



**La salud
es de todos**

Minsalud

Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031

Oficina de Promoción Social

Grupo Gestión Integral para la Promoción Social

Bogotá, abril 2021

Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031

Oficina de Promoción Social
Grupo Gestión Integral para la Promoción Social

Bogotá, abril 2021

© 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



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

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ALEJANDRO CEPEDA PÉREZ
Jefe Oficina Promoción Social

MAGDA CAMELO ROMERO
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

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

Introducción

1. Antecedentes
2. Marco conceptual, características sociodemográficas y situación de la población
 - 2.1. Características sociodemográficas
 - 2.2. Situación de la población
3. Enfoques, principios y componentes
 - 3.1. Enfoques
 - 3.2. Principios
 - 3.3. Componentes
4. Objetivo de la PPSHC
 - 4.1. Objetivos Específicos
5. Ejes Estructurantes y líneas estratégicas
 - 5.1. Eje 1: Prevención de la habitanza en calle
 - 5.1.1. Contextos integradores para las personas, familias y comunidad en riesgo de calle
 - 5.1.2. Fortalecimiento de redes protectoras para las personas, familias y comunidad en riesgo de calle
 - 5.2. Eje 2: Atención para el restablecimiento de Derechos y la Inclusión Social
 - 5.2.1. Fortalecimiento de capacidades para la integración social
 - 5.2.2. Fortalecimiento de respuestas institucionales adecuadas y oportunas
 - 5.2.3. Participación para la integración social y la construcción de redes de sostenibilidad
 - 5.2.4. Protección, garantía y restablecimiento de los derechos de la niñez en situación de calle
 - 5.3. Eje 3: Articulación interinstitucional e intersectorial
 - 5.3.1. Fortalecimiento de capacidades de gestión y coordinación de entidades del Estado
 - 5.3.2. Gestión del conocimiento
6. Herramientas para la implementación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle
 - 6.1. Bases del Plan Nacional de Atención Integral a Personas Habitantes de la calle -PNAIPHC
 - 6.2. Adecuación institucional territorial para la implementación de la PPSHC y la elaboración de los planes territoriales de atención.
 - 6.3. Ruta para la implementación de la PPSHC
 - 6.4. Ruta para la atención a las personas habitantes de la calle
 - 6.5. Lineamiento para el desarrollo de un Modelo Social de Atención Integral para la población en situación de calle
 - 6.6. Financiamiento
 - 6.7. Monitoreo, seguimiento y evaluación
7. Glosario
8. Ficha de identificación y caracterización
9. Bibliografía



La salud
es de todos

Minsalud

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 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, así como 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 local, para prevenir que las personas vivan en la calle y atender a las que ya viven en ella con el fin de procurarles bienestar y propender por la superación de esta situación, es decir la transformación de las condiciones de vida.

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 permitirá garantizar respuestas integradas e integrales a las personas habitantes de la calle, a partir de la prevención y atención del fenómeno de habitancia en calle.



La salud
es de todos

Minsalud

1. Antecedentes

La formulación de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle –PPSHC ha tenido en cuenta los instrumentos internacionales sobre los derechos humanos que forman parte del bloque de constitucionalidad, la Constitución Política, la Ley 1641 de 2013 y leyes concordantes así como las 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, se encuentran la Carta de las Naciones Unidas, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (el Pacto de San José, Costa Rica), 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. A través de los mismos, 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”* señalando 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.

Adicionalmente, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, que establece obligaciones del Estado para la protección de los niños y las niñas, la Resolución 49/212 de febrero de 1995 de la Asamblea General de las Naciones Unidas que reconoce a los niños y niñas de la calle como sujetos que merecen atención, protección y asistencia especial, así como la Resolución 16 del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el año 2012, que expone la necesidad de un abordaje holístico para la protección de los derechos de los niños y niñas viviendo o trabajando en la calle, son normas internacionales referidas particularmente a la situación de las personas menores de edad.

Recientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adoptados en el año 2015 por los países miembros de la ONU, 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*



La salud
es de todos

Minsalud

circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” 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.

La citada Ley 1641 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”*. Esta persona se encuentra en condición de exclusión social, segregación espacial y estigma y discriminación (MPSP, 2007), lo cual es ratificado por decisiones judiciales y la jurisprudencia.

Dicha normativa, 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 aquella mayor de edad.

Ahora bien, la Ley 1641, en concordancia con la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, y la Política Pública Nacional de Infancia y Adolescencia 2018-2030, establecen 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 actuaciones administrativas o de otra naturaleza necesarias para el restablecimiento de derechos de las personas menores de dieciocho años, y de las personas mayores de edad. En este orden de ideas, 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 misma en población adulta, siempre que no corresponda a una forma de trata de personas, 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, a quienes el Estado no puede permitirlo, por cuanto atenta contra lo establecido en las Leyes 1098 de 2006 y 1878 de 2018, por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 1098 de 2006, lo consagrado en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, especialmente la Convención de los derechos de los niños y niñas, adoptada mediante la Ley 12 de 1991, y en la Constitución Política y teniendo en cuenta el principio de interés prevalente del menor.

Como consecuencia de ello, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF en el año 2016, expidió la Resolución 1513, por medio de la cual se aprueba 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 (ICBF, 2016)”* en la cual se describen las características



La salud
es de todos

Minsalud

generales y específicas de la atención integral de acuerdo con las necesidades y características de esta población, en el marco de un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos. Así, de encontrarse un menor de edad en situación de vida en calle o en alta permanencia en calle, solo o acompañado, se procederá a 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:

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 de la Ley 1801 de 2016, Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. No se podrán trasladar e internar a los habitantes de calle en contra de su voluntad.
T-389/2019	Destacó la dignidad humana de la mujer en situación de habitanza de calle y gestión de su higiene menstrual.



La salud
es de todos

Minsalud

C-062/2021

Exceptúa a los habitantes de calle de las medidas correctivas ante la realización de necesidades fisiológicas en espacio público, y exhorta a las autoridades territoriales a que adopten acciones y políticas que garanticen a esta población el acceso universal a la infraestructura sanitaria.

Fuente: Elaboración MSPS, Oficina de Promoción Social, 2021

2. 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, es decir, el lugar que ocupa el individuo en la estructura social (Parsons, 1951). Esta posición social determina una forma de vivir y de interactuar con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (MSPS, 2015/2016) que concreta una situación de calle.

Para la adopción de la PPSHC, se 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.



La salud
es de todos

Minsalud

Existen varias definiciones para la población que se encuentra viviendo temporal o permanentemente en la 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 se presentan 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).

Las poblaciones mayores de edad 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).

La PPSHC que se adopta en el presente anexo técnico 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, toda vez que 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,



La salud
es de todos

Minsalud

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, tales como, 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.

Las poblaciones menores de edad que hacen parte del fenómeno de habitanza en calle pueden identificarse así:

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

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

2.1 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 de los municipios de Medellín, Bucaramanga y el Distrito de Barranquilla, con sus áreas metropolitanas, así como las ciudades de Cali y Manizales -junio de 2019-, se identificó una población de 22.790 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 área metropolitana	Total
Bogotá, D.C.	Bogotá, D.C.	9.538
Valle del Cauca	Cali, D.E.	4.749



La salud
es de todos

Minsalud

Antioquia	Medellín y A.M	3.788
Atlántico	Barranquilla, D.P. y A.M	2.120
Santander	Bucaramanga y A.M	1.960
Caldas	Manizales	635
Total		22.790

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, D.P 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, D.E.	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

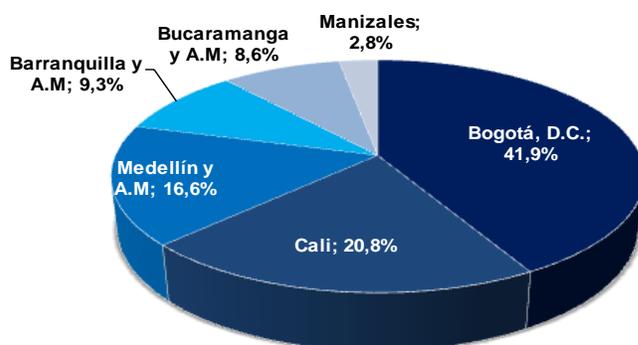
Como se evidencia en el cuadro anterior, el porcentaje de representatividad de la población habitante de la calle dentro de la población general es del 0.1 % en las ciudades en las que es menor y del 0,21%, en la ciudad con mayor porcentaje que es Cali, municipio con mayor representatividad de habitantes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



La salud
es de todos

Minsalud



Elaboración MSPS 2020. Fuente: Censos Dane 2017/2019

Ahora bien, con relación a la distribución porcentual entre 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, D.P. 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



