



La salud  
es de todos

Minsalud

# **Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030**

Oficina de Promoción Social

Grupo Gestión Integral para la Promoción Social

Bogotá, julio 2020



# **Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030**

**Oficina de Promoción Social  
Grupo Gestión Integral para la Promoción Social**

Bogotá, julio 2020

**© Ministerio de Salud y Protección Social**

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00

Bogota D.C. Colombia

Noviembre de 2018

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS– para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



**La salud  
es de todos**

**Minsalud**

**FERNANDO RUÍZ GÓMEZ**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**LUIS ALEXÁNDER MOSCOSO OSORIO**  
**Viceministro de Salud Pública y Prestación de  
Servicios**

**DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**OSCAR JAVIER SIZA MORENO**  
**Jefe Oficina Promoción Social**

**CLEMENCIA NIETO ALZATE**  
**Coordinadora Grupo GGIPS**



La salud  
es de todos

Minsalud

## **ELABORÓ**

**Ministerio de Salud y Protección Social**

**Juanita Rocío Barrero Guzmán**

Antropóloga, Mg Sociología

Referente Técnico Oficina de Promoción Social

## **EQUIPO DE APOYO**

**Sofía Elena Ramírez Vega**

Politóloga, Especialista en Gobierno y Políticas Públicas

**Mariana Matamoros**

Economista

Equipo Análisis de Datos Of Promoción Social

**MD. Juan Camilo Martínez Urrego**

Especialista en adicciones, Salubrista

Grupo Convivencia social y ciudadanía – SPA Dirección  
de Promoción y Prevención

## ***Con la participación de:***

**Ministerio de Justicia y del Derecho**

**Ministerio de Defensa Nacional**

*Policía Nacional*

**Ministerio del Trabajo**

**Departamento nacional**

**de Planeación DNP**

**Prosperidad Social**

**Departamento Nacional de Estadística**

**DANE Instituto Colombiano de Bienestar**

**Familiar ICBF**

**Territorios**

*Pereira*

*Dos Quebradas*

*Ibagué*

*Zipaquirá*



La salud  
es de todos

Minsalud

## CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	9
2	Antecedentes.....	10
3	Marco conceptual, características sociodemográficas y situación de la población.....	13
3.1.	Características sociodemográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia.....	15
3.2.	Situación de la población.....	25
4	Enfoques, principios y componentes.....	29
4.1.	Enfoques:.....	29
4.2.	Principios.....	30
4.3.	Componentes.....	31
5	Objetivo general de la Política.....	32
5.1.	Objetivos específicos.....	32
6	Ejes y líneas estratégicas.....	32
6.1.	Eje 1: Prevención de la habitanza en calle.....	32
6.1.1.	Contextos integradores para personas, familias y comunidades en riesgo de calle.....	33
6.1.2.	Fortalecimiento de redes protectoras para personas, familias y comunidad en riesgo de calle.....	34
6.2.	Eje 2: Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social.....	35
6.2.1.	Fortalecimiento de capacidades para la inclusión social.....	36
6.2.2.	Fortalecimiento de respuestas institucionales adecuadas y oportunas.....	37
6.2.3.	Participación para la inclusión social y la construcción de redes de sostenibilidad.....	38
6.2.4.	Protección, garantía y restablecimiento de los derechos de la niñez en situación de calle.....	38
6.3.	Eje 3: Articulación interinstitucional e intersectorial.....	39
6.3.1.	Fortalecimiento de capacidades de gestión y coordinación de entidades del Estado.....	39
6.3.2.	Gestión del conocimiento.....	40
7	Herramientas para la implementación de la Política Pública Social para Habitantes de Calle.....	41
7.1.	Bases del Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de Calle (PNAIPHC).....	41
7.2.	Adecuación institucional territorial para la implementación de la PPSHC y la elaboración de los planes territoriales de atención.....	43
7.3.	Ruta institucional para la implementación de la PPSHC.....	45



La salud  
es de todos

Minsalud

7.4. Ruta para la atención a las personas habitantes de la calle .....	48
7.5. Lineamiento para el desarrollo de un Modelo Social de Atención Integral para población en situación de calle - MSAIHC .....	49
7.6. Financiamiento.....	52
7.7. Monitoreo, seguimiento y evaluación .....	53
8 Glosario .....	53
9 Ficha de identificación y caracterización .....	56
10 Bibliografía .....	59

VERSIÓN JULIO 2020



La salud  
es de todos

Minsalud

## 1 INTRODUCCIÓN

El fenómeno de ciudadanos que hacen de la calle su espacio vital y generan dinámicas inherentes a ese “habitar”, se presenta desde hace al menos un siglo en los contextos urbanos de Colombia, y crece en la medida en que se concentra y aumenta la población en las ciudades (Echeverría, M y Rincón, A, 2000; Correa, M, 2007; Torres, J, 2017).

La permanencia en la calle de población en diversas situaciones de exclusión social y económica, tiene un impacto cada vez más mayor en el país (Correa, M, 2007), y condujo a que, en el año 2013, se expidiera la Ley 1641, encaminada al reconocimiento de la población habitante de la calle, al restablecimiento de sus derechos, a su inclusión social, y a la atención del fenómeno que se deriva de la presencia de esta población en los municipios y distritos del país.

Bajo estas consideraciones, el presente documento “Política Pública Social para Habitantes de la Calle” surge en el marco de la citada ley, como una política para el restablecimiento y garantía de los derechos de la población habitante de la calle de Colombia; es producto del proceso de formulación iniciado a finales de 2013, con la participación de profesionales y técnicos de entidades nacionales y territoriales, ciudadanía, instituciones de la sociedad civil, universidades y personas habitantes de la calle y por ello se centra en la dignidad humana, el reconocimiento de las capacidades de las personas, la reducción del estigma y la discriminación que existe hacia este grupo, y su inclusión en las redes de intercambio económico, político, social y cultural de la sociedad, tanto como un factor protector para que las personas en riesgo no asuman una vida en la calle, como un factor integrador para quienes se encuentran en esa situación, y también para quienes la superan.

Esta política pública considera que las acciones efectivas para la garantía y restablecimiento de derechos, así como para la inclusión social, demandan una intervención hacia las personas habitantes de la calle, y también, sobre el contexto que las expulsó, en el que viven actualmente, y el que las acogerá si deciden superar su situación. Ello requiere integralidad en las acciones, es decir, una adecuada articulación interinstitucional e intersectorial, tanto a nivel nacional como en los niveles departamental y territorial, para prevenir que las personas vivan en la calle, y atender a las que ya viven en ella con el fin de mejorar su bienestar y propender por la superación de esta situación.

El documento se organiza en seis partes: los antecedentes normativos y el proceso de construcción de la política; las características del fenómeno y situación de la población; los enfoques, principios y componentes que orientan la política; el objetivo y los ejes; y finalmente, las herramientas para la implementación de la política.

El desarrollo de estas temáticas servirá como ruta para el trabajo interinstitucional e intersectorial que manera que permita garantizar respuestas integradas e integrales a las personas habitantes de la calle, a partir de la prevención y atención del fenómeno de habitanza en calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 2 Antecedentes

La formulación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle –PPSHC ha tenido en cuenta la vigencia de instrumentos internacionales sobre los derechos humanos, la Constitución Política, la Ley 1641 de 2013 y leyes concordantes, el bloque de constitucionalidad<sup>1</sup> y decisiones judiciales, especialmente de la Corte Constitucional, relacionadas con la habitanza en calle y la atención integral al habitante de la calle.

Entre las principales normas internacionales consideradas, están la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Carta de las Naciones Unidas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (el Pacto de San José, Costa Rica), la Carta de las Naciones Unidas, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), la Convención Interamericana Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia y, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En estos documentos, los países firmantes, entre los cuales se encuentra Colombia, se comprometen a consolidar un régimen de libertad personal y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos humanos esenciales del hombre, a reconocer que *“las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana”*, y señala que solo puede realizarse el ideal del ser humano libre de temor y miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos<sup>2</sup>.

Más recientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, establecen la necesidad mundial de adoptar medidas para poner fin a la pobreza, reducir la desigualdad y fomentar la equidad, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Por su parte, la Constitución Política de 1991 en su artículo 13, que consagra el derecho a la igualdad, determina que *“...el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”*

---

<sup>1</sup> El bloque de constitucionalidad se refiere a aquellas normas y principios que, sin aparecer formalmente en el articulado del texto constitucional, son utilizados como parámetros del control de constitucionalidad de las leyes, por cuanto han sido normativamente integrados a la Constitución, por diversas vías y por mandato de la propia Constitución.

<sup>2</sup> El Protocolo de San Salvador es un Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en San Salvador en noviembre de 1988.



La salud  
es de todos

Minsalud

Bajo estas consideraciones, resulta evidente el reconocimiento de la presencia del fenómeno de la habitanza en calle y la necesidad de adoptar medidas orientadas a su abordaje integral, como lo establece la Ley 1641 de 2013.

Esta ley define habitante de la calle como una *“persona sin distinción de raza, sexo o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria”*. Las personas definidas de esta forma se encuentran en condición de exclusión social, segregación espacial y estigma y discriminación (MPSP, 2007), lo cual es ratificado por decisiones judiciales y la jurisprudencia.

La referida ley, entre otros aspectos, asigna competencias específicas al Departamento Nacional de Estadística – DANE (art 4), al Departamento Nacional de Planeación – DNP (art 10) y al Ministerio de Salud y Protección Social (arts. 9 y 13), establece los componentes que deben hacer parte de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y hace énfasis en la priorización de niñas, niños y adolescentes en situación de vida en calle o con alta permanencia en calle, en concordancia con la legislación colombiana, que diferencia las rutas de intervención para población menor de edad y para población mayor de edad.

La Ley 1641 de 2013 en concordancia con la Ley 1098 de 2006<sup>3</sup>, establece que las personas menores de edad que se encuentran de forma permanente, o transitoria en el espacio público, son sujetos de especial protección por parte del Estado, resultando procedente diferenciar los procesos jurídicos necesarios para el restablecimiento de derechos de las personas menores de dieciocho años, y de las personas mayores de edad.

De acuerdo con la anterior consideración, es necesario tener en cuenta que, con respecto a la mendicidad (C-040/2006) y al libre desarrollo de la personalidad (T-043/2015), la jurisprudencia es clara en señalar que se reconoce el ejercicio de la mendicidad en población adulta, siempre que no corresponda a una forma de trata, así como el desarrollo de su vida en calle, siempre y cuando sea una decisión personal y no el resultado de la falta de garantías para el ejercicio de derechos. A su vez, ni la mendicidad ni la vida en calle es aceptable en niños, niñas o adolescentes<sup>4</sup>, a quienes el Estado no puede permitirlo, por cuanto atenta contra lo establecido en las Leyes 1098 de 2006, y 1878 de 2018<sup>5</sup>, lo consagrado en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y en la Constitución Política. Como consecuencia de ello, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF ha diseñado el *“Lineamiento Técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o situación de calle”*<sup>6</sup> que dispone una ruta específica con énfasis en aspectos para prevenir que los niños, niñas y adolescentes

<sup>3</sup> Ley 1098 de 2006, “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”.

<sup>4</sup> De acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la mendicidad es sancionable únicamente cuando se instrumentaliza o utiliza a otra persona o un menor para obtener lucro.

<sup>5</sup> La ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia y se dictan otras disposiciones fue modificada por la Ley 1878 de 2018, entre otros aspectos, en materia del Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos a favor de un niño, niña o adolescente.

<sup>6</sup> Instituto Colombiano de Bienestar familiar -ICBF (2016)



La salud  
es de todos

Minsalud

lleguen a la vida en calle y en el eventual caso de que así ocurra, proceder a su abordaje para el restablecimiento de sus derechos.

De acuerdo con lo expuesto, en caso de que se encuentre niñez en situación de calle, que acompañen a adultos en el marco de la mendicidad, procede la verificación de la garantía de sus derechos, en el entendido que se trata de una medida administrativa de restablecimiento de derechos del niño, niña o adolescente, que requerirá un análisis específico de cada situación. De acuerdo con las particularidades de cada caso y el resultado de la verificación de derechos, la decisión de la autoridad administrativa competente adoptada, siempre será la que más beneficie al menor de edad, ponderándose el derecho a tener una familia frente a los derechos que encuentre afectados en el marco de la verificación realizada.

El marco jurídico referido se fortalece con las decisiones judiciales y la jurisprudencia que sobre la atención al habitante de la calle ha emitido la Corte Constitucional, principalmente, y que se mencionan a continuación:

Sentencia	Aspecto relevante
T- 376/1993	Se indica que el término "desechable" es un calificativo impropio e indigno que ha venido tomando fuerza en medios sociales en los que se ignora el valor de la dignidad humana y el imperativo constitucional de su respeto y prefiere el término indigente.
T- 384/1993	Derecho a la asistencia pública en el caso de indigencia.
C-040/2006	La mendicidad ejercida de manera autónoma y personal, sin intermediarios, no es delito ni contravención.
T-057/2011	Acciones afirmativas para los habitantes de calle.
T-323/2011	Especial protección a los habitantes de calle con VIH.
C-385/2014	Primacía de la igualdad en el tratamiento del habitante de calle. Declaró inexecutable el término "que haya roto vínculos con familiares".
T-043/2015	Toda persona, incluyendo al habitante de calle, es libre de desarrollar su personalidad acorde a su pluralidad.
T-092/2015	El Estado debe proteger al habitante de calle
C-281/2017	Declaró inexecutable el parágrafo 3 del art. 41 del Código de Policía. Ley 1801 de 2016 <sup>7</sup> . No se podrán trasladar e internar a los habitantes de calle en contra de su voluntad.

Fuente: Elaboración MSPS, Oficina de Promoción Social, 2018

<sup>7</sup> Ley 1801 de 2016, por la cual se expide el Código Nacional de Policía y Convivencia



### 3 Marco conceptual, características sociodemográficas y situación de la población

La habitanza en calle es un fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle por parte de personas que generan dinámicas de vida complejas y no lineales, que estructuran una forma para obrar, pensar y sentir asociada a una posición social (Parsons, 1951)<sup>8</sup>. Esta posición social determina un estilo de vida y de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (MSPS, 2015/2016).

Para la presente política, el MSPS utilizó el concepto de habitanza en calle por ser conceptualmente más preciso que el de habitabilidad de calle, ya que el primero describe un fenómeno social referido a la “acción y efecto de habitar” y el segundo al atributo de un espacio para ser habitado, a la cualidad de habitable, y en particular la que tiene un local o una vivienda (Real Academia de la Lengua Española).

La habitanza en calle es producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, en contextos donde existe un *continuum* de violencias que podrían clasificarse en tres grupos según Johan Galtung (1985): directa, que es visible y se concreta en comportamientos; cultural, que genera la justificación de la violencia y se manifiesta en actitudes; y estructural, que se concreta en la privación de acceso a las necesidades básicas.

En dichos contextos, personas de distintas edades, sexos, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, nivel de ingresos, condiciones físicas, mentales y sensoriales desarrollan estrategias de vida asumiendo la calle como un hábitat, en donde generalmente desaparece la frontera entre lo público y lo privado, y se vivencian algunas de las dinámicas propias del espacio público, que tienen de fondo situaciones de vulneración de derechos como economía informal, alta conflictividad en la convivencia, explotación y abuso, tráfico de todo tipo de elementos, trata de personas, exposición a factores de riesgo en salud, delincuencia, entre otros.

Existen varias definiciones para la población que desarrolla un estilo de vida de calle, y aún no hay un consenso internacional, aunque el término de población en situación de calle viene ganando terreno en los debates académicos. Sin embargo, subsisten dificultades para acotarlo (Nieto & Koller, 2015), puesto que hay tensiones entre la delimitación de la población en los estudios adelantados por países en vías de desarrollo (con políticas más encaminadas a la focalización y por ello a tener en cuenta las particularidades de la población), y la delimitación realizada en los estudios adelantados por países desarrollados (con políticas más universales de vivienda, trabajo y bienestar social, derivadas del periodo de desarrollo del Estado de Bienestar y más tendientes a considerar las generalidades de la población) (Hobsbawn, 2003; Laparra, 2007).

<sup>8</sup> El lugar que ocupa el individuo en la estructura social.



La salud  
es de todos

Minsalud

Las poblaciones que constituyen el fenómeno de habitanza en calle pueden identificarse así:

a) Personas EN RIESGO de habitar la calle: aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores ***predisponentes para la vida en calle*** que son los estructurales, es decir, aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitanza en calle, y ***precipitantes de la vida en calle*** que son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo. Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle (MSPS, 2015).

b) Personas EN calle: aquellas que *“hacen de la calle el escenario propio para su supervivencia, alternan el trabajo en la calle, la casa y la escuela, es decir, 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”* (Barrios, Góngora y Suárez, 2006).

c) Personas DE la calle: aquellas *“que hacen de la calle su lugar de habitación, donde satisfacen todas sus necesidades, (Barrios, Góngora y Suárez, 2006) ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641 de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público (actividades de su vida íntima y social”* (MSPS, 2017).

Las poblaciones descritas en los numerales b) y c), se reúnen en el grupo ***población en situación de calle*** a nivel internacional (Nieto & Koller, 2015).

Esta política pública se centra en los habitantes DE la calle, pero aborda a las otras dos poblaciones (EN RIESGO y EN calle) desde la prevención y teniendo en cuenta que la población puede transitar entre las situaciones DE calle y EN calle, porque sus hábitos no son lineales y por tanto la frontera entre ambas situaciones no es diáfana. Por ello, se considera necesario precisar que la definición de las personas habitantes de la calle expresada en la Ley 1641, está referida en el marco de esta política a personas que se autodefinen como habitantes de la calle, o que asisten a servicios sociales para habitantes de la calle, o que duermen en la calle esporádica o recurrentemente, o que realizan actividades del ámbito íntimo -distintas a dormir- en el espacio público (autocuidado, relaciones sexuales, atención de necesidades básicas, entre otras).

Para las niñas, niños y adolescentes que habitan permanentemente o parcialmente en la calle, sin red familiar de apoyo, o con redes familiares frágiles, se emplea el término “niñez en situación de calle”, e incluye a dos poblaciones: niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle, y con alta permanencia en calle de acuerdo con la definición del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2016).

En relación con las personas menores de edad que habitan la calle, también se han dado múltiples definiciones que se han intentado agrupar en función de características sociales y estadísticas (Nieto & Koller, 2015). Para el presente documento se acoge la definición desarrollada por el ICBF de niñez en situación de calle, que responde a la misma intencionalidad de restablecimiento de derechos planteada en la Ley 1641, para niños, niñas y adolescentes, e incluye niños, niñas y adolescentes (NNA) en situación de vida en calle y alta permanencia en calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

### 3.1. Características sociodemográficas de las personas habitantes de la calle en Colombia

De acuerdo con los censos realizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE en Bogotá (octubre/noviembre de 2017) y en las cabeceras municipales de Medellín, Barranquilla y Bucaramanga con sus áreas metropolitanas; así como las ciudades de Cali y Manizales (junio de 2019), se identificó una población de 22790 habitantes de la calle.

