



La salud
es de todos

Minsalud

LINEAMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE

- Transversalización del enfoque diferencial

OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL
Grupo Gestión Integral Para la Promoción Social
Equipo Habitanza en calle

Bogotá, Agosto de 2021



Contenido

1. Introducción
2. Marco conceptual, normativo y Jurisprudencial
3. Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población habitante de la calle
 - 3.1 Dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud
 - 3.2 Enfermedades y su prevalencia en población habitante de la calle
4. Abordaje de la habitanza en calle y atención integral de la población habitante de la calle por el sector salud
5. Marco estratégico y líneas de acción
 - 5.1. Inclusión social del habitante de la calle y participación familiar y comunitaria
 - 5.2. Aseguramiento en salud y gestión del riesgo colectivo
 - 5.3. Gestión del riesgo en salud para habitantes de la calle
 - 5.4. Gestión del conocimiento en salud del habitante de la calle
6. Bibliografía

DOCUMENTO PUBLICADO Y AUTORIZADO 2019



Siglas

Atención Primaria en Salud -APS
Componente de Atención Integral en Salud -CAIS
Corte Constitucional -CC
Entidad Administradora de Plan de Beneficios -EAPB
Enfermedad Diarreica Aguda -EDA
Enfermedad Respiratoria Aguda -ERA
Enfermedad Transmisible por Alimentos -ETA
Enfermedad Transmisible por Vectores -ETV
Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA-
Infecciones de Trasmisión Sexual -ITS
Instituciones Prestadoras de Salud -IPS
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF
Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS
Organización Mundial de la Salud –
OMS Organización Panamericana de la Salud –
OPS Plan Decenal de Salud Pública -PDSP
Plan de Beneficios en Salud –
PBS Planes de Intervenciones Colectivas -PIC
Política de Atención Integral en Salud -PAIS
Política Pública Social para Habitantes de la Calle –
PPSHC
Reducción de Riesgos y Daños-RRD
Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS
Sistema General de Seguridad Social en Salud –
SGSSS
Sustancias Psicoactivas -SPA
Tuberculosis -TB
Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH



1. Introducción

De acuerdo con los tres ejes definidos en la Política Pública para Habitantes de la calle, le corresponde al Estado realizar acciones para la prevención de la habitanza en calle, la atención para el restablecimiento de derechos e inclusión social de la población y la articulación intersectorial e interinstitucional que garantice esa atención.

En desarrollo de esta responsabilidad, el presente documento hace parte de la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle –PPSHC y se ocupa del “Componente de Atención Integral en Salud para habitantes de la Calle”, de que trata la Ley 1641 de 2013. El liderazgo y desarrollo de los demás componentes de la PPSHC compromete las competencias y las responsabilidades de otras entidades del Estado tanto del nivel nacional como de los departamentos, distritos y municipios, dentro del propósito de dicha Ley.

El componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle se constituye en el principal lineamiento para la implementación de la atención diferencial en salud para los habitantes de la calle en el país, el cual se organiza de la siguiente manera:

En primer lugar, el numeral 2 de este documento precisa el alcance de los conceptos que atañen a las poblaciones hacia quienes va dirigida la Política Pública Social para Habitantes de la Calle-PPSHC, , y a la atención integral e integralidad, y se menciona el marco jurídico y jurisprudencial sobre la atención a los habitantes de la calle.

Seguidamente, se enuncian las características del acceso a los servicios de salud, incluyendo la descripción de las afectaciones de salud de la población habitante de la calle, las dificultades y barreras de acceso para su atención integral en salud, así como las enfermedades y su prevalencia en población habitante de la calle.

En el siguiente bloque se precisan los aspectos básicos para el abordaje de la habitanza en calle, la prevención de la situación de calle y la atención integral de la población habitante de la calle por el sector salud. Para ello se tienen en cuenta la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, la Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la salud y el Plan Decenal de Salud Pública.