La salud
es de todos

Minsalud

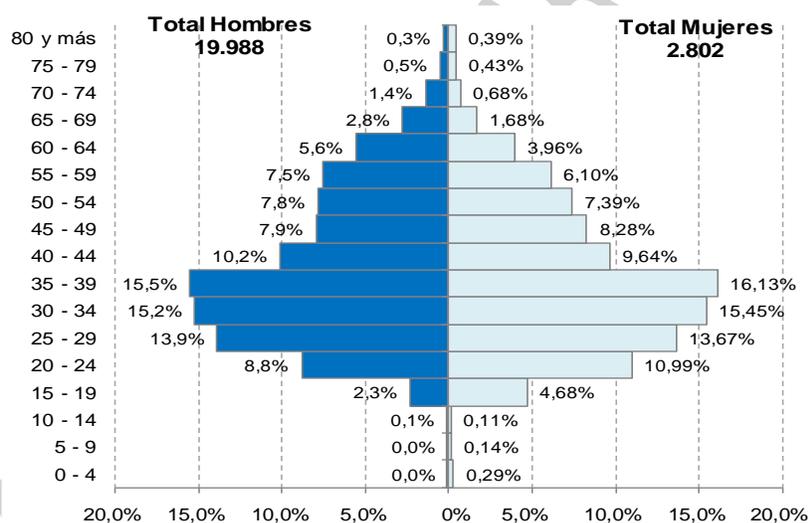
Valle del Cauca	Cali, D.E.	4.749	2.241.491	212
-----------------	------------	-------	-----------	-----

Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

*Población de la ciudad más la de su área metropolitana

Con relación a las tasas de población habitante de la calle por cien mil habitantes, Cali cuenta con la tasa más elevada, Medellín con la tasa más baja, y 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 se encuentra en edad plenamente productiva.

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



La salud
es de todos

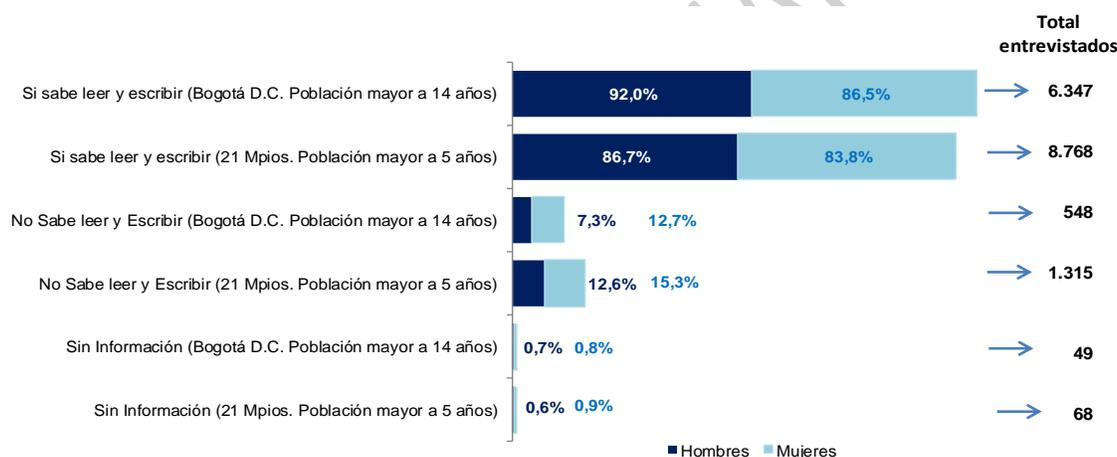
Minsalud

Edad	Censo 21 Municipios 2019		Censo Bogotá 2017	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0 - 4	4	8		
5 - 9	5	4		
10 - 14	15	3	2	0
15 - 19	240	74	221	57
Total	264	89	223	57

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 habitantes de calle que representan el 2,8% de los censados en 2017 y 2019. El 77% 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%.

Alfabetismo entre las personas habitantes de la calle



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

Como se evidencia 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 reiterar que la mayor parte de personas habitantes de la calle son hombres.

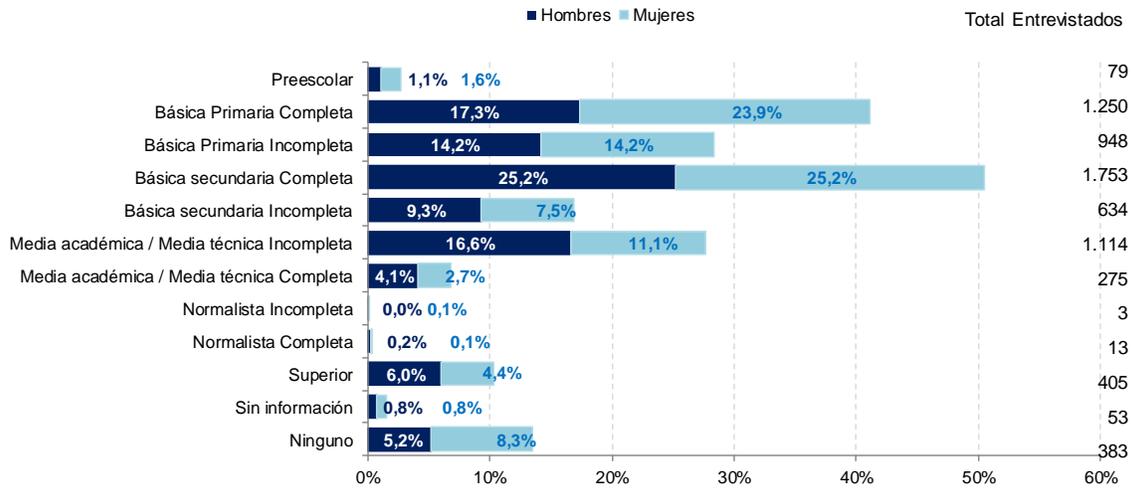
Escolaridad de las personas habitantes de la calle de Bogotá

(Entrevistados mayores de 15 años)



La salud
es de todos

Minsalud



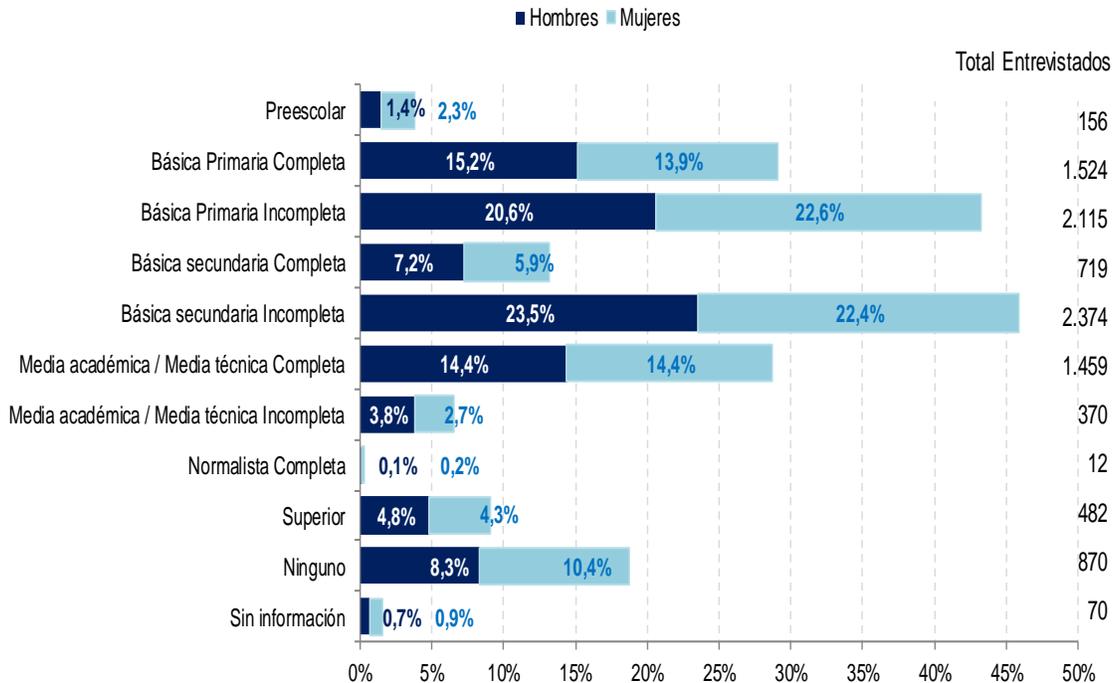
Elaboración MSPS 2020. Fuente Censo Dane 2017

