



Serie documentos de trabajo No. 22 de 2024

# Prevención y atención de la **HABITABILIDAD EN CALLE EN BOGOTÁ**



Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación



OBSERVATORIO  
POBLACIONAL  
DIFERENCIAL  
Y DE FAMILIAS





SECRETARÍA DE  
PLANEACIÓN



**Carlos Fernando Galán Pachón**  
Alcalde Mayor de Bogotá

### **Secretaría Distrital de Planeación**

**Ursula Ablanque Mejía**  
Secretaria Distrital de Planeación

**Carlos Alberto Castañeda Castrillón**  
Subsecretario de Políticas Públicas  
y Planeación Social y Económica

**David Armando Alonzo Cristancho**  
Director de Diversidad Sexual  
Poblaciones y Géneros

### **Equipo**

**Andrés Báteman**  
**Liliana Narváez**  
**Vileydy González**  
**Daniela Muñoz**

**Diseño y diagramación**  
Dirección de Diversidad Sexual,  
Poblaciones y Géneros

2024

## Resumen

El fenómeno de habitabilidad en calle se está convirtiendo en uno de los desafíos sociales más complejos y urgentes en la actualidad, especialmente en grandes ciudades como Bogotá. Este estudio analiza las causas, estrategias de atención y factores que afectan la superación del fenómeno, basado en una metodología cualitativa que incluye entrevistas a funcionarios públicos y relatos de vida de personas habitantes de calle. La investigación destaca que las principales causas de la habitabilidad en calle incluyen la ausencia de redes de apoyo, el deterioro de la salud mental y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) que puede darse antes o durante la habitabilidad en calle. Aunque Bogotá cuenta con servicios de atención inmediata e integral, el 89 % de las personas atendidas no transitan hacia los servicios de largo plazo, lo que evidencia que se requiere mejorar el seguimiento; también puede indicar barreras en el acceso. El estudio recomienda fortalecer las políticas públicas con un enfoque integral que priorice la salud mental, la generación de oportunidades laborales, el acceso a vivienda y la prestación de servicios de salud con enfoque preventivo. Sin estas medidas, la posibilidad de superar el fenómeno se reduce significativamente, afectando la posibilidad de transición efectiva hacia la reintegración social y la superación del fenómeno.

# 1

## Introducción

El fenómeno de Habitabilidad en Calle se está convirtiendo en uno de los desafíos sociales más complejos y urgentes en la actualidad, especialmente en grandes ciudades como Bogotá. Parte de la complejidad del fenómeno es que la habitabilidad en calle no sigue un patrón lineal, sino que está asociado a una serie de eventos y factores que aumentan la probabilidad de que una persona ingrese o retorne al fenómeno de habitabilidad en calle (Fitzpatrick et al., 2013; Vagnerova et al., 2020).

Los programas de atención a esta población en diversas ciudades y países ofrecen aprendizajes relevantes para los esfuerzos locales. Uno de los modelos más evaluados y replicados es Housing First, que ha tenido éxito en Estados Unidos, Europa y recientemente en algunos países de América Latina como Chile. Este programa prioriza el acceso inmediato a una vivienda permanente sin exigir requisitos previos de rehabilitación o tratamiento de salud mental. Los estudios demuestran que el 73 % de los participantes en Canadá y el 80 % en Nueva York lograron mantener la vivienda a largo plazo (Goering et al., 2014; Padgett et al., 2006).

Para el caso particular de Bogotá la atención a la población habitante de calle de la Secretaría de Integración Social<sup>1</sup> se divide en dos tipos: la atención inmediata y la atención integral. El primer grupo incluye los servicios de Autocuidado, de Abordaje Territorial y algunos de los servicios que ofrecen los Hogares de Paso. Estas intervenciones buscan ofrecer un apoyo básico, elementos de aseo y autocuidado, descanso, apoyo psicosocial y construcción de algunas redes de apoyo del personal que presta los servicios. Los servicios de atención integral son de largo aliento y tienen el propósito de desarrollar los hábitos y habilidades necesarias para la superación del fenómeno. Estos servicios incluyen: Centro de Alta Dependencia, desarrollo integral y diferencial, sociosanitario y algunos de los servicios de los Hogares de Paso.

Los datos de personas únicas atendidas de la base Sirbe de la Secretaría de Integración Social indican que entre 2021 y 2024, el 89 % de las personas atendidas no transitaron a las fases avanzadas del sistema, lo que sugiere que la estructura actual de los servicios enfrenta fuertes limitaciones para facilitar una transición efectiva. Los factores estruc-

---

<sup>1</sup> Al momento de publicación de este documento se está realizando trabajo de campo para reforzar los análisis correspondientes a los servicios y experiencias de vida de las personas habitantes de calle del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (Idiprón).

turales, como la precariedad laboral, el consumo problemático de sustancias psicoactivas (SPA) y la discriminación, sumados a las barreras de acceso a servicios de salud mental y la invisibilidad estadística de quienes viven en pagadarios, profundizan la problemática. Adicionalmente, los distintos servicios carecen de estrategias de seguimiento que permitan evaluar de manera sistemática los casos exitosos y los desafíos pendientes.

Mediante una metodología de investigación cualitativa, este trabajo pone en evidencia que si bien existen iniciativas importantes para la atención de esta población en Bogotá, aún es necesario fortalecer la oferta institucional en aspectos como la salud mental, la rehabilitación de SPA y la creación de oportunidades laborales formales. Sin un enfoque preventivo y estructural que aborde las causas profundas del fenómeno, como las redes de apoyo fragmentadas y la salud mental, la posibilidad de superar la habitabilidad en calle se reduce considerablemente. En última instancia, este análisis enfatiza la necesidad de un enfoque integral y sostenible que facilite el tránsito de las personas hacia una vida fuera de la calle, en condiciones de dignidad y seguridad.

El documento se organiza de la siguiente manera: siguiendo esta introducción se presenta un resumen de literatura sobre las principales causas de la habitabilidad en calle, y las estrategias de atención y prevención que han sido implementadas en otros casos, así como los resultados documentados de evaluación. Luego se describe la metodología empleada, seguidamente se presentan los resultados organizados en tres momentos de análisis: causas del fenómeno en Bogotá, estrategias de atención y prevención y factores que contribuyen a la superación de la habitabilidad en calle en la ciudad. El documento cierra con conclusiones y recomendaciones de política pública.

## 2

## Causas y estrategias de atención y prevención de la habitabilidad en calle en la literatura internacional

La situación de calle a escala global ha sido entendida en dos grandes categorías, una que denota si la persona ha estado residiendo en el espacio público y otra que agrupa a las personas que están en riesgo de perder su vivienda (Busch-Geertsema, 2015). Actualmente, el marco lógico internacional se ha inclinado a entender la habitabilidad en calle como la vulneración de un derecho humano (UNHR, 2016), considerando que puede haber personas con diferentes historias de vida, tiempo de habitabilidad en calle y problemas de salud mental entre otras. La estabilidad residencial emerge como un aspecto fundamental en la forma de abordar la problemática, entendiendo, desde las experiencias de vida, los episodios que propician la habitabilidad en calle de una manera no lineal (Fitzpatrick, et al., 2013) y que implican la prolongación de la situación a medida que avanza la vida (Vagnerova, et al., 2020).

La literatura internacional que analiza las causas de la habitabilidad en calle destaca que se trata de un fenómeno multidimensional en el que interactúan factores estructurales y personales de manera entrelazada. Diversos estudios en distintos contextos subrayan la influencia tanto de factores socioeconómicos como de aquellos relacionados con la salud mental y la ausencia de redes de apoyo.

Frente a los factores estructurales y económicos, por ejemplo, en Estados Unidos, Canadá y Europa, la falta de viviendas asequibles, el desempleo y la precarización del trabajo son causas clave que dificultan la estabilidad habitacional. Las crisis financieras han profundizado estas problemáticas, llevando a un aumento en el costo de vida y a una mayor inestabilidad laboral, especialmente entre los grupos más vulnerables (Toro et al., 2007; Johnson et al., 2021).

La salud mental y el consumo de sustancias son causas también estudiadas extensivamente en Australia, Reino Unido y Estados Unidos. Las investigaciones han señalado que los problemas de salud mental, como la depresión, la esquizofrenia y los trastornos por estrés postraumático, son factores de riesgo significativos para la habitabilidad en calle (Fitzpatrick et al., 2021). Además, el consumo de sustancias se encuentra en una relación recíproca con la habitabilidad en calle: muchas personas recurren a las drogas como mecanismo de supervivencia, y la vida en la calle puede agravar los trastornos de uso de sustancias (Tsai & Rosenheck, 2013).

Por otro lado, estudios de casos en Canadá y Europa subrayan cómo la discriminación racial, de género y por orientaciones sexuales diversas expone a ciertos

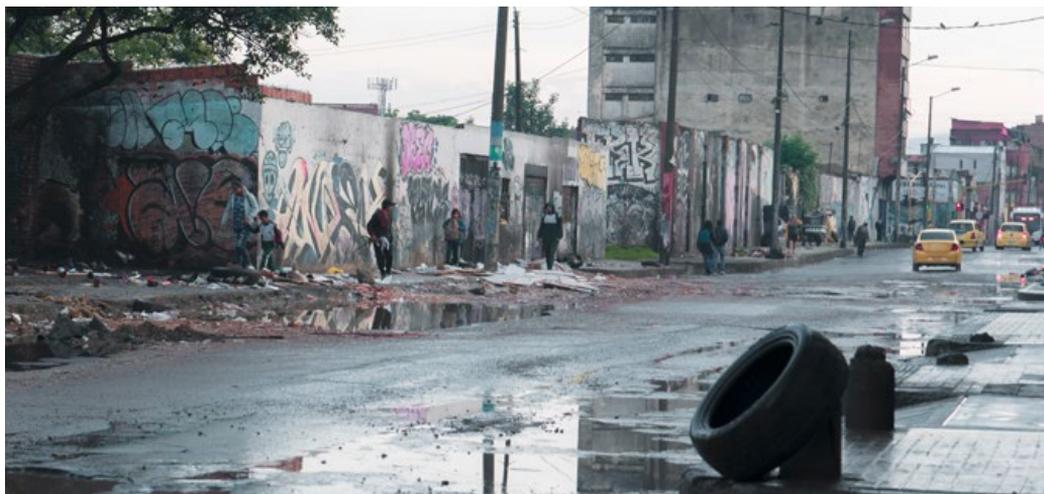


Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación

grupos a mayores riesgos de habitabilidad en calle. Personas de los sectores sociales LGBTI, migrantes y minorías raciales frecuentemente enfrentan barreras para acceder a empleo, vivienda y servicios sociales, lo que aumenta su vulnerabilidad a la exclusión social (Abramovich & Shelton, 2017).

Asimismo, y frente a las redes de apoyo, en el ámbito internacional, se ha observado que estas son esenciales para la prevención de la habitabilidad en calle. La falta de apoyo familiar y comunitario incrementa la vulnerabilidad, especialmente entre jóvenes y adultos mayores. En contextos como Australia y Estados Unidos, estudios indican que la ausencia de políticas de vivienda inclusivas y de prevención temprana exacerba la recurrencia de este fenómeno (Shinn & Khadduri, 2020).

La respuesta al fenómeno de habitabilidad en calle varía globalmente. Mientras que algunos países europeos han implementado políticas de Housing First que priorizan el acceso a vivienda estable antes que otros tipos de intervención, otros países han mantenido enfoques más fragmentados que no necesariamente integran salud mental y apoyo social.

Housing First, que ha sido implementado en Estados Unidos y Europa, Australia, Canadá y Chile, entre otros,

es uno de los modelos de programa más evaluados globalmente. Este programa tiene como componente principal el garantizar el derecho a una vivienda permanente. A su vez, presta servicios integrales en salud física, mental y de rehabilitación de SPA y de empleo, entre otros.

Una evaluación del programa que se implementó en Nueva York buscó, mediante un diseño metodológico de ensayos controlados aleatorios, evaluar el efecto de la provisión de vivienda estable en personas con diagnósticos duales de salud mental y abuso de sustancias psicoactivas. Los resultados muestran que la retención de la vivienda en personas con diagnóstico dual fue del 80 %, lo que demuestra que los problemas de salud mental o de consumo de SPA no están relacionados con la capacidad de retención de la vivienda. Estos resultados son importantes por cuanto se demuestra que no es necesario que las personas participen de procesos de salud mental o de rehabilitación previo a recibir el beneficio de una vivienda, lo cual es un factor común a otros programas con condicionalidades a la provisión de la vivienda y durante el periodo de la tenencia (Tsemberis, et al., 2004).

En otras ciudades se han implementado adaptaciones del programa. En Canadá, por ejemplo, se implemen-

tó en cinco ciudades y luego se sometió a evaluación. Los principales hallazgos indican que el 73 % de los participantes retuvieron la vivienda y no regresaron a la calle, asimismo, hubo una mejoría significativa de la salud mental de ese 73 %, gracias a los servicios complementarios que recibían (Goering, et al., 2014). Evaluaciones adicionales para Nueva York también indicaron lo mismo (Padgett, et al., 2006).

La sombrilla de Housing First revolucionó el diseño de los programas. Anterior a las evidencias de las evaluaciones, el diseño único de atención en vivienda para población habitante de calle presentaba condicionalidades o era escalonado, y la provisión de la vivienda se hacía efectiva una vez la persona cumplía ciertos criterios o exigencias, pero en muchos casos no se abordaba la problemática de manera integral. Ahora los modelos de Housing First se han popularizado y existe gran cantidad de variedades en la implementación de este modelo. Algunos autores han advertido, sin embargo, que en la práctica factores contribuyentes al éxito del programa se han simplificado y las afirmaciones sobre su eficacia pueden haberse exagerado dada su misma popularidad (Johnson et al., 2012).

También se han implementado variaciones del modelo en países latinoamericanos, como en Chile, en su versión Vivienda con Apoyo, focalizado en personas mayores de 49 años. Los resultados de evaluación en el modelo de Chile muestran que el programa logra interrumpir la habitabilidad en el espacio público y en lugares de alojamiento de emergencia en el 75 % de las personas participantes de la evaluación. Frente al tema de salud mental, se menciona que si bien las personas han mejorado su percepción subjetiva de bienestar, es posible que ellas requieran mayor apoyo institucional por las afectaciones propias de su trayectoria de vida y del cambio en el ciclo de vida por niveles menores de autonomía funcional. Asimismo, se destaca que el talento humano del programa puede facilitar o truncar los procesos de las personas respecto de los planes de desarrollo personal y de salud mental (Nuestra Casa, 2022).

Otras experiencias latinoamericanas se salen de la sombrilla de Housing First, y basan las intervenciones en alojamiento temporal escalonado. En México, por ejemplo, existe una red de servicios que incluye centros de asistencia e integración social con albergues transitorios y permanentes. Los albergues permanentes, a diferencia del modelo de Housing First, atienden a personas que han avanzado en sus proyectos de vida y que “están preparadas para adquirir o reforzar habilidades en temas laborales y educativos” (Secretaría de Bienestar e Igualdad Social, 2024).

El común de los programas escalonados o del tipo de Housing First es que se atiende a la población de manera integral, proveyendo apoyo en diversos aspectos que cubren desde la salud mental, la formación educativa y profesional, hasta componentes de rehabilitación de sustancias psicoactivas (SPA).