#### Número de habitantes de la calle en los distritos y municipios de Colombia censados en 2017 y 2019

Departamento	Ciudad y AM	Total
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	9.538
Valle del Cauca	Cali	4.749
Antioquia	Medellín y A.M	3.788
Atlántico	Barranquilla y A.M	2.120
Santander	Bucaramanga y A.M	1.960
Caldas	Manizales	635
<b>Total</b>		<b>22.790</b>

Elaboración MSPS 2020. Fuente: Censos Dane 2017/2019

#### Porcentaje de habitantes de la calle con relación a la población general

Departamento	Ciudad y Área Metropolitana	Total Habitantes de Calle	Población* DANE - 2019	Porcentaje
Antioquia	Medellín y A.M	3.788	3.969.222	0,10%
Atlántico	Barranquilla y A.M	2.120	2.131.544	0,10%
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	9.538	7.592.871	0,13%
Caldas	Manizales	635	440.608	0,14%
Santander	Bucaramanga y A.M	1.960	1.240.794	0,16%
Valle del Cauca	Cali	4.749	2.241.491	0,21%

Elaboración MSPS 2020. Fuente: Censos Dane 2017/2019 \*Población de la Ciudad más la de su área metropolitana



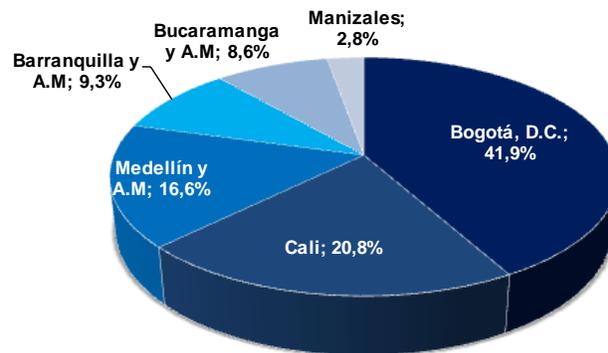
La salud  
es de todos

Minsalud

Como se evidencia en el cuadro anterior, el porcentaje de representatividad de la población habitante de la calle dentro de la población general es del 0.1 % en las ciudades en las que es menor, y del 0,21% en la ciudad con mayor porcentaje que es Cali, municipio con mayor representatividad de habitantes de la calle con respecto a la población general.

Como se evidencia en el cuadro anterior, el porcentaje de representatividad de la población habitante de la calle dentro de la población general es del 0.1 % en las ciudades en las que es menor, y del 0,21% en la ciudad con mayor porcentaje que es Cali, municipio con mayor representatividad de habitantes de la calle con respecto a la población general.

### Porcentaje de habitantes de la calle por municipios y distritos censados con relación al total de población habitante de la calle censada



Elaboración MSPS 2020. Fuente: Censos Dane 2017/2019

Ahora bien, con relación a la distribución porcentual entre de los territorios censados, se evidencia que Bogotá tiene casi la mitad de la población habitante de la calle censada, seguida por Cali con la quinta parte de la población censada. La ciudad con menor porcentaje es Manizales.

### Tasa de habitantes de la calle por 100.000 habitantes

Departamento	Ciudad y Área Metropolitana	Total Habitantes de Calle	Población* DANE - 2019	Tasa
Antioquia	Medellín y A.M	3.788	3.969.222	95
Atlántico	Barranquilla y A.M	2.120	2.131.544	99
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	9.538	7.592.871	126
Caldas	Manizales	635	440.608	144
Santander	Bucaramanga y A.M	1.960	1.240.794	158
Valle del Cauca	Cali	4.749	2.241.491	212

Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019 \*Población de la Ciudad más la de su área metropolitana

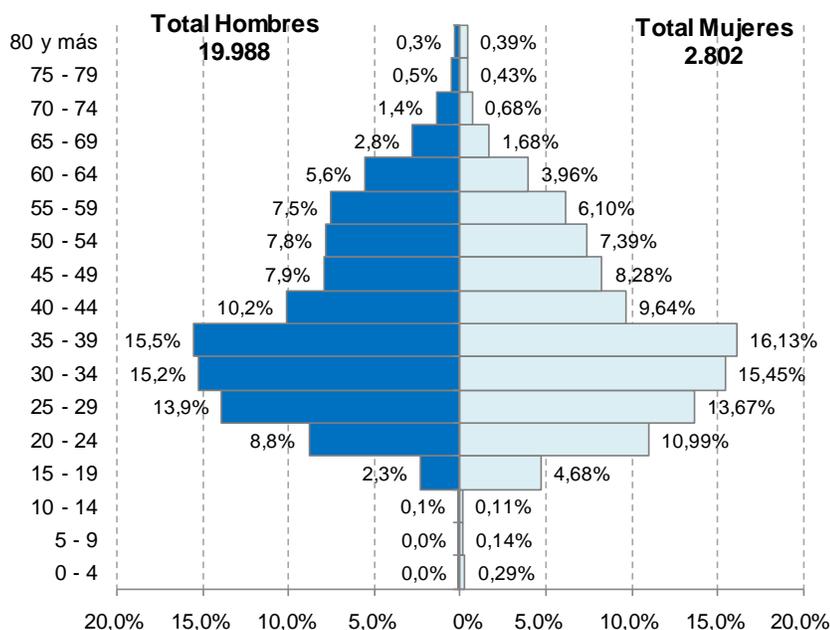


La salud es de todos

Minsalud

Con relación a las tasas de población habitante de la calle por cien mil habitantes, Cali cuenta con la tasa más elevada y Medellín con la tasa más baja. Bogotá se ubica en el medio de las tasas estimadas por ciudad.

### Estructura Piramidal de las personas habitantes de la calle



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

La información muestra que la mayoría de personas habitantes de la calle son hombres, con el 87,7%, frente a un porcentaje de 12,3% de mujeres. La mayor parte de hombres y mujeres se ubican en el grupo etario de los 35 a 39 años, le siguen los que se encuentran entre los 30 a 34 años, los de los 25 a 29 años y los que se encuentran entre los 40 y 44 años, es decir que la mayoría de población se encuentra en edad plenamente productiva.

### Niños, niñas y adolescentes-NNA censados por rango de edad

Edad	Censo 21 Municipios 2019		Censo Bogotá 20017	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 - 4	4	8		
5 - 9	5	4		
10 - 14	15	3	2	0
15 - 19	240	74	221	57
<b>Total</b>	<b>264</b>	<b>89</b>	<b>223</b>	<b>57</b>

Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

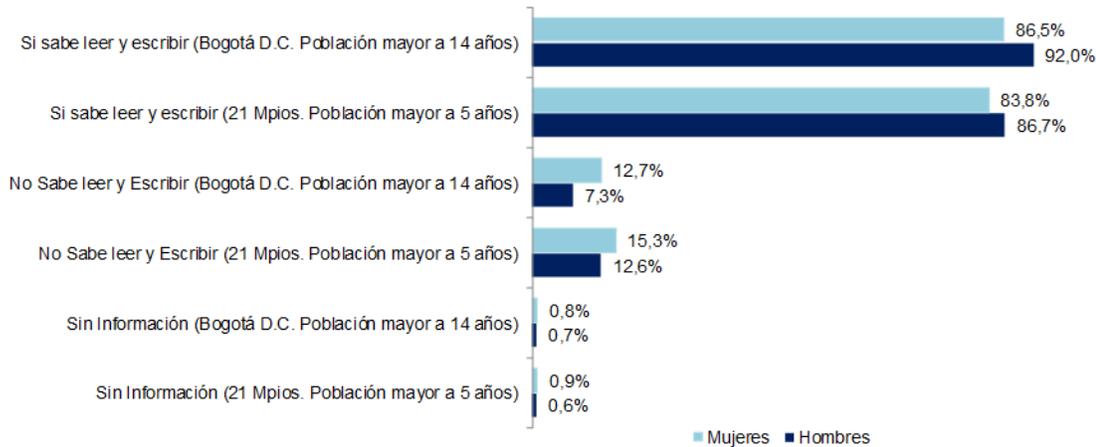
Los niños, niñas y adolescentes, incluyendo el rango de edad de 19 años, representan el 2,7 % de la población censada en los 21 municipios y el 2,9% en Bogotá D.C, es decir que en total son 633 NNA habitantes de calle que representan el 2,8% de los censados en 2017 y 2019. El 77% de NNA son hombres y el 23% son mujeres. El mayor número de personas dentro de este grupo etario se encuentra entre los 15 y 19 años, grupo en el que los hombres representan el 78% y las mujeres el 22%.



La salud  
es de todos

Minsalud

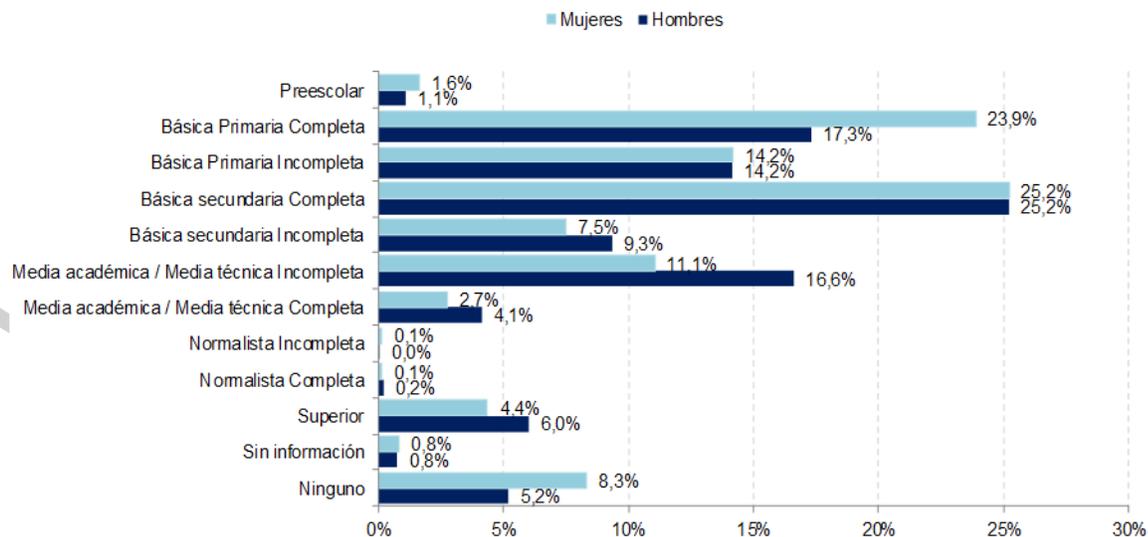
### Alfabetismo entre las personas habitantes de la calle



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

Como se puede evidenciar en la gráfica, la mayoría de población habitante de la calle afirmó que sabe leer y escribir (tanto mujeres como hombres), un porcentaje mayor en Bogotá que en los otros municipios, y significativamente mayor el porcentaje en hombres que en mujeres, aunque es importante señalar que la mayor parte de personas habitantes de la calle son hombres.

### Escolaridad de las personas habitantes de la calle de Bogotá (Entrevistados mayores de 15 años)



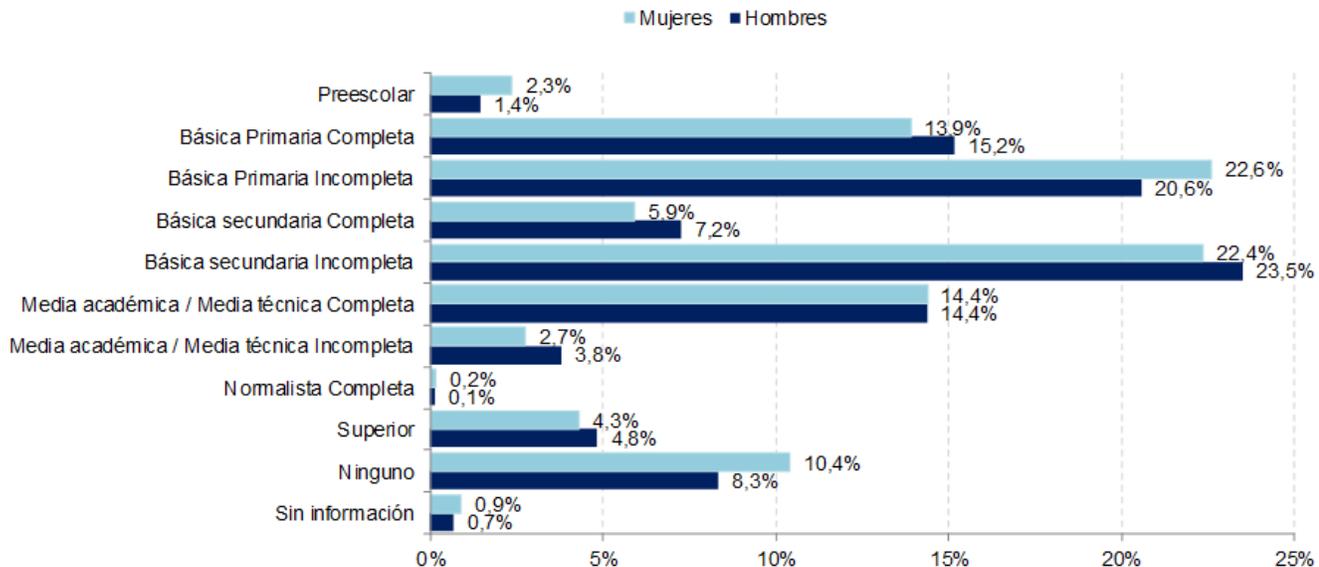
Elaboración MSPS 2020. Fuente Censo Dane 2017



La salud  
es de todos

Minsalud

### Escolaridad de las personas habitantes de la calle de los 21 municipios (Entrevistados mayores de 5 años)

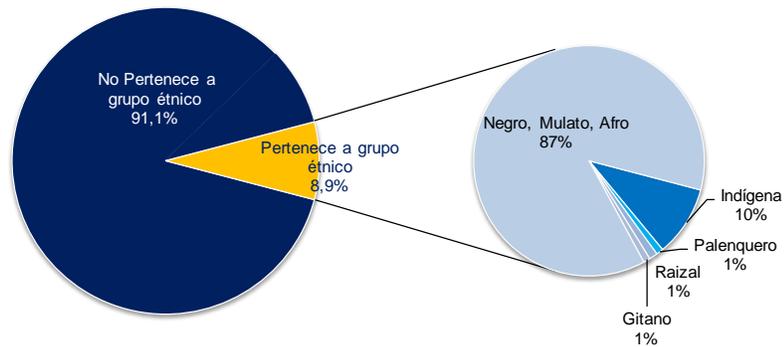


Elaboración MSPS 2020. Fuente Censo Dane 2019

Ahora bien, con relación específicamente al nivel de escolaridad, la información para Bogotá y el resto del país difiere, ya que mientras para la capital del país el mayor porcentaje de personas cuenta con educación básica secundaria completa, seguido por básica primaria completa y media académica o técnica incompleta; para el resto de municipios el mayor número de personas cuenta con educación básica secundaria incompleta, seguido por básica primaria incompleta, y básica primaria completa. Estas cifras reflejan que Bogotá cuenta con un mayor número de personas habitantes de la calle que han concluido alguno de los ciclos de educación, mayormente básica secundaria.



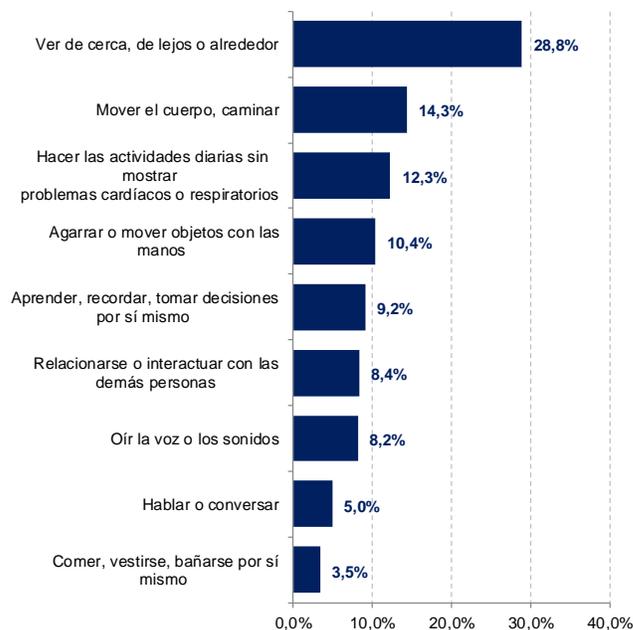
### Personas Habitantes de la Calle con pertenencia étnica



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

La gráfica anterior evidencia que el 8,9% de la población habitante de la calle pertenece a un grupo étnico, el 87% de personas que se identificaron como negros, mulatos y afro le sigue la población indígena con un 10%, y la población palenquera, raizal y gitana con el 1%.

### Habitantes de la calle censados por entrevista directa con alguna dificultad para realizar actividades, por grado de severidad 1 y 2 (No puede y Puede hacerlo con mucha dificultad)



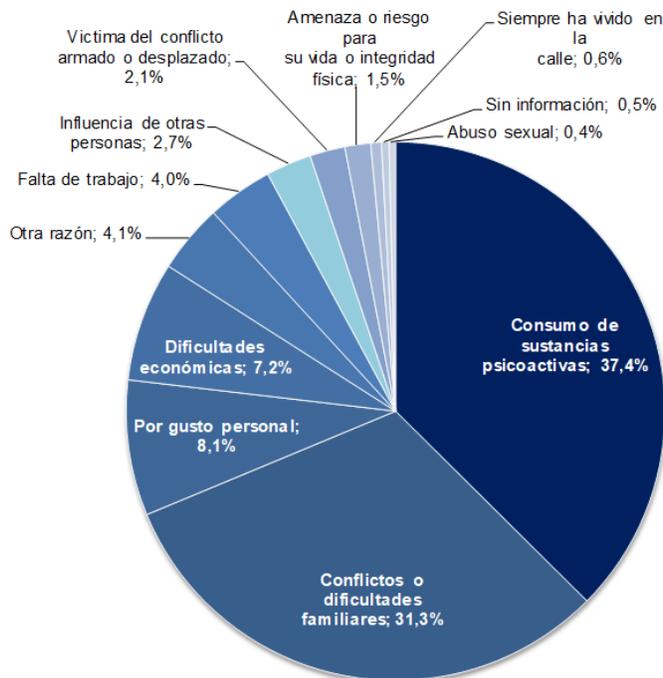
Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019



6543 personas manifestaron alguna dificultad para realizar actividades, el mayor número de personas aquellas relacionadas con la vista, seguidas por las relacionadas con el movimiento. El número más bajo correspondió a aquellas que evidencian una dependencia para realizar actividades básicas de la vida cotidiana.

De acuerdo con la información de los estudios cualitativos y cuantitativos disponibles sobre población en situación de calle (Correa, M, 2007; MSPS, 2007), los factores que generan riesgo para que las personas adopten la calle como su forma de vida son variados y están relacionados con elementos de desigualdad estructural que generan exclusión, como pobreza, falta de vivienda, falta de empleo e ingresos, barreras para el acceso a educación y capacitación, cambios económicos e institucionales de fuerte impacto social, entre otros, y también se encuentran elementos biográficos que son los que precipitan la adopción de la vida en la calle, y que se reflejan de manera evidente en el censo, como vivir distintos tipos de violencias, consumo de sustancias psicoactivas, pérdida de trabajo o bienes, ruptura o desintegración de lazos familiares y redes de apoyo, trastornos mentales, e incluso se encuentra el gusto personal, entre ellos. Es importante tener en cuenta que los factores pueden combinarse, por ejemplo, una situación de conflicto familiar que incluya abuso sexual puede incidir en que se presente consumo problemático de sustancias psicoactivas, así como una situación de conflicto familiar puede incluir las dificultades económicas como un factor que precipita la vida en calle.