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



La salud
es de todos

Minsalud



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censo Dane 2019

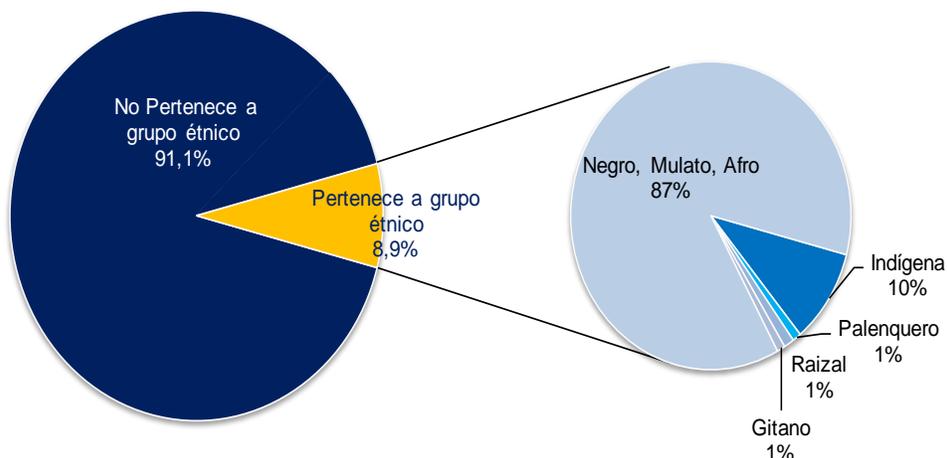
Ahora bien, con relación al nivel de escolaridad, la información para Bogotá y el resto del país difiere, ya que mientras para la capital del país el mayor porcentaje de personas cuenta con educación básica secundaria completa, seguido por básica primaria completa y media académica o técnica incompleta; 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



La salud
es de todos

Minsalud



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

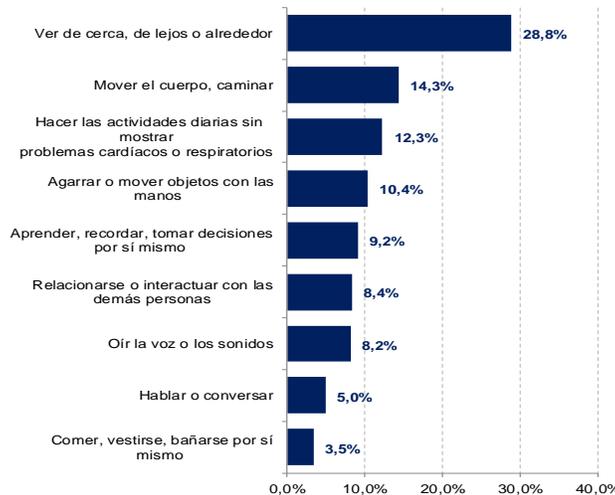
La gráfica anterior evidencia que el 8,9% de la población habitante de la calle pertenece a un grupo étnico, de este porcentaje, el 87% se identificaron como negros, mulatos y afro, le sigue la población indígena con un 10%, y la población palenquera, raizal y gitana con el 1%.

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)



La salud
es de todos

Minsalud



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

En el gráfico se evidencia que 6.543 personas manifestaron alguna dificultad para realizar actividades, el mayor número de estas presenta dificultades visuales, 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.

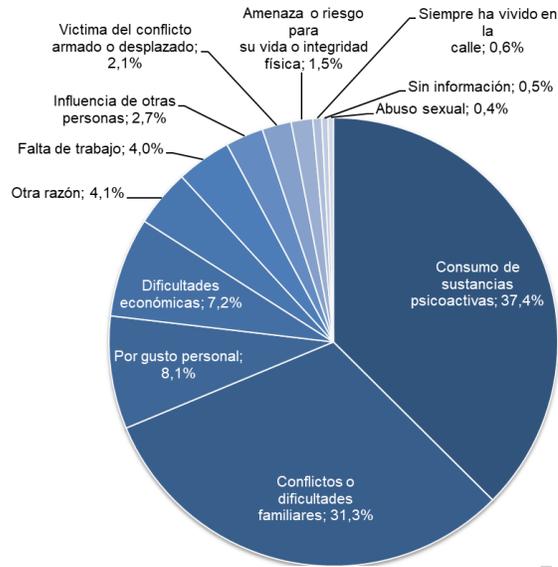
De acuerdo con la información de los estudios cualitativos y cuantitativos disponibles sobre población en situación de calle (Correa, M, 2007; MSPS, 2007), los factores que generan contextos de riesgo para que las personas adopten la calle como su forma de vida son variados y están relacionados con elementos 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, ligados a contextos de riesgo 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, incluida la derivada del conflicto armado, 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



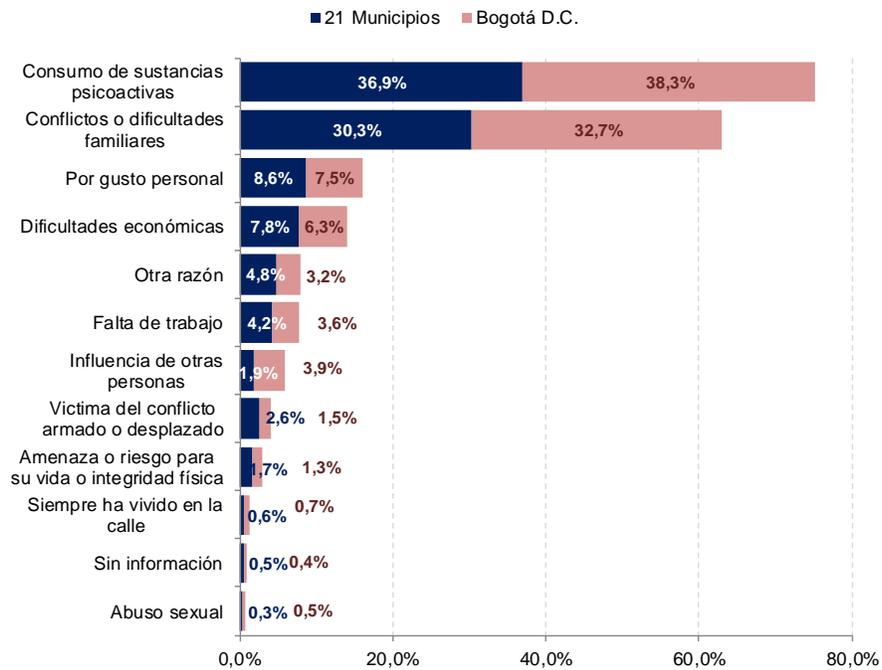
La salud es de todos

Minsalud



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

Principal razón por la cual iniciaron vida en la calle.



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

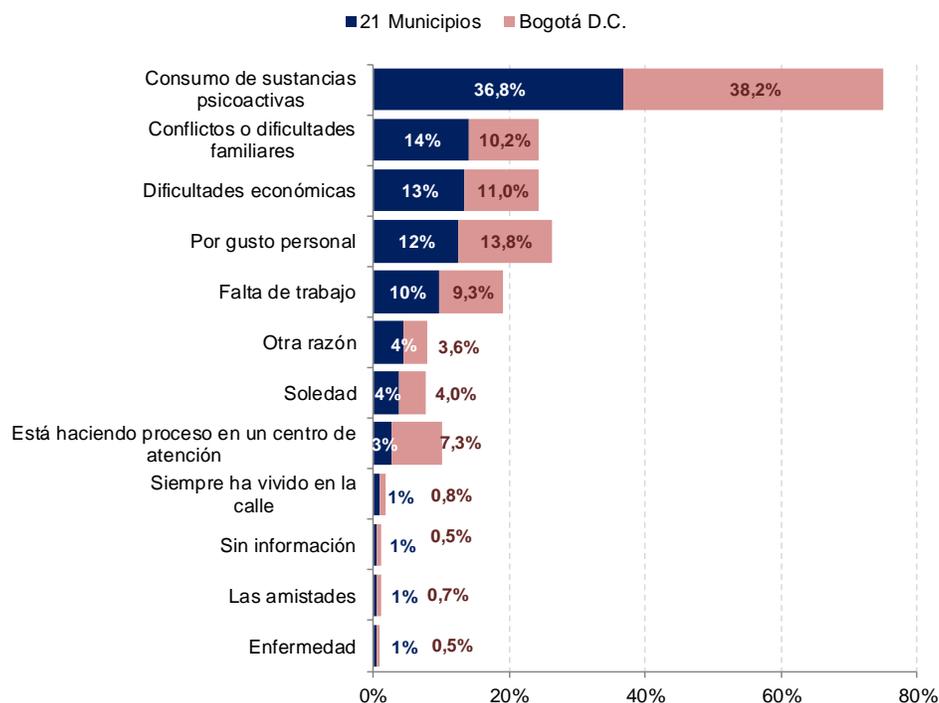


La salud
es de todos

Minsalud

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.

Principal razón por la cual continúan viviendo en la calle.