Frente al consumo SPA, en algunos países de la región se han instaurado estrategias para prevención y rehabilitación. En Chile, por ejemplo, se constituyó el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) desde 2011. Si bien la población objetivo del SENDA no es solamente la población habitante de calle, el marco general entiende los hábitos de consumo como una problemática para la cual el tratamiento debe ser integral, abordando los aspectos que inducen a las personas a la adicción. Entre las poblaciones objetivo de la estrategia está la de habitantes de calle, puntualmente en la estrategia de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle (CJS, 2019, p. 28).

Las estrategias empleadas para la superación de los hábitos de consumo implementadas por SENDA han sido evaluadas para entender la efectividad de los tratamientos. Los resultados generales muestran que los programas de tratamiento para población adulta<sup>2</sup> “contribuyen a la recuperación de los y las

2 El efecto sobre la población habitante de calle se evaluó en el Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, que tiene estos componentes: Tratamiento y rehabilitación, que corresponde a planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes. Tratamiento de Personas en Situación de Calle, funciona con un trabajo complementario e intersectorial entre el equipo gestor de calle del MIDESO que realiza el soporte psicosocial, y el equipo de tratamiento de SENDA que realiza la atención para apoyar la modificación del patrón de consumo problemático de sustancias.



Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación

usuarias que son atendidos. Se evidenciaron mejoras en: (i) consumo de alcohol y/o drogas; (ii) salud física; (iii) vinculación a redes de apoyo; (iv) trasgresión a la norma; y (v) calidad de vida. No obstante, cabe destacar que no se encontraron buenos resultados para: (i) participación socioeconómica; y (ii) participación en grupos prosociales. Por su parte, los resultados de salud mental resultan insuficientes. Esto da cuenta de que los programas funcionan principalmente para desvincular a sus beneficiarios de círculos o comportamientos socialmente desviados, pero no logra integrarlos en círculos o comportamientos prosociales” (CJS, 2019, p. 180).

Localmente y frente al tema de SPA, Bogotá 2012<sup>3</sup> y 2015 creó el programa Centros de Atención Médica a Drogodependiente (CAMAD), ente que buscó abordar la adicción desde una perspectiva de prevención y atención médica, y prestando atención además en psicología, psiquiatría y odontología (Zuleta, et al., 2019). Un estudio cualitativo realizado en 2018 pretendió interpretar las experiencias vividas de un grupo de habitantes de calle de la localidad Rafael Uribe Uribe, en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y la atención en salud en el CAMAD. Los hallazgos muestran que las personas habitantes de calle valoraron el acceso a atención en salud primaria dada la

marginalidad en la que viven, sus opiniones reflejaron un impacto psicoemocional positivo respecto de la inclusión social, al ver los CAMAD como centros libres de discriminación. Asimismo, frente a la adicción, los autores advierten que los efectos sobre el consumo crónico no pueden concluirse dado el corto tiempo de aplicación del programa y la itinerancia misma de los habitantes de calle (Farigua-Buitrago et al., 2018). Otros análisis advierten, sin embargo, que las personas habitantes de calle en su mayoría no aceptaron el tratamiento de rehabilitación, ni buscaban abstenerse de consumir SPA (Zuleta et al., 2019, p. 20).

Programas del mismo corte de la estrategia CAMAD se ha implementado además en países como Portugal. Al igual que en Bogotá, en Portugal se emplearon estrategias móviles de atención que ofrecen servicios de rehabilitación para las personas habitantes de calle, tales como programas de sustitución, provisión de jeringas nuevas y puntos de atención e información. La agencia de monitoreo de drogas y adicción europea (EMCDDA) advierte frente a la estrategia, que esta surgió como un avance significativo en el servicio de atención para personas con consumo crónico de SPA (Tavares et al., 2005). Estas estrategias móviles en Bogotá y Portugal pueden basarse teóricamente en un enfoque de reducción de riesgos y daños en el que se busca minimizar el impacto negativo en la salud física y mental del consumo crónico (Pinzón, 2023; Zuleta et al., 2019).

En general, el abordaje de los programas enfocados en atender a las personas habitantes de calle es integral, otros servicios complementarios comunes son aquellos de educación formal, vocacionales o centrados en la expectativa de generación de ingresos. El programa WorkWorks, en Estados Unidos, por ejemplo, provee primero empleo y formaciones vocacionales y luego acceso a vivienda. Los resultados en Colorado han demostrado que más del 70 % de las personas pasan a empleo de tiempo completo y en Georgia, el 80 % retuvieron sus empleos y sus viviendas (McDevitt, 2021).

<sup>3</sup> Anterior a 2012 no había experiencias de reducción de daños ejecutadas por entidades de salud en el Distrito Capital.

En Bogotá, los hogares de paso día noche fueron evaluados en 2019. En estos hogares se prestan diferentes servicios (ver sección 4.2) incluidas actividades pedagógicas. En la evaluación, y sobre este servicio en particular, se les preguntó a los participantes si las actividades pedagógicas *les hacen pensar sobre la vida*. El 26% de las personas encuestadas han decidido realizar un proyecto de desarrollo personal; para aquellas que no han decidido trascender en los servicios este porcentaje equivale al 14 %. El 56,3 % de las personas advierte que tener trabajo es lo que necesitan para mejorar su vida en la calle, este valor es del 67,7 % para las personas no consumidoras. Asimismo, al imaginarse fuera de la calle el 47,4 % de las personas se ven con trabajo, un 39,2 % con familia, un 22,4 % sin consumo de SPA y el 14,6 % no imagina nada (SDIS, 2019).

Se advierte que las actividades pedagógicas, más allá de ser de vocacionales o de formación profesional, buscan distraer a las personas y mantenerlas por al menos 6 horas en el hogar con el objetivo de disuadir el consumo que para las personas usuarias de los hogares en Bogotá asciende al 80 %, 77,4 % para las mujeres y 80,9 % para los hombres. Las mujeres presentan a su vez menos intensidad en el consumo, según los datos de la evaluación, y el rango de edades con consumo más intenso está entre los 40 y los 59 años, de las cuales, el 14,2 % dice consumir tres días a la semana (SDIS, 2019, p. 96). No obstante, es de notar que antes de que los participantes asistieran al hogar de paso este porcentaje era del 98 % (SDIS, 2019, p. 80).

El estudio generó resultados positivos en mitigación del riesgo y daño asociado al consumo de SPA y también se identificaron áreas de oportunidad de mejora en este respecto. Como se mencionó, un efecto positivo es la exposición a los hogares, pues quienes consumen drogas asisten en promedio 57 días menos al hogar; asimismo, la proporción de personas que consu-

men es menor entre aquellas que han decidido iniciar el proceso de desarrollo personal (74 %). En efecto, de estas mismas personas, el 97 % quiere dejar de consumir frente al 92 % que asiste al hogar, pero no ha decidido iniciar el proceso de desarrollo personal.

Sin embargo, las personas participantes señalan que un detonante para salir a la calle nuevamente es la ansiedad que les producen los síntomas de abstinencia y la imposibilidad de calmarlos con drogas de menor rango, como la marihuana o el cigarrillo, al no poder salir de los hogares (SDIS, 2019, p. 161). También mencionan que los talleres de uso de SPA no son útiles y esto lleva a, por un lado, pensar que no hay herramientas para la problemática y, por el otro, a incidir negativamente en el consumo, por cuanto para las personas que salen por no estar en procesos de desarrollo personal, al contrario de mitigar, incitan. Finalmente, y ante otras variables estudiadas se menciona que los hogares de paso excluyen a la población en riesgo de habitarla y también se asumen como espacios riesgosos para las personas no consumidoras. Finalmente, estadísticas descriptivas del análisis asociado a los hogares de paso indican que la edad es significativa respecto de la probabilidad de mantenerse en calle, pues al aumentar la edad, aumentan los riesgos de pasar un año más en calle; las personas entre 29 y 39 años tienen menos probabilidad de pasar un año adicional en la calle que los mayores de 39 años (SDIS, 2019, p. 86).

La habitabilidad en calle es un problema global que responde tanto a factores estructurales como a condiciones personales, y los estudios internacionales coinciden en que una respuesta efectiva requiere políticas integradas que consideren la salud mental, las redes de apoyo y el acceso a la vivienda como los elementos centrales en la prevención y la superación del fenómeno.



Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación

## 3 Metodología

El presente estudio parte de un enfoque cualitativo inductivo. La perspectiva cualitativa se prefiere por cuanto permite explorar causas y efectos que generan explicaciones causales que desembocan en conclusiones con poder explicativo (Keohane & Verba, 2021).

Durante el desarrollo del estudio se emplearon técnicas cualitativas convencionales de recolección de información como lo son, en primer lugar, las entrevistas semiestructuradas en entornos grupales, con estrategias de pregunta-respuesta y mediante una discusión dirigida; en segundo lugar, la estrategia de relatos de experiencias de vida, la cual se centra en la vida de una persona en particular y se enfatiza en la evaluación subjetiva de la persona y de comprender su experiencia personal.

Las entrevistas semiestructuradas se emplearon en las sesiones de recolección de información dirigidas a funcionarios y funcionarias públicas, y la técnica de relatos de experiencia de vida se empleó con las personas habitantes de calle. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en sesiones grupales por entidad en las que participaron 52 personas funcionarias del Distrito; cada sesión tuvo una duración de 1 a 2 horas. La sesión de trabajo tuvo como discusión dirigida, la recolección de la información en función de las tres etapas del estudio: 1. Causas de la habitabilidad en calle en Bogotá. 2. Estrategias de atención y prevención de la habita-

bilidad en calle en Bogotá. 3. Factores de superación de la habitabilidad en calle en Bogotá. Previo a la recolección de información y en un primer momento se presentó el estudio y se explicó la metodología de la sesión, esta etapa culminó con la autorización de uso de la información y de grabación de la sesión siguiendo los lineamientos de ética de investigación.

Para la técnica de experiencias de vida con las personas habitantes de calle, en primer lugar, se explicó el objetivo de la investigación y la ética de investigación. Las personas participantes del estudio si bien autorizaron el uso de la información para efectos de esta investigación, no autorizaron ser grabadas; por ello, no se presentan citas textuales, sino recolecciones de la información que los participantes proveyeron.

Luego de este momento inicial se procedió a escuchar sus relatos de experiencia de vida. Esta técnica permitió indagar sobre la vida de las personas, capturando la totalidad de la experiencia biográfica, los momentos de cambio, la visión subjetiva con la que ellas ven el mundo, y las etapas o momentos que ellas reconocen como clave en su proceso de habitabilidad en calle (Cordero, 2017). Se contó con la participación de 8 personas y las sesiones duraron de 1 a 3 horas (ver Tabla 1).



Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación

Tabla 1. Trabajo de campo cualitativo

Grupos focales y entrevistas realizadas	Número de personas	Fecha	Visitas	Fecha
Funcionarios			Experiencias de vida de personas habitantes de calle	
1. Comunidad de Vida	4	19-jun.	14. Visita Sedid	31-jul.
2. Hogares de paso	6	20-jun.	15. Visita Comunidad de vida El Camino	30-jul.
3. Centro de Alta Dependencia Funcional, Física, Mental y Cognitiva	4	21-jun.	16. Visita hogar Bakatá	1-ago.
4. Sedid	5	21-jun.	17. Visita a jornada de autocuidado - Fontibón	29-jul.
5. Sociosanitario	7	24-jun.	18. Visita Casa LGBTI Mártires	7-ago.
6. Subdirección para la Aduldez - SDP	5	27-jun.	<b>Total</b>	<b>8</b>
7. Subdirección para la Aduldez - Equipo territorial	3	27-jun.		
8. Centro Escucha Centro-Oriente SDS	5	15-jul.		
9. Centro Escucha Sur-Occidente SDS	6	16-jul.		
10. Planes de cuidado institucional SDS	5	17-jul.		
11. Idiprón	2	20-aug.		
<b>Total</b>	<b>52</b>			

Fuente: Elaboración propia.

El muestreo cualitativo fue por criterio y con máxima variación, en donde se buscó una muestra de conveniencia de las personas habitantes de calle que hubieran tenido acceso a los servicios distritales de atención, con el objetivo de recoger información sobre la calidad, oportunidad y suficiencia de los servicios. Asimismo, el criterio de máxima variación buscó que las personas fueran heterogéneas en cuanto a sus ca-

racterísticas personales, como su identidad de género, su sexo asignado al nacer y su ciclo de vida.

El trabajo de campo se realizó durante julio y agosto de 2024, la información fue analizada empleando el *software* Nvivo 15. En anexo se presenta el diccionario de códigos empleados para los análisis.

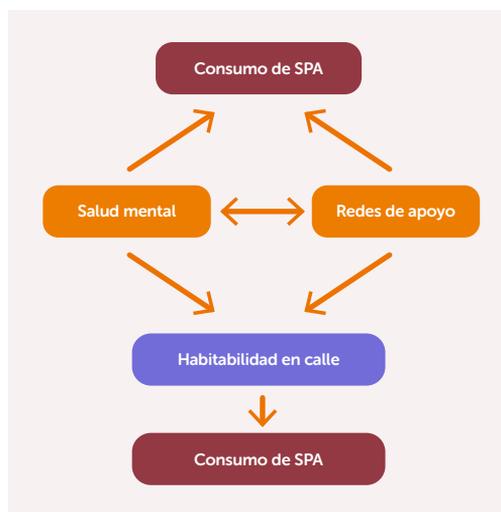
## 4 Resultados

### 4.1. Causas del fenómeno de habitabilidad en calle en Bogotá

El fenómeno de habitabilidad en calle suele ser causado por la interacción recíproca de dos factores que, aunque en ocasiones pueden operar de manera independiente, en su relacionamiento ayudan a explicar el ingreso de la población al fenómeno. Estos dos factores son las redes de apoyo de las personas y su salud mental. Adicional a estos dos factores, el consumo problemático de SPA, que puede ocurrir antes o después de que la persona ingrese al fenómeno de habitabilidad en calle, profundiza los desafíos individuales y sociales frente a la salud mental y a las redes de apoyo de personas en riesgo de habitar la calle y de aquellos que ya hacen parte del fenómeno.

Tal como se plantea en la figura 1, y según lo identificado durante el trabajo de campo realizado con instituciones y con la población habitante de calle, el consumo no es el factor exclusivo y determinante para explicar el porqué del fenómeno de habitabilidad en calle, sino también que la atención debe estar en la salud mental y en la falta de redes de apoyo y su consecuente relacionamiento con el consumo de SPA.

Figura 1. Causas del fenómeno de habitabilidad en calle



Fuente: Elaboración propia.

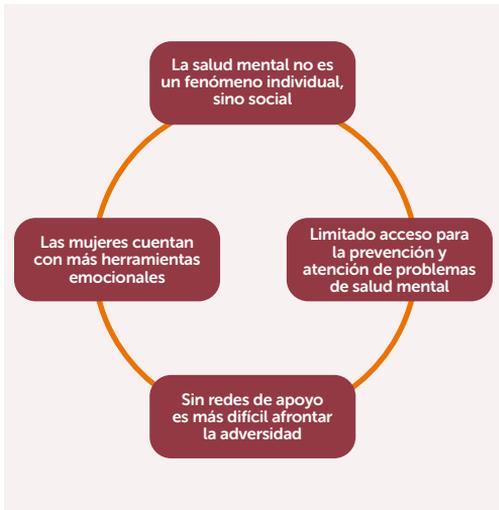
#### 4.1.1. Salud mental y su relación con el fenómeno de habitabilidad en calle

El punto de partida para entender la relación entre la salud mental de la población y el fenómeno bajo estudio es reconocer el carácter social de la primera. La totalidad de las personas con las que se trabajó señala la naturaleza social y estructural de los desafíos a los que se pueden

enfrentar las personas en lo referente a la salud mental y emocional. Esto implica que parte de las limitaciones para enfrentar y superar el fenómeno de habitabilidad en calle se relacionan con su abordaje individual en vez de social o estructural. A la larga, la falta de herramientas emocionales, las dificultades para acceder a servicios especializados para trabajar la salud mental y emocional y la ausencia de redes de apoyo (ver sección 2) constituyen el entramado determinante para comprender el posible deterioro de la salud mental de la población.