### Principal razón por la cual iniciaron vida en la calle



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

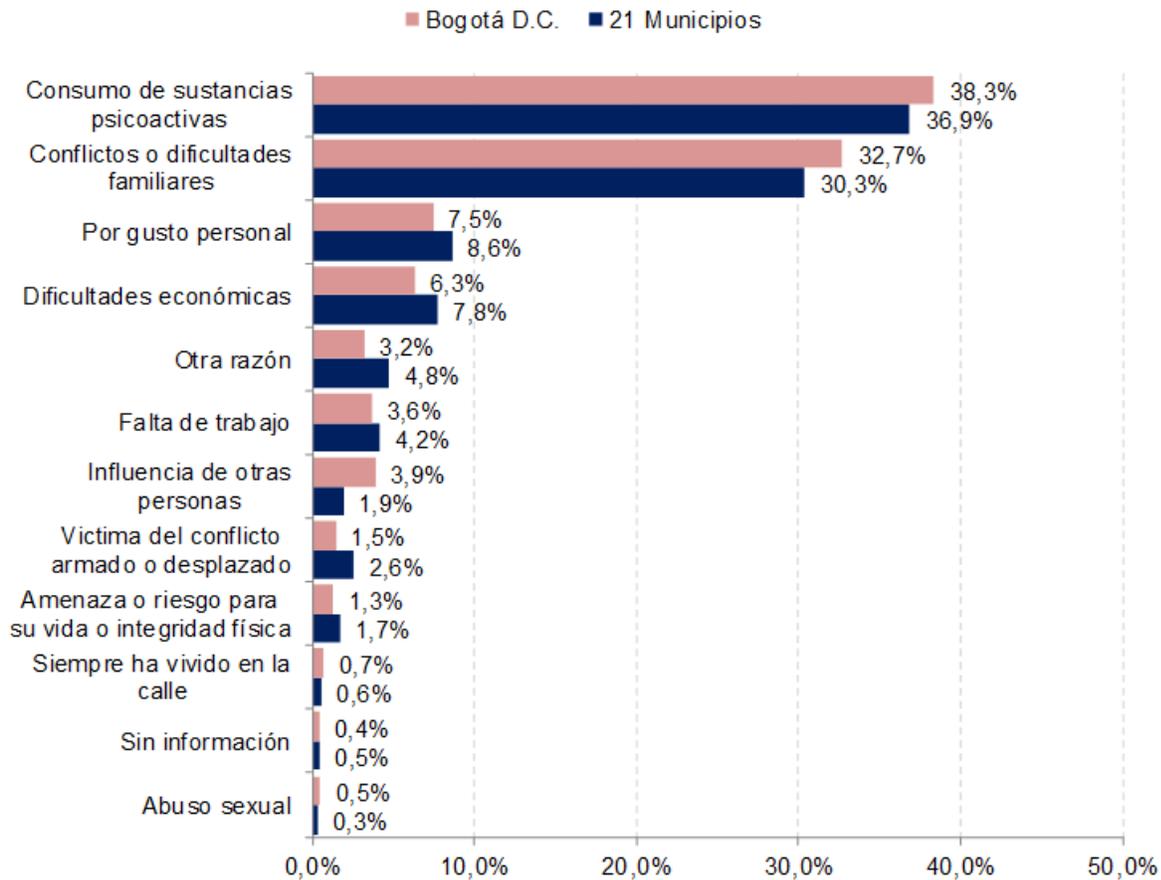


La salud  
es de todos

Minsalud

### Principal razón por la cual iniciaron vida en la calle.

#### Censo en 21 Municipios Vs. Censo Bogotá D.C.



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

Una vez la persona comienza a adoptar los hábitos de la calle, los factores que generan permanencia en ese estilo de vida tienen una alta relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el gusto por ese estilo de vida y la sensación de libertad y vivencia sin normas con el que lo relacionan, razones económicas y ruptura de las redes familiares y de apoyo, que se evidencian en la siguiente gráfica.

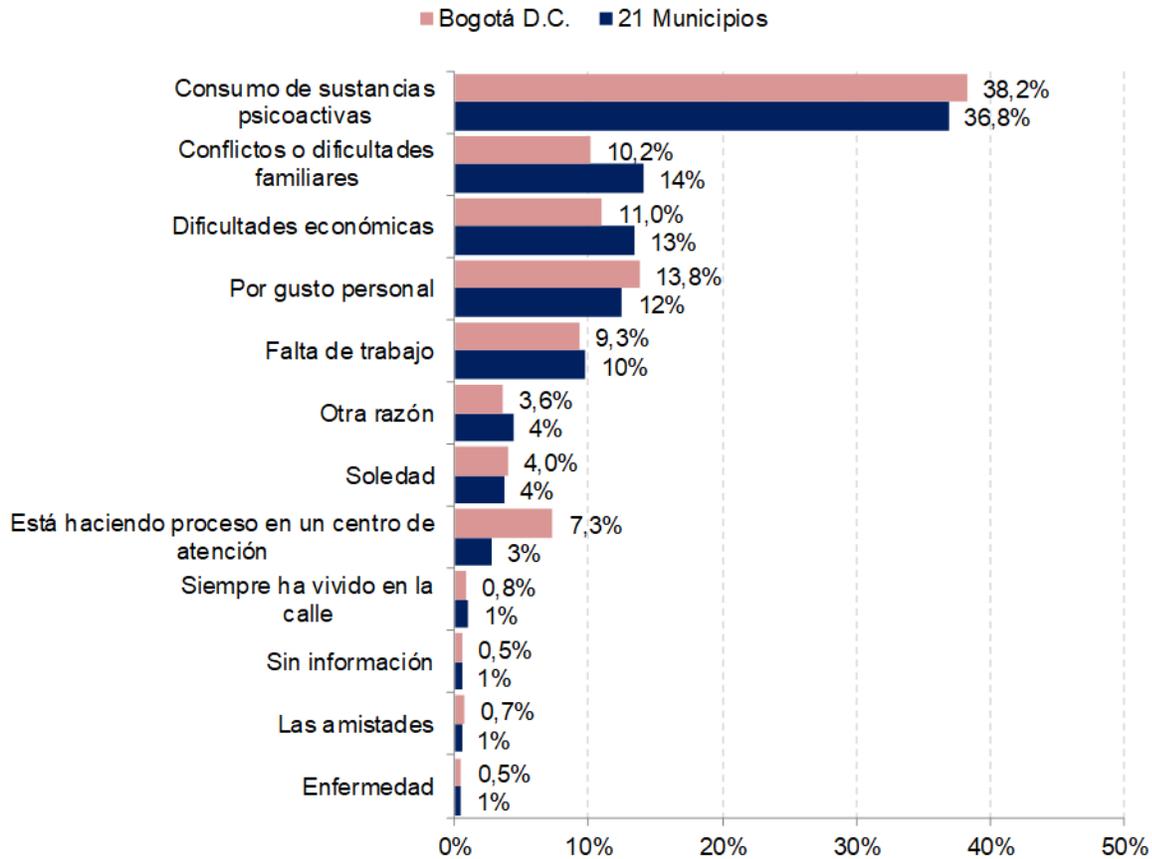


La salud  
es de todos

Minsalud

### Principal razón por la cual continúan viviendo en la calle.

#### Censo en 21 Municipios Vs. Censo Bogotá D.C.



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

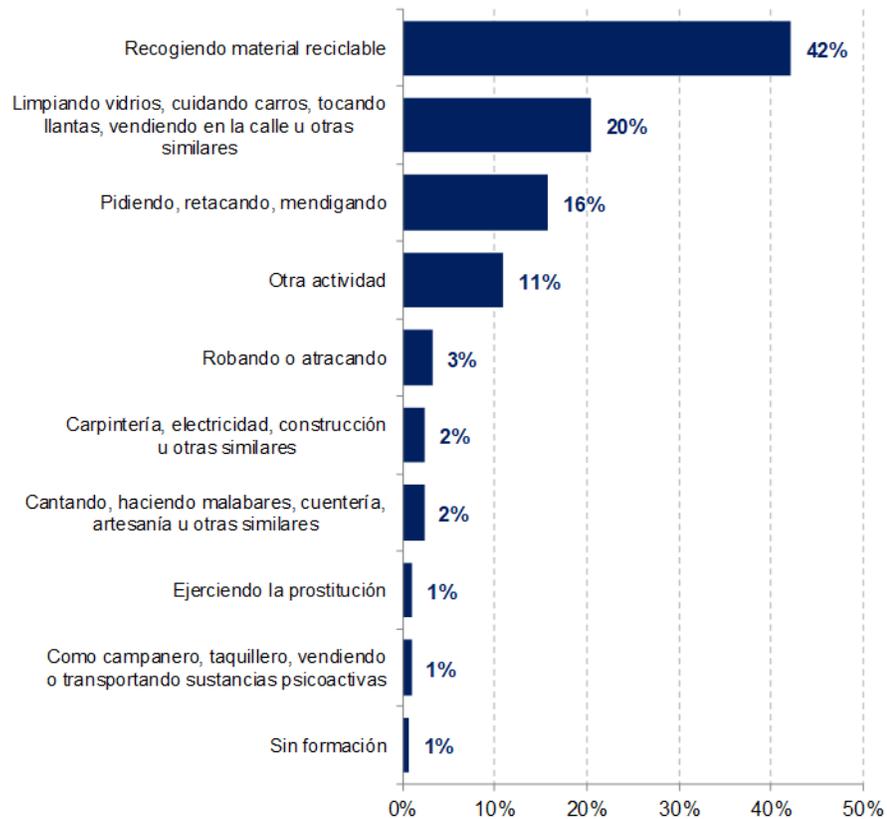
En cuanto al tiempo de permanencia en calle, la mayoría de las personas lleva más de cinco años de haber optado por ese estilo de vida. Las personas se dedican principalmente a actividades económicas informales relacionadas con recolección de material (42%), limpiar vidrios, cuidar carros, tocar llantas, vender en la calle u otras similares (20%), mendicidad (16%), oficios varios (4%), robar o atracar (3%), ejercer prostitución (1%), y actividades ilícitas relacionadas con estupefacientes (1%).



La salud  
es de todos

Minsalud

### Actividad para Generar Ingresos en los 22 Municipios



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

La información sociodemográfica nos permite concluir que la mayoría de población habitante de la calle de los 22 municipios censados se encuentra entre los 25 y 44 años de edad y se compone principalmente de hombres (87,7%) y la población de NNA es cercana a al 3%. Su escolaridad mayormente es básica primaria incompleta (18,1%), seguida de básica secundaria incompleta (16,2) y básica primaria completa (14,5%). La población con mayor porcentaje de básica secundaria completa (25,2%) se encuentra en la ciudad de Bogotá. Tan solo el 5,2% de la población cuenta con educación superior, y esta cifra es menor en mujeres que en hombres. El 7,3% de la población refirió no contar con ningún estudio, y entre ese porcentaje las mujeres tienen mayor representación que los hombres. El 9,1% de la población refirió tener pertenencia étnica, y la mayoría (87%) pertenece a población negra, multada y afro.



La salud  
es de todos

Minsalud

### 3.2. Situación de la población

Las situaciones que afectan a las personas habitantes de la calle adultas del país, están descritas en distintos estudios (Correa, M, 2007; MSPS, 2007), fueron reportadas por las mismas personas en las mesas regionales de trabajo para elaborar un diagnóstico que realizó el MSPS en el año 2014, en la recolección de información que se realizó en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en 2016 con funcionarios de distintos sectores del gobierno de esas ciudades, y los censos poblacionales de habitante de calle realizados por las administraciones locales de Bogotá (1997, 1999, 2001, 2004, 2007, 2011 y 2017), Cali (2005) Medellín (1999, 2002, 2009 y 2019) y en las cabeceras municipales de Medellín, Barranquilla y Bucaramanga con sus áreas metropolitanas; así como las ciudades de Cali y Manizales (2019). De acuerdo con los anteriores estudios cualitativos y cuantitativos, las situaciones que debe atender la política son las siguientes:

- Exclusión social de las personas en riesgo de calle y en situación de calle (habitantes de la calle y en calle). Esta situación se evidencia en su limitado acceso a los bienes y servicios sociales (educación, salud, trabajo, vivienda, alimentación adecuada, recreación) y las barreras para acceder a oportunidades y ejercer sus derechos.
- Estigma y discriminación. Existe una percepción negativa frente a las personas habitantes de la calle, sobre las que se piensa que generalmente, a) tienen trastornos de salud mental (se asume que todos tienen consumo problemático de sustancias psicoactivas, y son de naturaleza agresiva), b) una apariencia que se relaciona con suciedad y poco autocuidado, c) una actitud proclive a cometer contravenciones y delitos, y por tanto se relacionan con inseguridad y apropiación indebida de espacios públicos. La percepción negativa se mantiene frente a las personas que han superado la situación de calle y quieren lograr la inclusión, social, económica y política.
- Barreras para que las personas habitantes de la calle tengan identificación (documento de identidad), y por ende, para ejercer su plena ciudadanía, así como acceder a los bienes y servicios descritos previamente.
- Carencia de un espacio digno de vivienda.
- Desconocimiento de sus derechos y de cómo se accede a los servicios que tienen garantizados.
- Baja participación en las redes de intercambio político, social y económico y dificultades para mantener y fortalecer las redes que les propician bienestar.
- Bajo acceso a la justicia. Las personas habitantes de la calle son víctimas de diversos tipos de violencias de manera constante, y frente a esa situación no acceden a los mecanismos que garantizan la protección de cualquier ciudadano colombiano.
- Indefensión frente a ser utilizados por redes criminales como parte de sus actividades ilícitas, debido a su alto grado de exclusión social y carencia o fragilidad de redes protectoras frente a dicha situación.
- Alta conflictividad en su interacción con el resto de la ciudadanía por sus prácticas y hábitos de calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

Ahora bien, con relación a las situaciones que afectan a los niños, niñas y adolescentes<sup>9</sup>, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF<sup>10</sup>, entidad que tiene la competencia para desarrollar las orientaciones hacia esta población cuenta con el siguiente diagnóstico<sup>11</sup>.

La niñez en calle ha sido típicamente caracterizada como de sexo masculino, entre los 13 y los 14 años de edad, provenientes de barrios pobres y con familias violentas o disfuncionales.

De acuerdo con el Observatorio de Bienestar de la Niñez del ICBF<sup>12</sup> existen factores de riesgo que podrían incidir sobre la transición de un niño, niña o adolescente hacia la vida en calle, como los descritos a continuación:

### Individuales

- Ser víctima de abuso sexual, físico o psicológico.
- Percepción del niño, niña o adolescente de que la calle brinda un escape a través de la libertad o la independencia económica.
- Influencia negativa de sus amistades callejeras o pandillas.
- Inicio temprano de consumo de sustancias psicoactivas.
- Primeros contactos con las actividades delictivas y/o conductas antisociales.
- Ausencia de lazos afectivos, emocionales o sociales adecuados.
- Falta de oportunidades y ausencia de un proyecto de vida claro y delimitado.
- Mecanismos inadecuados de comunicación con sus padres y/o cuidadores.
- Dificultades en el desarrollo de competencias académicas y escolares.
- Falta de herramientas y/o apoyo para afrontar crisis emocionales y/o personales.
- Trastornos de conducta y/o patologías psiquiátricas sin diagnosticar.

### Familiares

- Violencia intrafamiliar.
- Familias desestructuradas, desintegradas, disfuncionales o con vínculos débiles.
- Familias víctimas de una discriminación persistente y/o exclusión social (desplazamiento).

---

<sup>10</sup> “Lineamiento Técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o situación de calle” (Resolución 1514 del 23 de febrero de 2016) elaborado por el ICBF.

<sup>11</sup> Este apartado se tomó de manera textual del “Lineamiento Técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o situación de calle” (Resolución 1514 del 23 de febrero de 2016) elaborado por el ICBF, puesto que es la institución competente en el tema.

<sup>12</sup> Boletín No. 4. (2014), en el cual retoma lo establecido por Shelton (2009); Muñoz-Echeverri (2011); Suárez, Restrepo & Gómez (2011) y United Nations - Office of the High Commissioner for Human Rights (2012)



La salud  
es de todos

Minsalud

- Descuido por parte de los padres o cuidadores con sus hijos o los menores de 18 años a su cargo.
- Los niños, niñas o adolescentes no se sienten parte de su núcleo familiar o tienen malas relaciones con los padres o cuidadores
- Abandono o falta de monitoreo parental en el hogar.
- Poca aceptación y/o apoyo de los padres de familia o de los referentes afectivos.

#### Socio-económico y cultural

- Marginalidad social y económica.
- Analfabetismo de los padres.
- Ausencia permanente o por largos períodos de tiempo, de alguno de los padres.
- Explotación laboral por parte de los padres de familia o cuidadores.
- Etnicidad, rango de edad, género, religión.
- Sistema educativo excluyente.
- Fracaso y deserción escolar.
- Falta de oportunidades para acceder a espacios de desarrollo cultural o de manejo del tiempo libre.

Bajo este marco de riesgo, se presentan algunas cifras registradas en el Sistema de Información Misional (SIM) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para Colombia, durante el período 2010 al 2017 (enero – septiembre) las cuales reflejan un total de 10.929 niños, niñas y adolescentes que han ingresaron a Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos por encontrarse en Situación de Vida en Calle y en Alta Permanencia en Calle. Se muestra la desagregación por año, así:

#### Niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle y alta permanencia en calle en proceso administrativo de restablecimiento de derechos 2010/2017

Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos								
Período	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle o alta permanencia en calle	1.108	1.947	1.601	1.494	1.401	1.283	1.317	778
<b>TOTAL</b>	<b>10.929</b>							

Fuente: Sistema de Información Misional – SIM, 2017



La salud  
es de todos

Minsalud

Algunos de los riesgos a los que están expuestos los niños, niñas y adolescentes que ya se encuentran en situación de vida en calle, son:

- Uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- Inicio temprano de la actividad sexual y poco uso de preservativos.
- Embarazos indeseados.
- Riesgo de adquisición del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Alto riesgo de ser víctima de abuso sexual y explotación sexual comercial infantil.
- Involucrarse en prácticas delictivas (pequeños hurtos, micro tráfico de drogas, entre otros)
- Exposición constante a todo tipo de violencia y traumatismos.
- Ser víctimas de la indiferencia y/o el maltrato social.
- Exposición constante a la polución y/o a accidentes de tráfico.
- Deficientes condiciones de higiene (alta frecuencia de enfermedades infecciosas y parasitarias).
- Alta exposición a la intemperie.
- Trastornos gastrointestinales y del estado nutricional.
- Muertes por traumatismos violentos, suicidio, accidentes y asesinato.
- Proclividad a sufrir retrasos del crecimiento y de la pubertad, enfermedades cutáneas y deformaciones óseas.
- Tendencia a tener retrasos en el desarrollo intelectual.