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

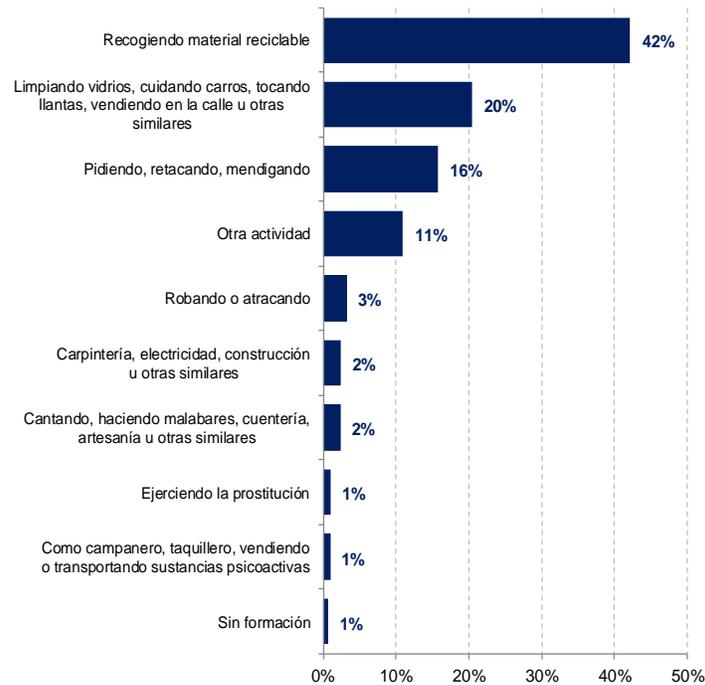
En cuanto al tiempo de permanencia en calle, la mayoría de las personas lleva más de cinco años de haber optado por ese estilo de vida. Las personas se dedican principalmente a actividades económicas informales relacionadas con recolección de material (42%), limpiar vidrios, cuidar carros, tocar llantas, 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



Elaboración MSPS 2020. Fuente Censos Dane 2017/2019

La información sociodemográfica nos permite concluir que la mayoría de población habitante de la calle de las 22 entidades territoriales censadas, se encuentra entre los 25 y 44 años de edad, se compone principalmente de hombres (87,7%) y la población de niños, niñas y adolescentes es cercana 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, es decir, 87% pertenece a población negra, mulata y afro.

2.2. 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 Ministerio de Salud y



Protección Social en el año 2014, tiempo durante el cual se realizaron cinco foros regionales con sede en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga, que contaron con la participación de 150 habitantes de calle y 1.150 representantes de ONG, de la academia y del Estado Colombiano. Dichos foros tenían como objetivo establecer los factores de riesgo del fenómeno de la habitanza en calle y determinar cuáles eran las principales afectaciones, desagregadas por los componentes de la Ley 1641, para esta población. Lo anterior, utilizando la metodología de árbol de problemas. Adicionalmente, se tuvo en cuenta 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 en 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 abordar la PPSHCC son las siguientes:

- 2.2.1.** 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.
- 2.2.2.** 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.
- 2.2.3.** 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.
- 2.2.4.** Carencia de un espacio digno de vivienda.
- 2.2.5.** Desconocimiento de sus derechos y de cómo se accede a los servicios que tienen garantizados.
- 2.2.6.** Baja participación en las redes de intercambio político, social y económico y dificultades para mantener y fortalecer las redes que les propician bienestar.
- 2.2.7.** Bajo acceso a la justicia. Las personas habitantes de la calle son víctimas de diversos tipos de violencias de manera constante y no acceden a los mecanismos que garantizan la protección de cualquier ciudadano colombiano.
- 2.2.8.** 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.



2.2.9. Alta conflictividad en su interacción con el resto de la ciudadanía por sus prácticas y hábitos de calle.

Ahora bien, con relación a las situaciones que afectan a los niños, niñas y adolescentes, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF en su documento titulado: *“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”* aprobado a través de la Resolución 1514 de 2016, plasmó el siguiente diagnóstico: 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 (2014), existen factores de riesgo que podrían incidir sobre la transición de un niño, niña o adolescente hacia la vida en calle, tales como los descritos a continuación:

1. Individuales

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

2. Familiares

- 2.1. Violencia intrafamiliar.
- 2.2. Familias desestructuradas, desintegradas, disfuncionales o con vínculos débiles.
- 2.3. Familias víctimas de una discriminación persistente y/o exclusión social (desplazamiento).
- 2.4. Descuido por parte de los padres o cuidadores con sus hijos o los menores de 18 años a su cargo.
- 2.5. Los niños, niñas o adolescentes no se sienten parte de su núcleo familiar o tienen malas relaciones con los padres o cuidadores
- 2.6. Abandono o falta de monitoreo parental en el hogar.
- 2.7. Poca aceptación y/o apoyo de los padres de familia o de los referentes afectivos.

3. Socio-económico y cultural

- 3.1. Marginalidad social y económica.
- 3.2. Analfabetismo de los padres.
- 3.3. Ausencia permanente o por largos períodos de tiempo, de alguno de los padres.



- 3.4. Explotación laboral por parte de los padres de familia o cuidadores.
- 3.5. Etnicidad, rango de edad, género, religión.
- 3.6. Sistema educativo excluyente.
- 3.7. Fracaso y deserción escolar.
- 3.8. Falta de oportunidades para acceder a espacios de desarrollo cultural o de manejo del tiempo libre.

A continuación, se presenta la información relacionada con las niñas, niños y adolescentes que ingresaron a un Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos, por situación de vida en calle y alta permanencia en calle, durante las vigencias del 2010 al 2020

Niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle y alta permanencia en calle en proceso administrativo de restablecimiento de derechos 2010/2020

Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	1.108	1.947	1.601	1.494	1.401	1.283	1.317	778	947	1125	2365
TOTAL 15.366											

Fuente: ICBF- Sistema de Información Misional – SIM, 2021

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:

- a. Uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- b. Inicio temprano de la actividad sexual y poco uso de preservativos.
- c. Embarazos indeseados.
- d. Riesgo de adquisición del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- e. Alto riesgo de ser víctima de abuso sexual y explotación sexual comercial infantil.
- f. Ser involucrado en prácticas delictivas (pequeños hurtos, micro tráfico de drogas, entre otros)
- g. Exposición constante a todo tipo de violencia y traumatismos.
- h. Ser víctimas de la indiferencia o el maltrato social.
- i. Exposición constante a la polución o a accidentes de tráfico.
- j. Deficientes condiciones de higiene (alta frecuencia de enfermedades infecciosas y parasitarias).
- k. Alta exposición a la intemperie.
- l. Trastornos gastrointestinales y del estado nutricional.



La salud
es de todos

Minsalud

- m.** Muertes por traumatismos violentos, suicidio, accidentes y asesinato.
- n.** Proclividad a sufrir retrasos del crecimiento y de la pubertad, enfermedades cutáneas y deformaciones óseas.
- o.** 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.

3. Enfoques, Principios y componentes

3.1. Enfoques.

Se consideran los siguientes enfoques:



La salud
es de todos

Minsalud

- 3.1.1. De 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, 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.
- 3.1.2. De 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 opciones que consideren más valiosas, y así garantizar la posibilidad de 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.
- 3.1.3. Diferencial.** Es el reconocimiento de un estilo de vida, tal como lo señala la Corte Constitucional en la sentencia T-043 de 2015, que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS, 1998:27), 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.
- 3.1.4. 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.
- 3.1.5. 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), 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.



La salud
es de todos

Minsalud

- 3.1.6. 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.
- 3.1.7. 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).
- 3.2. Principios.** La PPSHC se rige por los siguientes principios:
- 3.2.1. 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 (Bohórquez, 2018).
- 3.2.2. 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.
- 3.2.3. 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.
- 3.2.4. Solidaridad.** Principio que implica que 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.
- 3.2.5. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

- 3.2.6. Coordinación.** Las entidades territoriales y nacionales deberán trabajar armónicamente para lograr los fines de la presente política.
- 3.2.7. 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.
- 3.2.8. 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.
- 3.2.9. Interés superior del menor.** Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus Derechos Humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.
- 3.3. 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:



La salud
es de todos

Minsalud

- 3.3.1.** 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.
- 3.3.2.** 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 (<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/-BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-salud-habitante-de-calle.pdf>).
- 3.3.3.** 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.
- 3.3.4.** 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.



La salud
es de todos

Minsalud

- 3.3.5.** Convivencia ciudadana. 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.
- 3.3.6.** 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.

4. 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.

4.1. Objetivos Específicos

- 4.1.1.** Fortalecer las capacidades y potencialidades de las personas habitantes de la calle para que logren bienestar en el marco del proyecto de vida que determinen.
- 4.1.2.** 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 situación de calle (transformación de condiciones de vida) y la inclusión social de las personas en riesgo de calle, en situación de calle y las que han abandonado la situación de calle.
- 4.1.3.** Priorizar la prevención de la habitanza en calle con niños, niñas y adolescentes mediante acciones para la protección y restablecimiento de sus derechos.