En este acápite, a partir del marco estratégico se precisan los alcances de las cuatro líneas de acción, estructuradas para garantizar la atención integral en salud del habitante de la calle: i) inclusión social del habitante de la calle y participación familiar y comunitaria, ii) aseguramiento en salud y gestión del riesgo colectivo, iii) gestión del riesgo en salud para habitantes de la calle y iv) gestión del conocimiento en salud del habitante de la calle. Para cada línea, se incluye la definición, sus objetivos, las estrategias, las actividades y los agentes o actores responsables, destacándose la importancia de los agentes del sistema de salud, la participación de la persona habitante de la calle y el trabajo compartido con las redes de apoyo familiar y comunitario para



alcanzar los objetivos de bienestar y mejoramiento de las condiciones de salud de esta población.

Por último es preciso señalar que la adopción e implementación de los contenidos del Componente de atención integral en salud para habitantes de la calle se verificará mediante el seguimiento que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social a los planes territoriales de salud, considerando que estas entidades tienen la competencia para el desarrollo de los programas sociales y que se requiere del decidido compromiso, voluntad política y gestión de sus autoridades administrativas, como punto de partida para obtener los resultados esperados en prevención de la habitanza en calle y la atención integral a la población habitante de la calle.

2. Marco conceptual, normativo y jurisprudencial

Además de los enfoques y principios señalados en la Política Pública Social para Habitantes de la Calle -PPSHC, este documento retoma como referentes para definir los lineamientos del componente salud, los conceptos de habitante de la calle, persona EN calle, habitanza en calle, población en riesgo de calle, atención integral e integralidad. Así mismo, menciona el marco jurídico y pronunciamientos jurisprudenciales en torno de la atención integral en salud de la población habitante de la calle. Tales conceptos se definen así:

La persona habitante de la calle es aquella “que hace de la calle su lugar de habitación” “donde satisface todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria”, es decir, “desarrolla todas las dimensiones de su vida en el espacio público, es decir, las actividades de su vida íntima y social” (Ley 1641 de 2013) (Barrios, Góngora y Suárez, 2006) (MSPS, 2017).

La persona EN calle es aquella que “hace de la calle el escenario propio para su supervivencia. Sin embargo, alterna el trabajo en la calle, la casa y la escuela. Es decir, cuenta con un espacio privado diferente de la calle donde reside, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel” (Barrios, Góngora y Suárez, 2006).

Las personas habitantes de la calle y las personas en calle conforman el grupo de población en situación de calle (PPSHC; 2021).

Habitanza en calle. Se ha concebido que la habitanza en calle es un fenómeno social urbano multicausal, caracterizado por el desarrollo de hábitos de vida en calle por parte de personas que generan dinámicas de vida complejas, no lineales, y que se convierten en estructurantes de un esquema para obrar, pensar y sentir asociados a una posición social, lo cual determina una forma de vivir e interactuar con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (MSPS, 2015/2016).

La población en riesgo de calle es aquella cuyo contexto se caracteriza por la presencia de factores predisponentes para la vida en calle y factores precipitantes de la vida en calle. Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle (MSPS, 2015).



Factores predisponentes para la vida en calle. Son aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitanza en calle, así como la reproducción de las dinámicas que perpetúan dichas desigualdades. Son factores estructurales (acceso a derechos, origen socioeconómico, género, pertenencia étnica, edad, entre otros).

Factores precipitantes de la vida en calle. Son aquellos que se relacionan con aspectos contextuales de trayectoria de vida y biográficos (individuales) que agudizan el riesgo, como la desafiliación social, las violencias, el abandono escolar, un trastorno de salud, entre otros)..

Atención Integral en Salud. Comprende la respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva, a través de la integración de las acciones inter y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud, por lo cual el énfasis del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS y del Sector Salud está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad, así como a las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios, de manera sistemática y ordenada¹. Igualmente, la prestación de los servicios de salud debe responder a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva.