En el caso de Niños, Niñas y Adolescentes Indígenas en Riesgo o en Situación de Vida en Calle y Alta Permanencia en Calle, y en condición de víctimas, es preciso aclarar que esta población tiene una concepción de sujeto colectiva, y por tanto son un todo con su familia, que es una familia extensa. Existe además en ellos un riesgo colectivo para la adopción de la vida en calle al habitar en espacios urbanos distintos a sus lugares de origen, y frente a ello, la Corte Constitucional señaló a través del Auto 251 de 2008, que *“el desplazamiento forzado genera un efecto destructivo con repercusiones irreversibles. En efecto, el desarraigo y la remoción de estos menores de edad de sus entornos culturales comunitarios, trae como consecuencia, en una alta proporción de los casos, una ruptura en el proceso de transmisión de los conocimientos y pautas culturales, aparejado a frecuentes casos de pérdida de respeto hacia sus familias, sus mayores y sus propias culturas”*. Este impacto es desproporcionado en la población más pequeña, y las afectaciones trascienden a través de todas sus estructuras; la familia, la comunidad, el resguardo y así mismo, su pueblo, su cultura. Por lo tanto, la comprensión del riesgo y vulnerabilidad frente a la adopción de la vida en calle de forma colectiva, debe darse a la luz del principio de colectividad y del enfoque diferencial indígena.

Tanto el diagnóstico de personas adultas, como de niñez en situación de calle señalan que deben realizarse intervenciones para la prevención del fenómeno de habitanza en calle y la atención de la población en situación de calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 4 Enfoques, principios y componentes

### 4.1. Enfoques:

Se consideran los siguientes enfoques:

**Derechos.** Este enfoque reconoce los derechos humanos, como inherentes a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinados por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), y atemporal e independiente de contextos sociales e históricos. Se aplica sin distinción de raza, pertenencia étnica, género, religión, orientación política, orientación sexual, situación económica o social y en cualquier momento de su curso de vida.

**Desarrollo Humano.** Consiste en ampliar las libertades y capacidades de las personas en riesgo de calle y en situación de calle (EN y DE calle) de modo que puedan aprovechar las posibilidades que consideren más valiosas y así garantizar su posibilidad para procurar su bienestar y potenciar sus capacidades para que quienes se encuentran en riesgo de calle no concreten ese riesgo, y quienes se encuentren en situación de calle puedan desarrollar el proyecto de vida que definan, bien sea el de dejar atrás la vida en calle, o el de permanecer en la calle en condiciones más dignas y con garantía para el ejercicio de sus derechos.

**Diferencial.** Es el reconocimiento de un estilo de vida (sentencia Corte Constitucional T-043 de 2015), y el ajuste institucional necesario para proteger y garantizar derechos en el marco de ese estilo, de forma que la persona se pueda desarrollar en condiciones dignas, o superar la situación de calle si así lo decide.

**De género.** Es el reconocimiento de la desigualdad para el ejercicio de derechos de hombres y mujeres que se encuentran en situación de calle (EN y DE) y de las funciones asignadas socialmente a mujeres y a hombres y a sus necesidades específicas, con el fin de que las disparidades existentes entre hombres y mujeres en el campo del trabajo, la pobreza, la vida familiar, la salud, la educación, el ambiente, la vida pública y las instancias de decisión (PDSP, 2012- 2021) sean visibles, y así se garantice que las acciones adelantadas para la protección y restablecimiento de derechos de la población habitante de la calle incorporen las diferencias que implica la vivencia en calle para hombres y mujeres, los riesgos derivados de esta situación para unos y otras, y las estrategias para disminuirlos y evitarlos.

**De curso de vida.** Es el abordaje de las personas, familias y comunidades durante el continuo vital, que permite entender la relación dinámica de situaciones que ocurren en los distintos momentos de la vida y las consecuencias de esas experiencias acumulativas sobre el desarrollo humano (MSPS, 2015, p. 4), que posibilita identificar, visibilizar y comprender las diferentes necesidades que enfrentan mujeres y hombres habitantes de calle, en los diferentes momentos y trayectorias de su desarrollo humano y social, así como los impactos que el proceso de envejecimiento genera en esta población.

**Territorial.** Permite que los lineamientos de la PPSHC logren intervenciones acordes con la realidad social, política y económica de los territorios, es decir, que sean flexibles e integrales, y que incluyan activamente a sus pobladores, de manera que los territorios superen las intervenciones sectoriales y poblacionales. Este enfoque busca que los lineamientos para la garantía de derechos y la inclusión de la población habitante de calle respondan a las particularidades y realidades de la población en cada territorio en donde se implementen.



La salud  
es de todos

Minsalud

Interseccional. Cada sujeto está constituido por múltiples estratificaciones sociales, económicas y culturales que definen la manera en que se ve afectado por diferentes proyectos sociales, políticos y económicos en determinados contextos y momentos históricos. En ese sentido, la presente política tiene en cuenta tanto las diferencias y afectaciones según grupos sociales, como aquellas que se presentan al interior de cada colectividad (v.g. habitante de calle y sexo, consumo de Sustancias Psicoactivas, grupo étnico, nivel educativo, entre otros).

## 4.2. Principios.

La PPSHC se rige por los siguientes principios:

**Dignidad humana.** Las personas habitantes de la calle deben ser respetadas y valoradas en su condición de seres humanos y ciudadanos, para las actuaciones desplegadas en cumplimiento de las leyes y aquellas planteadas por las instituciones, aunque ello no signifique que el Estado debe hacer iguales las condiciones de vidas de todas las personas (Bohorquez, 2018)

**Autonomía personal.** Es la posibilidad que tienen las personas habitantes de la calle de decidir sobre su vida, y de adoptar según sus características, etapa del curso de vida y condiciones internas y externas, el estilo de vida que consideren, en el marco del respeto de los derechos individuales y colectivos, siempre y cuando su decisión corresponda a su libre elección, y no a la falta de garantías y derechos para desarrollar otra opción de vida.

**Participación social o ciudadana.** Es el derecho y obligación de los ciudadanos a intervenir activamente en la toma de decisiones que afectan el desarrollo de sus condiciones de vida a nivel individual y/o colectivo.

**Solidaridad.** La sociedad, el Estado, las familias y los habitantes de la calle se apoyarán para lograr el goce efectivo de sus derechos y la inclusión social de las personas que se encuentran en riesgo o desventaja social para ejercerlos.

**Concurrencia.** La Nación y las entidades territoriales deberán actuar oportuna, armónica y conjuntamente, en pro de la garantía y restablecimiento de los derechos de las personas habitantes de la calle, así como para lograr su inclusión social.

**Coordinación.** Las entidades territoriales y nacionales deberán trabajar armónicamente para lograr los fines de la presente política.

**Complementariedad.** Conlleva el desarrollo de la capacidad política-organizacional nacional y territorial, para articular la presente política con las demás políticas sociales, con el fin de potenciar los resultados de la prevención y atención del fenómeno de habitanza en calle.

**Subsidiariedad.** La Nación y los departamentos apoyarán a los municipios que presenten menor capacidad institucional, técnica y financiera, para ejercer eficiente y eficazmente las competencias y responsabilidades que se deriven de la presente política. Los distritos también contarán con el apoyo del nivel nacional.



La salud  
es de todos

Minsalud

### 4.3. Componentes

Por componentes se entienden aquellos aspectos que resultan imprescindibles para lograr la garantía y el restablecimiento de los derechos de las personas habitantes de la calle y su inclusión social. Dichos componentes se describen a continuación y estarán presentes en los ejes de la PPSHC:

**Desarrollo Humano Integral.** Se considera que las personas habitantes de la calle cuentan con las mismas capacidades y potencialidades de las demás personas. Este componente orienta las acciones de los ejes de la política a fortalecer las capacidades y desarrollar las potencialidades de las personas habitantes de la calle, con el fin de mejorar su capacidad de agencia y el ejercicio de sus libertades, para que, de la articulación de estos elementos con la garantía y protección de sus derechos por parte del Estado, se logre su bienestar y el desarrollo del proyecto de vida que decidan, bien sea el dejar atrás la vida en calle, o el de permanecer en la calle en condiciones dignas, siempre y cuando esta decisión responda a su elección y no a la falta de opciones para vivir de otra manera.

**Atención Integral en Salud.** Establece la forma en la que se debe realizar la atención en salud de la población habitante de calle desde el enfoque de salud pública y los enfoques determinados en la presente política, con el objetivo de lograr la promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud de la población. Este componente se desarrolla en el lineamiento para atención diferencial en salud para población habitante de la calle elaborado por el Ministerio de Salud y Protección Social..

**Formación para el trabajo y generación de ingresos y responsabilidad social empresarial.** Busca generar un incremento en el potencial productivo de la población habitante de la calle, mediante el desarrollo de capacidades y la provisión de oportunidades, con el fin de facilitar el acceso a oportunidades de generación de ingresos que les permitan llevar a cabo el proyecto de vida que decidan. Lo anterior, en concordancia con la función social que la Constitución le asigna a la empresa, como base del desarrollo y la satisfacción de necesidades de la población y con el Pacto Global por parte de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y aceptado por la Organización Mundial del Comercio en el cual la responsabilidad social se entiende como la respuesta que las empresas generan a las expectativas de los sectores con los cuales tienen relación en materia de desarrollo integral de sus trabajadores y el aporte a la comunidad que les permitió crecer y desarrollarse.

**Movilización Ciudadana y Redes de Apoyo Social.** Pretende el desarrollo de procesos mediante los cuales tanto las personas en riesgo de calle como las que se encuentran en situación de calle (EN y DE) puedan construir, fortalecer y participar en redes comunitarias, cívicas, religiosas, de pares, e institucionales, entre otras, así como fortalecer sus redes de apoyo familiares y sociales, con el ánimo de construir contextos de protección para su inclusión social, económica, política y cultural.

**Convivencia.** Es un aspecto fundamental para potenciar la interacción armónica entre habitantes de la calle y los demás ciudadanos, y por ello se fundamentará en el respeto y el reconocimiento mutuo como sujetos de derechos, de manera que el respeto por lo público y la persona, como eje estructurante de la sociedad, se constituyan en valores sociales compartidos.

**Protección a la niñez en situación de calle:** Prioriza las acciones en prevención, protección y restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle o alta permanencia en calle para evitar que en su vida adulta opten o se vean presionados a llevar una vida en calle.



## 5 Objetivo general de la Política

Garantizar la protección, restablecimiento de los derechos e inclusión social de las personas habitantes de la calle, mediante acciones intersectoriales que prevengan la vida en la calle, permitan su superación, y mitiguen y reduzcan el daño ocasionado por esta opción de vida.

### 5.1. Objetivos específicos

- Fortalecer las capacidades y potencialidades de las personas habitantes de la calle para que logren su bienestar en el marco del proyecto de vida que determinen.
- Promover el fortalecimiento de capacidades institucionales gubernamentales, privadas y de la sociedad civil, para el desarrollo de acciones interinstitucionales e intersectoriales que permitan la prevención de la vida en calle, la superación de la vida en calle y la inclusión social de las personas en riesgo de calle, en situación de calle y las que han abandonado la situación de calle.
- Priorizar la prevención de la habitanza en calle con niños, niñas y adolescentes mediante acciones para la protección y restablecimiento de sus derechos.

## 6 Ejes y líneas estratégicas

Los ejes de política permiten la materialización de los objetivos específicos mediante la articulación de acciones en el orden nacional y territorial que se reflejarán en el Plan Nacional de Atención Integral a la Población Habitante de la Calle -PNAIPHC y en los planes territoriales de atención.

Los ejes cuentan con líneas estratégicas para su desarrollo, las que dependen de la articulación intersectorial e interinstitucional que se requiere para cumplir con el objetivo de esta política, puesto que como se evidenció en los antecedentes y el contexto, los factores que desencadenan la habitanza en calle son diversos, y la incidencia sobre ellos depende de todos los sectores de la administración.

### 6.1. Eje 1: Prevención de la habitanza en calle

Agrupar las acciones intersectoriales e interinstitucionales para evitar que la población en riesgo de calle, concrete un estilo de vida en calle. Para ello desarrolla orientaciones tendientes a fortalecer las capacidades individuales, colectivas y poblacionales que permitan desarrollar factores protectores con el fin de evitar las situaciones precipitantes de la vida en calle y disminuir aquellas predisponentes para la vida en calle.

En el caso de la población en riesgo de calle con pertenencia étnica, las acciones de prevención deben contemplar este factor de identidad para responder adecuadamente en el marco de su cultura y necesidades específicas, y articular la institucionalidad desde esa perspectiva, y desde los enfoques diferencial e interseccional. El caso de la población indígena y víctima de conflicto, ubicada en territorios urbanos y rurales distintos a sus territorios de origen, ejerciendo la mendicidad, y con consumo problemático de Sustancias Psicoactivas no tradicionales de su



La salud  
es de todos

Minsalud

cultura, es una de las situaciones de riesgo que ilustran la obligación de realizar acciones de prevención de manera priorizada.

Así mismo, dentro de la población en riesgo debe priorizarse la prevención en comunidades y familias que, además de estar expuestas a los factores predisponentes para la vida en calle, cuenten entre sus miembros con personas mayores solas y/o en riesgo de maltrato, personas en condición de discapacidad solas y/o en riesgo de maltrato, personas con orientación sexual distinta a la heteronormativa, mujeres gestantes, personas con trastornos de salud mental, o por consumo de sustancias psicoactivas, y población migrante, ya que los factores precipitantes para la vida en calle pueden ejercer mayor presión sobre una comunidad o familia, cuando sus miembros pertenecen a alguna de las poblaciones enunciadas y son sujetos de discriminación.

La prevención se debe desarrollar con la población en riesgo en todos los momentos de su curso de vida. No obstante, se hará énfasis en niños, niñas y adolescentes en riesgo de calle, y en población joven, teniendo como prioridad el fortalecimiento de sus redes familiares y protectoras, frente a las condiciones predisponentes para la vida en calle.

También se contemplan acciones para la población EN calle y los niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle, desde una mirada de la prevención en grupos que ya tienen un contacto de alto riesgo con la vida de la calle, o que tienen experimentaciones esporádicas de la vida en calle, como pasar eventualmente una noche en la calle, o, interactuar con redes inductoras de la vida en calle como las de consumo de sustancias psicoactivas, y las de economía ilegal.

### 6.1.1. Contextos integradores para personas, familias y comunidades en riesgo de calle

Esta línea propone que los contextos en los que las personas desarrollan su vida, contribuyan a contener el riesgo de la vida de calle mediante la garantía del acceso a las redes que mantienen y refuerzan lazos sociales que propician bienestar. Para ello se adelantarán las siguientes actividades:

- Conocimiento por parte de las instituciones gubernamentales, sociales y privadas, de los determinantes sociales que actúan como factores predisponentes y precipitantes para la vida de la calle, así como de la población que está expuesta a dichos factores por momento de curso de vida, sexo, pertenencia étnica, y situación de vulneración de derechos, en cada territorio en el que exista el fenómeno de habitanza en calle, con el fin de poder identificar las acciones que disminuyen los factores, o sus efectos.
- Afianzamiento de las capacidades de las instituciones gubernamentales, sociales y privadas para la detección temprana de riesgos sociales y de salud que se constituyen en factores precipitantes de la vida en calle, y para el direccionamiento a los servicios que permitan contener los riesgos.
- Facilitación del acceso de la población en riesgo de calle a los bienes y servicios que fortalecen su integración social, y disminuyen el riesgo de la ruptura de lazos sociales como educación, trabajo, vivienda, salud, recreación, y a los programas y servicios orientados a población en riesgo social por diversos tipos de situaciones como económica, ambiental, curso de vida, entre otras.
- Prevención de diversos tipos de violencias que actúan como expulsoras de los entornos y redes con las que cuentan las personas, y canalización oportuna para la atención de los casos identificados.
- Atención preventiva de la salud mental de la población en riesgo de calle, con énfasis en la detección temprana de trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- SPA-, y desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento, y reducción de riesgos y daños con la población consumidora.



La salud  
es de todos

Minsalud

Con relación a la niñez en situación de calle, además de las acciones anteriores, se proponen las siguientes:

- Desarrollo de acciones intersectoriales que garanticen el trato a la niñez de conformidad con sus particularidades, diferencias sociales, culturales, económicas, biológicas y psicológicas, así como pertenencia étnica, y vulnerabilidades específicas del contexto en el que desarrollan su vida. El trabajo con las familias en torno a su capacidad para desarrollar acciones protectoras y resilientes frente a las amenazas que se presentan en los diversos contextos en los que transcurre la vida de los niños, niñas y adolescentes es prioritario, con el fin de que sus miembros fortalezcan sus potencialidades para gestionar adecuadamente los diversos riesgos sociales.
- Modificación de las representaciones sociales sobre los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentran en riesgo de calle o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle, y desarrollo de acciones afirmativas para su protección, éstas deben reconocer su singularidad, libertad, y capacidad para su desarrollo pleno en un contexto de equidad y respeto.
- Promoción de la movilización ciudadana en las comunidades para generar, en el marco de la corresponsabilidad, la integración de los niños, niñas y adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle a las redes que garantizan su bienestar.
- Detección temprana de los riesgos que precipiten y predispongan niños, niñas y adolescentes hacia la situación de vida en calle y de alta permanencia en calle, en las comunidades y familias, y desarrollo de estrategias de afrontamiento, tales como el involucramiento parental, que los contengan.
- Inclusión en la agenda de las Mesas territoriales de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar, y del Consejo de Política Social del Municipio, Departamento o Distrito, la temática de los niños, las niñas, adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle y de sus familias, con el propósito de articular los planes, programas y proyectos sectoriales e intersectoriales que se consideren pertinentes para la prevención de éstas situaciones.
- Fortalecimiento de las familias y comunidades de los niños, niñas y adolescentes en riesgo y alta permanencia en calle, mediante estrategias que promuevan el desarrollo de capacidades humanas y sociales que faciliten la evolución y la consolidación de redes familiares, sociales e institucionales.
- Promoción de la prevención, detección, tratamiento y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes en riesgo y alta permanencia en calle, y de sus familias.
- Implementación de rutas interinstitucionales, de carácter preventivo frente a la habitanza de calle con los niños, niñas y adolescentes en riesgo y alta permanencia en calle, sus familias y comunidades.
- Promoción de acciones intersectoriales e interinstitucionales para la prevención y la atención de las vulneraciones de derechos de niños, niñas y adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle, especialmente las que se han evidenciado como recurrentes en el fenómeno de habitanza en calle (explotación sexual comercial, abandono, negligencia, maltrato infantil, mendicidad ajena, en la que se instrumentaliza a un niño, niña y adolescente para obtener lucro, consumo de sustancias psicoactivas, microtráfico, violencia intrafamiliar, entre otras).