5. 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



La salud
es de todos

Minsalud

habitanza en calle son diversos, y la incidencia sobre ellos depende de todos los sectores de la administración.

5.1. 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 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 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.



La salud
es de todos

Minsalud

5.1.1. 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:

- 5.1.1.1. 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.
- 5.1.1.2. Afianzamiento de las capacidades de las instituciones gubernamentales, sociales y privadas para la detección temprana de riesgos sociales y de salud que se constituyan en factores precipitantes de la vida en calle, y para el direccionamiento a los servicios que permitan contener los riesgos.
- 5.1.1.3. 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.
- 5.1.1.4. 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.
- 5.1.1.5. 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. El documento Conpes 3992 y las Resoluciones 4886 de 2018 y 089 de 2019 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social definen las acciones para la salud mental y la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

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

- a. 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



La salud
es de todos

Minsalud

sus miembros fortalezcan sus potencialidades para gestionar adecuadamente los diversos riesgos sociales.

- b.** 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, estas deben reconocer su singularidad, libertad, y capacidad para su desarrollo pleno en un contexto de equidad y respeto.
- c.** 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.
- d.** 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.
- e.** 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 estas situaciones.
- f.** 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.
- g.** 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.
- h.** 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.
- i.** 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).

5.1.2. 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



La salud
es de todos

Minsalud

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.

- 5.1.2.1. 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 vulnerados.
- 5.1.2.2. 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.
- 5.1.2.3. 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.

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.

- a. 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.
- b. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

- c. 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.

5.2. 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 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 (transformar sus condiciones de vida) 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.

5.2.1. 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.

5.2.1.1. **Capacidades individuales**

5.2.1.1.1. 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.

5.2.1.1.2. 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.

5.2.1.2. **Capacidades institucionales:**

5.2.1.2.1. 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

5.2.1.2.2. 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.

5.2.1.2.3. 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.

5.2.1.3. **Capacidades de la comunidad**

5.2.1.3.1. 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.

5.2.1.3.2. 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 (transformación de condiciones de vida), 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 salud
es de todos

Minsalud

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.

5.2.2. Fortalecimiento de respuestas institucionales adecuadas y oportunas

- 5.2.2.1. 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 la 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.
- 5.2.2.2. Detección y disminución de las barreras de acceso a los siguientes bienes sociales, como mínimo:
 - a. Identificación como ciudadano/a mediante documento establecido para tal fin
 - b. Vivienda o alojamiento, la que, aun cuando no se restringe a la opción de propietario de vivienda, esa debe ser también una posibilidad; se refiere a la opción de vivienda más acorde a las necesidades, características y condición de las personas. El modelo housing first es un ejemplo de estas opciones (SIIS, 2017).
 - c. Saneamiento y agua potable
 - d. Atención integral en salud
 - e. Nivelación educativa
 - f. Capacitación y formación en oficios
 - g. Trabajo digno o emprendimiento
 - h. Transporte
 - i. Recreación
- 5.2.2.3. 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
- 5.2.2.4. 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 situación de calle (transformación de condiciones de vida).
- 5.2.2.5. 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

5.2.2.6. 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.

5.2.3. 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:

- 5.2.3.1. 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.
- 5.2.3.2. 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.
- 5.2.3.3. 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.
- 5.2.3.4. Reconocer y fomentar la responsabilidad social empresarial, mediante la visibilización y socialización de prácticas exitosas para la inclusión, que surjan del sector privado.

5.2.4. 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 y 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, teniendo en cuenta el principio de interés prevalente. 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.



La salud
es de todos

Minsalud

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, 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.

5.3. 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.



**La salud
es de todos**

Minsalud

5.3.1. Fortalecimiento de capacidades de gestión y coordinación de entidades del Estado.

- 5.3.1.1.** 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).
- 5.3.1.2.** 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.
- 5.3.1.3.** 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.
- 5.3.1.4.** 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.
- 5.3.1.5.** 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.

5.3.2. Gestión del conocimiento

- 5.3.2.1.** 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.
- 5.3.2.2.** Actualización de la información del módulo para población en situación de calle que hace parte del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales -



SISBEN desde los territorios para la adecuada coordinación interinstitucional para la atención integral.

- 5.3.2.3. 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.
- 5.3.2.4. 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.
- 5.3.2.5. 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 (transformación de las condiciones de vida), como desde la reducción de riesgos y daños, si la opción es permanecer en la calle.
- 5.3.2.6. 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.
- 5.3.2.7. 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.

6. Herramientas para la implementación de la Política Pública Social para Habitantes de Calle

6.1. 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. La formulación y aprobación del PNAIPHC se realizará en el marco de la Comisión Intersectorial para el desarrollo de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle.

Una vez elaborado el PNAIPHC, los departamentos, municipios y distritos deben elaborar sus respectivos planes de atención en concordancia con la estructura, metas y actividades del Plan Nacional, en el marco de las competencias establecidas tanto en la Ley 489 de 1998, como en la ley 715 de 2001. Dichos planes territoriales alimentarán el PNAIPHC con las actividades de competencia territorial, 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



La salud
es de todos

Minsalud

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 PNAIPCH 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 habitanza 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 habitanza 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.

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	Prosperidad Social Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio Ministerio de Trabajo - Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Educación Nacional Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
2. Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social	Atención Integral en Salud Sector Salud y Protección Social Formación para el Trabajo y Generación de Ingresos Sector del Trabajo Responsabilidad Social Empresarial Sector del Trabajo	Departamento Administrativo Nacional de Estadística Registraduría Nacional del Estado civil Departamento Nacional de Planeación Ministerio de Cultura Ministerio del Deporte Ministerio del Interior Servicio Nacional de Aprendizaje Ministerio de Justicia y del Derecho Ministerio de Defensa-Policía Nacional Ministerio de Comercio, Industria y turismo Ministerio de las Tecnologías de la información y comunicaciones



La salud
es de todos

Minsalud

3. Articulación y Coordinación interinstitucional e intersectorial social	Movilización Ciudadana y Redes de Apoyo Social Sector Interior Convivencia Ciudadana Sector Interior	Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer Unidad Administrativa Especial Migración Colombia
--	---	--

La elaboración del PNAIPCH será coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga sus veces. 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 vida en calle o alta permanencia en calle. La Comisión Intersectorial para la Población Habitante de Calle 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.

6.2. 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.

6.2.1. 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



La salud
es de todos

Minsalud

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.

- 6.2.2.** Definición de la entidad departamental, municipal o distrital según corresponda, que liderará la implementación de la PPSHC y realizará la consolidación y reporte anual de avances para alimentar el PNAIPHC.
- 6.2.3.** 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.
- 6.2.4.** 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.
- 6.2.5.** 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.
- 6.2.6.** 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.
- 6.2.7.** Formulación del Plan de Atención integral territorial a personas habitantes de la calle a nivel departamental, distrital o municipal según corresponda. 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
- 6.2.8.** 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.
- 6.2.9.** Consolidación y socialización mediante medios y entidades cercanas a la población, 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.



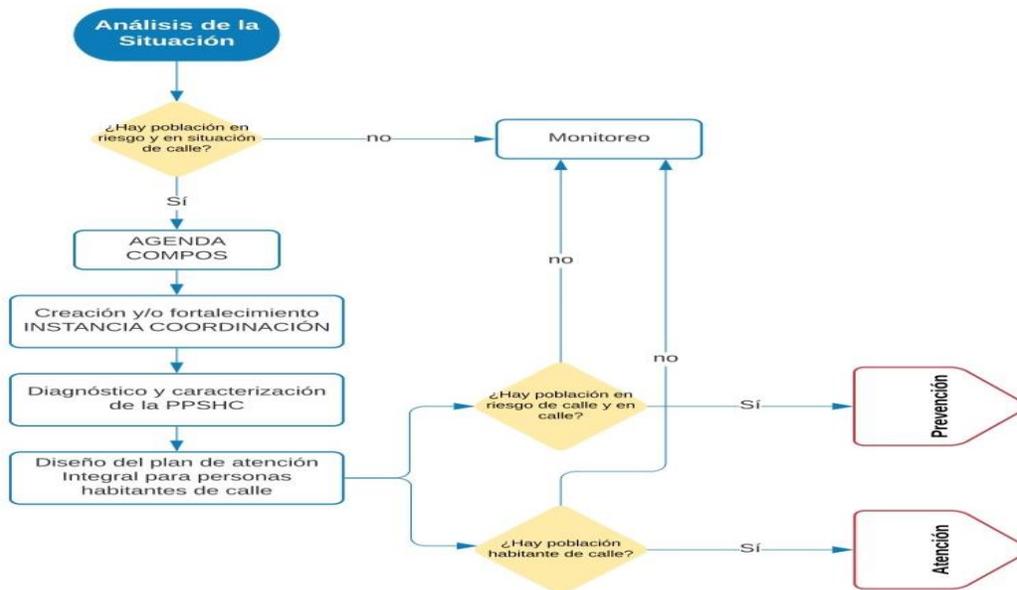
6.2.10. Diseño y adecuación de programas, proyectos y servicios dirigidos a la atención de la población habitante de la calle, los cuales deberán estar incluidos en los planes de desarrollo departamentales, municipales y distritales, que a su vez se verán reflejados en el Plan de Atención Integral a 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.