A modo de resumen, la figura 2 presenta los factores determinantes a la hora de entender la relación entre la salud mental y el fenómeno de habitabilidad en calle.

**Figura 2. Salud mental y el fenómeno de habitabilidad en calle**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.2. Herramientas emocionales

Durante el trabajo de campo con entidades y con población se puso en evidencia que la falta de herramientas emocionales para sobrellevar o enfrentar las posibles adversidades a las que se enfrenta la población puede relacionarse con el fenómeno de habitabilidad en calle. Tal como se planteó en la introducción de la

sección, aunque ninguna de las causas fundamentales del fenómeno opera de manera autónoma y aislada, la ausencia de herramientas emocionales es uno de los pilares para entender el fenómeno.

De manera general, las herramientas emocionales se refieren a la capacidad de las personas de enfrentar y sobrellevar las posibles adversidades y desafíos a los que se puedan enfrentar. Entre otras, estas adversidades pueden relacionarse con la muerte de un familiar, con la ruptura de la estructura familiar o con el rompimiento de una relación amorosa. En los casos en que las personas no cuentan con los elementos suficientes para tolerar los dolores y las dificultades asociadas al hecho en cuestión, incurren en prácticas o acciones que puede tener repercusiones negativas en sus vidas. Por ejemplo, el consumo problemático de SPA o la ludopatía. En la Subdirección de la Adulthood de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) se plantea el fenómeno de la siguiente manera:

Temas emocionales, familiares, afectivos, etc. Que la gente queda desubicada. Se pelea con Pedro, con Juan, con María, con la familia, con el amor. Queda desubicada y tiene pues pocas herramientas emocionales para superarlo y termina consumiendo.

(Entrevista Subdirección para la Adulthood)

De manera similar, la experiencia de ingreso al fenómeno de habitabilidad en calle de una de las personas que participaron en el trabajo de campo está fuertemente relacionada con esta situación. Tal como se narra en la entrevista que se le realizó, a la edad de 16 años, y como producto de una decepción amorosa, la persona inició el consumo problemático de alcohol y posteriormente el consumo de bazuco que, expresa la entrevistada, la condujo a habitar la calle. Esta historia, repetida ampliamente en las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, refleja las limitaciones emocionales que tiene la población, las cuales, sumadas a la ausencia de redes de apoyo, pueden llevar al consumo problemático de SPA y a habitar la calle.

Adicionalmente, parte de los hallazgos indican que el fenómeno de la habitabilidad en calle está altamente concentrado en la población masculina. Según quienes que participaron en el trabajo de campo, este hecho puede responder a dos factores. En primer lugar, las múltiples violencias a las que están expuestas las mujeres que hacen parte del fenómeno las llevan a evitar la posibilidad de habitar la calle, pues pueden ser “muy maltratadas, abusadas sexualmente en su mayoría por no generalizar” (Entrevista Hogar de Paso Bakatá).

En segundo lugar, durante el trabajo de campo, las personas entrevistadas señalaron que las mujeres cuentan con más herramientas para manejar sus emociones frente a las adversidades. Esto se debe, en parte, a que las mujeres tienden a contar con redes de apoyo más amplias y sólidas, lo que les permite desarrollar mayores y mejores mecanismos para lidiar y resolver las dificultades.

Por su parte, los hombres expresan que al tener menos redes de apoyo y capacidades relacionadas con la salud emocional, presentan mayores dificultades para manejar sus emociones y enfrentar las adversidades. Esto contribuye a explicar la concentración predominante de hombres dentro del fenómeno de habitabilidad en calle en Bogotá. La falta de herramientas emocionales, sumada a la debilidad o inexistencia de las redes de apoyo profundiza su aislamiento, agravando las problemáticas de salud mental y posibilitando el consumo problemático de SPA. En resumen, en uno de los hogares de paso con los que se trabajó, se plantea lo siguiente:

Lo que dicen las chicas es que las mujeres tienen mucha más capacidad para afrontar las situaciones y salir de las mismas. Los hombres tienen una red de apoyo muy fragmentada, muy distante.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá).

#### 4.1.3. Acceso a terapias y a salud mental

Las limitaciones en las herramientas emocionales de la población como causa fundamental para entender el

fenómeno de habitabilidad en calle expuestas, se profundizan y agravan con la falta de acceso a servicios de salud mental adecuados. Aunque el Distrito cuenta con una serie de iniciativas para prevenir y atender los problemas asociados a la salud mental de niños, niñas y adolescentes, el trabajo de campo mostró la insuficiencia de los esfuerzos en la prevención y en la identificación de situaciones de riesgo vinculadas a la salud mental, lo que impide una intervención temprana. Adicional a esto, vale la pena hacer énfasis en que las personas en situación de calle suelen enfrentarse a barreras significativas para recibir atención psicológica o psiquiátrica, lo que empeora su estado mental y perpetúa el ciclo de exclusión.

Además de los desafíos identificados respecto a la prevención y atención a situaciones de riesgo, tal como se plantea en el Centro Escucha de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, el acceso de la población a terapia es muy limitado. Adicionalmente a la exclusión de la que manifiesta ser víctima esta población del personal tanto de salud como de seguridad de los hospitales y clínicas, hay desafíos en el acceso a citas, su frecuencia y su duración representan una limitación para tratar temas de salud mental.

Ni siquiera es fácil acceder a una cita de psicología con una EPS porque la calidad no es lo mejor. O sea, tú tienes derecho a 34 sesiones de psicología, cada una de 15 a 20 minutos, con una psicóloga que tiene 150 pacientes diarios y que, si te tocó la cita a las 5, tu coges a la psicóloga agotada y realmente no es un proceso bonito.

(Entrevista Centro Escucha Oriente).

La carencia, eficiencia y grado de éxito de políticas públicas orientadas a la prevención y tratamiento de problemas de salud mental, particularmente en la población con mayor incidencia en el fenómeno de habitabilidad en calle, es uno de los factores determinantes a la hora de comprender la complejidad del objeto de estudio. En este sentido, tal como se expone en la sección de conclusiones y recomendaciones, es nece-

sario implementar estrategias que permitan no solo atender los problemas de salud mental, sino también identificar y prevenir los factores de riesgo que contribuyen a profundizar esta situación.

#### 4.1.4. Redes de apoyo

Tal como se planteó en la introducción del presente capítulo, la causa fundamental del fenómeno de habitabilidad en calle es la relación entre salud mental y redes de apoyo. De esta forma, para la presente sección es necesario hacer énfasis en el hecho de que la salud mental no se debe concebir ni tratar como un problema individual, sino como un tema social, asociado a factores estructurales, a contextos de violencias, de exclusión, de discriminación y de aislamiento de las personas. En este orden de ideas, la sección correspondiente a las redes de apoyo busca entender la manera en que la ausencia de estas, en entornos de violencia intrafamiliar, abandono de personas mayores y con discapacidades, así como la discriminación contra las diversidades sexuales son determinantes para la comprensión del fenómeno. A modo de ilustración, en el Centro de Atención Sociosanitaria para Población Habitante de Calle y en alto riesgo de estarlo se plantea lo siguiente:

Tener redes de apoyo, porque si bien en estos momentos ahonda el tema de la estabilidad emocional, es si tú no tienes o no sabes manejar tus emociones y el hecho de no contar con una red de apoyo, así que tú también tengas falencias personales y busques otro tipo de vínculos para poderte sentir bien, bien sea en el consumo o bien sea el estar aislado de esa familia que no tienes en ese tipo de fortalecimiento familiar.

(Entrevista Centro de Atención Sociosanitaria).

De manera breve, la figura 3 muestra los factores clave para comprender la relación entre la salud mental y el fenómeno de habitabilidad en calle.

**Figura 3. Redes de apoyo y el fenómeno de habitabilidad en calle**



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.5. Violencia intrafamiliar y abandono

Aunque la complejidad del fenómeno no permite afirmar que todas las personas habitantes de calle han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar, es necesario insistir en la relación que existe entre las posibles violencias de las que han sido víctimas las personas dentro de sus familias y el fenómeno de habitabilidad en calle. Dicho esto, tal como lo plantea el título de la sección, la violencia intrafamiliar puede dividirse en dos. Por un lado, la violencia infligida por los familiares a las víctimas y que puede variar en su naturaleza. Por otro, la violencia de las que son víctimas algunas personas adultas o con ciertas discapacidades que sufren el abandono de sus familiares.

Con respecto al primer grupo, durante el trabajo de campo se puso en evidencia que este tipo de violencias, en muchas ocasiones perpetradas a las personas desde que son menores, pueden ser agresiones sexuales o pueden constituir otro tipo de violencias físicas, encierro, abandono, etc. Esta situación fue mencionada tanto en las experiencias de vida de las personas habitantes de calle como reiterada desde las opiniones

y conocimiento de caso de los funcionarios y funcionarias entrevistados. En particular, en uno de los Hogares de Paso se planteó que “los motivos por los que más se llevan a la habitabilidad en calle, que es un tema de familia, de violencias, y eso te lleva al consumo de sustancias psicoactivas”.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá).

De manera similar, distintas experiencias de vida sobre las que se indagó durante el trabajo de campo narran las múltiples violencias a las que han estado sometidas las personas desde edad temprana. En ocasiones estas violencias eran represalias por no llevar dinero suficiente para gastos del hogar, situación que en un caso llevó a la persona a tener alta permanencia en calle desde los 5 años de edad para conseguir el dinero, por haber nacido como producto de una infidelidad o simplemente como método para disciplinar. Por otra parte, en dos de las historias de vida que se escucharon durante el trabajo de campo, los entrevistados reconocieron haber sido víctimas de violencia sexual por parte por parte de sus familiares: una mujer cisgénero fue víctima de abuso de su padre siendo menor de 10 años. y una mujer transgénero fue víctima de su padrastro también siendo menor de 10 años.

En últimas, si bien estos son casos particulares, las historias de vida de estas mujeres aportan elementos fundamentales para comprender la forma en que las múltiples violencias a las que puede estar sometida una persona las pueden conducir a dejar los hogares y a habitar la calle.

Por su parte, la violencia intrafamiliar asociada al abandono de familiares es de carácter distinto, pues se relaciona más con la incapacidad económica, física y emocional de las familias para lidiar con personas mayores o con diagnósticos psiquiátricos que requieren apoyo especializado con el que no cuentan. De manera particular, en el Centro de Alta Dependencia Funcional, Física, Mental o Cognitiva, servicio que hace parte del ecosistema de la oferta distrital frente al fenómeno que se encarga de población que por razones físicas o

cognitivas requieren atención y cuidado constante, se plantea que los desafíos en torno al manejo de familiares, sumados a la insuficiencia de centros de atención y cuidado permanente, llevan a las familias a abandonar a las personas con alta dependencia.

Las familias van alejándose. Se genera la dificultad en el manejo, se genera el quiebre al interior de la red familiar y terminan abandonándolos porque tienen una discapacidad cognitiva muy marcada o porque no saben darle un manejo a la discapacidad psicosocial. Entonces es un grosero, es un atrevido, es muy violento y prefieren abandonarlo en vez de aceptar que se necesita hacer toda una valoración por el área de psicología y posteriormente psiquiatría para estar medicada.

(Entrevista Centro de Alta Dependencia).

Adicionalmente, en la Subdirección de Adulthood de la SDIS se plantea que esta situación se incrementó durante la pandemia. Además de la incapacidad de las familias de lidiar con personas que requieren cuidados especiales y a la falta de espacios institucionales para el cuidado de este tipo de población, se le añaden las precarias condiciones económicas que produjo la cuarentena. De manera breve, la insuficiencia en la oferta institucional, las condiciones económicas de las personas y la incapacidad para manejar pacientes con alta dependencia se tradujo en un aumento del fenómeno de habitabilidad en calle y en una de las causas identificadas.

#### 4.1.6. Rechazo y discriminación a las diversidades sexuales

De manera general, el rechazo y la discriminación a las diversidades sexuales es una forma de ruptura de las redes de apoyo. Familiares o no. Este tipo de ruptura se manifiesta de maneras particulares que pueden conducir a las personas a abandonar dichas redes y, en caso de ser familiares y dependiendo de las edades de las víctimas de tales violencias, puede conducir al fenómeno de habitabilidad en calle.

Aunque se presentan ciertas diferencias en los casos conocidos de rechazo y de discriminación a las diversidades sexuales, hay ciertos aspectos que comparten todas las historias y que permiten identificar patrones del fenómeno. Estos patrones consisten en que cuando estas mujeres expresaron a sus familiares sus diversidades sexuales durante su niñez o adolescencia fueron rechazadas y discriminadas por parte de familiares y amigos. De manera particular, una de las mujeres narró que en su experiencia de vida la familia aceptó que ella, previo a su transición, se identificara como hombre homosexual. No obstante, cuando ella le expresó a la familia que se identificaba como mujer y que se iba a vestir como tal, fue rechazada de manera contundente. Tal como lo expresó la entrevistada, la familia podía entender que sintiera atracción por los hombres, pero no podía aceptar su proceso de transición.

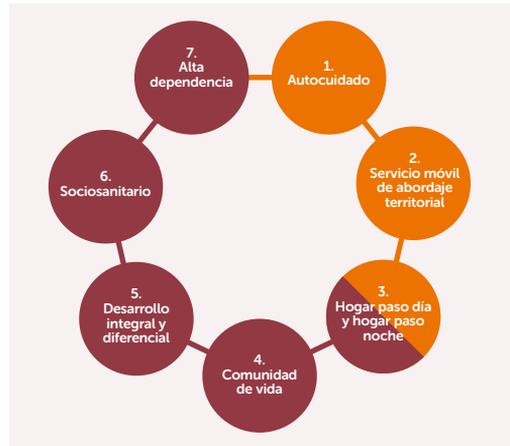
Ante este rechazo, a la edad de 16 años la entrevistada dejó la casa de la familia, se desplazó a otra ciudad donde realizó actividades sexuales pagadas, inició el consumo problemático de SPA y, posteriormente, su experiencia de habitabilidad en calle. A modo de cierre, si bien esta experiencia es particular, hay fuertes similitudes entre las mujeres transgénero habitantes de calle. Estas similitudes se manifiestan en la relación de rechazo, actividades sexuales pagadas, consumo problemático de SPA y el fenómeno de habitabilidad en calle.

## 4.2. Estrategias de atención a las personas que habitan la calle en Bogotá

De manera general, los servicios que presta la SDIS para atender el fenómeno de habitabilidad en calle se dividen en dos. Aquellos enfocados en la atención inmediata y aquellos que prestan una atención integral. El primer grupo, señalados en color naranja en la figura 4 son el Servicio de autocuidado, el Servicio móvil de abordaje territorial y algunos de los servi-

cios de los Hogares de paso. Por su parte, los servicios integrales, señalados en marrón, y que buscan un acompañamiento más completo a la ciudadanía, son: ciertos servicios de los Hogares de paso, las Comunidades de Vida, el Centro de desarrollo integral y diferencial, el Servicio Sociosanitario y el Centro de Alta Dependencia.

Figura 4. Estrategias distritales de atención del fenómeno de habitabilidad en calle



A continuación, se presenta una breve descripción de cada uno de estos servicios y sus objetivos generales.

