias como tabaco y alcohol que se mantienen durante el curso de vida.

Se deben implementar ofertas integrales que incluyan programas preventivos universales y selectivos del consumo de sustancias psicoactivas para quienes no consumen sustancias psicoactivas; implementar programas o intervenciones indicadas y de reducción de riesgos para prevenir el poli consumo de sustancias psicoactivas, especialmente en las poblaciones más jóvenes.

Las intervenciones en salud deben dar cuenta de un enfoque de reducción de daños que permitan disponer de una amplia gama de servicios y metas intermedias en los tratamientos y articular los servicios sociales y de asistencia social con los servicios de salud y la oferta comunitaria y de otros sectores.

Frente al VIH y otras ITS se deben fortalecer los procesos de información educación y comunicación para el conocimiento de su estado serológico, y cómo gestionar los riesgos a los que puedan estar expuestos desde un enfoque de género. Fortalecer las estrategias y el acceso a la tamización de VIH, hepatitis virales y otras ITS, y el acceso a la vacunación para la hepatitis B y otros medios preventivos como preservativos, el acceso a material de inyección de drogas y el acceso a tratamiento para VIH y hepatitis virales en los casos indicados.

Consideraciones Territoriales.

Se recomienda a partir de los análisis territoriales implementar respuestas institucionales e intersectoriales y en los servicios que consideren las particularidades de las mujeres para favorecer el acceso y uso de servicios que cierre la brecha de género.

Es prioritario que se fortalezca la atención integral en salud mental, desde lo previsto en salud pública territorial, y también lo establecido para la atención individual en el Plan de Beneficios en Salud, así como la articulación entre servicios sociales y de salud. Si bien el sistema de salud tiene establecidos los servicios de atención para trastornos de salud mental, incluidos aquellos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, y también tiene establecida una Ruta de Atención en Salud para la violencia contra las mujeres, los servicios sociales que se ocupan del cuidado no sanitario para las personas que tienen afectación por estas situaciones, no cuentan con esta misma claridad en su definición y alcance, por eso la gran importancia de avanzar en las rutas intersectoriales que articulen los servicios sociales (alojamiento y vivienda, alimentación, trabajo, educación, nutrición, entre otros) con los de salud, tanto para la prevención de las razones para ir a la calle, como para abordar las razones una vez la persona se encuentra en la calle. El sistema de salud debe mejorar el acceso y disminuir las barreras de atención, así como avanzar en el enfoque diferencial para la atención.



El acceso a atención en salud y tratamiento para consumo problemático de sustancias psicoactivas es fundamental en todos los municipios y departamentos en donde existe población, y en particular en los municipios correspondientes al censo 2020, las personas en riesgo de calle y en situación de calle participen de la estrategia de dispositivos comunitarios y se fortalezca el aseguramiento para garantizar la continuidad de la atención y la complementariedad entre las acciones colectivas y la atención individual.

Se recomienda a cada municipio en las que se reportan personas habitantes de la calle en los censos del DANE, realizar el análisis de cuántas personas de las que fueron censadas no cuentan con ningún tipo de red de apoyo, para poder ir pensando y diseñando respuestas de emergencia para toda su población censada, pero generando diferenciales para aquella que definitivamente se encuentra sin contacto con su familia de origen y sin redes de apoyo.

Se recomienda a 224 municipios ubicados en 21 departamentos establecidos de acuerdo con el modelo predictivo del ICBF, avanzar de manera urgente en el análisis y acciones de prevención en familias y comunidades.

En la Región Pacífico es preciso realizar esfuerzos urgentes para avanzar en la identificación y articulación de la oferta que existe para las personas (en riesgo y en situación de calle), considerando que ésta debe incorporar la oferta del nivel nacional y subnacional para el fortalecimiento de redes de apoyo y el acceso a bienes y servicios, entre ellos los de alojamiento y vivienda, salud, generación de ingresos y acompañamiento legal y para la resolución de conflictos.

En cuanto a los niños niñas y adolescentes con riesgo de calle identificados gracias al modelo del ICBF, se hace necesario implementar y desarrollar acciones encaminadas a la prevención de riesgos asociados a la alta permanencia y vida en calle de niñas y niños, priorizando los departamentos de **Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre, Valle del Cauca y Vichada**. Especial atención se debe prestar a Guaviare en donde no se identificaron personas habitantes de la calle en los censos del DANE, pero si niños niñas y adolescentes con riesgo de calle por parte de ICBF.

Las cabeceras municipales señaladas con las tasas más altas de habitantes de la calle por diez mil, deben avanzar expeditamente en la identificación y caracterización de su población y en la definición de las instituciones e instancias de coordinación territoriales para el abordaje de la prevención de la habitanza en calle y la atención de la población, así como en los mecanismos de articulación de oferta institucional, y en la identificación de fuentes de financiación y complementariedad de recursos entre nación, departamento, distrito y/o municipio.



6. Bibliografía.

Batterham, D. (2017). Defining “At-risk of Homelessness”: Re-connecting Causes, Mechanisms and Risk, *Housing, Theory and Society*, DOI: 10.1080/14036096.2017.1408678

Batterham, D. (2020). Clarifying the Relationship between Homelessness and Private Rental Markets in Australia: Capabilities, Risk, Mobility, and Geography. Melbourne: Swinburne University of Technology

Bramley, G. y Fitzpatrick, S. (2018). Homelessness in the UK: ¿who is most at risk?, *Housing Studies*, 33(1), 96-116, DOI: 10.1080/02673037.2017.1344957

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2017). Documento de caracterización sociodemográfica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/ Bogotá.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2019). Documento de caracterización sociodemográfica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/ 2019.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2020). Documento de caracterización sociodemográfica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/2020.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2021). Documento de caracterización sociodemográfica proyectos especiales (chc) censo de habitantes de la calle/2021.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2022). Situación de niños, niñas y adolescentes en Colombia en medio de la crisis por COVID 19.

Fitzpatrick, S. (2017). ¿Can homelessness happen to anyone? Don't believe the hype. <https://blogs.lse.ac.uk/politicsandpolicy/can-homelessness-happen-to-anyone>. [Fecha de consulta: 10 de noviembre de 2020]

Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2016) Resultados del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2015. Proyecto VIH Fondo Mundial: “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbilidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-comportamiento-sexual-infeccion-vih2016.pdf> [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2022]

Institute of Global Homelessness (2017). Visión General del Sinhogarismo Global y Estrategias para el Cambio Sistémico [Fecha de consulta: julio 2022]

Matulic, M.V. (2013). Los procesos de exclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona, Trabajo Social Global. *Revista de Investigaciones en Intervención Social*, 3(5) 3-27.



Mcnaughton, C. (2009). Agency, Transgression and the Causation of Homelessness: A Contextualised Rational Action Analysis. *European Journal of Housing Policy*, 9(1) 69-84. DOI: 10.1080/14616710802693607

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay-MIDES (2020). Panorama general sobre la situación de calle: definición y caracterización del problema a partir de los estudios realizados en el MIDES. Montevideo: MIDES.

Ministerio De Salud y Protección Social de Colombia. (2022) Resolución Número 1035 DE 2022 (14 de junio de 2022) “Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera”.

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2019), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019. Bogotá DC.: ODC. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3> [Fecha de consulta: 26 de septiembre de 2022]

Nieto, C y Koller, S. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. *Acta de investigación psicol* 5 (3), 2162-2181. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30007-2](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30007-2)