6.2.11. 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.

6.3. 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.

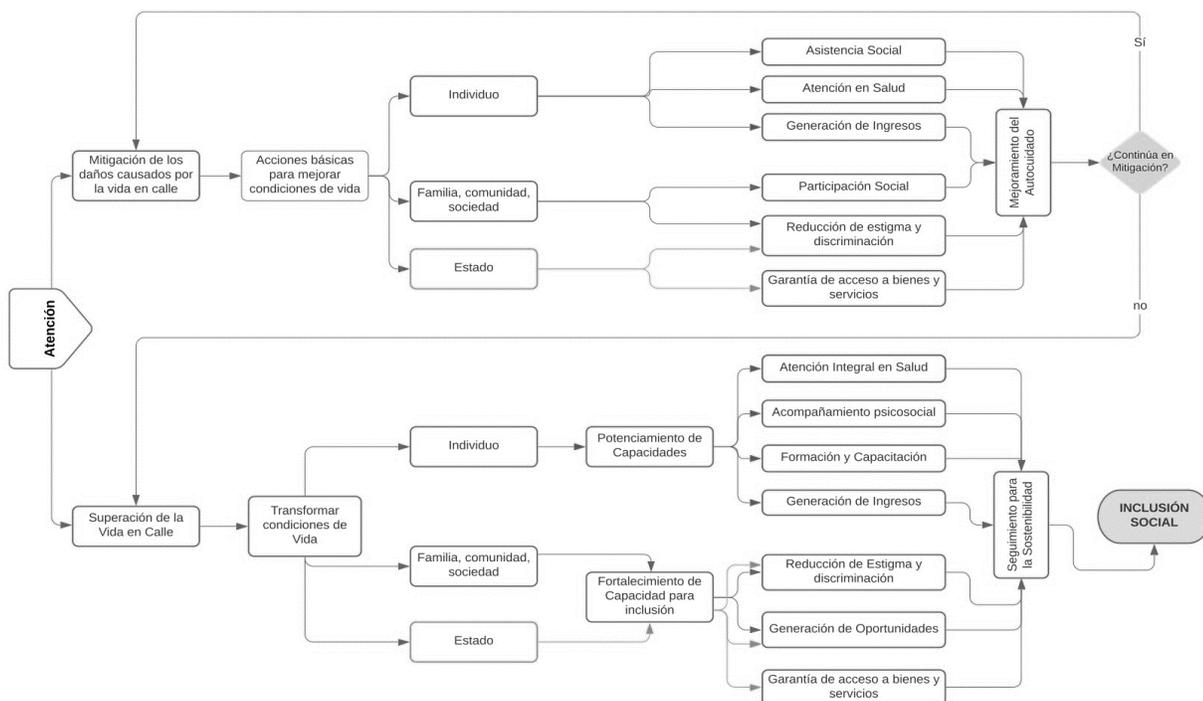
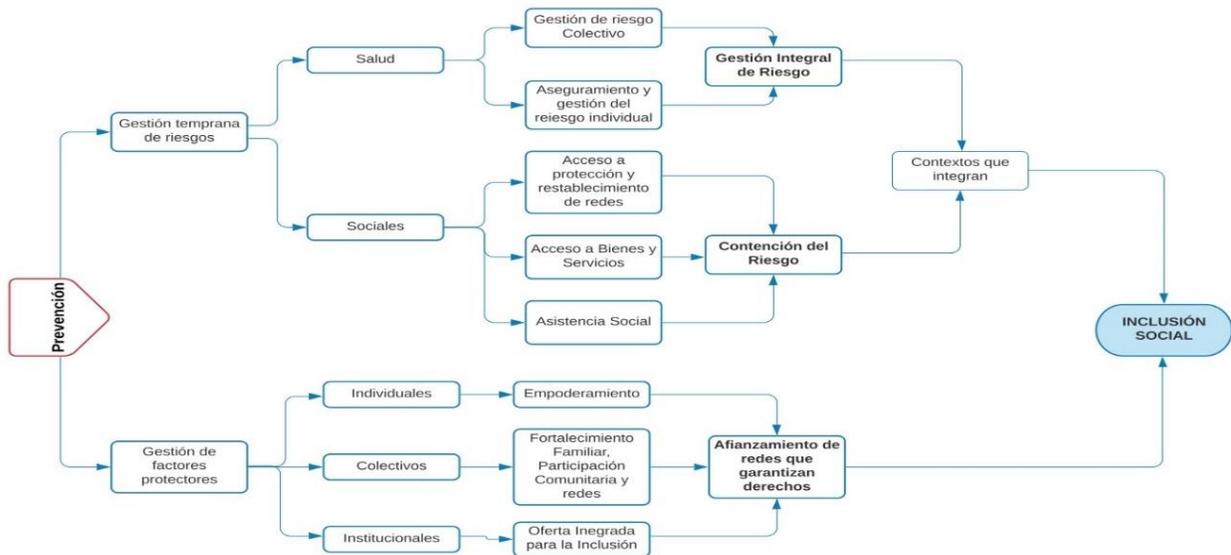
Diagrama 1.





La salud es de todos

Minsalud





La salud
es de todos

Minsalud

Como se observa en las gráficas, 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. 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 situación de calle (transformación de condiciones de vida) y la mitigación de los daños causados por la vida en calle. El primer componente de superación de situación de calle, 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.

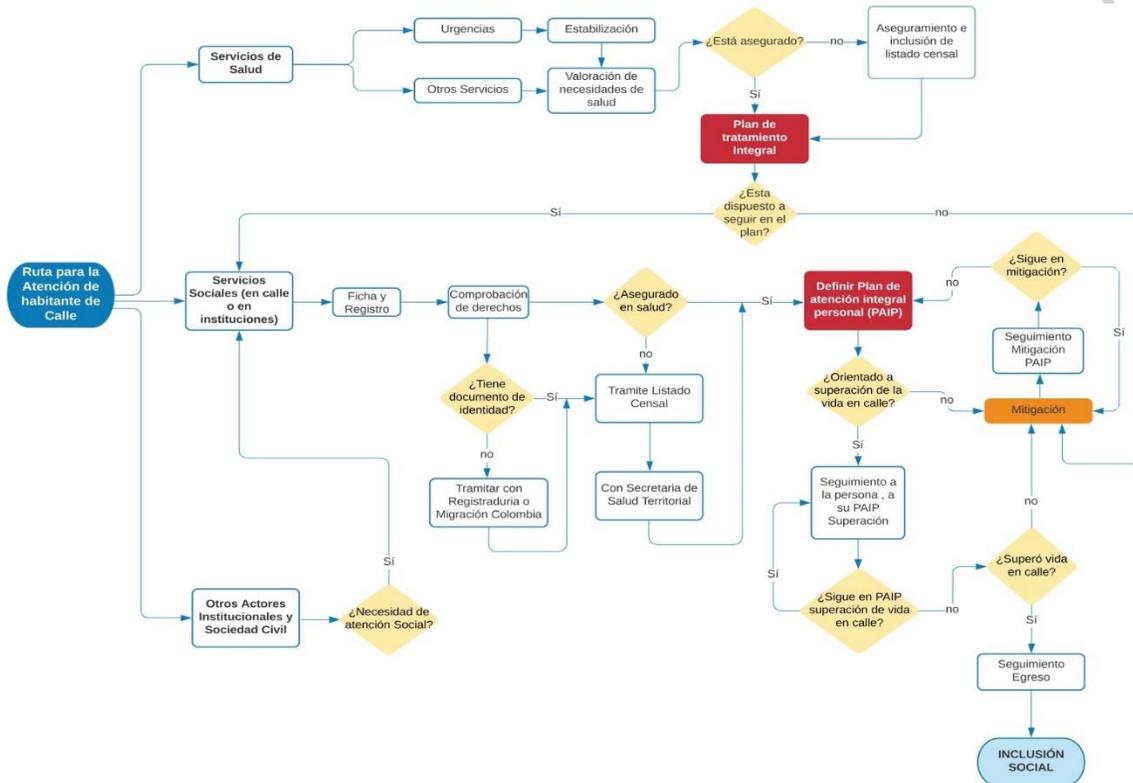


La salud es de todos

Minsalud

6.4 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 la 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 esta ruta deben ser capacitados en la orientación a la población habitante de la calle hacia los servicios sociales, o de salud.