### 4.2.1. Autocuidado

El Servicio de autocuidado ofrecido por el Distrito para personas en situación de calle tiene como objetivo brindar acompañamiento psicosocial y atención básica para mejorar la calidad de vida de esta población. Las jornadas incluyen un proceso de escucha activa, en las que los ciudadanos pueden expresar sus necesidades y, si lo desean, ser remitidos a otros servicios distritales, como los hogares de paso.

Este servicio, que se lleva a cabo tanto en unidades fijas como a través de equipos móviles, incluye la pro-

visión de insumos básicos de higiene y alimentos, y orientación a las personas hacia la inclusión social. Las jornadas son valoradas positivamente, ya que no presentan mayores desafíos operativos y han sido bien recibidas tanto por los funcionarios como por la ciudadanía general. Además, contribuyen a reducir riesgos asociados a la habitabilidad en calle y a generar redes de apoyo esenciales para las personas.

#### 4.2.2. Servicio móvil de abordaje territorial

A través de unidades móviles se realiza un abordaje en zonas donde habitan personas en situación de calle, brindando orientación, apoyo psicosocial y facilitando el acceso a servicios básicos como alimentación y autocuidado. La prestación de los servicios tiene lugar en los Hogares de paso.

#### 4.2.3. Hogares de paso

Los hogares de paso en Bogotá brindan un apoyo integral a las personas habitantes de calle, ofreciendo servicios de autocuidado, alimentación, dormitorios y acciones pedagógicas. Estos hogares están diseñados para atender las necesidades básicas de higiene y alimentación, además de trabajar en el desarrollo de habilidades y la construcción de proyectos de vida. Aunque la atención suele durar 15 días, la permanencia varía según el caso y se evidenció amplia flexibilidad en los tiempos de atención a la población.

Los hogares de paso ofrecen acompañamiento psicosocial, pero se ha señalado que sería beneficioso incluir actividades adicionales, como deportes y agricultura, además de la orientación profesional y de formación y charlas reeducativas. Esto con el fin de promover un enfoque más completo que potencialice la adherencia de esta población. A modo de ejemplo, una de las funcionarias del Centro de Atención Sociosanitaria que previamente trabajó en un hogar de paso, plantea lo siguiente:

El perfil de salud, la adicción física, sino también lo espiritual, lo artístico, lo deportivo, los mismos chicos que están en los hogares de paso, nos dicen, acá no nos dan deporte, acá no nos ponen a sembrar, acá no nos ponen, nos valen una mano y charlas en unos hogares que parecen cárceles, porque tú entras a un hogar y es de concreto, gris, frío, no hay, no hay ellos mismos la tienen clara, creo que lo que pasa es que nos falta escucharlos más y ellos mismos nos están dando una respuesta a lo que tú no.

(Entrevista Centro de Alta Dependencia).

Uno de los aspectos destacados es que se permite la entrada de animales de compañía, como perros y gatos. Estos reciben atención del Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal, incluyendo alimentación y desparasitación. Este esfuerzo particular busca reconocer los vínculos que se forman entre los animales de compañía y las personas, pues así se amplían las posibilidades de que las personas participen de estos servicios.

#### 4.2.4. Servicio Sociosanitario y Centro de Alta Dependencia

El Servicio Sociosanitario brinda atención en salud física y mental a las personas habitantes de calle, incluyendo acceso a servicios médicos, terapias y orientación sobre el sistema de salud. Es una intervención con una amplia demanda de la población, pero desde el trabajo de campo se plantea que se presentan importantes desafíos de cobertura.

Por su parte, el Centro de Alta Dependencia es un tipo de servicio diseñado para atender a personas en situación de calle con dependencia severa, ya sea por discapacidades funcionales, físicas, mentales o cognitivas. En particular, este servicio se encuentra en el municipio de La Mesa y, al igual que el Servicio Sociosanitario se enfrenta a limitaciones en lo referente a la capacidad con que cuentan y a la demanda de sus servicios.

#### 4.2.5. Comunidad de vida y Centro de desarrollo integral y diferencial

El servicio de Comunidad de vida en Bogotá ofrece un proceso integral de hasta nueve meses para personas habitantes de calle, enfocándose en capacitaciones, orientación profesional y acompañamiento psicosocial. Durante su estadía, los participantes avanzan por diferentes etapas, en las cuales se trabajan objetivos individuales como la adaptación, manejo de hábitos y ansiedad, hasta llegar a la fase de preparación para la reintegración social.

Un aspecto señalado es la insuficiencia de terapia psicológica dentro del sistema, ya que, aunque es accesible a través de las EPS, la oferta no alcanza a cubrir la demanda, limitando el impacto en la solución de los problemas de salud mental de los usuarios. Sin embargo, se destacan aspectos positivos como la satisfacción general de los participantes con las capacitaciones y actividades ocupacionales. A pesar de ello, se reconoce la reincidencia y el retorno de los ciudadanos a los servicios del Distrito, lo que refleja la complejidad de la superación del fenómeno de habitabilidad en calle.

El programa también ofrece un enfoque diferencial y promueve actividades recreativas y ocupacionales como la agricultura, el arte y el deporte, lo cual contribuye al desarrollo integral de los usuarios.

#### 4.2.6. Perfiles poblacionales y rotación entre las estrategias distritales de atención del fenómeno de habitabilidad en calle

Si bien la intencionalidad de los servicios es secuencial y busca que la persona pase de los servicios de atención inmediata a aquellos de atención integral, con la perspectiva de que una vez pasen por todos los servicios superen el fenómeno de habitabilidad en calle, en la realidad existen discontinuidades<sup>4</sup>.

De esta manera y tal como lo señala la figura 5, aunque los servicios distritales pretenden una secuencialidad en su diseño, debido a los desafíos particulares de este fenómeno la población atendida suele rotar entre los servicios, retornar a ellos de manera constante y, solo en algunas ocasiones, pasar por todos ellos y cerrar el ciclo. Es necesario tener en cuenta que el hecho de que las personas transiten por los servicios y concluyan el proceso en su totalidad sin registrarse de nuevo en ningún servicio, no significa necesariamente que hayan superado el fenómeno. La investigación identificó por lo menos tres posibilidades: i) superación efectiva del fenómeno; ii) fallecimiento de la persona, y iii) retorno al fenómeno de habitabilidad sin acceder a los servicios del Distrito. A la fecha, sin embargo, no existe información institucional de cuántas personas no retornan por haber superado la condición satisfactoriamente.

**Figura 5. Secuencialidad y rotación de las estrategias distritales de atención del fenómeno de habitabilidad en calle**



Fuente: Elaboración propia.

La base Sirbe de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), es la única fuente de datos que permite analizar las rotaciones de las personas beneficiarias en los servicios, esta también permite generar perfiles poblacionales de los beneficiarios. Esta base contiene

<sup>4</sup> La expectativa secuencial de los servicios presenta una excepción para el Centro de Alta Dependencia, pues la salida de este espacio solo se puede dar ante la solicitud de la persona atendida o en caso de fallecimiento.

ne información de personas únicas atendidas en cada servicio, su fecha de ingreso y egreso y las variables poblacionales asociadas al beneficiario(a). El análisis agregado de los datos sobre las trayectorias de atención de las personas habitantes de calle en el ecosistema distrital empleando la base Sirbe, revela tendencias importantes sobre el proceso de participación en los distintos servicios del sistema desde 2021 y con corte a agosto de 2024.

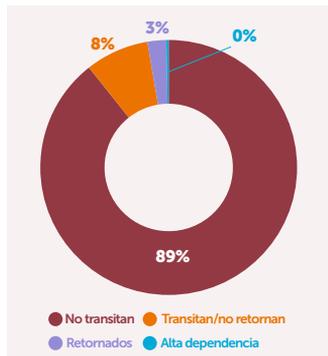
Para el análisis se generaron cuatro categorías. En primer lugar y dentro de la categoría “no transitan” se clasifican las personas que ingresan a los servicios de autocuidado, abordajes móviles u hogares de paso, pero que no transitan a los servicios integrales de comunidades de vida o al Servicio de Desarrollo Integral y Diferencial (Sedid). En la segunda categoría, “retornados”, se clasifican las personas que están en los servicios integrales como Sedid y comunidad de vida y luego retornan a los servicios de atención inmediata: autocuidado, abordajes móviles u hogares de paso. Finalmente, la categoría “Transitan/no retornan” clasifica a las personas únicas que cumplen la secuencialidad esperada, pasando de servicios inmediatos a los integrales sin retornar. La cuarta categoría, “alta dependencia”, captura las personas que están en servicios inmediatos, pero pasan a “alta dependencia”.

El análisis de los datos muestra que el 90 % de las personas se clasifican en la categoría “no transitan”, lo que en personas únicas atendidas equivale a 18.830 ciudadanos. Este hallazgo es importante por cuanto revela que la secuencialidad esperada del diseño de los servicios se rompe en su primer peldaño, pues el 89 % de las personas no accede, por diferentes razones, a los servicios integrales, al menos en el periodo estudiado.

El grupo de “transitan/no retornan” representa el 8 % de las personas atendidas, 1.685, que han logrado transitar hacia la comunidad de vida o al desarrollo integral y que luego no se registran de nuevo en ninguno de los servicios de atención. Si bien este porcentaje es más alto que el de personas que retornan, como se mencionó, no es posible evaluar la razón del no retorno. Por su parte, para la categoría “retornados”, los hallazgos muestran 498 (3 %) casos de personas que, a pesar de haber alcanzado niveles más avanzados de intervención, regresaron a los servicios de autocuidado, hogar de paso o abordaje territorial, es decir que a pesar de cumplir la secuencialidad establecida por diseño, regresan a la calle. La categoría “alta dependencia” es la menos representada con solo 60 personas, lo que equivale al 0,3 % de las personas atendidas. La tabla 2 ilustra estos hallazgos.

**Tabla 2. Número anual de personas clasificadas según trayectoria en el ecosistema de servicios distritales SDIS para personas habitantes de calle (2021-2024)**

Año	No transitan	Transitan/no retornan	Retornado	Alta dependencia	Total
2021	4.946	493	0	51	5.490
2022	8.398	617	1	1	9.017
2023	3.853	373	345	6	4.577
2024	1.572	201	152	2	1.927
<b>Total</b>	<b>18.769</b>	<b>1.684</b>	<b>498</b>	<b>60</b>	<b>21.011</b>



Fuente: Elaboración propia.

Se tiene que el total de personas únicas atendidas en el ecosistema de servicios distritales de la SDIS para personas habitantes de calle durante el periodo 2021-2024 es de 21.011, cifra que indica la magnitud del desafío que enfrenta el ecosistema de atención en la ciudad. El año con mayor atención fue 2022, con 9.017 (43 % del total

del periodo) personas atendidas, mientras que en 2024, con corte a agosto, se han atendido 1.927 personas. La mayoría de la población atendida durante el periodo son hombres (18.338), lo que equivale a un 87 %. En comparación, las mujeres (2.665) corresponden al 13 % y 8 personas intersexuales (ver Tabla 3)..

**Tabla 3. Número y proporción anual de personas según población atendida en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle (2021-2024)**

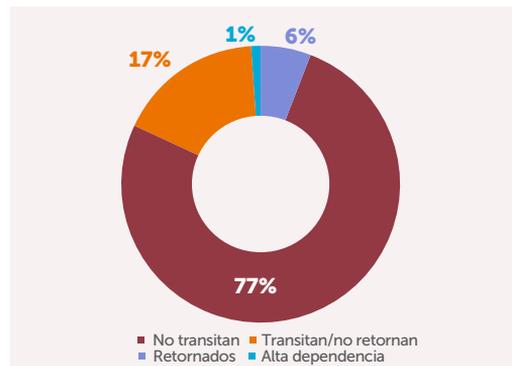
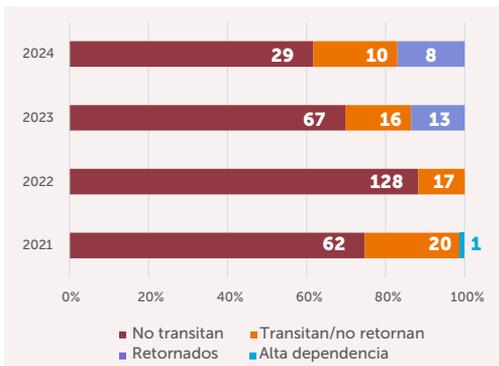
Año	Total población	Sexo			Población víctima	Población migrante	Población LGBTI	Población étnica
		Hombre	Intersexual	Mujer				
2021	5.490 (26 %)	4.902 (27 %)		588 (22 %)	264 (20 %)	2 (0 %)	83 (22 %)	55 (19 %)
2022	9.017 (43 %)	7.691 (42 %)	4 (50 %)	1.322 (50 %)	603 (46 %)	605 (46 %)	145 (39 %)	107 (37 %)
2023	4.577 (22 %)	3.997 (22 %)	3 (38 %)	577 (22 %)	323 (24 %)	552 (42 %)	96 (26 %)	94 (32 %)
2024	1.927 (9 %)	1.748 (10 %)	1 (13 %)	178 (7 %)	135 (10 %)	162 (12 %)	47 (13 %)	35 (12 %)
<b>Total</b>	<b>21.011 (100 %)</b>	<b>18.338 (100 %)</b>	<b>8 (100 %)</b>	<b>2.665 (100 %)</b>	<b>1.325 (100 %)</b>	<b>1.321 (100 %)</b>	<b>371 (100 %)</b>	<b>291 (100 %)</b>

Fuente: Elaboración propia.

Según las variables que permiten la identificación de los enfoques poblacional-diferencial en la Base Sirbe: migrantes, víctimas, de los sectores sociales LGBTI o con autorreconocimiento étnico, se encuentra que durante el periodo analizado estos grupos representaron el 6 % de la población atendida (sin categorías mutuamente excluyentes); 371 personas de las atendidas se autorreconocen como de los sectores sociales LGBTI,

lo que representa un 2 % de la población atendida (Ver Figura 6 abajo). Por último, solo el 1 % de la población atendida se reconoce como perteneciente a un grupo étnico (291 personas). Las personas que se autorreconocen como víctimas y la población migrante son los dos grupos poblacionales de mayor proporción dentro de las atenciones para personas habitantes de calle.

**Figura 6. Número de personas LGBTI clasificadas según trayectoria en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle**

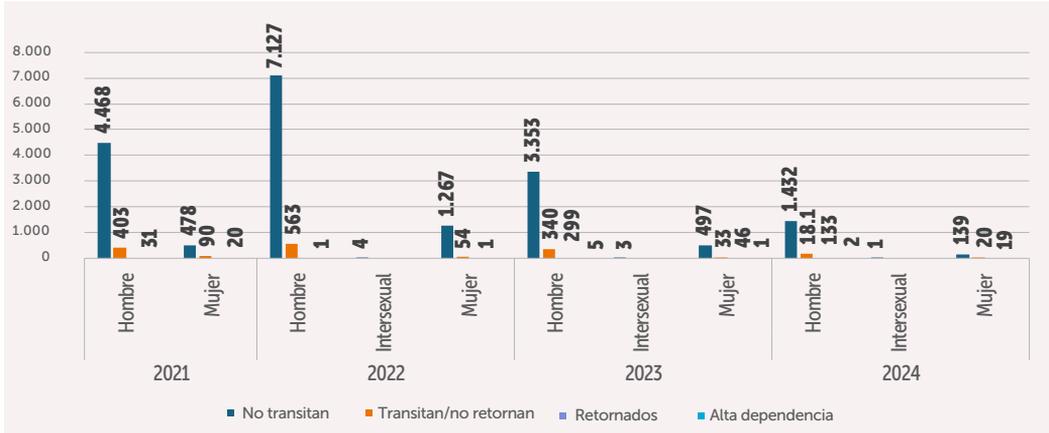


Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las categorías de tránsito descritas y en cuanto al sexo asignado al nacer, se encuentra que los hombres representan la mayoría de la población atendida que “no transita” en el sistema, lo cual es consistente con los datos poblacionales generales, donde los

hombres constituyen el 87 % de las personas atendidas (18.338). Por el lado de las mujeres, aunque constituyen solo el 13 % de la población atendida (2.665), su proporción de tránsito sin retorno es ligeramente más alta que la de los hombres (figura 7).