La atención integral en el caso de las personas habitantes de la calle, en quienes existe una interrelación entre eventos de salud y necesidades de apoyo para el bienestar, la autonomía y desarrollo personal, depende de la articulación intersectorial entre los servicios sociales y los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011, Ley Estatutaria de Salud, art. 9).

Para lograr dicha articulación, se deben fortalecer las redes institucionales y comunitarias, e incluir a las personas habitantes de la calle en tales redes para: a) propiciar el uso de la oferta de servicios disponible para su atención, b) mejorar sus capacidades de autogestión y, c) alcanzar una mejor calidad de vida, puesto que las redes existentes en la calle, en la mayoría compuestas por pares, permiten el arraigo de hábitos e imaginarios adversos para la salud, en los que se disminuye la responsabilidad de la persona hacia sí misma (Correa M y otros, 2012).

La atención integral en salud para las personas habitantes de la calle, bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud(OMS,2008) es posible, si los demás sectores del Gobierno, así como la sociedad civil, la empresa privada, y el sector académico [a nivel nacional y territorial], toman parte en el desarrollo de las acciones necesarias para modificar los determinantes estructurales que generan la desigualdad en salud, porque “la salud y la equidad sanitaria...son un resultado esencial [de las políticas sociales]” (OMS, 2008, p 1, Ley Estatutaria de Salud, art. 9).

¹ Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, 2013, p. 293



Equidad. “El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección” desde una concepción integral de la salud que incluya “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”(Ley 1751 de 2015, art 6 y 15).

Ahora bien, en el siguiente cuadro se presentan las normas relacionadas con el componente de atención integral en salud, en el marco de la protección y derechos reconocidos en los instrumentos internacionales expedidos tanto a nivel universal como en el ámbito interamericano, algunos de los cuales forman parte del orden interno y del bloque de constitucionalidad en nuestro país, y se encuentran vigentes hasta tanto otra norma las sustituya o derogue.

Marco Normativo y Jurisprudencial del Componente de Atención Integral en Salud

Marco normativo y jurisprudencial	Descripción
Ley 1751 de 2015 Estatutaria de salud	Regula el derecho fundamental a la salud
Ley 1616 de 2013	Ley de salud mental que tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del SGSSS
Ley 1641 de 2013	Establece los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle buscando garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social.
Ley 1566 de 2012	Reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Igualmente, dicta las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
Ley 715 de 2001	Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la



	prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. El artículo 76 numeral 11, en el marco de las competencias de las entidades territoriales frente a grupos vulnerables, estipula que se podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.
Documento CONPES 3992 de 2018	Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia
Decreto 780 de 2016	Corresponde al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 2083 de 2016	Incluye expresamente a la población habitante de la calle dentro de los afiliados en el régimen subsidiado mediante el listado censal. Modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 064 de 2020	Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones
Resolución 1841 de 2013 - Plan Decenal de Salud Pública.	Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que busca la reducción de la inequidad en salud
Resolución 518 de 2015	Dicta disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y establece directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC.
Resolución 5246 de 2016	Establece los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y define los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información.
Resolución 2339 de 2017	Establece como responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales a las alcaldías municipales y distritales y a las gobernaciones de los departamentos que tienen a cargo corregimientos.
Resolución 1838 de 2019	Por la cual se establecen los responsables de la



	generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales, se determinan los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019.	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 4886 de 2018	Adopta la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 0089 de 2019	Adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Sentencia T-323/2011, Corte Constitucional – CC	Precisa el deber del Estado de proteger especialmente a los habitantes de la calle frente el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH.
Sentencia C-385/2014, CC	Sobre lineamientos para la formulación de la política pública social, generación de estrategias, mecanismos y acciones de corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado para disminuir la tasa de habitabilidad en calle. Declaró inexecutable el término "que haya roto vínculos con familiares", inicialmente incluido en la Ley 1641 de 2013
Sentencia T-043/2015, CC	Precisa que toda persona, incluyendo al habitante de calle, es libre de desarrollar su personalidad acorde con su visión de proyecto de vida.
Sentencia T-092/2015, CC	Señala que el Estado debe proteger al habitante de la calle y, de esta manera, garantizar su reconocimiento a la personalidad jurídica.
Sentencia C-281/2017, CC	Declara inexecutable el parágrafo 3 del art. 41 del Código de Policía de 2016. No se podrán trasladar e internar a los habitantes de calle en contra de su voluntad.
Sentencia T-398/2019	Destacó la dignidad humana de la mujer en situación de habitanza de calle y gestión de su higiene menstrual.



C-062/2021	Exceptúa a los habitantes de calle de las medidas correctivas ante la realización de necesidades fisiológicas en espacio público, y exhorta a las autoridades territoriales a que adopten acciones y políticas que garanticen a esta población el acceso universal a la infraestructura sanitaria.
------------	--

Fuente: Elaboración MSPS, Oficina de Promoción Social, 2019/2021

3. Características del acceso a los servicios de salud y afectaciones de salud de la población habitante de la calle

La información con la que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS sobre acceso a servicios de salud y principales afectaciones en salud de la población habitante de la calle, está basada en estudios epidemiológicos, de salud pública y etnográficos, así como en datos sobre atención en salud recolectados en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga en el año 2016, puesto que la variable de habitante de calle se estableció en el sistema de información para régimen subsidiado en 2012 y los territorios comenzaron a realizar el reporte y la depuración de la información con posterioridad. No existe información de carácter nacional; la información disponible corresponde a estudios locales y, en contadas excepciones, comparativos para ciertas enfermedades (MSPS, 2016).

El Ministerio realizó en el año 2016 un diagnóstico sobre el acceso a los servicios de salud de la población habitante de la calle, realizando: i) una sala situacional en salud de la población habitante de la calle con la información obtenida del cruce de las bases de datos disponibles en el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del SISPRO, a partir de reportes enviados por diez (10) de las treinta y dos (32) ciudades capitales; ii) las principales afectaciones en salud de la población habitante de la calle, de acuerdo con los estudios que se han realizado en Colombia sobre enfermedades características y/o prevalentes en esta población, que se encuentran disponibles para consulta; iii) la descripción de cómo se está dando la atención en salud para las personas habitantes de la calle, las rutas existentes para ello y las fortalezas y debilidades identificadas en cinco ciudades de Colombia: Cali, Medellín, Bogotá, Bucaramanga y Barranquilla, y iv) las conclusiones y recomendaciones de acuerdo con los resultados de los tres ítems anteriores.

3.1. Dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud

El diagnóstico en mención (MSPS, 2016) permitió establecer las siguientes dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud de esta población:

Identificación. Para el acceso a servicios de salud diferentes a las atenciones en urgencias o intervenciones colectivas, se requiere de la plena identificación de las personas habitantes de la calle. Aunque existen procedimientos que solucionan parcialmente esta dificultad y hacen que la identificación no sea un impedimento para la atención en salud, como lo establece la Ley 1751 de 2015, esta situación sí constituye una barrera para la atención integral, ya que, de acuerdo con los cruces de bases de datos realizados, un porcentaje considerable de habitantes de la calle no tiene



disponible el documento de identificación, tal y como se describe en el referido diagnóstico.

Baja afiliación al SGSSS. Existe baja afiliación de la población habitante de la calle al SGSSS, con relación al promedio de población general afiliada a nivel nacional. Según el diagnóstico de 2016, el 70% de la población identificada en las bases de datos que reportaron las cinco ciudades con mayor número de personas habitantes de la calle estaba afiliada en salud, en contraste con la afiliación del 94.66% de la población general en 2018.