La salud
es de todos

Minsalud

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 atienda 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 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 consultar 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 situación de 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 actividad 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 o logran la superación de la situación de calle, y que algunas podrán permanecer en un acompañamiento orientado a la mitigación de los daños ocasionados por la vida en calle de acuerdo con su autodeterminación.



La salud
es de todos

Minsalud

6.5. 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.

6.5.1 Orientaciones. Para el diseño del modelo de atención se deben tener en cuenta las siguientes:

6.5.1.1 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.

6.5.1.2 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.

6.5.2 Principios. El modelo debe basarse en los siguientes principios:

Dignidad humana.

Autonomía personal

Diversidad

Participación social.

Solidaridad.

Integralidad.



La salud
es de todos

Minsalud

6.5.3. Componentes mínimos del modelo de atención

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

6.5.4. Ámbitos de intervención del modelo de atención. Éstos serán 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:

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.



La salud
es de todos

Minsalud

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.

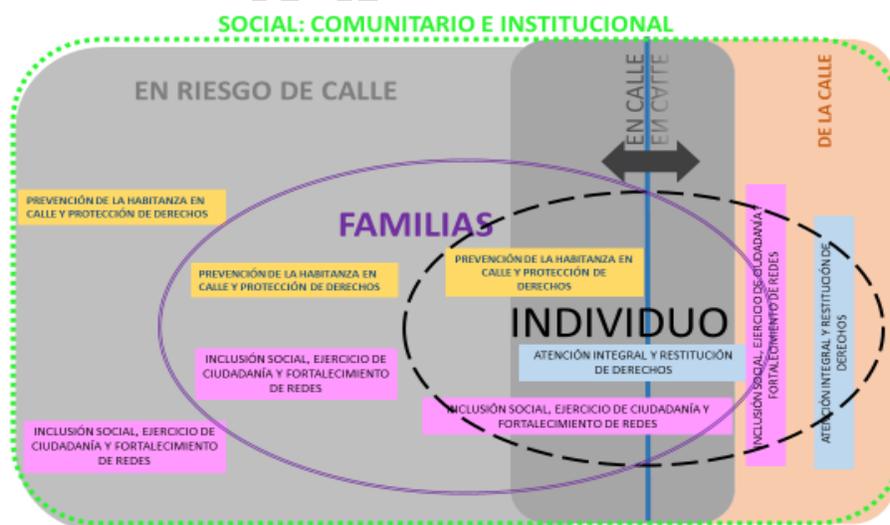
Individualizada. Se adaptará a las necesidades de los habitantes de calle y sus principales herramientas serán los diagnósticos y planes de intervención individualizados, teniendo en cuenta las particularidades que presente la situación de la persona atendida. Por lo anterior, es necesario considerar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





La salud
es de todos

Minsalud

6.6. Financiamiento

La Política Pública Social para Habitantes de la Calle se financiará con recursos del Presupuesto General de la Nación, cooperación internacional, alianzas público – privadas, entre otros. Igualmente, en ejercicio de su autonomía, las entidades territoriales destinarán recursos propios y presentarán proyectos para acceso a aquellos provenientes del Sistema General de Participaciones y del Sistema General de Regalías. Lo anterior sin detrimento de las coberturas ya garantizadas por los sistemas y programas existentes, entre ellos el sistema General de Seguridad Social en Salud. 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. El artículo 13 de la Constitución Política 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.

En relación con los municipios, el artículo 76 de la Ley 715 de 2001 señala la competencia de estos frente a las poblaciones vulnerables, así:

“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 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.”

Esta disposición debe armonizarse con otras, como el Código de Régimen Municipal y las Leyes 136 de 1994, 1551 de 2012 y 1617 de 2014 sobre la organización y el funcionamiento de los municipios



La salud
es de todos

Minsalud

y distritos. En la Ley 1551, retomando el artículo 311 de la Constitución Política, 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, lo cual sería aplicable a los distritos.

Vale precisar igualmente, que la atención en salud a través del plan de beneficios, se encuentra financiada a través de la Unidad de Pago por Capitación –UPC.

6.7. Monitoreo, seguimiento y evaluación

El monitoreo de la presente política se desarrollará mediante los indicadores y metas formulados en el PNAIPCH anualmente y tendrán en cuenta las metas de los indicadores de desarrollo sostenible y la medición del cumplimiento de las sentencias que al respecto haya expedido la rama judicial.

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, las que serán discutidas y acordadas en el marco de la Comisión.



7. Glosario

- 7.1. **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.
- 7.2. **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).
- 7.3. **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
- 7.4. **Bienestar:** Se considera como el estado en el cual las personas tienen la capacidad y la posibilidad de llevar la vida que valoren. En el sentido de bienestar definido por Amartya Sen que contempla las libertades, capacidades y funcionamientos, la seguridad personal y ambiental, el acceso a bienes para vivir dignamente, y la salud y las relaciones sociales satisfactorias, son atributos del bienestar.
- 7.5. **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 niegan a los individuos la posibilidad de desarrollar las capacidades productivas o creativas del ser humano) (Sánchez y Jiménez, 2013 p.142)
- 7.6. **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 habitanza en calle (MSPS,2019).
- 7.7. **Factores precipitantes de la vida en calle:** Son los coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo (MSPS,2019).
- 7.8. **Habitanza 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).



- 7.9. **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)
- 7.10. **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).
- 7.11. **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).
- 7.12. **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).
- 7.13. **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).
- 7.14. **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).
- 7.15. **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 de 2013), es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público (actividades de su vida íntima y social)” (MSPS, 2017).
- 7.16. **Población en situación de calle:** agrupa a las personas habitantes de la calle y las personas en calle, es decir, 1) aquella población que vive de forma permanente en la calle, se autodefine como habitante de la calle, o acude a servicios para habitantes de la calle, y 2) aquella que permanece la mayor parte del tiempo en la calle para su supervivencia, pero no duerme en la calle generalmente, aunque puede hacerlo ocasionalmente, por ejemplo, por no haber obtenido lo necesario para un alojamiento, por un consumo problemático de sustancias psicoactivas, por un trastorno de salud mental, por abandono, entre otras razones. La población en situación de calle agrupa a las personas que no tienen donde vivir, acuden a servicios de alojamiento, o tienen acceso a alojamientos temporales o permanentes en condiciones de extrema precariedad.
- 7.17. **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



La salud
es de todos

Minsalud

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).

- 7.18. Situación de Vida en Calle:** Niños, niñas y adolescentes que habitan permanentemente en la calle, sin ninguna red familiar de apoyo.
- 7.19. Superación de la situación de calle:** Se refiere a la transformación de las condiciones que impiden a las personas el acceso a un lugar en donde vivir, generan exclusión social, y obstaculizan el desarrollo del proyecto de vida que las personas valoren como deseable para sí mismas.