**Figura 7. Número de personas clasificadas según trayectoria y sexo en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle (2021-2024)**

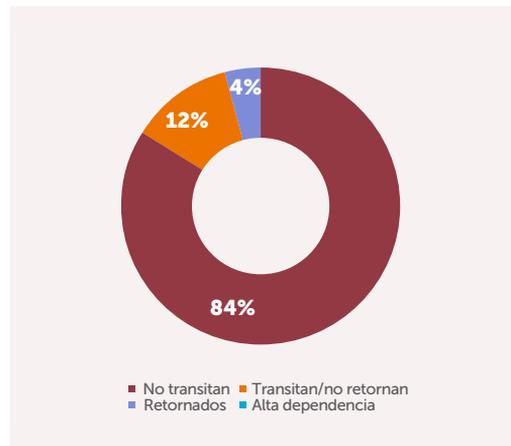
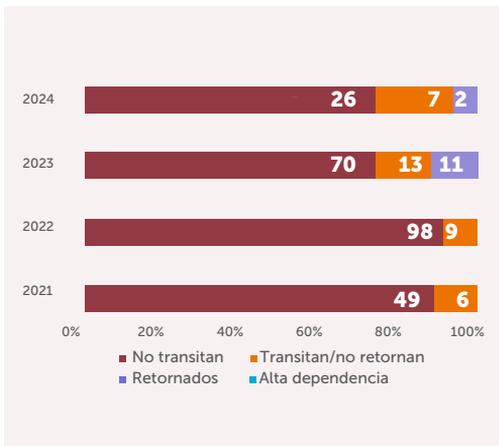


Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las personas atendidas pertenecientes a etnia se tiene que un número considerable de ellos no transitan. De las 291 personas atendidas, el 84 % perma-

necieron en la categoría de “no transitan”, mientras que solo 35 (12 %) personas se clasifican en la categoría de “transitan/no retornan” como se puede ver en la figura 8.

**Figura 8. Número de personas pertenecientes a etnias clasificadas según trayectoria en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle**

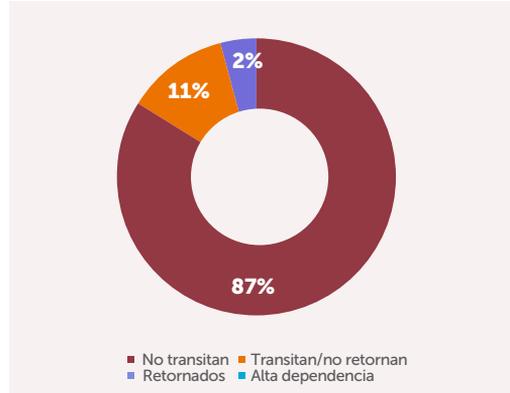
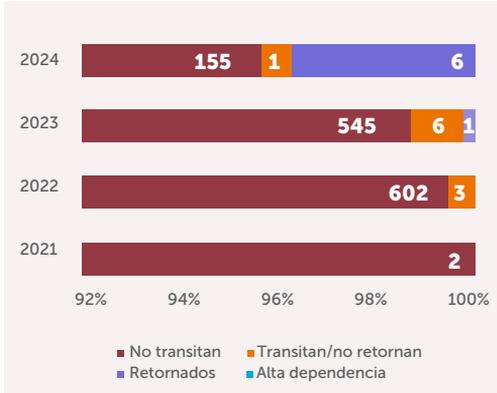


Fuente: Elaboración propia.

El caso de las personas víctimas del conflicto armado se conserva la misma tendencia; no obstante, la proporción

de personas que no transitan es del 99 %, y tan solo el 1 % transita y no retorna (figura 9).

**Figura 9. Número de personas víctimas clasificadas según trayectoria en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle**



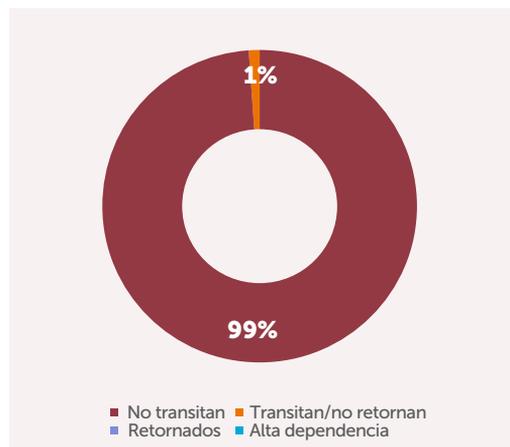
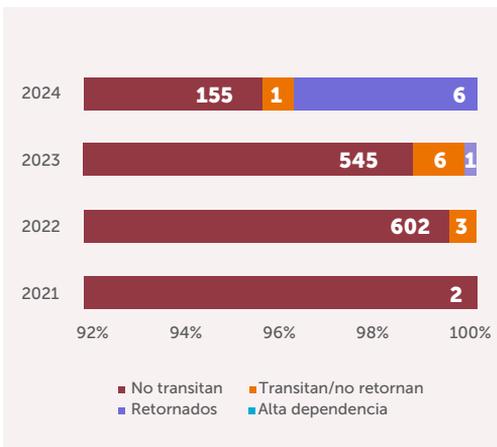
Fuente: Elaboración propia.

La población migrante atendida por el ecosistema de atención conserva la misma tendencia global y particular de cada uno de los grupos poblacionales analizados. Dentro de este grupo poblacional se identificaron 1.321 personas atendidas y un crecimiento abrupto entre 2021 y 2022, pues se pasó de dos personas atendidas en 2021 a 605 en 2022. Las personas migrantes que se mantienen en los servicios de autocuidado y hogares de paso sin pa-

sar a los servicios integrales corresponde al 99 % (figura 10).

La situación actual de conflictividad social entre las personas nativas/nacionales y las personas migrantes es un factor importante en este aspecto, pues las conflictividades se trasladan también a los espacios de prestación de servicios, por lo que es probable que la población migrante prefiera no acceder a los mismos.

**Figura 10. Número de personas migrantes clasificadas según trayectoria en el ecosistema de servicios distritales para personas habitantes de calle**



Fuente: Elaboración propia.

### 4.3. Factores que afectan la posibilidad de superación de la habitabilidad en calle

Teniendo como marco las causas estructurales de la habitabilidad en calle, salud mental y acceso a redes de apoyo, durante el trabajo de campo se logró identificar factores que facilitan o dificultan el fenómeno. Una conclusión reiterativa entre los participantes es que los casos satisfactorios de superación son pocos.

Dadas las percepciones de los participantes sobre la superación, y con el propósito de indagar en este tema, el objetivo de esta sección es describir los factores institucionales y personales que tanto funcionarios como

habitantes de calle han identificado como facilitadores u obstaculizadores en el proceso de superación efectiva de la habitabilidad en calle en Bogotá.

La tabla 4 recoge los factores que los participantes de la investigación resaltan como clave al momento de identificar riesgos y desafíos en la superación efectiva, así como también aquellos factores que actúan como facilitadores y por tanto pueden contribuir a disminuir el riesgo de reincidencia.

Tabla 4. Factores que afectan la superación de la habitabilidad en calle

Factores	Institucionales	Personales
Factores que facilitan la superación	Planes de desarrollo personal en servicios de atención inmediata	Acceso a redes de apoyo
	Cursos técnicos, estrategia Cipeira*	Género
	Seguimiento	Edad
Factores que dificultan la superación	Desempleo	Consumo crónico de SPA
	Discriminación laboral	Vivienda en pagadario
	Trabajo informal	No acceso a redes de apoyo
	Falta de procesos de rehabilitación de SPA	Tiempo de habitabilidad en calle
	Ausencia de apoyos en salud mental	
	Invisibilidad estadística	
Cambio en los equipos de talento humano		

Fuente: Elaboración propia, entrevistas a funcionarios y a personas habitantes de calle (julio-agosto 2024).  
\* Círculos Preparatorios Integrales de Aprendizaje.

Los factores institucionales son aquellos que dependen de políticas y programas y que están asociados a los servicios que presta el Distrito, asimismo, incluye otros factores que no dependen de situaciones temporales, sino de condiciones sistémicas tanto económicas como culturales. Los factores personales, por su parte, están asociados a la experiencia de vida de cada persona.

#### 4.3.1. Factores que facilitan la superación

##### 4.3.1.1. Institucionales

###### 1) Planes de desarrollo personal en servicios de atención inmediata

Como se ha mencionado existen servicios dentro del ecosistema de atención de la SDIS que se dirigen a

una atención inmediata de las personas habitantes de calle, por ejemplo, las jornadas de autocuidado y los hogares de paso (ver sección 4). Estos servicios atienden dos tipos de población, aquellos que ocasionalmente los usan, pero que prefieren continuar en la habitabilidad en calle y otras personas que, por el contrario, se cansaron de la dinámica de calle y prefieren acceder a un proceso de desarrollo personal. Así lo describe una funcionaria del Hogar de Paso Bakatá:

El hogar de paso: “Trabaja dos aspectos importantes. Uno, tiene aquel ciudadano que quiera hacer un proceso. Si dice, “oiga, me cansé de la calle, ya no quiero nada más, yo quiero hacer un proceso de desarrollo personal”. Pero está el otro que sí, “¿no sabe? a mí me gusta la calle, es mi modo de vivir y yo no quiero hacer un proceso”.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

Como muestran los análisis de la base Sirbe 2021-2024 presentados en la sección anterior, existe una proporción considerable de personas que solamente usan los servicios de atención inmediata (89 %) y no trascienden hacia los servicios integrales. No obstante, para las personas que manifiestan querer desarrollar un proyecto de vida, se afirma que este tipo de servicio en la inmediatez tiene la capacidad de detonar motivación entre las personas habitantes de calle. En este servicio inicial si bien es corto, pues es el primer momento del enrutamiento, se identifica como un detonador clave, o un primer momento en el camino hacia la superación.

Así lo menciona una funcionaria del servicio Sociosanitario:

¿[...] a usted cuál le gustaría? él dice: “me gustaría hacer tal” y nosotros en Mesa de referenciación presentamos el caso del ciudadano. El propósito es que si se va para la calle, se vaya con algo definido, de tal manera que no siga habitando calle. Acá los periodos, pues son cortos, entonces hacer ese proceso es más complejo, la fuerza se hace para que

vayan a una Comunidad de vida. Donde exactamente esa es la apuesta.

(Entrevista funcionaria servicio Hogar de Paso Bakatá)

El impulso a la motivación y manifestación inmediata de salir de la habitabilidad en calle es reforzado por este punto inicial, y si bien existen casos de no continuidad o de poco enganche, la motivación de haber compartido, hablado y planeado la estrategia de desarrollo personal se identifica entre los participantes como detonador inicial, permitiendo pensar en algo diferente a la calle y motivando el avance hacia las etapas subsiguientes del proceso de superación.

Se resalta que la priorización de la participación activa de la persona habitante de calle y su protagonismo en el diseño del proyecto de vida influye en el grado de compromiso. En este sentido, el diseño de la intervención enfocada en una perspectiva centrada en el individuo fomenta la confianza de la persona en su capacidad de tomar decisiones y de asumir un rol activo en su desarrollo, pues al incluir a la persona en la toma de decisiones se genera un sentido de responsabilidad compartida, lo cual puede incrementar su compromiso con el proceso y con las alternativas propuestas.

## **2) Cursos técnicos y estrategia Círculos Preparatorios Integrales de Aprendizaje**

Otro de los factores mencionados como de incidencia positiva en la posibilidad de superación de la habitabilidad en calle desde una perspectiva institucional, son los cursos técnicos de desarrollo de habilidades y la estrategia Cipeira que se desarrollan tanto en los hogares de paso como en los servicios integrales. Frente a los cursos de desarrollo de habilidades en oficios varios como el arte, la carpintería o la construcción, se menciona entre los participantes que aprender, desarrollar o descubrir una habilidad genera adherencia al proceso. Si bien se reconoce la dificultad asociada al consumo reciente y la ansiedad que produce por efectos de los síntomas de abstinencia, las

personas mencionan que aprender un oficio ocupacional o desarrollar una habilidad los motiva a permanecer en el proceso, así lo menciona una funcionaria:

Estén por los días que mínimo se van a realizar el curso. A veces, pues claro, uno entiende que la ansiedad de más hace que se salga, pero qué hemos evidenciado que los cursos ocupacionales hacen que los chicos permanezcan, y pues eso también fortalece mucho la mitigación de riesgo [...] las cosas ocupacionales, los motivan mucho.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

Los cursos ocupacionales generan motivación, pues permiten vincular al individuo en tareas significativas y orientadas a metas, que pueden ofrecer alternativas para nutrir la autoestima y generar propósito. En este sentido, estos cursos y la estrategia Cipeia contribuyen tanto a la recuperación como a la mitigación del consumo en el largo plazo<sup>5</sup>, pues se ha identificado que la formación ocupacional influye en la motivación de las personas y en la reducción de la exposición a entornos de riesgo.

Este hallazgo busca mostrar que más allá de que los cursos vocacionales y ocupacionales y la estrategia Cipeia sirvan como estrategias de ampliación de capacidades que buscan disminuir las barreras de acceso a empleo, estos cursos también sirven como enganche en el camino a la superación de la habitabilidad en calle e indirectamente mitigan el consumo de SPA de manera marginal.

### 3) Seguimiento

Si bien un hallazgo general del estudio es que para los diferentes servicios que presta la Secretaría no existe un plan de seguimiento oficial para monitorear los casos de superación y/o reincidencia, en este aspecto y como factor que facilita o que genera adherencia al proceso, se hizo mención a los estímulos sobre los esfuerzos o alcances que ha logrado la persona en el proceso.

En el caso de los servicios que se prestan tanto inmediatos como integrales, las personas participantes del trabajo de campo mencionan que ese reconocimiento al esfuerzo genera adherencia y motivación en ellos.

Lo que mencionaba de esa impresión psicosocial, sí como ir haciéndole seguimiento a sus compromisos. Muy mínimos porque, pues no somos un Centro de Desarrollo personal, pero sí es importante que esos ciudadanos que asisten día a día, reconozcan y vean esos cambios que quizás no los ven o no los reconocen.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

La interacción cotidiana o regular implica una intervención que, aunque ligera, en su constancia puede tener efectos acumulativos en la percepción de cambio y progreso personal de las personas. Estas pequeñas intervenciones pueden actuar como catalizadores para que las personas reflexionen sobre sus comportamientos, metas y logros, generando motivación de permanencia. Si bien, se reconoce que el impacto sobre el seguimiento “mínimo” a los logros es marginal, dada la complejidad de los casos y las dificultades sociales, físicas y emocionales, los participantes advierten que sí tienen significancia en generar confianza y seguridad. Asimismo, el seguimiento y la visibilización de los logros es importante según esta perspectiva, por cuanto las personas habitantes de calle pueden no ser conscientes de sus avances, también dado por una falta de retroalimentación externa.