### **6.1.2. Fortalecimiento de redes protectoras para personas, familias y comunidad en riesgo de calle**

Esta línea busca brindar herramientas a la familia, comunidad, instituciones y redes de pares de las personas en riesgo de calle y EN calle, para que contribuyan con la disminución del riesgo que generan los factores precipitantes de la vida en calle tales como afectaciones emocionales con manejo adverso para la salud mental derivadas de situaciones imprevistas con carga negativa para la persona y su entorno, deserción escolar, emergencia económica, embarazo adolescente, consumo problemático de sustancias psicoactivas, violencias, entre otros.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Fomento de relaciones igualitarias, protectoras y de concertación al interior de las familias, así como de mecanismos y capacidades para el manejo adecuado de conflictos y situaciones que afectan la salud mental de sus miembros, en concordancia con la política de apoyo para el fortalecimiento de las familias, y los lineamientos dados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para el fortalecimiento de las familias con niños, niñas y adolescentes con derechos inobservados.
- Promoción del involucramiento de la comunidad y las redes de pares (por curso de vida, por actividades educativas, lúdicas y recreativas) en la resolución y trámite adecuado de situaciones conflictivas, en la prevención de las violencias, en el reporte oportuno de situaciones que afectan el bienestar físico y mental de población en riesgo, así como en su orientación hacia rutas y servicios sociales y de salud, y en la promoción de estilos de vida saludables, con el fin de fortalecer las capacidades sociales para enfrentar la presión de los factores precipitantes de la vida en calle.
- Robustecimiento de las capacidades de las instituciones gubernamentales, sociales y privadas para constituirse en referentes que apoyan a la población en riesgo de calle para que logren tramitar adecuadamente situaciones derivadas de la presencia de factores precipitantes de la vida en calle que van en detrimento de su bienestar individual y social.

Respecto a la niñez en situación de calle, también se deben adelantar las siguientes acciones:

Para el afianzamiento de estas redes, es preciso resignificar el estatus de niños, niñas y adolescentes que han sufrido la vulneración de sus derechos por el fenómeno de habitanza en calle, y articular las acciones de todos los involucrados y responsables de su restablecimiento inmediato, también restaurar la dignidad e integridad de los niños, niñas y adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle como sujetos, y reforzar su capacidad para hacer un ejercicio efectivo de sus derechos.

- Restablecimiento inmediato de los derechos inobservados, amenazados o vulnerados de los niños, niñas y adolescentes en riesgo y alta permanencia en calle, por parte del Estado en su conjunto, a través de las autoridades públicas, de conformidad con sus funciones y competencias, asegurando la vinculación del niño, niña o adolescente y su familia a los servicios del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- Promoción del desarrollo de capacidades humanas y sociales que faciliten la evolución y consolidación de redes familiares y sociales, y el aprendizaje de nuevas formas para enfrentar los problemas y dilemas humanos de manera que se logren afrontar situaciones de vulnerabilidad y transformarlas en oportunidades para niños, niñas y adolescentes en riesgo y con alta permanencia en calle.
- Desarrollo de acciones conjuntas entre las instituciones del Estado, entes territoriales y la sociedad civil organizada, a fin de satisfacer las necesidades básicas materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales, recreativas, productivas y espirituales para mejorar condiciones de vida de las familias de los niños, niñas y adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle, permitirá ampliar las redes protectoras.

## 6.2.Eje 2: Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social

Está conformado por las acciones intersectoriales e interinstitucionales que se orientan a restituir y proteger los derechos vulnerados de las personas habitantes de la calle, a partir de una atención integral para la inclusión social.

Para desarrollar este eje, se requiere tener identificada la población habitante de la calle. Esta identificación será adelantada por el Departamento Nacional de Estadística en coordinación con las entidades territoriales, sin



La salud  
es de todos

Minsalud

perjuicio de los ejercicios que desarrollen los territorios para mantener actualizados sus censos poblacionales y registros administrativos, así como las caracterizaciones que soportan el diseño de los programas y servicios.

Las acciones descritas en este eje tienen como finalidad que las personas habitantes de la calle logren superar su situación de calle, motivarlos para la superación en los casos en que aún no lo han decidido, y si su decisión es no abandonar esa opción de vida, mejorar las condiciones en las que la desarrollan y mitigar el daño causado por la vida en la calle. En todo caso, la motivación para abandonar la vida en la calle debe ser un objetivo permanente en las acciones de atención integral para las personas, al igual que el estimular permanentemente al mejoramiento de su autocuidado y la participación en redes de cuidado mutuo.

Dentro de la población habitante de la calle también existen grupos que es necesario visibilizar para la atención prioritaria, puesto que tienen mayor nivel de riesgo a las afectaciones de la vida en calle, o desventaja para asumir las situaciones características de la vida en calle, como las personas mayores, los niños, niñas y adolescentes, las personas en condición de discapacidad, las personas con trastorno mental, las mujeres, las mujeres gestantes, las personas con identidad de género distinta a la heteronormativa y las personas con pertenencia étnica. Por ello es importante que en la identificación de la población se distingan las personas que hacen parte de estos grupos.

### 6.2.1. Fortalecimiento de capacidades para la inclusión social

En esta línea estratégica se incluyen acciones dirigidas a los individuos, las instituciones y la comunidad, que posibilitan que las personas que han quedado en una situación de exclusión social derivada de su opción de vida en calle, tengan la alternativa de adelantar un proceso que les permita ocupar un lugar social que los haga sentirse aceptados y pertenecientes a la comunidad.

Con relación a las capacidades individuales las acciones que se deben adelantar serán las siguientes:

- Empoderamiento de la población habitante de la calle para mejorar e incrementar su acceso a los servicios de atención, a partir de la reducción del autoestigma, aumento del autorreconocimiento de su condición de sujeto de derechos, fomento del autocuidado y motivación para mejorar y garantizar su bienestar a partir de sus propias acciones.
- Ampliación y desarrollo del conocimiento por parte de la población habitante de la calle sobre la oferta de servicios a los que tiene acceso como sujeto de derechos, es decir, no solamente servicios para población habitante de calle, también los servicios dispuestos para cualquier ciudadano.

Con relación a las capacidades institucionales las acciones a adelantar serán las siguientes:

- Apropiación del conocimiento sobre el fenómeno de habitanza en calle y de las características y necesidades de la población habitante de la calle, en las entidades nacionales y territoriales
- Sensibilización de los niveles directivo, técnico y operativo de las entidades e instituciones a cargo de los servicios sociales (vivienda, educación, interior, justicia, recreación y todos aquellos relacionados con la protección social) y de salud para reducir el estigma y discriminación hacia la población y garantizar el reconocimiento de sus derechos ciudadanos, así como para la aplicación de los enfoques diferencial e interseccional en la atención, con el fin de facilitar el acceso y disminuir las barreras para la atención en los servicios.
- Transformación de los imaginarios que refuerzan el estigma y la discriminación hacia la población, y generan barreras para el acceso a los bienes sociales y los servicios, en las diferentes instancias de las entidades nacionales y territoriales con competencias para la inclusión social de la población habitante de la calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

Y con relación a las capacidades de la comunidad se deberán adelantar las siguientes acciones:

- Transformación de los imaginarios que fortalecen el estigma y el sistema de discriminación frente a la población habitante de la calle, fomentando su reconocimiento como sujetos de derechos con capacidades y potencialidades para ejercer los derechos y deberes inherentes a un ciudadano, desde el reconocimiento de su dignidad.
- Fomento y potenciación de la solidaridad hacia las personas habitantes de la calle como un factor promotor para la superación de la situación de calle, y el mejoramiento de su bienestar, aún en el caso de que no haya inclinación por abandonar esa opción de vida. Sensibilización frente al desarrollo de acciones tendientes a la aceptación, valoración e inclusión de las personas habitantes de la calle tanto en caso de que decidan superar la situación de calle, como en caso de que decidan continuar con esa opción de vida.

### 6.2.2. Fortalecimiento de respuestas institucionales adecuadas y oportunas

En esta línea estratégica se agrupan las acciones dirigidas a la inclusión social, política, económica y cultural de la población, desde la garantía del acceso a los bienes y servicios sociales. Para su desarrollo se contemplan las siguientes acciones:

- Creación de un directorio de oferta institucional pública y privada de atención a personas en situación de calle (EN y DE calle) que se actualice periódicamente.
- Detección y disminución de las barreras de acceso a los siguientes bienes sociales, como mínimo:
  - o Identificación como ciudadano/a mediante documento establecido para tal fin
  - o Vivienda o alojamiento
  - o Saneamiento y agua potable
  - o Atención integral en salud
  - o Nivelación educativa
  - o Capacitación y formación en oficios
  - o Trabajo digno o emprendimiento
  - o Transporte
  - o Recreación
- Desarrollo de rutas sectoriales de atención integral para el acceso efectivo a los bienes y servicios con el ajuste y adecuación presupuestal y de los mecanismos institucionales necesarios para tal fin, en concordancia con las características de la población y las múltiples exclusiones en las que se encuentra. Las rutas deberán coordinarse en el marco del Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de la Calle, en el caso de las entidades nacionales, y en los Planes territoriales de atención en el caso de los departamentos, municipios y distritos
- Diseño de programas, metodologías y servicios para la atención integral, que desarrollen y fortalezcan redes incluyentes, bien sea para mejorar las condiciones si la decisión es continuar viviendo en la calle, o para que logren sostenibilidad en su proceso de superación y abandono de la vida en calle.
- Fortalecimiento técnico, operativo y presupuestal de las instituciones, programas y proyectos que se han venido desarrollado a nivel nacional y territorial para la atención de la población con el fin de cualificarlos, generar cobertura de atención acorde con las características de cada territorio y orientarlos hacia una atención de mayor alcance que el nivel asistencial.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Reconocimiento de los servicios y programas innovadores que permiten darle mayor sostenibilidad a los procesos de inclusión, con la articulación de las iniciativas públicas y privadas, y la participación de la sociedad civil, mediante la publicación y difusión de dichas experiencias.

### 6.2.3. Participación para la inclusión social y la construcción de redes de sostenibilidad

Esta línea estratégica agrupa las acciones orientadas a la inclusión social, política, económica y cultural de la población mediante la participación de las instituciones y la sociedad en el proceso de reducción del estigma y la discriminación, acogida de la población y garantía de la estabilidad en su inclusión:

- Empoderamiento de la población habitante de la calle como sujetos de derechos y deberes y miembros de una sociedad, desde el fortalecimiento de sus capacidades para la interacción y articulación con los demás actores sociales a partir del reconocimiento de sus potencialidades.
- Promoción, construcción y fortalecimiento de redes compuestas por habitantes de la calle, ciudadanía, tercer sector, gobierno y empresa privada, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y de su interacción con los demás actores sociales de manera que se logre su articulación para el fortalecimiento de sus capacidades, la generación de oportunidades para el desarrollo de un proyecto de vida digno y la reducción del estigma y los sistemas de discriminación.
- Ampliar el número y cualificar las instituciones que atienden a la población habitante de la calle brindando lineamientos sobre la calidad de los servicios que se prestan a la población de acuerdo con el objetivo de los mismos, y desarrollar un sistema de estímulos para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios.
- Reconocer y fomentar la responsabilidad social empresarial, mediante la visibilización y socialización de prácticas exitosas para la inclusión, que surjan del sector privado.

### 6.2.4. Protección, garantía y restablecimiento de los derechos de la niñez en situación de calle

Las acciones de atención integral para la niñez en situación de calle corresponden a las establecidas por las Leyes 1098 de 2006, 1878 de 2018, las que se abordan desde la prevención y la restitución de derechos, bajo la premisa de que no es viable ni admisible que los niños, niñas o adolescentes desarrollen su opción de vida en la calle. Por ello bajo este objetivo, en el marco de la atención para los niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle, o alta permanencia en ella, se desarrollan orientaciones, encaminadas a generar planes, programas, estrategias y servicios de atención para la protección, la garantía y el restablecimiento de sus derechos.

Las entidades territoriales en coordinación con el ICBF deberán realizar un diagnóstico que refleje las condiciones niños, niñas y adolescentes en riesgo, o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle, estableciendo las variables que permitan obtener datos discriminados sobre género, condición de discapacidad, diversidad sexual, pertenencia étnica, así como las que permitan establecer la situación de garantía de sus derechos (Salud, educación, redes familiares, acceso a servicios sociales o de protección).

De acuerdo con dicho diagnóstico, deberán incluir la problemática de los niños, niñas, adolescentes en riesgo o en situación de vida en calle y alta permanencia en calle en los ejercicios de planeación territorial y en las agendas de las instancias de coordinación, los planes de atención integral territorial para personas habitantes de la calle,



La salud  
es de todos

Minsalud

y priorizar acciones para su protección integral atendiendo el principio del interés superior y la prevalencia de sus derechos por ser sujetos de especial protección.

Así mismo, en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se debe garantizar el ingreso a rutas de servicios sociales de salud, educación y de protección a la niñez en situación de calle y sus familias, y promover su inclusión social en los espacios públicos y comunitarios que promuevan y posibiliten la garantía de sus derechos mediante la construcción de soluciones colectivas.

Es prioritario generar y fortalecer espacios que permitan a la niñez en situación de calle su participación incidente, desarrollar capacidad de acción crítico-reflexiva para la toma de decisiones que les afecten, y acompañar sus familias y redes vinculares para que se constituyan en dinamizadores de su inclusión social.

Finalmente se deben adelantar acciones conjuntas entre las instituciones del Estado, a nivel nacional y territorial y la sociedad civil organizada, a fin de construir y articular las rutas de atención que permitan la inclusión social de niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle.

### **6.3. Eje 3: Articulación interinstitucional e intersectorial**

Este eje agrupa todas las acciones tendientes a fortalecer la capacidad de gestión y coordinación de las entidades gubernamentales para la prevención de la habitanza en calle y la atención integral a la población habitante de la calle. Para el logro de estos propósitos, se requiere la participación concertada y ordenada de las instituciones públicas y privadas, así como de la sociedad civil, y los demás sectores que tienen competencia y pueden coadyuvar al cumplimiento de los objetivos de la presente política.

Es necesario que la articulación y coordinación se desarrollen en los niveles nacional y territorial y entre estos dos niveles, de manera que los recursos y herramientas existentes logren la máxima eficiencia y cumplan con los principios de subsidiariedad y complementariedad que orientan la presente política.

#### **6.3.1. Fortalecimiento de capacidades de gestión y coordinación de entidades del Estado.**

- Creación de una instancia nacional de coordinación interinstitucional e intersectorial para la implementación de la presente política pública. Creación y/o fortalecimiento de las instancias territoriales cuyo propósito es la coordinación para la atención del fenómeno habitanza en calle y de la población habitante de la calle. Dichas instancias deben estar articuladas con los consejos de Política Social. Las instancias de coordinación deben garantizar la concurrencia, subsidiariedad y complementariedad de recursos interinstitucionales e intersectoriales en los planes de atención a la habitanza en calle (un Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de la Calle, un plan departamental, y un plan municipal o distrital).
- Articulación de las instancias y rutas institucionales y sectoriales para: i) La sensibilización e información a las instituciones, comunidades y familias sobre el fenómeno de habitanza en calle, ii) la prevención de la habitanza en calle, iii) la atención a la población habitante de la calle, de forma que se garantice la integralidad para el abordaje del fenómeno, en la atención de la población y iv) la sostenibilidad de las acciones para su inclusión social.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Armonización de las rutas intersectoriales en torno a los planes de atención integral a personas habitantes de la calle y a sus ejes de prevención y atención integral, y diseño de acciones intersectoriales de acuerdo con un modelo de gestión sociosanitario, que garanticen la integralidad y la sostenibilidad de los procesos de inclusión social, como parte de los planes.
- Consolidación de redes de cooperación internacional y nacional, y de voluntariado, en torno a la prevención del fenómeno de habitanza en calle y a la atención de la población habitante de la calle de manera que se aproveche al máximo el capital social para la gestión en torno a ambas prioridades.
- Inclusión de los lineamientos para la prevención de la habitanza de calle y la atención a la población habitante de la calle dentro de los instrumentos de planeación de los distintos sectores nacionales, departamentales y municipales, de manera que se garantice su visibilización y financiación. Los planes de atención integral a las personas habitantes de la calle deben estar armonizados con los demás planes sectoriales para lograr la coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad de los distintos tipos de recursos.

### 6.3.2. Gestión del conocimiento

- Diseño de un instrumento de seguimiento, monitoreo y alerta temprana del fenómeno de habitanza en calle, que se articule con los distintos observatorios sobre desigualdad, pobreza, vivienda, trabajo y salud con los que cuenta el nivel nacional, con el fin de lograr una adecuada articulación intersectorial para la prevención.
- Desarrollo de una herramienta para la focalización de la población en situación de calle (DE y EN) de carácter nacional en el marco del SISBEN, que se alimente permanentemente desde los territorios, y que permita la adecuada coordinación interinstitucional para la atención integral.
- Creación de un directorio nacional de oferta de atención social y sanitaria para población en situación de calle (DE y EN) que se consolide a partir de directorios territoriales (departamentales, distritales y municipales) en los que se debe incluir la oferta pública y privada para la atención.
- Fomento y fortalecimiento de la investigación sobre el fenómeno de habitanza en calle y los resultados de las políticas públicas sociales que están orientadas a la población en riesgo de calle, y a la población en situación de calle a nivel nacional y a nivel local.
- Promoción de la conformación de redes de conocimiento a nivel nacional y a nivel territorial en las que participen la comunidad académica, la sociedad civil, entidades sin ánimo de lucro y la empresa privada para el desarrollo de líneas de investigación sobre la prevención de la habitanza en calle, y la inclusión social, política, económica y cultural de las personas habitantes de la calle tanto desde la perspectiva de la superación de la situación de calle, como desde la reducción de riesgos y daños, si la opción es permanecer en la calle.
- Identificación, sistematización y divulgación de experiencias exitosas en la prevención de la habitanza en calle, y la atención integral, e inclusión social de población habitante de la calle, que generen evidencia para el desarrollo de modelos de prevención y atención.
- Desarrollo de estudios sobre el costo de la atención de la población habitante de la calle y el costo de la prevención con población en riesgo de calle, para soportar la toma de decisiones y la priorización en la inversión social nacional y territorial.



La salud  
es de todos

Minsalud

## 7 Herramientas para la implementación de la Política Pública Social para Habitantes de Calle

### 7.1. Bases del Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de Calle (PNAIPHC)

El PNAIPHC es la herramienta mediante la cual se concretará la PPSHC en acciones y metas para su implementación. Dado que la elaboración del PNAIPHC se iniciará una vez sea creada la Comisión Intersectorial para el desarrollo de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle, se presentan las bases para su formulación, y las entidades que deben participar en ésta.

Una vez elaborado el PNAIPHC, los departamentos, municipios y distritos deben elaborar sus respectivos planes de atención en concordancia con el Plan nacional, dichos planes alimentarán el PNAIPHC, y serán el mecanismo de la coordinación y articulación de las intervenciones territoriales con la nacional, por tanto, deben elaborarse bajo los parámetros que se describen a continuación.

Tanto el Plan Nacional como los planes territoriales deberán proyectarse a diez años, periodo mínimo para evaluar los resultados de la implementación de la política.

El PNAIPHC debe estructurarse en torno a los tres ejes de la política y sus líneas estratégicas, su objetivo es articular y desarrollar acciones para la prevención de la habitancia en calle, y la atención de la población habitante de la calle con el fin de lograr el restablecimiento de sus derechos y su inclusión social.