VERSIÓN PRELIMINAR ABRIL 2021



La salud
es de todos

Minsalud

8. Ficha de identificación y caracterización

VERSIÓN PRELIMINAR ABRIL 2021



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 LA CALLE. CALLE. Primera Parte		Fecha de diligenciamiento											
			D	D	M	M	A	A						
Antes de diligenciar el cuestionario, debe preguntar 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.														
I. LOCALIZACIÓN														
1	Nombre del Departamento	2	Nombre del Municipio	3	Localidad / Comuna	4	Barrio							
II. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO														
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	Años cumplidos									
			D	D	M	M	A	A	A	A				
14	Sexo:	15	Con cuál género se identifica?	16	Cual es su orientación Sexual:	17	Usted tiene una discapacidad permanente?							
	<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Heterosexual		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
	<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Homosexual									
	<input type="checkbox"/> Intersexual		<input type="checkbox"/> Transgenero		<input type="checkbox"/> Bisexual									
			<input type="checkbox"/> No informa		<input type="checkbox"/> No informa									
18	De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:													
	<input type="checkbox"/> Indígena	Nombre del Pueblo indígena	<input type="checkbox"/> Raizal	<input type="checkbox"/> Afrocolombiano										
	<input type="checkbox"/> Rom Gitano	Nombre de la Vitsa Rom	<input type="checkbox"/> Palenquero	<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores										
III. HÁBITOS DE VIDA														
19	En el ultimo mes, usted permaneció en la calle :				23	En la última semana, dónde realizó con mayor frecuencia las actividades de autocuidado como asearse y comer: (Seleccione una sola respuesta)								
	(Seleccione una respuesta)					(Seleccione una sola respuesta)								
	<input type="checkbox"/> Todo el día y la noche					<input type="checkbox"/> En la calle								
	<input type="checkbox"/> Solamente durante el día					<input type="checkbox"/> En el cambuche								
	<input type="checkbox"/> Solamente durante la noche					<input type="checkbox"/> En servicios sociales								
						<input type="checkbox"/> 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)					(Seleccione una sola respuesta)								
	<input type="checkbox"/> Una semana o menos					<input type="checkbox"/> Falta de trabajo								
	<input type="checkbox"/> Más de una semana en el mes					<input type="checkbox"/> Falta de lugar donde vivir								
	<input type="checkbox"/> Todo el mes					<input type="checkbox"/> Falta de tratamiento para la salud								
21	Hace cuanto tiempo que vive y duerme en la calle:					<input type="checkbox"/> Otro, cuál								
	(Seleccione una sola respuesta)													
	<input type="checkbox"/> Menos de 15 días				25	Cuál es la principal razón por la que decidió vivir en la calle?								
	<input type="checkbox"/> Entre 15 días y 3 meses					<input type="checkbox"/> Conflictos con familiares o personas con las que vivía								
	<input type="checkbox"/> Entre 3 meses y hasta 1 año					<input type="checkbox"/> Recursos económicos insuficientes para garantizar una vivienda								
	<input type="checkbox"/> Más de 1 año					<input type="checkbox"/> Estigma y discriminación								
						<input type="checkbox"/> Consumo de SPA								
						<input type="checkbox"/> Otro, cuál								
22	En el ultimo 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:								
	(Seleccione una sola respuesta)					(Seleccione una sola respuesta)								
	<input type="checkbox"/> Espacio público (Acera, 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													



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. Segunda Parte		Fecha de diligenciamiento		
		D	M	A	A

27 Con quiénes mantiene contacto?

(Puede seleccionar varias respuestas)

- Con sus padres
- Sus hijos y/o hijastros
- Sus hermanos/ hermanastros
- Otros familiares
- Su pareja (conyugue)
- Amigos
- Otras personas
- Con ninguno de los anteriores

28 Cada cuanto tiene contacto con ellos?(seleccione una respuesta)

- Al menos una vez al mes
- Al menos una vez cada seis meses
- Al menos una vez al año

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

- Sus padres
- Sus hijos y/o hijastros
- Sus hermanos/ hermanastros
- Otros familiares
- Su pareja (conyugue)
- Amigos
- Otras personas
- Nadie

30 Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- Ventas informales
- Reciclaje
- Oficios varios (limpia vidrios o farolas carros, etc)
- Mendicidad (retaque)
- Comercio sexual
- Venta, distribución de SPA
- Hurto (raponazo, cosquileo, atraco)
- Otro, cuál

31 De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo:

- Generar ingresos
- Asistir a servicios sociales
- Consumir SPA
- Actividades para el autocuidado (alimentarse, descansar)
- Deporte y/o actividades recreativas
- Educación/ cultura
- Otro, cuál

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

Necesidades	Vecinos, conocidos o familiares	Servicios sociales privados	Servicios sociales públicos
Alimentos			
Recreación			
Dinero			
Dormitorio			
Asearse			
Salud			

IV. CONDICIONES DE SALUD

33 En el último mes, tuvo un problema grave de salud relacionado con:

- Sistema digestivo (diarrea, vómito)
- Sistema respiratorio (tos, dificultad respiratoria)
- Afecciones de piel (caranchos, ladillas, piojos)
- Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)
- Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)
- Infecciones de Transmisión sexual
- Depresión u otra enfermedad mental
- Convulsiones
- Heridas con arma cortopunzante
- Heridas causadas por vehículo automotor
- Ninguna de las anteriores

34 Qué hizo cuando se presentó este problema de salud?

(Seleccione una sola respuesta)

- Se cuidó solo
- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a una farmacia
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue a un Hogar de paso
- Fue donde un taita o chaman

35 Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?

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
VIH o SIDA	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
ITS (sífilis, gonorrea)	SI	NO

36 Consume actualmente SPA? SI NO

37 Qué tipo de tratamiento ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Consulta externa
- Residencial-cerrado-internado
- Ambulatorio-abierto
- Hospital día
- Hospital noche

38 Cuáles son las DOS principales sustancias que consume actualmente, y cuál es la vía de administración:

Nombre de la sustancia	Vía de administración						
	Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Injectada	Otra Cúal?	
Tabaco							
Alcohol (chorro)							
Cannabis: marihuana, hashish							
Cocaína (perico, ralla, coca)							
Basuco (o susto)							
Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacol)							
Heroína "h"							
Otra, cuál							
No consume SPA							

Marque con 1 y 2 las sustancias de mayor frecuencia de consumo



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. Tercera Parte		Fecha de diligenciamiento	
				D	M
				A	A
V. OTROS ASPECTOS RELEVANTES					
41 Lugar de la entrevista (Seleccione una sola respuesta) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Albergue temporal			45 En el último mes, usted recibió algún tipo de apoyo de: (puede seleccionar varias respuestas) <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, <input type="checkbox"/> Organizaciones religiosas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sin red de apoyo		
42 Municipio en el que vivió antes de éste <input type="checkbox"/> Siempre ha vivido en este <input type="checkbox"/> No se acuerda Nombre del municipio _____			46 Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
43 ¿Sabe leer y escribir? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			47 Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)		
44 El último nivel educativo que estudió fue: (Seleccione una sola respuesta) <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"/> Básica 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			<input type="checkbox"/> Oír la voz o los sonidos SI NO <input type="checkbox"/> Hablar o conversar SI NO <input type="checkbox"/> Ver de cerca, de lejos o alrededor SI NO <input type="checkbox"/> Mover el cuerpo, caminar SI NO <input type="checkbox"/> Agarrar o mover objetos con las manos SI NO <input type="checkbox"/> Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mism SI NO <input type="checkbox"/> Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a) SI NO <input type="checkbox"/> Relacionarse o interactuar con las demás personas SI NO <input type="checkbox"/> Hacer las actividdes diarias sin presentar problemas SI NO <input type="checkbox"/> cardíacos, respiratorios SI NO		
48 Ha sido víctima de una de las siguientes situaciones (puede seleccionar varias respuestas) <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		



9. 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 2015 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. Bordieu, P (1998). La distinción, Madrid: Editorial Taurus
6. Castel, R. (1997). La metamorfosis de la cuestión social”. Paidós, Estado y sociedad. ^[1]_[SEP]
7. 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).
8. 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.
9. Corte Constitucional, Sentencias T-376 de 1993, T-384 de 1993, T-375 de 1997, C-040 de 2006, T-057 de 2011, T-092 de 2015, C-385 de 2014, C-043 de 2015, C-281 de 2017, T-389 de 2019, en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/>.
10. 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%20DE%20L%2012%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>.
11. 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>
12. 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
13. Del Moral Ferrer, (2012). El libre desarrollo de la personalidad en la jurisprudencia constitucional colombiana. Cuestiones Jurídicas, vol. VI, núm. 2, Maracaibo, Venezuela
14. Departamento Nacional de Estadística (2020). Caracterización demográfica y socioeconómica. Censo habitantes de la Calle CHC 2019.
15. Departamento Nacional de Planeación. Guía metodológica para el Seguimiento y la



La salud
es de todos

Minsalud

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%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%2013.pdf>.

16. Echeverría, M y Rincón, A, (2000). Ciudad de Territorialidades - Polémicas de Medellín. Medellín: Centro de Estudios del Hábitat Popular, Universidad Nacional de Colombia
17. Hobsbawm, E. (2003). Historia del Siglo XX, 4th ed. Barcelona: Crítica.
18. 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).
19. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2002). Serie: Módulos Educativos, Módulo 2: Participación ciudadana. San José C.R.
20. 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.
21. Ministerio de Salud y Protección Social (2015). ABC Enfoque de Curso de Vida.
22. 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).
23. 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.
24. 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. ^[1]_[SEP]
25. Observatorio de Bienestar de la Niñez del ICBF, Boletín No. 4. (2014).
26. Ortegón Quiñones, Edgar (2008), Guía sobre diseño y gestión de la política pública.
27. Parsons, T. (2019). El sistema social / Talcott Parsons. SERBIULA (sistema Librum 2.0).
28. 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.
29. Sánchez, A y Jiménez, M (2013). Exclusión social: fundamentos teóricos y de la intervención. Revista trabajo social global 2013, 3 (4), 133-156.
30. 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.
31. Sen, A (2000). Desarrollo y libertad. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana, S.A.
32. 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.
33. Velásquez, A (2016). La complementariedad de la política social y la económica en los



La salud
es de todos

Minsalud

sistemas de protección social y las estrategias de salida de la pobreza. Observatorio Centroamericano de 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).

34. 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 PRELIMINAR ABRIL 2011