#### 4.3.1.2. Personales

#### 4) Género y acceso a redes de apoyo

En el marco de las causas estructurales que se han identificado con anterioridad referentes a las redes de apoyo y a la salud mental como fenómeno social, las personas participantes del estudio indican que existen diferencias significativas, asociadas al género, en la posibilidad de superar el fenómeno. En primer lugar, se menciona que las mujeres cuentan con más herramientas personales y

<sup>5</sup> Existe evidencia internacional de programas que demuestran la efectividad de estas estrategias en superar la condición de habitabilidad y de recuperación de la adicción. Por ejemplo, en Chile la estrategia SENDA reporta que las personas que ingresaron al componente de oportunidades que busca contribuir a que los procesos de recuperación sean efectivos y sostenibles en el tiempo son más propensas a no recaer en consumo problemático (CJS, 2019).

de comportamiento para superar el fenómeno y en segundo lugar, se menciona que las mujeres cuentan con más redes de apoyo que los hombres.

En términos de lo primero, el conflicto asociado a los roles de género tiene una importancia significativa en este hallazgo, asociado a la menor propensión de los hombres a pedir ayuda en comparación con las mujeres (Amato & MacDonald, 2011). Los hombres, por roles de género, han sido instruidos para resolver sus problemas por sí mismos y a no pedir ayuda<sup>6</sup>.

Un hombre entrevistado en el servicio de autocuidado en Fontibón advierte en su relato que hubo rupturas familiares con su esposa e hijos por su consumo de alcohol. Estando ya en situación permanente de calle y viviendo en un cambuche, pero frecuentando las zonas de la ciudad en donde creció, advierte que sus amistades y familiares al verle en situación de calle ya no quieren tener contacto con él, y ese mismo rechazo que percibe fomenta que prefiera no pedir ayuda, por sentimientos de orgullo.

Adicionalmente, entre los factores de riesgo asociados al género, se identifica también la mayor propensión de los hombres al consumo<sup>7</sup>. Para el caso del fenómeno de habitabilidad en calle en Bogotá un funcionario ilustra esta idea:

Digamos que ellas dicen en algún momento, yo ya estoy cansada, quiero salir a la calle, digamos que tienen como más herramientas para poder hacer eso ahora. Cuando tú miras cuáles son los motivos que más llevan a la habitabilidad en calle, que son un tema de familia, de violencias, y eso te lleva al consumo de sustancias psicoactivas, pues digamos las mujeres lo manejan de otra forma; sin embargo, las mujeres que están en calle son muy maltratadas, abusadas sexualmente, en su mayoría.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

En cuanto al segundo aspecto relacionado con las redes de apoyo, los participantes señalan que para aquellas personas a quienes les es posible localizar o restablecer vínculos con sus familias, este factor puede facilitar significativamente el proceso de superación de la habitabilidad en calle. En particular, se hizo énfasis entre los funcionarios en que parte de los procesos de desarrollo personal incluyen la reconexión con las redes de apoyo; en algunos casos estas están dispuestas a retomar el contacto, pero en otros casos no. Lo mismo sucede con la persona en el proceso de desarrollo personal. Cuando hay casos de abuso, discriminación o en general violencia intrafamiliar las personas no tienen interés en reconectarse con la red familiar. El acceso de las mujeres a las redes se ve afectada por la conflictividad asociada a rechazos o a violencias intrafamiliares.

Los hombres eran una red de apoyo muy fragmentada, muy distante, en cambio, a comparación de las mujeres está más pendientes de ellas, donde podemos apoyarnos con la familia. [...] Básicamente es un tema de que, si buscamos a la red familiar, pues se nos van a dar respuesta a comparación [...] si vamos a hacer un acompañamiento o un fortalecimiento, pues la familia accede a comparación de los hombres que dicen no, no quiero saber de la vida, no me lo pase y no quiero escuchar lo que hablan con él.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

Entre los relatos de experiencia de vida de las personas habitantes de calle entrevistadas, aquellas con identidad de género femenina hicieron referencia a su madre o padre de manera positiva o negativa, mientras que las personas con identidad de género masculina nunca mencionaron en sus relatos a sus padres o madres. Las mujeres particularmente sienten deseos de superación inspirada en volver a sus hijos, en poder reconectarse con ellos.

<sup>6</sup> Los hallazgos de Amato y MacDonald (2011) muestran que el 70 % de los participantes dijeron sentir vergüenza al pedir ayuda al 50 % les molestaba tener que pedir ayuda.

<sup>7</sup> O'Neil (1990) realiza un análisis para determinar si existe más propensión al consumo de SPA en hombres como mecanismo de afrontamiento, sus resultados son consistentes con este hallazgo.

Más allá de las redes de familia biológica también se evidenció fortaleza en la construcción de redes una vez se establece la vida en calle o se decide ir a ella. Un caso exitoso de superación de la habitabilidad en calle, por ejemplo, es el de una mujer trans. Ella menciona que su vida en calle comenzó desde muy niña por el rechazo de su familia biológica a su identidad de género diversa. Su vida en calle en la localidad de Los Mártires si bien fue larga y no fue fácil, ella advierte que fue superada, en parte, por el apoyo constante de su madre trans.

### 4.3.2. Factores que dificultan la superación de la habitabilidad en calle

#### 4.3.2.1. Institucionales o estructurales

##### 1) Desempleo

La falta de oportunidades de generación de ingresos una vez se sale del proceso de desarrollo personal es una mención constante como obstáculo para lograr la estabilidad y prevenir la recaída en calle. El proceso de desarrollo personal está diseñado con el equipo de terapeutas teniendo en cuenta los gustos y aspiraciones de la persona. En este proceso de desarrollo metodológicamente se le pregunta a la persona habitante de calle qué oficios le gustan o quisiera aprender y de acuerdo con esto se generan los procesos de fortalecimiento de capacidades o de formación.

La persona termina el proceso de desarrollo personal habiendo aprendido o fortalecido el conocimiento en un oficio, pero en muchos casos esto no resulta en oportunidades de empleo o no contribuye a reducir las barreras de acceso al mercado laboral. Si bien esta es una situación estructural y es el caso para una porción de la ciudadanía, con respecto a las personas habitantes de calle dicha barrera es un mecanismo que favorece la recaída en calle.

Y los chicos pueden culminar un proceso, pero muchas veces se encuentran con la negativa de poder concretar eso que hicieron y muchas veces encontramos una sociedad que limita y que obliga, o incluso impulsa que el ciudadano vuelva a esta dinámica de calle. Sí, entonces, las oportunidades con relación a la vinculación laboral para una habitante de calle son muy mínimas.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

Los participantes del estudio destacan que las oportunidades laborales son el aspecto que más valoran dentro de sus planes de desarrollo personal. Sin embargo, también se reconoce la dificultad que implica la colocación laboral y la importancia crucial de generar ingresos, ya que, tras el proceso de recuperación, la falta de estabilidad económica se convierte en un factor determinante para el riesgo de recaer en la habitabilidad en calle.

Por último, frente a estos hallazgos de aspiraciones laborales también es importante destacar que de cierta manera se refuta el imaginario de que las personas habitantes de calle no tienen aspiraciones laborales y de generación de ingresos; por el contrario, la manifestación como ítem fundamental en su lista de metas por cumplir evidencia que independientemente de si es posible cumplirlas o no, sí existe una aspiración más allá de la supervivencia con o sin asistencialismo.

##### 2) Discriminación laboral

Sin contar con una herramienta institucional de seguimiento que permita conocer la proporción exacta de personas que completan programas de desarrollo personal y no regresan a la calle, el conocimiento del progreso se limita solo a los casos informados por redes de apoyo asociadas a conexiones personales con funcionarios de los servicios.

Para aquellos casos exitosos en los que la persona efectivamente logró una vinculación laboral formal se

menciona que existe riesgo de discriminación laboral debido a la condición previa de ser habitante de calle. Así lo menciona una funcionaria cuando relata el caso de una persona habitante de calle:

Profe yo estaba trabajando lo más de bien, imagínese que encontraron medidas correctivas allí que te debía algo y me sacaron del trabajo. En la casa como me sacaron del trabajo, me dijeron que así no me podían tener, entonces qué hago profe, ¿qué hago yo?

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

En este aspecto se evidencia que la condena por haber sido habitante de calle con o sin delitos asociados o imputados permanece, así haya evidencia de haber superado dicha condición. Esta situación dificulta o trunca el acceso al empleo formal, limitando el espectro de oportunidades.

### **3) Informalidad laboral**

Los hallazgos generales de las entrevistas evidencian que las personas habitantes de calle tienen como ingreso principal las donaciones que reciben de personas de la zona donde permanecen y de actividades asociadas al trabajo informal que son pagadas en dinero o en especie. Las personas habitantes de calle están familiarizadas con las dinámicas del barrio o zona donde se mantienen y con las actividades económicas aledañas a ese lugar. Un ejemplo mencionado por uno de los participantes es la zona aledaña a la Caracas con 19 donde hay un gran comercio de partes y accesorios para motocicletas, las personas habitantes de calle laboran asistiendo oficios varios asociados a esta actividad económica de distribución y comercialización legal o ilegal de elementos para motocicletas, siendo este su principal sustento.

Cuando las personas culminan los procesos de desarrollo personal regresan a los lugares donde saben con quién o cómo emplearse en oficios informales. Asumiendo los retos significativos de emplearse en el sector formal

mencionado, la opción de supervivencia racional es volver a los lugares que le son familiares, esto, no obstante, significa en la opinión de las personas participantes, un riesgo significativo por la misma dinámica de los entornos y por la imposibilidad de alcanzar una estabilidad económica y salir de los ciclos de ingreso/egreso diario que favorecen la informalidad.

Hacer el mayor énfasis en que dejen la informalidad, las ventas ambulantes y todo ese tipo de actividades que finalmente no los deja salir de su entorno de habitabilidad en calle.

(Entrevista Comunidad de Vida El Camino)

Asimismo, se menciona que tanto la habitabilidad en pagadarios como el trabajo informal en la calle son factores de riesgo para recaídas en consumo de SPA. Un funcionario advierte que los entornos de microtráfico son particularmente problemáticos, pues fomentan el consumo mediante el estímulo a la demanda por parte del enganche.

Ello trabajan en función de generar esa adicción, como cualquier multinacional, como cualquier dinámica capital, necesitan vender su producto, [...] atendiendo a mantener su negocio activo y ¿cómo lo mantiene activo? Pues aumentando el nivel de personas, que puede acceder a este consumo. Y eso hace que cada vez sea más fácil, más económico. Venga, le regalo.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

### **4) Falta de procesos de rehabilitación de SPA**

El consumo de SPA si bien no es una constante en las personas que habitan la calle, sí está presente en una gran mayoría de ellas. El consumo problemático puede desarrollarse antes de la condición de habitabilidad en calle o después de su inicio. El bazuco es uno de los psicoactivos de uso más común y es uno de los que presenta mayor adicción. Todas las personas habitantes de calle que compartieron sus experiencias de vida

mencionaron haber consumido sustancias psicoactivas, pero en el momento de la recolección de información habían cesado su consumo como parte fundamental de la permanencia y paso a los servicios integrales. La mayoría de las personas consumían bazuco, un hombre cocaína y su tiempo de habitabilidad en calle era significativamente menor al del resto de personas participantes. En varios de los casos el consumo inició por problemas personales y familiares y la adicción los llevó a la calle o a permanecer en ella. Tres mujeres tenían hijos y sentían a sus hijos como la motivación fundamental para superar la adicción.

Estos casos, si bien no son exitosos de superación de la adicción a la fecha de recolección de la información, sí pueden alcanzar el año sin consumo, pues es el tiempo estimado de tránsito de los hogares de paso a los servicios de atención integral si las personas completan el programa y no deciden retirarse prematuramente. Este periodo podría incidir en una probabilidad de éxito, pues se advierte que el riesgo de recaída más alto es durante el primer año de abstinencia. Este riesgo disminuye considerablemente luego de ese año<sup>8</sup>.

Los casos acá incluidos presentan un sesgo por cuanto en su mayoría están en los servicios integrales. Sin embargo, y los funcionarios participantes, al abordar el tema del consumo desde una perspectiva más amplia, señalan que, en muchos casos, el principal obstáculo para la permanencia en dichos servicios, y la principal causa de abandono voluntario, es el consumo de SPA, así como las recaídas tras egresar de los programas. También existe autorreconocimiento de la problemática.

Ellos mismos son los que reconocen que muchas veces ese descuido, esa dificultad en cuanto a pautas de autocuidado y demás está relacionado con ese nivel tan alto de consumo problemático de sustancias psicoactivas, casi que popularmente

hablando están tan pegados a ese consumo, sobre todo consumo de bazuco.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

A pesar de las dificultades asociadas a la superación del consumo en el corto y largo plazo, el Distrito no cuenta con servicios de atención en rehabilitación de sustancias psicoactivas en el sector salud, lo cual dificulta, desde una perspectiva médica, la superación.

Entonces ese es otro componente que está muy relacionado con esa carencia también de respuesta institucional frente a estos procesos de rehabilitación y mitigación de los riesgos relacionados con el consumo de sustancias.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

La falta de programas de rehabilitación para el acompañamiento médico y psicológico de SPA resuena en la noción de asumir el problema de consumo no como una problemática de salud pública o como un factor social, sino como un problema individual en el que se deja al individuo con consumo problemático en la situación de resolver su problema por sí solo. Se advierte entonces de parte de los participantes del estudio que la falta de programas de rehabilitación médica supervisada para las personas que quieren superar su consumo contribuye a que ellas no logren salir de esa situación, lo cual entre otras consecuencias les mantiene en la habitabilidad permanente u oscilante en calle.

Salud sí debería encargarse de implementar algún tipo de estrategia para que las personas que realmente quieren salir de ese trance o de todo ese proceso que han venido llevando durante años, lo puedan realizar de manera óptima. Pero con acompañamiento médico.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

8 Marlatt y Witkiewitz (2005) hicieron un estudio para estimar el tiempo mínimo de no consumo para tener mayores éxitos en la abstinencia. Según sus resultados el umbral corresponde a mínimo un año de abstinencia.

Asimismo, se menciona que la función de la red de apoyos en rehabilitación está relegada a las fundaciones que en muchos casos no cuentan con cupos suficientes para cubrir la demanda de este tipo de servicio.

### **5) Debilidad en los apoyos en salud mental**

Tal como se mencionó en la sección de las causas del fenómeno de habitabilidad en calle en Bogotá, las causas estructurales hacen referencia a la salud mental y a la falta de redes de apoyo. Al respecto, los participantes en el estudio reconocen que existe un déficit de atención en salud mental, y que la atención que se presta actualmente en el sistema de salud no es suficiente y tiene barreras en el acceso.

Al ser la salud mental una causa fundamental, la prestación de servicios de terapia psicológica, psicosocial, y psiquiátrica son un componente principal en la ruta de superación de la habitabilidad en calle. No obstante, tal como lo advierte una participante, la atención en servicios de salud mental debe estar también enfocada en la prevención y no solamente en la atención posterior.

Las estructuras ahorita de atención están volcadas a eso, a atender cuando ya está el problema y hemos descuidado honestamente desde hace muchos años el tema de prevención [...]. Ni siquiera es fácil y garantista acceder a una cita de Psicología con una EPS porque la calidad no es lo mejor [...], el tema de la salud mental debería ser un tema con muchísimo más protagonismo en el marco de lo preventivo.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

De esta manera, respecto del acceso a la atención la falta de este enfoque preventivo y las barreras de acceso a la atención contribuyen a que las personas enfrenten obstáculos significativos en la superación, al no poder contar con herramientas que en el corto, mediano y largo plazo sirvan como mitigadores de riesgo.