El Plan será una herramienta para el seguimiento y monitoreo de la implementación y resultados de la PPSHC y deberá actualizarse anualmente con el fin de realizar los ajustes que se consideren necesarios orientados al cumplimiento de sus metas. El contenido del plan será concertado entre las instituciones con competencia legal y misional en el tema de habitancia en calle indicadas en el cuadro que se detalla a continuación, y debe incluir las metas e indicadores de proceso y de resultado, que permitan identificar los logros en los tres ejes de la política, tanto sectorial como intersectorialmente.



La salud es de todos

Minsalud

Entidades con competencia para la formulación del Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de Calle

EJES DE POLÍTICA	Componentes de la Ley 1641 de 2013 y sectores rectores del tema	Entidades con competencia para la formulación del PNAIPHC
1. Prevención	Desarrollo Humano Integral Sector Inclusión Social y Reconciliación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosperidad Social</li> <li>• Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio</li> <li>• Ministerio de Trabajo -</li> <li>• Ministerio de Salud y Protección Social</li> <li>• Ministerio de Educación Nacional</li> <li>• Instituto Colombiano de Bienestar Familiar</li> <li>• Departamento Administrativo Nacional de Estadística</li> <li>• Registraduría Nacional del Estado civil</li> <li>• Departamento Nacional de Planeación</li> <li>• Ministerio de Cultura</li> <li>• Ministerio del Deporte</li> <li>• Ministerio del Interior</li> <li>• Servicio Nacional de Aprendizaje</li> <li>• Ministerio de Justicia y del Derecho</li> <li>• Ministerio de Defensa-Policía Nacional</li> <li>• Ministerio de Comercio, Industria y turismo</li> <li>• Ministerio de las Tecnologías de la información y comunicaciones</li> <li>• Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer</li> </ul>
	Atención Integral en Salud Sector Salud y Protección Social	
	Formación para el Trabajo y Generación de Ingresos Sector del Trabajo	
2. Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social	Responsabilidad Social Empresarial Sector del Trabajo	
	Movilización Ciudadana y Redes de Apoyo Social Sector Interior	
3. Articulación y Coordinación interinstitucional e intersectorial social	Convivencia Ciudadana Sector Interior	

La elaboración del PNAIPCH será coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces, en el marco de la Comisión intersectorial para la población habitante de calle. El Departamento Nacional de Planeación será corresponsable en la elaboración del plan, apoyará la coordinación intersectorial, y el diseño y gestión de la herramienta de recolección de la información para alimentar el plan y realizar el seguimiento. El plan contendrá los programas, proyectos, acciones y servicios de atención para la población en situación de calle mayor de dieciocho años, y también para los niños niñas y adolescentes en situación de calle o alta permanencia en calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

La Comisión Intersectorial para la Población Habitante de Calle, que se creará en el marco del presente decreto, será la encargada de la articulación interinstitucional para orientar la implementación y seguimiento tanto de la PPSHC como de su Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de la Calle.

La articulación de acciones de prevención, protección y restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, alta permanencia en calle o en riesgo de habitar la calle debe coordinarse en el marco del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y reflejarse en la PNAIPHC.

Las entidades con competencia en el PNAIPHC deberán crear una base de datos con los proyectos, programas y servicios que puedan orientarse tanto para la prevención con población en riesgo, como para la atención de población habitante de la calle, como insumo para la elaboración del plan, sin perjuicio del diseño de nuevos proyectos programas y servicios acordes con los lineamientos de la presente política, o de los ajustes necesarios a los existentes para que tanto la población en riesgo de calle, como en situación de calle accedan a ellos.

## 7.2. Adecuación institucional territorial para la implementación de la PPSHC y la elaboración de los planes territoriales de atención.

Las siguientes son orientaciones, que teniendo en cuenta la arquitectura institucional territorial, facilitan la implementación de la PPSHC.

- Determinación, o creación, de la instancia de coordinación departamental y municipal que permitirá la articulación para la implementación y seguimiento de la PPSHC, así como la construcción del plan territorial de atención. Podría ser alguna de las ya existentes, (Consejos de Política Social, Consejos de Gobierno, u otra que tenga el mismo carácter).

Los territorios evaluarán si requieren más espacios de coordinación. La instancia de coordinación deberá estar compuesta **como mínimo** por los sectores social, vivienda, salud, planeación, educación, gobierno, desarrollo económico y cultura, recreación y deportes. Se sugiere contar con un delegado de la Registraduría municipal, distrital o departamental y la Personería, como invitado permanente e invitar a representantes de la sociedad civil y de la población habitante de la calle de acuerdo con la agenda que se desarrolle. Si la instancia agrupa varios municipios, deberá garantizar también la representatividad de los sectores enunciados. En los municipios, distritos y departamentos que cuenten con presencia de población con pertenencia étnica y/o migrante, es necesario que las entidades encargadas de estos temas hagan parte de las instancias de coordinación.

- Definición de la entidad que liderará la implementación de la PPSHC y realizará la consolidación y reporte anual de avances para alimentar el PNAIPHC.
- Consolidación de un inventario de recursos para la implementación de la PPSHC y el plan territorial. Entre estos se incluyen los diagnósticos, caracterizaciones, registros administrativos, estudios, capacidad instalada pública y privada y herramientas de divulgación, entre otras.



La salud  
es de todos

Minsalud

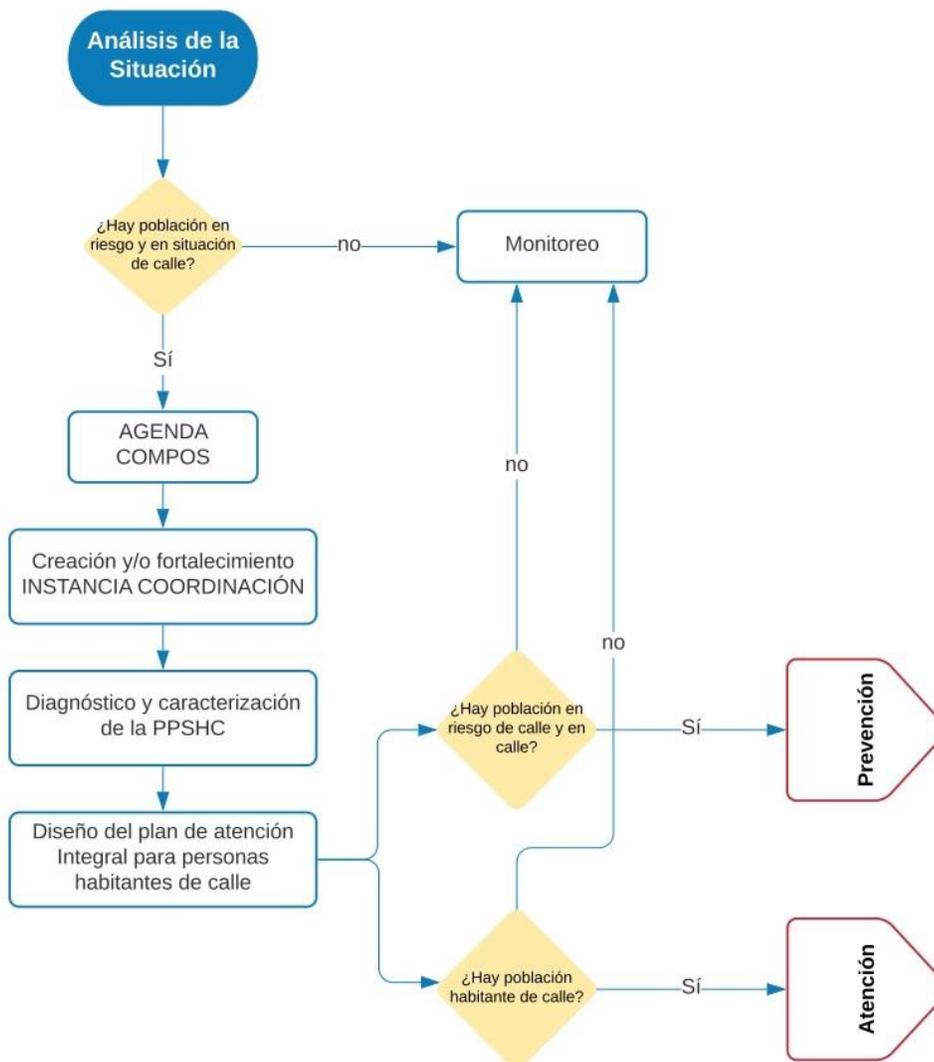
- Identificación y caracterización de la población en situación de calle de cada municipio, en el que haya presencia de esta población, como sustento del plan de atención integral y de los programas, proyectos y servicios.
- Creación y/o consolidación de un registro único para la población habitante de la calle compartido por el sector social y el sector salud como mínimo. El listado censal puede constituirse en ese registro, sin perjuicio de los que ya se encuentren desarrollados en los territorios, en cuyo caso la prioridad será que exista un solo registro compartido para facilitar la atención integral y fortalecer el seguimiento y acompañamiento a las personas y sus redes.
- Adecuación de los lineamientos de la PPSHC al territorio, teniendo en cuenta los enfoques de curso de vida, género, interseccional y diferencial. Se debe tener en cuenta la priorización de la niñez en situación de calle.
- Formulación del Plan de Atención integral territorial a personas habitantes de la calle a nivel departamental y a nivel municipal. Dicho plan deberá responder a la estructura propuesta para el Plan Nacional como forma de articular las acciones entre el nivel nacional y los territorios
- Articulación de las entidades territoriales, haciendo uso de las figuras previstas en la Ley (áreas metropolitanas y asociaciones de municipios) para el abordaje integral y sostenible del fenómeno de habitanza en calle.
- Consolidación de un inventario institucional, departamental y municipal, de servicios de atención para las poblaciones en riesgo de calle y en situación de calle (DE y EN) que incluya la oferta pública, privada y del tercer sector, para cumplir con los propósitos de prevención y atención.
- Diseño y adecuación de programas, proyectos y servicios dirigidos a la atención de la población habitante de la calle, los cuales deberán estar incluidos en los planes de desarrollo departamentales, municipales y distritales, que a su vez se verán reflejados en el Plan de Atención Integral a Personas Habitantes de Calle – PNAIPHC. Es imprescindible que éstas herramientas de planeación y atención se sustenten en los enfoques de curso de vida, diferencial, género e interseccional, sin perjuicio de los demás enfoques establecidos en la presente política.
- Diseño de una ruta de atención integral a la población habitante de calle, en cada municipio, de acuerdo con sus características, arquitectura institucional, recursos y capacidad de articulación y teniendo en cuenta los enfoques de curso de vida, diferencial, de género e interseccional. También se pueden diseñar rutas intermunicipales, o en conjunto entre los municipios y los departamentos, si con ello se garantiza la integralidad.



### 7.3. Ruta institucional para la implementación de la PPSHC

Esta ruta se presenta en el diagrama 1, y organiza las orientaciones para la adecuación institucional tendientes a la implementación de la PPSHC, de acuerdo con su objetivo y ejes.

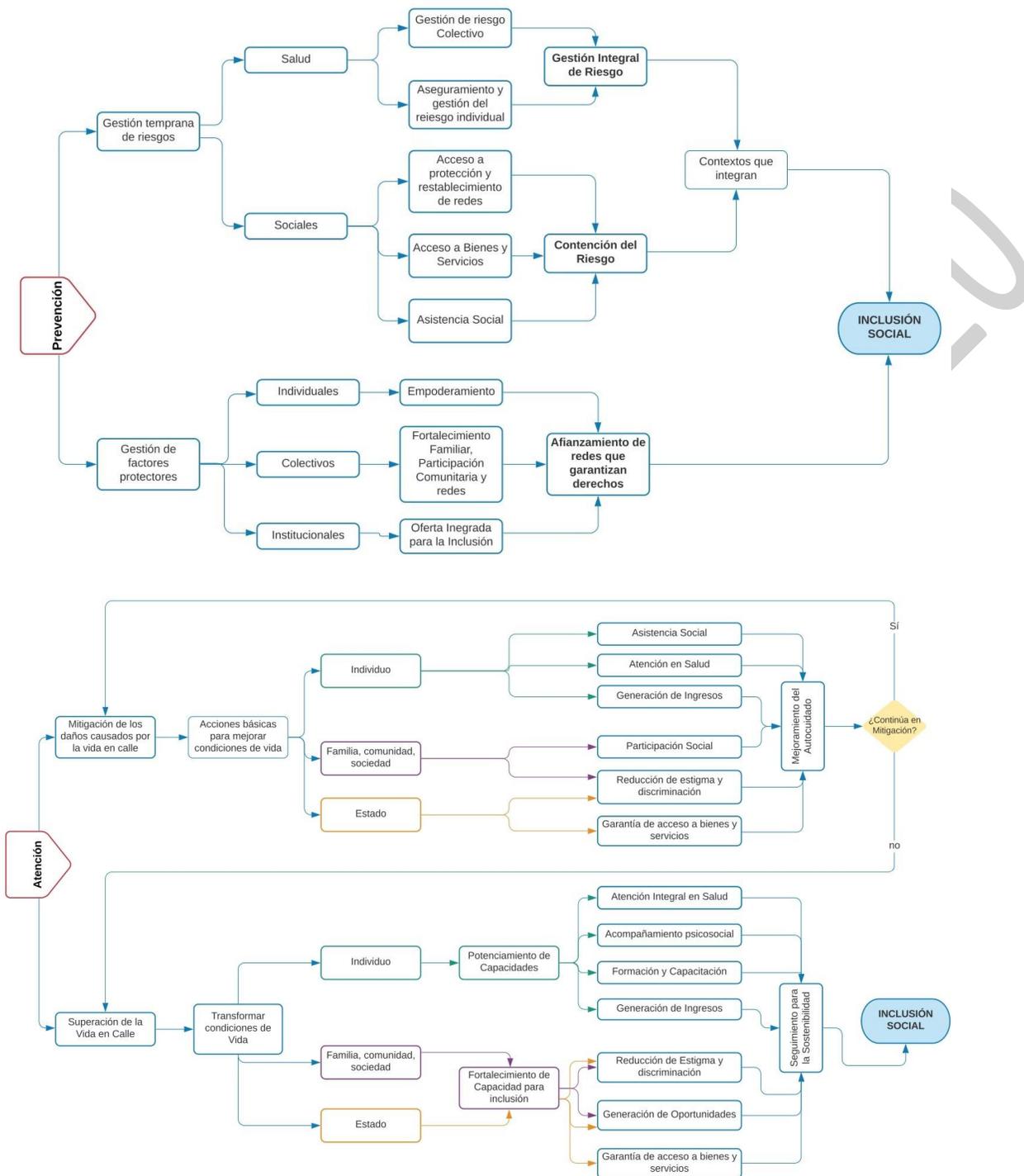
Diagrama 1.





# La salud es de todos

# Minsalud



Como se observa en la gráfica, la primera acción del territorio, es el análisis de la situación que establece si existen las poblaciones hacia las cuales va dirigida esta política en su jurisdicción, y la definición de la instancia de coordinación (acción 3) y su liderazgo para realizar la identificación y caracterización de la población (acción 4), con el fin de formular el plan de atención integral territorial para personas habitantes de la calle.



La salud  
es de todos

Minsalud

El plan debe ocuparse tanto de las poblaciones a las que va dirigida la prevención, como aquellas hacia las que va dirigida la atención.

La prevención tiene dos componentes, la gestión temprana de riesgos, y la gestión de factores protectores, y en ambos se establece claramente la necesidad de la integralidad en la respuesta para que se logre la inclusión social, ello implica la articulación como mínimo de los sectores vivienda, trabajo educación, desarrollo económico, social, justicia y salud.

La primera acción de la gestión temprana de riesgo es abordar los riesgos sociales y en salud, esos riesgos ya se han identificado en la acción 1 de la ruta institucional: análisis de la situación y en la acción 4: diagnóstico y caracterización de la población. El abordaje de los riesgos en salud se hará acorde con la situación identificada en el análisis de situación en salud de la población (ASIS) que sustenta los planes territoriales de salud. En cuanto a los riesgos sociales, se identificarán en la caracterización de la población, estableciendo acciones de restablecimiento de derechos y asistencia social para los riesgos más altos y acceso a bienes y servicios para todos los niveles de riesgo.

La primera acción de la gestión de factores protectores también se sustenta en las acciones 1 y 4 de la ruta, y se aborda desde lo individual, lo colectivo y lo institucional. Para lograr concretar la acción de afianzamiento de redes es imprescindible la articulación interinstitucional e intersectorial que garantice acciones integradas e integrales en las tres dimensiones de la intervención: individual, colectiva e institucional.

La atención también tiene dos componentes, la superación de la vida en calle y la mitigación de los daños causados por la vida en calle. El primer componente de superación, pretende transformar las condiciones de vida de las personas habitantes de la calle, en tanto el segundo componente de mitigación, se orienta al desarrollo de acciones básicas para mejorar sus condiciones de vida. Estos componentes no son excluyentes, puesto que la persona puede transitar en diversos momentos de su vida en ambos.

En ambos componentes se aborda la primera acción desde el individuo, desde la comunidad, familia o sociedad y desde el estado, con el fin de lograr inclusión social y/o mejoramiento del autocuidado, dependiendo de la decisión de la persona.

La ruta institucional responde a los ejes de la PPSHC, y tiene en cuenta las orientaciones a los territorios enunciadas en el numeral 6.2 del presente documento.

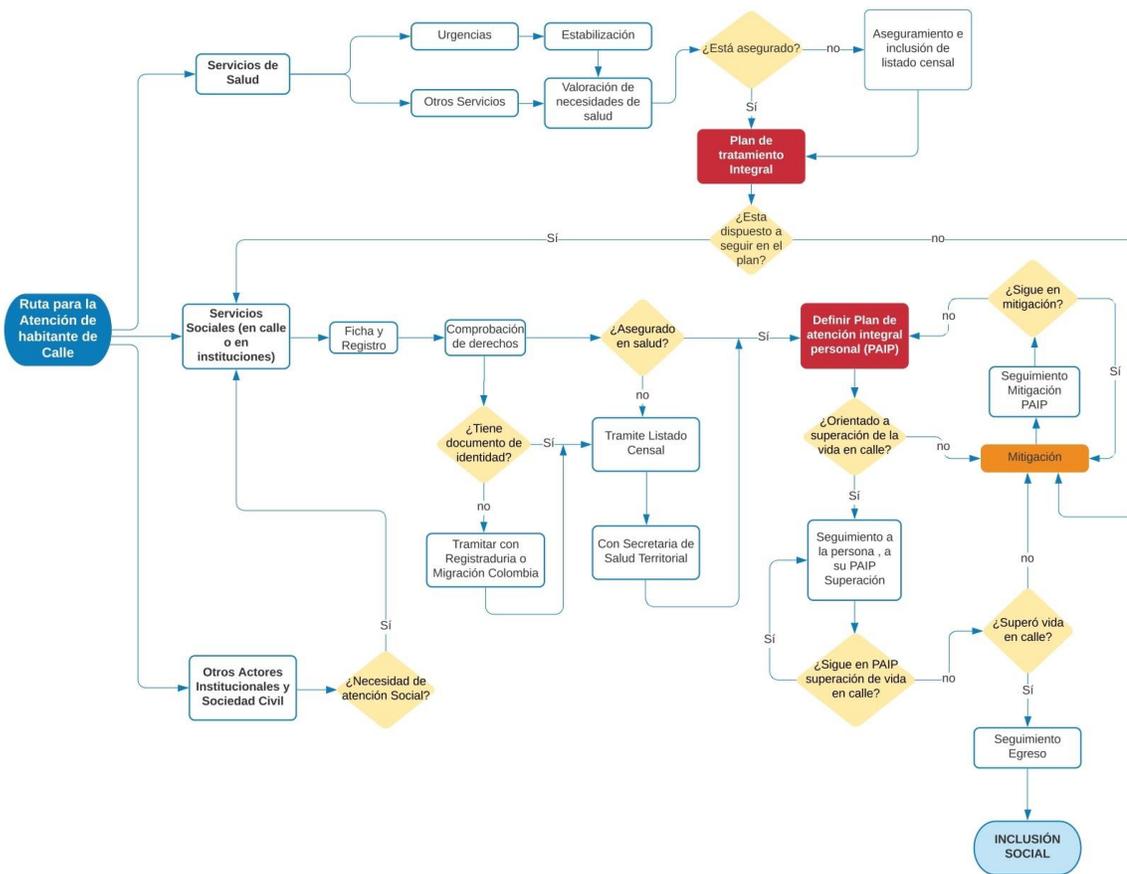


La salud es de todos

Minsalud

## 7.4. Ruta para la atención a las personas habitantes de la calle

Diagrama 2



Como se evidencia en el diagrama, esta ruta tiene tres entradas. Una es el referenciación que realiza la comunidad, la sociedad civil organizada, instituciones como Defensa civil y Bomberos, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, los órganos de control y actores institucionales, que para efectos de ésta ruta deben ser capacitados en la orientación a la población habitante de la calle hacia los servicios sociales, o de salud.

La segunda entrada la constituyen los servicios de salud, a los cuales se dirigen las personas habitantes de la calle bien sea por una situación de urgencia, o por otro tipo de servicio. Si el ingreso es por urgencias, procede la estabilización de la persona, y posteriormente la valoración de las necesidades de las personas desde los determinantes sociales de la salud, para lo cual es fundamental la participación del área de trabajo social de la IPS que atiende a la persona. Si la persona no se encuentra asegurada, se debe tramitar su aseguramiento, incluido el oficioso, reportando la información en el listado censal (población especial 1). También se debe definir un plan de tratamiento integral de acuerdo con la valoración de necesidades sociales y en salud (tamizaje en salud mental, TB, VIH y las demás que considere el equipo médico tratante y que se constituyen en prevalencias para este grupo poblacional). Este plan de tratamiento debe ser concertado con la entidad territorial que se encargue de los servicios de asistencia para habitantes de la calle, de manera que se logre integralidad en la atención al tener cubiertas las necesidades sociales y sanitarias.



La salud  
es de todos

Minsalud

La tercera entrada es mediante los servicios sociales territoriales de atención en la población, que incluyen los equipos de contacto en calle y los servicios que se prestan en instituciones. La primera actividad que se debe realizar en ese caso es la aplicación de una ficha de identificación y caracterización a la persona (puede ser la propuesta por el MSPS que se anexa al final del documento) y el registro en el sistema de la entidad. La segunda actividad consiste en la comprobación de derechos, es decir la consulta de la información en el sistema de la Registraduría Nacional del Estado Civil y en el Sistema de información en salud, con el fin de establecer si la persona cuenta con identificación y con aseguramiento en salud. En caso de que no cuente con acceso a estos derechos, se debe iniciar el trámite para que obtenga su documento y su afiliación a salud. La tercera actividad consiste en definir un plan de atención integral personal junto con la persona, que corresponde a lo que la persona determine como su proyecto de vida. El plan puede ir encausado hacia la superación de la vida en calle, o hacia la mitigación de los daños causados por la vida en calle. El plan puede variar en un sentido u otro dependiendo de lo que la persona vaya decidiendo en su proceso de acompañamiento. La cuarta acción es el seguimiento a la persona y su plan, el tiempo de seguimiento debe definirse de acuerdo con cada situación para determinar junto con la persona el momento de egreso por haber logrado la inclusión social. Es preciso tener en cuenta que no todas las personas pretenden la superación de la vida en calle, y que algunas podrán permanecer en mitigación de los daños ocasionados por la vida en calle.

### **7.5. Lineamiento para el desarrollo de un Modelo Social de Atención Integral para población en situación de calle - MSAIHC.**

El Modelo de Atención Integral para la población en situación de calle que debe desarrollar el territorio en cumplimiento del artículo 41 de la Ley 1801 de 2016, debe constituirse en una herramienta para que la atención integral se materialice en el proceso mediante el cual se proteja, garantice y restituya los derechos de las personas habitantes de la calle, así como, se evite la pérdida de derechos de la población en riesgo de calle, incluida la población en calle, mediante la articulación y cualificación de las rutas y servicios brindados en los territorios como desarrollo de la PPSHC. El MSAIHC establece el “*cómo o marco de acción*” para la atención integral de la población.

Para el diseño del modelo de atención se deben tener en cuenta las siguientes orientaciones:

- La atención Integral comprende la forma en que los territorios abordan, reciben, escuchan, direccionan y atienden a las personas habitantes de la calle, teniendo como base el respeto por su dignidad, derechos, intereses, potencialidades y predilecciones, y respetando la autonomía de la persona para participar en los procesos.

La atención integral se centra en la persona con el fin de evaluar conjuntamente con ella, sus necesidades y expectativas de atención, y así identificar aquellos determinantes sociales que inciden en su actual situación, y de acuerdo con ello, diseñar la ruta de acciones y servicios intersectoriales que permitan brindar respuestas integrales orientadas a su inclusión social. Es imprescindible contemplar las acciones de todos los sectores y actores, incluidos la persona, la familia y las instituciones de la sociedad civil.



La salud  
es de todos

Minsalud

- Los procesos de atención con personas habitantes de calle deben evitar la linealidad o escalera (SIIS, 2017), se deben desarrollar a partir de niveles de complejidad o momentos que orientan la atención, con el fin de modificar una situación inicial identificada conjuntamente entre la persona y la institución, y alcanzar una situación final deseada también acordada conjuntamente entre la persona y la institución. Este proceso debe reflejarse en un plan de atención integral personal.

- El modelo debe basarse en los siguientes principios:

Dignidad humana.  
Autonomía personal  
Diversidad  
Participación social.  
Solidaridad.  
Integralidad.

- Los componentes mínimos del modelo de atención deben ser:

Prevención de la habitanza en calle y protección de derechos  
Atención integral y restitución de derechos  
Inclusión social, ejercicio de ciudadanía y fortalecimiento de redes

- Los ámbitos de intervención del modelo de atención, entendidos como las esferas fundamentales del desarrollo del ser humano serán:

El individual (Personal)

El familiar

El social (comunitario e institucional)

Los planes de atención integral personal deben ser herramientas que ayuden a concretar modificaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona habitante de la calle. Deben enfocarse en fortalecer y desarrollar habilidades para la autonomía personal, así como acordar las soluciones que se puedan brindar a las situaciones identificadas como no deseadas o problemáticas por parte de la persona habitante de calle, desde una mirada transectorial, y teniendo claro cuales acciones dependen de la persona, la familia, la comunidad y el Estado.

Existen varios diseños de planes de atención personales, por lo que el territorio puede desarrollar el que considere más conveniente. No obstante, se sugiere abordar la situación de la persona habitante de la calle desde lo individual, lo familiar y lo social-comunitario-estatal, con el fin de poder establecer conjuntamente con ella como se encuentra actualmente en esas dimensiones de su vida, si ve la necesidad de modificarlas y como podría hacerlo estableciendo tiempos y apoyos necesarios para lograrlo. Las acciones acordadas en el marco del plan deben identificar los actores y recursos que se requieren para poder cumplir con él, para que la persona logre dimensionar que sí es viable alcanzarlo y que cuenta con el respaldo para ello.

Las características de la atención a la población deberán ser las siguientes:



La salud es de todos

Minsalud

**Oportuna.** Se realizará en coherencia con la forma de vida de la persona habitante de calle, por lo cual es indispensable la inmediatez con la que se preste la atención (en entornos cerrados, o de carácter extramural).

**Integral.** Se contemplarán todos los determinantes sociales que están presentes en la situación de la persona, con lo cual se deben generar respuestas integrales y articuladas para atender estos determinantes.

**Digna.** Se desarrollará sobre el principio del respeto por la persona habitante de calle y su opción de vida.

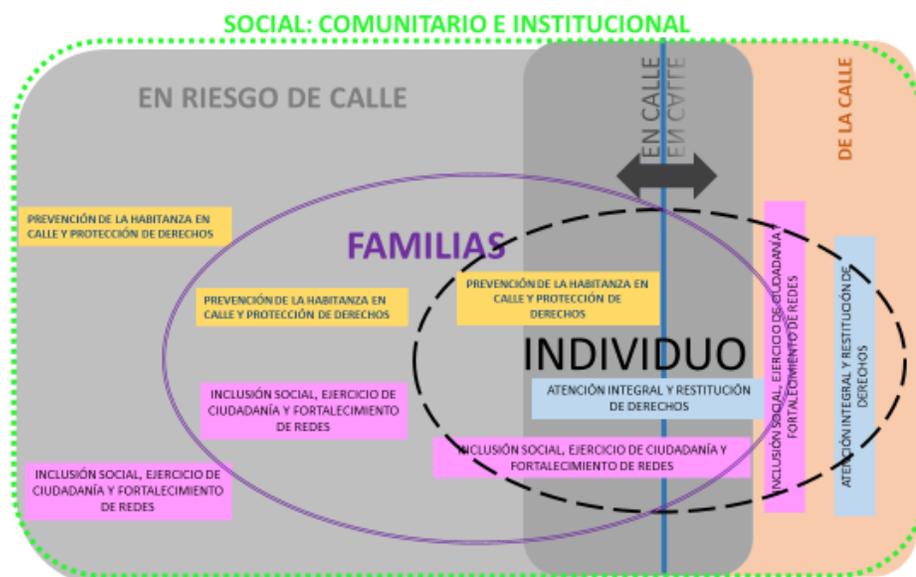
**Adecuada.** Se presentará una respuesta que articule, por un lado, el análisis de la situación y las expectativas de la persona, y por el otro, la corresponsabilidad y autonomía del habitante de calle, así como las alternativas posibles brindadas por el Estado.

**Individualizada.** Se adaptará a las necesidades de los habitantes de calle y sus principales herramientas serán los diagnósticos y planes de intervención individualizados, teniendo en cuenta las particularidades que presente la situación de la persona atendida. Por lo anterior, es necesario considerar el tiempo de permanencia en la calle, el cual incide, en el arraigo de hábitos de vida en calle.

**Coordinada.** Es una característica primordial, que tendrá que desarrollarse entre las diferentes entidades que intervienen en la atención, respetando las competencias legales y garantizando el uso responsable de la información.

**Basada en la capacitación, interdisciplinariedad y trabajo en equipo:** La atención debe realizarse desde la capacitación para la adecuada atención con enfoques diferencial e interseccional de las personas que integran los equipos de intervención. Los equipos estarán conformados por profesionales de diferentes disciplinas y sectores de la administración para garantizar una atención integral a las necesidades de las habitantes de la calle, participando en acciones relacionadas con el diagnóstico y evaluación de necesidades y los planes de intervención realizados de manera conjunta con los habitantes de la calle.

MSAIHC. Gráfica 1





## 7.6. Financiamiento

La Política Pública Social para Habitantes de la Calle se financiará con recursos del Presupuesto General de la Nación y de los presupuestos de las entidades territoriales, provenientes del Sistema General de Participaciones, el Sistema General de Seguridad Social y otras fuentes como la cooperación técnica y con recursos propios. De acuerdo con las necesidades y gestión de cada entidad, podrá recurrirse también a recursos parafiscales.

Es pertinente tener en cuenta que de conformidad con la Constitución Política y en concordancia con la descentralización y autonomía de sus entidades territoriales prevista en la Ley 715 de 2001 se precisa la distribución de competencias y recursos entre la nación, los departamentos, distritos y municipios.

A la nación le corresponde fijar las políticas públicas, definir las fuentes de financiación de los programas para cumplir los cometidos estatales, brindar asistencia técnica a las entidades territoriales, hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de los programas y ejercer la inspección, vigilancia y control. Por su parte, a las entidades territoriales les corresponde la ejecución de las políticas y programas para garantizar la integración a la comunidad de quienes se encuentran en situaciones de riesgo, sin vivienda, sin acceso a servicios educativos y otras vulnerabilidades.<sup>13</sup>

La Ley 715 de 2001<sup>14</sup> en el acápite de competencias y recursos para propósito general señala la competencia de los municipios frente a las poblaciones vulnerables:

“ARTÍCULO 76. COMPETENCIAS DEL MUNICIPIO EN OTROS SECTORES. Además de las establecidas en la Constitución y en otras disposiciones, corresponde a los Municipios, directa o indirectamente, con recursos propios, del Sistema General de Participaciones<sup>15</sup> u otros recursos, promover, financiar o cofinanciar proyectos de interés municipal y en especial ejercer las siguientes competencias:  
(...)

### 76.11. Atención a grupos vulnerables

Podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.”

13 Constitución Política de Colombia, El artículo 13 expresa elementos relativos a la igualdad ante la Ley, el reconocimiento de la diversidad y la protección de las personas en vulnerabilidad. A su vez, señala que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta.

14 *Ibidem*, Ley 715 de 2001. El Sistema General de Participaciones -SGP está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el artículo 76 de la Ley 715 de 2001.

<sup>15</sup> El Sistema General de Participaciones -SGP está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001.



La salud  
es de todos

Minsalud

Esta norma debe verse en armonía con otras, como el Código de Régimen Municipal<sup>16</sup> en donde se define al municipio como la entidad territorial fundamental de la división político administrativa del Estado, con autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que señalen la Constitución y la ley y cuya finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su respectivo territorio y se fijan sus funciones.

Vale precisar igualmente, que la atención en salud está financiada con recursos de los regímenes contributivo y subsidiado en salud, a través de la Unidad de Pago por Capitación –UPC.

### 7.7. Monitoreo, seguimiento y evaluación

El monitoreo de la presente política se desarrollará mediante los indicadores y metas formulados en el PNAIPCH anualmente.

La Comisión Intersectorial para el desarrollo de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle, precedida por el MSPS realizará el seguimiento y evaluación de la implementación de la PPSHC a través del PNAIPCH y las demás herramientas que se consideren necesarias para tal efecto, y que serán discutidas y acordadas en el marco de la Comisión.

## 8 Glosario

**Alta permanencia en calle:** el término 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.

**Atención Integral:** se refiere a la capacidad institucional de desarrollar rutas, servicios y acciones transectoriales e intersectoriales, que tengan como eje a la persona y sus necesidades, para que no opte por la vida en calle, supere la vida en calle, o desarrolle una vida en calle por propia decisión, con el enfoque de reducción de daño (MSPS,2019).

**Atención Integral para el diseño del Modelo Social:** comprende la forma en que los territorios abordan, reciben, escuchan, direccionan y atienden a las personas habitantes de la calle, teniendo como base el respeto por su dignidad, derechos, intereses, potencialidades y predilecciones, y respetando la autonomía de la persona para participar en los procesos

**Exclusión social:** el concepto de exclusión social engloba diversos conceptos utilizados tradicionalmente para definir situaciones o modos de “estar apartado” o “ser apartado” del núcleo central de una sociedad o grupo, tales como segregación o marginación (en el ámbito cultural y de las vivencias sociales) pobreza (en el plano económico) y alienación social (consecuencia de procesos económico-sociales concretos que dificultan o

<sup>16</sup> Leyes 136 de 1994 y 1551 de 2012 sobre la organización y el funcionamiento de los municipios.



La salud  
es de todos

Minsalud

niegan a los individuos la posibilidad de desarrollar las capacidades productivas o creativas del ser humano) (Sánchez y Jiménez, 2013 p.142)

**Factores predisponentes para la vida en calle:** son los estructurales, es decir aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitancia en calle (MSPS,2019).

**Factores precipitantes de la vida en calle:** Son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo (MSPS,2019).

**Habitancia en calle:** fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle por parte de personas que generan dinámicas de vida complejas y no lineales, que estructuran una forma para obrar, pensar y sentir asociada a una posición social, lo cual determina un estilo de vida y de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (MSPS, 2015/2019).

**Inclusión social:** concepto que se refiere a la posibilidad de que cada persona logre su pleno desarrollo como parte de una comunidad, y aunque está vinculado con el concepto de igualdad, trasciende su alcance puesto que se refiere a que cada individuo ocupe un lugar al interior de la comunidad a partir del reconocimiento y ejercicio de sus derechos políticos, sociales y culturales (OEA, 2016)

**Inclusión social de las personas habitantes de la calle:** proceso de vinculación y articulación con redes afectivas, productivas, recreativas, de cuidado, y en general todas aquellas que incentiven su reconocimiento como sujeto de derechos y el ejercicio de los mismos, independientemente de si han superado su situación de calle, o no (MSPS, 2019).

**Mendicidad Ajena:** de acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones, la mendicidad ajena, ligada a la trata de personas, ocurre cuando una persona es obligada a pedir limosna dentro de Colombia o en el extranjero y luego le es arrebatado el dinero. Detrás de esta acción se encuentran personas que se lucran a través del sometimiento, la coacción y la amenaza (OIM, 2012).

**Mendicidad Propia:** alude a una actividad no sancionable para la subsistencia. La mendicidad puede ser ejercida como actividad, siempre y cuando la persona no sea coaccionada para ello. (Corte Constitucional, sentencia C-464/14).

**Personas en riesgo de habitar la calle:** aquellas cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores predisponentes para la vida en calle y precipitantes de la vida en calle. (MSPS, 2017).

**Personas habitantes en calle:** aquellas que “hacen de la calle el escenario propio para su supervivencia, alternan el trabajo en la calle, la casa y la escuela, es decir, 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” (Barrios, Góngora y Suárez, 2006).

**Personas habitantes de la calle:** aquellas “que hacen de la calle su lugar de habitación, donde satisfacen todas sus necesidades, (Barrios, Góngora y Suárez, 2006) ya sea de forma permanente o transitoria (Ley 1641



La salud  
es de todos

Minsalud

de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público (actividades de su vida íntima y social)” (MSPS, 2017).

**Servicios Socio- sanitarios:** son el resultado de la integración de los servicios sociales y de salud, destinados a las personas en situación de dependencia funcional, social, económica o emocional (psicológica). Con la integración de estos servicios, las personas que presentan estas características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar la realización de diversas actividades (MSPS, 2017).