Actualmente, los apoyos que se brindan son accesibles solo mientras la persona esté en alguno de los servicios, lo que puede sumar un año de tratamiento; sin embargo, cuando la persona sale, se pierde la continuidad en el tratamiento y, dada la potencial vulnerabilidad ante el cambio en el proceso de superación, se hace fundamental poder garantizarle el acceso y la continuidad de la atención.

### **6) Invisibilidad estadística**

Las personas habitantes de calle tienen acceso a los programas distritales diseñados para atender sus necesidades. Sin embargo, una vez culminan los procesos de proyectos de vida en servicios como Sedid o Comunidad de Vida, y egresan de las unidades operativas, quedan excluidas de gran parte de la oferta de servicios distritales. Esto ocurre, en muchos casos, debido a que no cuentan con la encuesta Sisbén por no tener un lugar de residencia, lo que las deja fuera del sistema de clasificación para acceder a ayudas sociales.

Esta población, que ya se encuentra en un estado de exclusión extrema, enfrenta barreras adicionales para acceder a los servicios sociales ofrecidos por distintos sectores de la Administración, lo que agrava su condición de vulnerabilidad y aumenta el riesgo de regresar a la calle. Las personas participantes en el estudio señalaron que esta situación representa un importante factor de riesgo, ya que, aunque intentan superar la habitabilidad en calle, la falta de acceso a ayudas distritales debido a la ausencia del Sisbén dificulta significativamente su proceso de reintegración social.

Pero tendemos a eso, entonces nosotros estamos jugándole a superar situaciones de habitabilidad en calle y la población dice “Listo, voy a salir del cambuche, voy a salir de la olla de San Bernardo y voy a empezar a vender dulces en un bus y a pagarme mi camarote en un pagadario”. ¿Qué pasa? Esa persona, aún estando en pagadario e intentando superar

su situación de habitabilidad en calle, no puede todavía acceder a un puntaje.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

Asimismo y tal como lo menciona la funcionaria, esta condición de exclusión se acentúa al vivir en un pagadario. Es común que las personas que terminan los planes de desarrollo personal mayoritariamente recurren a los pagadarios como su primera opción de vivienda, pues en muchos casos los lazos familiares o las redes de apoyo están rotas. Asimismo, existen además barreras para acceder a arrendamientos formales por no contar con los papeles que se exigen para firmar algún contrato. Los pagadarios son entendidos para el DANE como Lugares Especiales de Alojamiento donde se asume la condición de no residencia habitual que debe cumplir una persona para ser encuestada en una unidad habitacional. Esto impide que se pueda aplicar la encuesta Sisbén u otro tipo de operación estadística en estos lugares de alojamiento. Esta barrera institucional resulta en la exclusión de muchas personas que son exhabitantes de calle del Sistema de Protección Social Distrital, al no poder vincularse a la herramienta de focalización oficial distrital y nacional.

### **7) Vivienda en pagadario**

De la misma manera que el entorno de empleo informal genera un factor de riesgo, la elección de vivienda en pagadario, por ser en muchos casos la única opción disponible de vivienda, resulta también un factor de riesgo para la superación efectiva de la condición de la habitabilidad en calle. Las personas participantes advierten que los entornos juegan un papel importante:

Hay que tener en cuenta también el tema de los entornos. Entonces también se buscan los pagadarios, la mayoría, hay unos que se prestan para el consumo, pues están en zonas de expendio. [...] A veces los pone como en riesgo, es una línea muy

delgada donde por buscar economía también se genera un factor de riesgo.

(Entrevista Hogar de Paso Bakatá)

El entorno de pagadario puede ser particularmente riesgoso para las personas que están superando un hábito de consumo, pues en muchos lugares es permitido el consumo y/o se cohabita con personas que consumen, lo cual genera un espacio propicio para recaídas. En muchos casos, esta condición es conocida, pero las opciones son limitadas, pues el pagadario ofrece una opción económica ante la falta de vinculación laboral o bajos ingresos producto de empleos informales. Asimismo, en muchos otros casos en los que no hay redes familiares o la red no está en condición de proveer un alojamiento, no existen opciones disponibles para estas personas.

### **8) Cambios en talento humano**

Las personas habitantes de calle advierten que los cambios drásticos en su diario vivir impactan su progreso o tránsito. Un hombre del servicio Sedid mencionó que los cambios del personal directivo o las demoras en la contratación del personal terapéutico afectaron su proceso de desarrollo personal por cuanto se afectaban los lazos personales y de confianza creados con los equipos. Las personas funcionarias de los servicios también advierten que estos periodos de renovación de contratos de órdenes de prestación de servicios, en particular de los servicios terapéuticos, en muchos casos implican periodos de dificultad en el quehacer del Centro, pues generan inestabilidad en los procesos tanto de funcionamiento como de las personas que están en curso con sus planes de desarrollo personal.

#### **4.3.2.2. Personales**

##### **1) Consumo crónico de SPA**

La condición de habitabilidad en calle es perpetuada por el consumo crónico de SPA. Tanto las personas

servidoras como las personas habitantes de calle coinciden en señalar el consumo crónico como un factor que dificulta la superación.

Las personas advierten que el consumo crónico actúa como un obstáculo en los hábitos de autocuidado que resultan ser los más esenciales en el camino hacia la superación de la condición. En términos generales, las personas que habitan la calle enfrentan desafíos significativos en el cuidado de su salud física y mental desde la higiene hasta la búsqueda de atención médica. El consumo problemático y crónico se presenta como una barrera, al reducir la motivación y la capacidad de la persona de tomar decisiones orientadas a garantizar y preservar su bienestar y autocuidado. La falta de autocuidado aumenta los riesgos de salud mental y física y directamente afecta la probabilidad de salir de la situación de calle, ya que se pierde el control sobre aspectos fundamentales de su vida diaria y se dedica solamente a suplir un vicio que en muchos casos es difícil de controlar. Así lo refiere una funcionaria:

Ellos mismos son los que reconocen que muchas veces ese descuido, esa dificultad en cuanto a pausas de autocuidado y demás está relacionado con ese nivel tan alto de consumo problemático, de sustancias psicoactivas.

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

De esta manera, el consumo crónico se asocia fuertemente a la necesidad de mantenerse en la calle. La adicción genera un ciclo de dependencia que afecta la capacidad de la persona para crear y sostener cambios en su vida, lo cual es crítico para romper la situación de habitabilidad en calle.

Pero el principal factor y el primordial y el mantenedor de alguna otra forma, es el consumo evidentemente problemático de sustancias psicoactivas. Este factor es predominante para el fenómeno de la habitabilidad en calle.

(Entrevista Sedid)

Asimismo, el tiempo de habitabilidad en calle prolongado se asocia a consumos problemáticos de SPA que pueden estar asociados a la misma condición de supervivencia en calle.

## **2) Tiempo de habitabilidad en calle**

El tiempo de habitabilidad en calle impacta de manera diversa a las personas, ya que mientras más prolongado sea este periodo, mayor es la probabilidad de desarrollar efectos negativos como problemas de seguridad, deterioro de la salud física y mental, aumento en el consumo de SPA, y la adopción de estrategias de supervivencia asociadas a estas condiciones adversas.

Por otro lado, quienes han pasado menos tiempo en la calle no han enfrentado de forma crónica las duras condiciones físicas y psicológicas propias de esta situación, lo que les permite conservar, en cierta medida, una mayor resiliencia y capacidad de reintegración. Sin embargo, la prolongación de estas experiencias que tienden a profundizar el deterioro físico y mental, incrementan a su vez la dependencia de apoyo externo.

En este sentido, la exposición de corto plazo a la vida en calle puede facilitar la intervención por cuanto existen factores que facilitan su salida y no se encuentran en estados de vulnerabilidad severa que dificulten su resiliencia.

Son personas que nunca, o por lo menos no han pasado más de 30 días en calle, que tampoco tienen en su marco de vida los efectos asociados a la habitabilidad en calle, es decir, no tienen tan marcado el hecho de no comer, de no dormir bien, los problemas de seguridad, todo lo que conlleva la parte del consumo de SPA y todavía no han perdido sus redes familiares.

(Entrevista Sedid)

Sin embargo, la exposición limitada o de corto plazo también puede llevar a que se subestime la seriedad



Foto: archivo Secretaría Distrital de Planeación

de su situación, pues no han experimentado las dificultades de largo plazo. Este es el caso de un hombre que asiste a los servicios de autocuidado en Fontibón, en su relato de experiencia de vida se evidencia que él normaliza la situación y su percepción es que sí es posible llevar una vida así, si esta es la opción que se le ha presentado. Él no tiene un consumo crónico, pero sí es consumidor ocasional y asiste a los servicios de autocuidado precisamente porque valora su autocuidado y no quiere perder esos hábitos. Las personas funcionarias advierten que la exposición limitada a la calle con ausencia de consumo problemático pone a estas personas en un estado de riesgo potencialmente reversible.

### 3) Edad

Las personas mayores enfrentan más riesgos de problemas de salud física, como enfermedades crónicas, movilidad reducida y discapacidades, que hacen más compleja la vida en la calle. Además, la pérdida de redes de apoyo y los problemas de salud mental, como la demencia o la depresión crónica, complican aún más la salida de la situación de calle. Los adultos mayores además tienen menos probabilidades de recuperar la autonomía financiera, lo que limita sus opciones de reintegración social.

Para las personas mayores es posible que las redes de apoyo se hayan reducido, lo cual limita sus oportunidades de apoyo social, emocional y económico. En términos económicos, la expectativa de reinserción laboral puede ser baja por sentimientos de resignación o dependencia. Un hombre que cuenta su experiencia de vida en el servicio de autocuidado de Fontibón relata que uno de sus compañeros de cambuche es una persona mayor con discapacidad, pero que no quiere acceder a los servicios distritales por resignación.

Los funcionarios además advierten que hay un déficit de servicios para las personas mayores, pues si bien existe todo un ecosistema para vejez y envejecimiento, en los casos de personas mayores en riesgo de habitar la calle ellas deben quedarse en los servicios para personas habitantes de calle, lo cual puede ser también un factor de riesgo:

¿Cómo vas a meter a un adulto mayor que tiene sus dificultades, que trabaja como vendedor ambulante y tiene y paga su pagadiario, decirle, duerma en medio de este consumo o habite en medio de esta situación?

(Entrevista Centro Escucha Centro Oriente)

## 5

# Conclusiones y recomendaciones de política pública

La atención a la habitabilidad en calle en Bogotá debe considerar que la salud mental no es un problema exclusivamente individual, sino un fenómeno social enraizado en contextos más amplios. Este enfoque reconoce que las redes de apoyo juegan un papel central en el bienestar emocional y mental de las personas. La falta de estas redes no solo afecta la capacidad de afrontar problemas de salud mental, sino que, una vez deteriorada la salud mental, es aún más difícil reconstruir o fortalecer dichas redes.

Los servicios que ofrece el Distrito deben partir de la premisa de que la salud mental y las redes de apoyo están estrechamente interrelacionadas. Para prevenir el fenómeno de habitabilidad en calle, parte de los esfuerzos deben enfocarse en fortalecer los espacios de construcción de comunidad en los barrios por medio de mercados de emprendimiento, actividades deportivas y otro tipo de estrategias que tengan como fin último la construcción de capital social. Este tipo de iniciativas, si bien no tienen el alcance de resolver las causas estructurales de los problemas de salud mental y de ausencia de redes de apoyo de las personas, sí pueden contribuir a que su deterioro y sus consecuencias sean menores.

La adherencia de los ciudadanos a los servicios del Distrito también depende de la capacidad de los programas para reconocer y trabajar con las estructuras sociales existentes en las comunidades informales, como los “cambuches”. Es fundamental que la atención se brinde considerando las relaciones sociales entre parejas o amigos, ofreciendo procesos conjuntos y a ritmos sincronizados para garantizar la integración efectiva en los servicios de rehabilitación y cuidado.

Finalmente, la presencia de redes de apoyo dentro de los servicios ofrecidos puede mejorar significativamente la adherencia y el éxito de los programas. Un enfoque integral que refuerce el valor de estas redes sociales en la vida de las personas en situación de calle puede ayudar a mitigar las barreras para acceder a los servicios del Distrito y fomentar una reintegración social más efectiva.

A continuación, se presenta una serie de recomendaciones que surgen de la investigación y que están enfocadas en prevenir el fenómeno, mejorar la atención y potenciar las posibilidades de superación. Tal como se señala en la tabla 5, estas recomendaciones están organizadas en función de los hallazgos y de las conclusiones presentadas en el texto.

**Tabla 5. Matriz de recomendaciones**

Hallazgos	Conclusiones	Recomendaciones	Sector	Temporalidad
La ausencia de las redes de apoyo incide en la salud mental y, una vez se presentan problemas de salud mental es más complejo construir o fortalecer las redes de apoyo.	La oferta del Distrito debe partir de este hecho y enfocar las estrategias de prevención y atención en el carácter social de la salud mental.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un mapa de prevención y concentrar los esfuerzos del distrito en estos espacios. El mapa debe identificar los nichos de prevención con el fin de que las estrategias del Distrito se focalicen en dichos espacios y sean pertinentes a ellos.</li> <li>2. Desarrollar actividades barriales, torneos de deportes, mercados de emprendimientos y otro tipo de esfuerzos que fortalezcan las redes de apoyo de la población. Estas acciones deben involucrar a la sociedad civil, organizaciones de vecinos, JAL, etc.</li> <li>3. Diseñar protocolos de persuasión para que los ciudadanos ingresen a los servicios del Distrito; se deben considerar las estructuras sociales de los "cambuches".</li> <li>4. En casos de parejas o amigos, la atención debe considerar procesos conjuntos y a ritmos conjuntos.</li> </ol>	1. SDIS, Idiprón, IDR, Alcaldías Locales 2. SDIS 3. SDIS	1. Corto plazo (6-12 meses)
La salud mental se debe pensar como un fenómeno social y no como una problemática individual exclusivamente.	Se deben entender la salud mental y las redes de apoyo como dos fenómenos asociados.			2. Corto plazo (0-3 meses)
Aunque de momento no es posible cambiar las condiciones de vida que llevan al deterioro de la salud mental, se deben realizar esfuerzos en torno al fortalecimiento de las redes de apoyo.	La atención debe reconocer la relación entre las redes de apoyo y el fenómeno.			3. Corto plazo (0-3 meses)
Las redes de apoyo que se generan en el fenómeno son importantes a la hora de fomentar tanto la vinculación a los servicios como la posibilidad de superación.	La adherencia a los procesos también depende de la presencia de las redes de apoyo en los servicios.			
El acceso a los servicios de salud se enfoca en la atención inmediata y su acceso por fuera de los servicios de SDIS e Idiprón es limitado.	El acceso a los servicios de salud para personas habitantes de calle está predominantemente orientado a la atención inmediata, lo que puede dejar de lado una atención más integral y preventiva. Asimismo, persisten barreras discriminatorias en el acceso, lo que refleja una brecha significativa en la igualdad de acceso a servicios esenciales.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover un enfoque de atención preventivo y continuo por medio de redes de centros comunitarios de salud integral en donde, más allá del servicio que prestan las EPS, sea posible ofrecer atenciones en salud mental a manera de ruta alternativa o de complemento a la ruta tradicional.</li> <li>2. Garantizar la implementación del enfoque poblacional en la atención en salud a las personas habitantes de calle.</li> <li>3. Garantizar el acceso al sistema de salud a los habitantes de calle. Teniendo en cuenta las dificultades a las que se enfrentan las personas habitantes de calle para acceder al sistema de salud debido a la exclusión de la que son víctimas, más allá de vincular a las personas a una EPS, se deben llevar los servicios de salud a los distintos centros de atención con que cuenta el Distrito para tratamientos y terapias de mediano y largo plazo.</li> </ol>	Salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Largo plazo (1-2 años)</li> <li>2. Corto plazo (6-12 meses)</li> <li>3. Largo plazo (durante el periodo de Gobierno)</li> </ol>
Existe discriminación en el acceso a servicios de salud para las personas habitantes de calle.				
El consumo puede presentarse antes o después de la habitabilidad en calle.	El consumo crónico de SPA es un factor que afecta significativamente la posibilidad de salir de la habitabilidad en calle.	Creación de programas de rehabilitación médica supervisada para personas con consumo crónico.	Salud	Largo plazo (1-2 años)