**Situación de Vida en Calle:** Niños, niñas y adolescentes que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo.

VERSIÓN JULIO 2020



# La salud es de todos

# Minsalud

## 9 Ficha de identificación y caracterización

LOGO INSTITUCIÓN	ESPACIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		VERSIÓN 2-2020	
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE LA CALLE. CALLE. Primera Parte		Fecha de diligenciamiento	
			D	M
			A	A
Antes de diligenciar el cuestionario, debe preguntarle al encuestado si se considera habitante de calle, si durmió en la calle la noche anterior, y si realizó sus actividades de autocuidado en la calle. Si al menos una de estas preguntas fue afirmativa, diligencie el formulario.				
<b>I. LOCALIZACIÓN</b>				
1	Nombre del Departamento	2	Nombre del Municipio	3
			Localidad / Comuna	4
				Barrio
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO</b>				
5	Tipo Identificación	CC	TI	RC
		CN	CE	SC
		PA	AS	MS
		PEP		
				6
				Número de identificación
7	1er. Nombre	8	2do. Nombre	9
				1er. Apellido
				10
				2do. Apellido
11	Apodo o sobrenombre (si tiene)	12	Fecha de Nacimiento	13
			D D M M A A A A	Años cumplidos
14	Sexo:	15	Con cuál género se identifica?	16
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> No informa	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No informa
				17
				Usted tiene una discapacidad permanente?
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
18	De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:		19	Raizal
	Indígena	Nombre del Pueblo indígena		Afrocolombiano
	Rom Gitano	Nombre de la Vítsa Rom		Palenquero
				Ninguna de las anteriores
<b>III. HÁBITOS DE VIDA</b>				
19	En el último mes, usted permaneció en la calle :		23	En la última semana, dónde realizó con mayor frecuencia las actividades de autocuidado como afeitarse y comer: (Seleccione una sola respuesta)
	(Seleccione una respuesta)			En la calle
	<input type="checkbox"/> Todo el día y la noche			En el cambuche
	<input type="checkbox"/> Solamente durante el día			En servicios sociales
	<input type="checkbox"/> Solamente durante la noche			En otros servicios
20	En el último mes, cuánto durmió en la calle:		24	De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida: (Seleccione una sola respuesta)
	(Seleccione una sola respuesta)			<input type="checkbox"/> Falta de trabajo
	<input type="checkbox"/> Una semana o menos			<input type="checkbox"/> Falta de lugar donde vivir
	<input type="checkbox"/> Más de una semana en el mes			<input type="checkbox"/> Falta de tratamiento para la salud
	<input type="checkbox"/> Todo el mes			<input type="checkbox"/> Otro, cuál
21	Hace cuanto tiempo que vive y duerme en la calle:		25	Cuál es la principal razón por la que decidió vivir en la calle?
	(Seleccione una sola respuesta)			<input type="checkbox"/> Conflictos con familiares o personas con las que vivía
	<input type="checkbox"/> Menos de 15 días			<input type="checkbox"/> Recursos económicos insuficientes para garantizar una vivienda
	<input type="checkbox"/> Entre 15 días y 3 meses			<input type="checkbox"/> Estigma y discriminación
	<input type="checkbox"/> Entre 3 meses y hasta 1 año			<input type="checkbox"/> Consumo de SPA
	<input type="checkbox"/> Más de 1 año			<input type="checkbox"/> Otro, cuál
22	En el último mes, cuál fue el espacio en que durmió con mayor frecuencia: (Seleccione una sola respuesta)		26	Cuál es su principal motivo para continuar viviendo en la calle:
	<input type="checkbox"/> Espacio público (A cera, parque, playa, etc.)			<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol, y/o SPA
	<input type="checkbox"/> Hotel/residencia/pago por día			<input type="checkbox"/> Influencia de amigos
	<input type="checkbox"/> Servicios sociales públicos			<input type="checkbox"/> Problemas con la justicia
	<input type="checkbox"/> Servicios sociales privados			<input type="checkbox"/> Búsqueda de anonimato
	<input type="checkbox"/> Vivienda de un familiar o conocido			<input type="checkbox"/> Porque no quería seguir normas o patrones
				<input type="checkbox"/> Otro, cuál



# La salud es de todos

# Minsalud

LOGO INSTITUCIÓN	ESPACIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		VERSIÓN 2-2020																																																																									
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE CALLE.		Fecha de diligenciamiento																																																																									
Segunda Parte			D	M	A	A																																																																						
<b>27. Con quiénes mantiene contacto?</b> (Puede seleccionar varias respuestas)			<b>30. Su principal fuente de ingreso es:</b> (seleccione una respuesta)																																																																									
<input type="checkbox"/> Con sus padres <input type="checkbox"/> Sus hijos y/o hijastros <input type="checkbox"/> Sus hermanos/ hermanastros <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Su pareja (conyugue) <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Con ninguno de los anteriores			<input type="checkbox"/> Ventas informales <input type="checkbox"/> Reciclaje <input type="checkbox"/> Oficios varios (limpia vidrios o farolas carros, etc) <input type="checkbox"/> Mendicidad (retaque) <input type="checkbox"/> Comercio sexual <input type="checkbox"/> Venta, distribución de SPA <input type="checkbox"/> Hurto (raponazo, coquilleo, atraco) <input type="checkbox"/> Otro, cuál																																																																									
<b>28. Cada cuanto tiene contacto con ellos?</b> (seleccione una respuesta)			<b>31. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo:</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/> Al menos una vez cada seis meses <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año			<input type="checkbox"/> Generar ingresos <input type="checkbox"/> Asistir a servicios sociales <input type="checkbox"/> Consumir SPA <input type="checkbox"/> Actividades para el autocuidado (alimentarse, descansar) <input type="checkbox"/> Deporte y/o actividades recreativas <input type="checkbox"/> Educación/ cultura <input type="checkbox"/> Otro, cuál																																																																									
<b>29. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive, lo compartió con:</b> (Puede seleccionar varias respuestas)			<b>32. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a:</b> (seleccione una respuesta)																																																																									
<input type="checkbox"/> Sus padres <input type="checkbox"/> Sus hijos y/o hijastros <input type="checkbox"/> Sus hermanos/ hermanastros <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Su pareja (conyugue) <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Nadie			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Necesidades</th> <th>Vecinos, conocidos o familiares</th> <th>Servicios sociales privados</th> <th>Servicios sociales públicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Recreación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dinero</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dormitorio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Asearse</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Salud</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Necesidades	Vecinos, conocidos o familiares	Servicios sociales privados	Servicios sociales públicos	Alimentos				Recreación				Dinero				Dormitorio				Asearse				Salud																																														
Necesidades	Vecinos, conocidos o familiares	Servicios sociales privados	Servicios sociales públicos																																																																									
Alimentos																																																																												
Recreación																																																																												
Dinero																																																																												
Dormitorio																																																																												
Asearse																																																																												
Salud																																																																												
IV. CONDICIONES DE SALUD																																																																												
<b>33. En el último mes, tuvo un problema grave de salud relacionado con:</b>			<b>35. Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos, dificultad respiratoria) <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (caranchos, ladillas, piojos) <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual <input type="checkbox"/> Depresión u otra enfermedad mental <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Heridas con arma cortopunzante <input type="checkbox"/> Heridas causadas por vehículo automotor <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Condición de salud</th> <th colspan="2">Está en tratamiento?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dificultad psiquiátrica, mental</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Úlceras varicosas</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Tuberculosis ó TB</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VH ó SIDA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hepatitis</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>ITS (sífilis, gonorrea)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </tbody> </table>			Condición de salud	Está en tratamiento?		Dificultad psiquiátrica, mental	SI	NO	Diabetes	SI	NO	Epilepsia	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Úlceras varicosas	SI	NO	Tuberculosis ó TB	SI	NO	VH ó SIDA	SI	NO	Hepatitis	SI	NO	ITS (sífilis, gonorrea)	SI	NO																																									
Condición de salud	Está en tratamiento?																																																																											
Dificultad psiquiátrica, mental	SI	NO																																																																										
Diabetes	SI	NO																																																																										
Epilepsia	SI	NO																																																																										
Cáncer	SI	NO																																																																										
Úlceras varicosas	SI	NO																																																																										
Tuberculosis ó TB	SI	NO																																																																										
VH ó SIDA	SI	NO																																																																										
Hepatitis	SI	NO																																																																										
ITS (sífilis, gonorrea)	SI	NO																																																																										
<b>34. Qué hizo cuando se presentó este problema de salud?</b> (Seleccione una sola respuesta)			<b>36. Consume actualmente SPA?</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> Se cuidó solo <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Fue a una farmacia <input type="checkbox"/> Fue a hospital o centro de salud <input type="checkbox"/> Fue a un Hogar de paso <input type="checkbox"/> Fue donde un taita o chaman			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																									
<b>37. Cuáles son las DOS principales sustancias que consume actualmente, y cuál es la vía de administración:</b>			<b>37. Qué tipo de tratamiento ha recibido para el consumo de SPA</b>																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre de la sustancia</th> <th>Oral</th> <th>Fumada</th> <th>Inhalada</th> <th>Esneñada</th> <th>Inyectada</th> <th>Otra Cúal?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tabaco</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alcohol (chorro)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cannabis: marihuana, hashish</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cocaína (perico, ralla, coca)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Basuco (o susto)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Heroína "h"</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otra, cuál</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>No consume SPA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Nombre de la sustancia	Oral	Fumada	Inhalada	Esneñada	Inyectada	Otra Cúal?	Tabaco							Alcohol (chorro)							Cannabis: marihuana, hashish							Cocaína (perico, ralla, coca)							Basuco (o susto)							Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)							Heroína "h"							Otra, cuál							No consume SPA							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Residencial-cerrado-internado <input type="checkbox"/> Ambulatorio-abierto <input type="checkbox"/> Hospital día <input type="checkbox"/> Hospital noche			
Nombre de la sustancia	Oral	Fumada	Inhalada	Esneñada	Inyectada	Otra Cúal?																																																																						
Tabaco																																																																												
Alcohol (chorro)																																																																												
Cannabis: marihuana, hashish																																																																												
Cocaína (perico, ralla, coca)																																																																												
Basuco (o susto)																																																																												
Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)																																																																												
Heroína "h"																																																																												
Otra, cuál																																																																												
No consume SPA																																																																												
Marque con 1 y 2 las sustancias de mayor frecuencia de consumo			<b>38. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?</b>																																																																									
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																									
			<b>39. Recibió tratamiento por la sobredosis?</b>																																																																									
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																									



LOGO INSTITUCIÓN	ESPACIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	VERSIÓN 2-2020
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE CALLE. Tercera Parte	Fecha de diligenciamiento
		D D M M A A A A

### V. OTROS ASPECTOS RELEVANTES

<p><b>41 Lugar de la entrevista</b> (Seleccione una sola respuesta)</p> <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Albergue temporal	<p><b>45 En el último mes, usted recibió algún tipo de apoyo de:</b> (puede seleccionar varias respuestas)</p> <input type="checkbox"/> Algún familiar <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Instituciones oficiales (Alcaldía, Gobernación, Secretarías) <input type="checkbox"/> Instituciones u organizaciones privadas (comunitarias, ONG, Organizaciones religiosas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sin red de apoyo																											
<p><b>42 Municipio en el que vivió antes de éste</b></p> <input type="checkbox"/> Siempre ha vivido en este <input type="checkbox"/> No se acuerda <input type="checkbox"/> Nombre del municipio	<p><b>46 Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan</b></p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																											
<p><b>43 ¿Sabe leer y escribir?</b></p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p><b>47 Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades</b> (puede seleccionar varias respuestas)</p> <table border="1"> <tr><td>Oír la voz o los sonidos</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hablar o conversar</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Ver de cerca, de lejos o alrededor</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Mover el cuerpo, caminar</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Agarrar o mover objetos con las manos</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Relacionarse o interactuar con las demás personas</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	Oír la voz o los sonidos	SI	NO	Hablar o conversar	SI	NO	Ver de cerca, de lejos o alrededor	SI	NO	Mover el cuerpo, caminar	SI	NO	Agarrar o mover objetos con las manos	SI	NO	Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo	SI	NO	Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)	SI	NO	Relacionarse o interactuar con las demás personas	SI	NO	Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios	SI	NO
Oír la voz o los sonidos	SI	NO																										
Hablar o conversar	SI	NO																										
Ver de cerca, de lejos o alrededor	SI	NO																										
Mover el cuerpo, caminar	SI	NO																										
Agarrar o mover objetos con las manos	SI	NO																										
Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo	SI	NO																										
Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)	SI	NO																										
Relacionarse o interactuar con las demás personas	SI	NO																										
Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios	SI	NO																										
<p><b>44 El último nivel educativo que estudió fue:</b> (Seleccione una sola respuesta)</p> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Básica primaria completa <input type="checkbox"/> Básica primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Básica secundaria completa <input type="checkbox"/> Basica secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica completa <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica incompleta <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Sin información	<p><b>48 Ha sido víctima de una de las siguientes situaciones</b> (puede seleccionar varias respuestas)</p> <input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Disparos <input type="checkbox"/> Arma blanca <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Insultos <input type="checkbox"/> No ha sido víctima de situación de violencia																											

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA

INSTITUCIÓN QUE REALIZA LA ENCUESTA



## 10 Bibliografía

1. Alcaldía Mayor de Bogotá (2003). Consejo Distrital de Política Social Lineamientos Generales de Política Social para Bogotá 2004-2014.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá (2014) Análisis de la Distribución y Caracterización de la Población Habitante ubicada en Parches y Cambuches.
3. Alcaldía Municipal de Medellín (2015) Política Pública para Habitante de la Calle Adulto Mayor de la Ciudad de Medellín. Recuperado de [https://issuu.com/habitantesevillamedellin/docs/gaceta\\_oficial\\_4338](https://issuu.com/habitantesevillamedellin/docs/gaceta_oficial_4338).
4. Alcaldía Municipal de Medellín (2014) Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín.
5. Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social”. Paidós, Estado y sociedad. [SEP]
6. Carlos J. Nieto & Silvia H. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas\\_ip/2015/articulos\\_c/Acta\\_Inv\\_Psicol\\_2015\\_5\(3\)\\_2162\\_2181\\_Definiciones\\_de\\_Habitante\\_de\\_Calle\\_y\\_de\\_Nino\\_Nina\\_y\\_Adolescente.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/actas_ip/2015/articulos_c/Acta_Inv_Psicol_2015_5(3)_2162_2181_Definiciones_de_Habitante_de_Calle_y_de_Nino_Nina_y_Adolescente.pdf).
7. Centro de Documentación y Estudios SIIS (2017). El modelo Housing First de atención a las personas sin hogar: límites y posibilidades. <https://blog.siiis.net/2017/01/modelo-housing-first-limites-posibilidades/> consultado en julio de 2019.
8. Corte Constitucional, Sentencia T-376 de 1993.
9. Corte Constitucional, Sentencia T-384 de 1993.
10. Corte Constitucional (1997) Sentencia T-375-97. Recuperado: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/T-375-97.htm>.
11. Corte Constitucional, Sentencia C-40 de 2006. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-040-06.htm>.
12. Corte Constitucional, Sentencia T-057 de 2011.
13. Corte Constitucional, Sentencia C-385 de 2014.
14. Corte Constitucional, sentencia C-281 de 2017.
15. Corte Constitucional, (2006) Sentencia C-040 de 2006.
16. Corte Constitucional, Sentencia C-043 de 2015 Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>.
17. Corte Constitucional, Sentencia T-092 de 2015. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-092-15.htm>
18. Congreso de la República de Colombia, (2013). Ley 1641 de 2013. “Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle”. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201641%20DEL%2012%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>.
19. Correa, M (2007). La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, N° 9, pag. 37-56. <http://www.bdigital.unal.edu.co/14610/1/3-8511-PB.pdf>
20. Correa, M (2007). Para una nueva comprensión de las características y la atención social a los



habitantes de calle. rev Eleuthera, Vol. 1, págs. 91-102.

[http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Revista1\\_6.pdf](http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Revista1_6.pdf)

21. Del Moral Ferrer, (2012). El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana. Cuestiones Jurídicas, vol. VI, núm. 2, Maracaibo, Venezuela
22. Departamento Nacional de Planeación. Guía metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas Dirección de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas 2014. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluacion%20de%20Politic%20Publicas%202013.pdf>.
23. Echeverría, M y Rincón, A, (2000). Ciudad de Territorialidades - Polémicas de Medellín. Medellín: Centro de Estudios del Hábitat Popular, Universidad Nacional de Colombia
24. Hobsbawm, E. (2003). Historia del Siglo XX, 4th ed. Barcelona: Crítica.
25. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015) Lineamientos técnicos para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o en situación de vida en calle (s.p).
26. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2002). Serie: Módulos Educativos, Módulo 2: Participación ciudadana. San José C.R.
27. Ministerio de Protección Social - Universidad Nacional de Colombia. Convenio Interadministrativo 00193 de 2006. Identificación, documentación, y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle (p. 26).
28. Ministerio de Protección Social - Universidad Nacional de Colombia. Convenio Interadministrativo 00193 (2006) Identificación, documentación, y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle. (p.38).
29. Ministerio de la Protección Social- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Convenio 168 - componente VIH (2012). Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla (s.p).
30. Laparra, M y otros (1996). Peculiaridades de la exclusión en España: propuesta metodológica y principales hipótesis a partir del caso de Aragón". En pobreza, necesidad y discriminación pags. 65-102.
31. Laparra, M y otros, (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. Revista española del tercer sector, 5, 15-52. Igualdad no 5, Madrid, Fundación Argentaria, Visor. Madrid. [SEP]
32. Observatorio de Bienestar de la Niñez del ICBF, Boletín No. 4. (2014).
33. Ortegón Quiñones, Edgar (2008), Guía sobre diseño y gestión de la política pública.
34. Parsons, T. (2019). El sistema social / Talcott Parsons. SERBIULA (sistema Librum 2.0).
35. Rosa, C (2013) ¿Cuántos son?, ¿quiénes son los habitantes de la calle? Acercamientos a las cifras. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1514-68712013000200033](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712013000200033).
36. Sánchez, A y Jiménez, M (2013). Exclusión social: fundamentos teóricos y de la intervención. Revista trabajo social global 2013, 3 (4), 133-156.
37. Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA) (2016). Equidad e inclusión social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas, Washington, DC, USA.
38. Torres, J (2017). Aproximaciones al reconocimiento de la ciudadanía de las personas habitantes de la calle desde los discursos político-jurídicos en Bogotá: conceptos globales/locales en el siglo XX y políticas públicas en el siglo XXI (tesis de maestría), Universidad Nacional de Colombia.
39. Velásquez, A (2016). La complementariedad de la política social y la económica en los sistemas de protección social y las estrategias de salida de la pobreza. Observatorio Centroamericano de



La salud  
es de todos

Minsalud

Desarrollo Social. Consultado en  
[https://www.academia.edu/29949564/La complementariedad de la política social y la económica en los sistemas de protección social y las estrategias de salida de la pobreza.](https://www.academia.edu/29949564/La_complementariedad_de_la_pol%C3%ADtica_social_y_la_econ%C3%B3mica_en_los_sistemas_de_protecci%C3%B3n_social_y_las_estrategias_de_salida_de_la_pobreza)

40. Uddin MJ, Koehlmoos TL, Ashraf A, Khan AI, Saha NC, Hossain M (2009). Health needs and health-care-seeking behaviour of street-dwellers in Dhaka, Bangladesh. Health Policy Plan. 2009 Sep; 24(5):385-94. doi: 10.1093/heapol/czp022. Epub 2009 Jun 17. PubMed PMID: 19535539.

VERSIÓN JULIO 2020