Hallazgos	Conclusiones	Recomendaciones	Sector	Temporalidad
Al culminar el proceso de desarrollo personal que se ofrece desde los servicios integrales las personas se enfrentan a dificultades asociadas con la generación de ingresos.	La empleabilidad, discriminación y la informalidad afectan en la capacidad de las personas de mantenerse por fuera de la calle.	Fortalecer la articulación público-privada con pequeños comerciantes o pymes en zonas estratégicas de la ciudad.	Desarrollo económico	Mediano plazo (1 año)
En su gran mayoría, las personas regresan al empleo informal y el entorno de la informalidad afecta su capacidad de mantenerse por fuera del fenómeno.		Formular programas de vinculación laboral con enfoque en personas habitantes de calle. Mediante alianzas con Cajas de Compensación Familiar u otro tipo de entidades, se puede utilizar el modelo de "Bonos de Impacto Social" o "Pago por Resultados" para promover la empleabilidad de quienes fueron habitantes de calle, en las que el Distrito sirve como garante y generador de confianza entre el empleador y el empleado.		Mediano plazo (1 año)
En los casos satisfactorios de empleabilidad formal existe un riesgo de discriminación y rechazo por ser exhibitante de calle.		Crear y promocionar cooperativas según perfilamiento de oficios preferentes.		Mediano plazo (1 año)
		Crear manuales de flexibilización de requisitos para contratación en aspectos como la experiencia laboral requerida, los horarios laborales y verificación de antecedentes penales para ciertos oficios.		Corto plazo (1-6 meses)
Las personas que logran superar el fenómeno no pueden acceder a las ayudas de asistencia social sin Sisbén, pues si no hay residencia habitual, no pueden pedir encuesta Sisbén.	Las personas que logran superar el fenómeno de habitabilidad en calle enfrentan obstáculos significativos para acceder a las ayudas de asistencia social. La primera opción de vivienda a la que recurren es el pagadario, o en raros casos, el retorno al núcleo familiar, lo que limita la estabilidad residencial y emocional.	Diseñar e implementar herramientas alternativas de focalización equiparables al Sisbén.	Planeación y todos los sectores de la Administración	Corto plazo (6-12 meses)
Existen limitantes en la estabilidad residencial, pues la primera opción de vivienda a la que recurren es el pagadario, o en raros casos, el retorno al núcleo familiar.		Crear un programa de subsidios o ubicación temporal no condicionado para prevenir los pagadarios como primera opción.	Hábitat	

Hallazgos	Conclusiones	Recomendaciones	Sector	Temporalidad
Los planes de desarrollo personal, los cursos técnicos y la estrategia Cipeira son factores que contribuyen a la adherencia y por tanto favorecen la capacidad de superación.	Frente a la prestación de los servicios <i>in situ</i> existen tanto elementos que fomentan la adherencia como otros que impactan negativamente los procesos de desarrollo personal, impidiendo una continuidad en la atención y en los avances alcanzados.	Instaurar procesos de seguimiento regulares (cada tres meses) para las personas que culminan el proceso de desarrollo personal en los diferentes servicios integrales.	SDIS, Idiprón	Corto plazo (6-12 meses)
El entorno físico y de personal de los diferentes servicios afecta en proceso de adherencia y/o de capacidad de superación.		Prevenir la rotación / retraso en la contratación de los equipos en particular de las directivas y del personal de salud mental.	SDIS	
		Expandir los espacios verdes y/o huertas, los espacios artísticos y/o los gimnasios en las unidades operativas.	SDIS	
		Separar y generar estrategias diferenciales para personas con consumo crónico y no crónico y según el tiempo de habitabilidad en calle.	SDIS	Mediano plazo (1-2 años)
Las personas mayores tienen más dificultad de superación y requieren los programas de asistencia social para mejorar su calidad de vida.	La edad, el género y el tiempo de habitabilidad en calle son factores que afectan la posibilidad de la superación de la habitabilidad en calle.	Fortalecer la sinergia de servicios para persona mayor y aumentar la capacidad de los servicios de vejez para personas mayores en riesgo de habitar la calle.	SDIS	Corto plazo (1-6 meses)
Entre menos días en la calle más posibilidad tienen de salir de la misma. La habitabilidad de largo plazo genera hábitos y adaptación que pueden incidir en el consumo de SPA.		Entregar transferencias monetarias a las personas mayores en riesgo de habitar la calle.		
			Establecer programas que faciliten y favorezcan el acceso inmediato a soluciones habitacionales temporales para las personas en riesgo de habitar la calle, reduciendo su tiempo de permanencia, tipo alojamientos de transición sin condicionalidades.	Hábitat

# Referencias

- Abramovich, A., & Shelton, J. (2017). *Where am I going to go? Intersectional approaches to ending LGBTQ2S youth homelessness in Canada & the U.S.* Canadian Observatory on Homelessness Press.
- Amato, F., & MacDonald, J. (2011). Examining risk factors for homeless men: Gender role conflict, help-seeking behaviors, substance abuse, and violence. *The Journal of Men's Studies*, 19(3), 227-235
- Busch-Geertsema, V. (2015). A global framework for understanding and measuring homelessness. *Conference: Homelessness in a Global Landscape* (Institute of Global Homelessness, DePaul University).
- Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Instituto de Sociología de la Universidad Católica (SENDA). (2019). *Informe final: Evaluación de resultados de los programas de tratamiento y rehabilitación del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, Chile*. Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Instituto de Sociología UC.
- Cordero, M. (2017). *Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa*. Universidad de Puerto Rico.
- Farigua-Buitrago, S., Pedraza-Calderón, J., & Ruiz-Lurduy, R. (2018). Experiencias de habitantes de calle que asisten al Programa de Salud CAMAD Rafael Uribe Uribe en Bogotá. *Revista Ciencia Salud*, 16(3), 429-446.
- Fitzpatrick, S., Bramley, G., & Johnsen, S. (2013). Pathways into multiple exclusion homelessness in seven UK cities. *Urban Studies*, 50(1), 148-168.
- Geoffrey, N., et al. (2014). Early implementation evaluation of a multi-site Housing First intervention for homeless people with mental illness: A mixed methods approach. *Evaluation and Program Planning*, 43, 16-26.
- Goering, P. S. D., et al. (2014). The At Home/Chez Soi trial protocol: A pragmatic, multi-site, randomized controlled trial of Housing First in five Canadian cities. *Psychiatric Services*, 65(3), 275-282.
- Johnson, G., Parkinson, S., & Parsell, C. (2012). Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia. *AHURI Final Report No. 184*. Australian Housing and Urban Research Institute.
- Keohane, R., & Verba, S. (2021). *Designing social inquiry: Scientific inference in qualitative research*. Princeton University Press.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (2005). Relapse prevention for alcohol and drug problems. En *Relapse prevention (2nd ed.)*, *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*.
- McDevitt, I. (2021). *Work works: A comprehensive solution to homelessness*. International City/County Management Association. <https://icma.org/articles/pm-magazine/work-works-comprehensive-solution-homelessness>.
- Nuestra Casa. (2022). *Evaluación del modelo vivienda primero: La experiencia del programa vivienda con apoyo 2018-2021*. Nuestra Casa.

- O'Neil, J. (1990). Assessing men's gender role conflict. En *Men in conflict: Problem solving strategies and interventions*. American Association for Counseling and Development.
- Padgett, D. K., Gulcur, L., & Tsemberis, S. (2006). Housing First services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Research on Social Work Practice, 16*(1), 74–83.
- Pinzón, C. (2023). *Prevención de riesgos y reducción de daños: Abordaje, conceptos y estrategias* (Documento temático #40).
- Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). (2019). *Evaluación de resultados: Hogares de paso día-noche para ciudadanos habitantes de calle de Bogotá*. Secretaría Distrital de Integración Social.
- Secretaría de Bienestar e Igualdad Social. (2024). *Personas en situación de calle y abandono social*. <https://sibiso.cdmx.gob.mx/personas-en-situacion-calle-y-abandono-social>.
- Shinn, M., & Khadduri, J. (2020). *In the midst of plenty: Homelessness and what to do about it*. Wiley-Blackwell.
- Tavares, L., Graça, P., Martins, O., & Asencio, M. (2005). *Evaluation of the National Strategy for the Fight Against Drugs 1999–2003*. Instituto Nacional de Administração.
- Toro, P. A., Dworsky, A., & Fowler, P. J. (2007). Homeless youth in the United States: Recent research findings and intervention approaches. *National Symposium on Homelessness Research*. <https://aspe.hhs.gov>
- Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2013). Mental illness and substance use problems in relation to homelessness onset. *American Journal of Public Health, 103*(S2), S282–S288. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301309>
- Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The pathways model to end homelessness for people with mental health and substance use disorders*. Hazelden Publishing.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health, 94*(4), 651–656.
- United Nations Human Rights (UNHR). (2016). *Homelessness and human rights*. United Nations.
- Vagnerova, M., Marek, J., & Csemy, L. (2020). How the length of time spent on the streets impacts adjustment to homelessness. *KONTAKT: Journal of Nursing and Social Sciences Related to Health and Illness, 14*.
- Winetrobe, H., et al. (2017). Differences in health and social support between homeless men and women entering permanent supportive housing. *Women's Health Issues, 27*(3), 286–293.
- Zuleta, P., Santos, D., & Zuleta, H. (2019). *Centros de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD)*. Documentos CEDE, enero.

# Anexos

## Códigos del trabajo de campo con habitantes de calle

Nombre	Descripción
Atención_Abordaje integral	Se refiere a los esfuerzos de las entidades en la prestación de un servicio integral que busca abarcar la complejidad del fenómeno en su totalidad.
Atención_Acceso	Se refiere a las estrategias y/o limitaciones en el acceso a los servicios.
Atención_Acompañamiento psicosocial	Todos los servicios de acompañamiento psicosocial dados por profesionales a los habitantes de calle.
Atención_Adherencia	Se refiere al grado de adherencia a los procesos por parte de la población.
Atención_Alcance	Se refiere al alcance y propósito de cada uno de los servicios señalados.
Atención_Articulación institucional	Se refiere a las estrategias de articulación entre las entidades en función de las necesidades de la población. Ejemplo, remisiones de población, traslados, etc.
Atención_Capacidad Institucional	Se refiere a la capacidad (en cantidad y en calidad) de las instituciones para atender la demanda de los servicios por parte de la comunidad.
Atención_Desarrollo personal y profesional	Se refiere a las actividades que se realizan en cualquiera de los servicios en tornos a procesos educativos, la productividad y posibilidad de emplearse de la población.
Atención_Desintoxicación	Se refiere a las estrategias que se realizan en el marco de la atención para la desintoxicación y deshabituación de consumo de la población.
Atención_Enfoque diferencial	Se refiere a la especificidad de la atención en función de las necesidades de la población.
Atención_Redes de apoyo	Se refiere a las estrategias de búsqueda y el papel que tienen las familias y redes de apoyo en los procesos de atención.
Atención_Reincidencia	Se refiere a los casos de reincidencia de la población.
Atención_Salud	Se refiere a los temas relacionados a las salud de los habitantes de calle o a la comunidad
Atención_Salud mental	Se refiere a las acciones y tipos de atención que existen en torno a la salud mental de la población.
Atención_Salud menstrual	Se refiere a todo lo asociado a la salud menstrual de la población.
Atención_Territorialización	Se refiere a la diferenciación territorial de los servicios o del fenómeno.
Atención_Transición entre servicios	Se refiere a la movilidad de la población entre los servicios que ofrece el Distrito.
Causas_Consumo	Se refiere a los casos en que el consumo es la causa del fenómeno.
Causas_Redes de apoyo	Se refiere a la ausencia de las redes de apoyo como una de las causantes del fenómeno. El ecosistema de las redes de apoyo incluye a las familias de la población.

Nombre	Descripción
Causas_Salud mental	Se refiere a la salud mental como causa principal del fenómeno.
Causas_Socioeconómicas	Se refiere a los ingresos como una de las causas del fenómeno.
Contexto_Rechazo población	Maltrato que reciben los habitantes de calle por los distintos sectores de la sociedad. Puede incluir el rechazo de los miembros de la familia a la población y se relaciona de manera directa con las redes de apoyo.
Contextos_Dinámicas barriales	Caracteriza ciertas dinámicas de los barrios, la seguridad, el microtráfico, las oportunidades, etc.
Población_Actividades sexuales pagas	Se refiere a la población que hace parte del fenómeno y que ejerce actividades sexuales remuneradas.
Población_Caracterización	Se refiere a la caracterización general de la población atendida.
Población_Discapacidad	Se refiere a la población con discapacidad que hace parte del fenómeno.
Población_Etnicidad	Busca describir a la población étnica que hace parte del fenómeno.
Población_LGBTI	Busca describir a la población LGBTI que hace parte del fenómeno.
Población_Migración	Se refiere al tipo y características del acceso que tiene la población migrante no regularizada.
Población_Mujeres	Se refiere a la caracterización de las mujeres dentro del fenómeno.
Población_Vejez	Se refiere a la caracterización de las personas mayores dentro del fenómeno.
Población_Víctima	Caracteriza a la población víctima dentro del fenómeno.
Recomendaciones	Se refiere a las recomendaciones generales que planean los interlocutores.
Servicios_Autocuidado	Busca caracterizar los servicios prestados en las jornadas de autocuidado.
Servicios_Centro Escucha	Se refiere a los servicios ofrecidos por los Centro Escucha.
Servicios_Hogar de paso	Se refiere a los servicios de hogares de paso
Superación_Consumo	Se refiere al consumo como factor de riesgo en la superación del fenómeno.
Superación_Factores de riesgo	Busca caracterizar los factores de riesgo de reincidir en el fenómeno.
Superación_Generación de ingresos	Se refiere a las estrategias para generar ingresos de la población después de pasar por los servicios del Distrito.
Superación_Pagadario	Se refiere a la necesidad de la población de recurrir pagadarios después de superar el fenómeno.
Superación_Red de apoyo	Se refiere al rol de las redes de apoyo para la superación del fenómeno.
Superación_Seguimiento	Se refiere a las estrategias de seguimiento tras la salida de la población de los servicios.
Superación_Sisbén y otros	Se refiere a los programas y otros servicios a los que puede o no acceder después de pasar por los servicios asociados a la habitabilidad en calle.

Fuente: Elaboración propia.

## Secretaría Distrital de Planeación

-  <http://www.sdp.gov.co/>
-  Secretaría Distrital de Planeación
-  Planeacionbog
-  planeacionbogota
-  @Planeación-bogotá
-  Secretaría Distrital de Planeación
-  +57 601 335 80 00
- +57 601 381 30 00