Diferencias entre la formalidad del SGSSS y el estilo de vida de las personas habitantes de la calle. El estilo de vida informal, con normas escasas y diferentes y con la inmediatez que busca el habitante de la calle para ser atendido entran en contradicción con el diseño del funcionamiento de los servicios de salud y del sistema. (MSPS-UNFPA, 2012).

Modalidad en la prestación de los servicios. El que la modalidad de prestación de los servicios sea principalmente residencial y no ambulatoria y que buena parte de los servicios de salud se encuentren concentrados en instituciones distantes al lugar donde viven o permanecen los habitantes de la calle dificulta la atención.

Ausencia de enfoque diferencial e interseccional en los programas y rutas de atención. No contar con programas de promoción de la salud y de prevención que tengan en cuenta las particularidades de esta población, o no disponer de mecanismos para que los programas lleguen a ellos con temáticas y lenguajes acordes a su realidad y necesidades para lograr su sensibilización respecto al autocuidado en entornos poco saludables, manejo de riesgos, nutrición y prevención de enfermedades transmisibles, se constituye en una barrera que además ocasiona que los diagnósticos sean tardíos y no accedan de manera oportuna a tratamiento. La misma situación se presenta en la adecuación de las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo de las EAPB.

Escasa oferta en servicios de atención en salud mental. De acuerdo con lo reportado por profesionales de salud mental y/o servicios de urgencias de las cinco ciudades sobre las cuales el MSPS realizó el diagnóstico, la atención en salud mental se complejiza, puesto que se requieren valoraciones especializadas de manera inicial, las cuales no están fácilmente disponibles en la atención primaria en salud. Además, falta oferta de operadores que puedan ser contratados por las EAPB, conocedores de la población y especializados en el manejo de esta temática, o al menos dispuestos a atender con enfoque interseccional a esta población para disminuir, o eliminar, barreras de acceso.

Atención post-tratamiento. La carencia de servicios post-hospitalarios, no sanitarios (oferta social), que permita el cuidado de las personas cuando egresan de una internación clínica u hospitalaria, genera frecuentes reingresos, ya que no tienen vivienda para la atención domiciliaria, ni redes de apoyo, lo que genera mayor presión en el sistema de salud, por recurrencia en la atención (activación de la puerta giratoria).



Actitudes del personal de salud. La percepción, muchas veces negativa o estigmatizadora de las personas que trabajan en las ESE y demás IPS frente a esta población, hace que se niegue la atención aun cuando la persona esté afiliada (MSPS, 2016) (Tirado A, Correa M, 2009) (MSPS, 2007).

Prejuicios y falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población. El hecho de que el personal de salud no esté familiarizado con esta población, hace que sienta rechazo hacia ella por sus hábitos de higiene y tenga dificultades para la interacción, reforzando los imaginarios negativos de las personas habitantes de la calle sobre el sistema de salud (Tirado A, Correa M, 2009).

Estigma y discriminación. La forma en la que viven las personas habitantes de la calle, caracterizado por una escasa noción de autocuidado, conlleva a constante discriminación por sus pares y por el resto de la comunidad (MSPS, 2007).

Imaginarios de la población habitante de la calle sobre salud y autocuidado. Lo que significa estar enfermo para las personas habitantes de la calle parte de diversas creencias, y consideran que esto se puede determinar con base en la apariencia (Correa y otros, 2009), (MSPS, 2012), es decir que muchos consideran que hay motivos para preocuparse por su salud, solamente cuando hay evidencias visibles derivadas de una enfermedad. Esto incide negativamente en su salud, puesto que no favorece la protección frente al riesgo de adquirir, o transmitir infecciones, o permitir que estas se diagnostiquen oportunamente.

Temor de la población habitante de la calle a sentirse enfermo. Según lo reportado por las personas que trabajan con habitantes de la calle en las cinco ciudades participantes en el diagnóstico, algunas creencias de la población habitante de la calle dificultan el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, el miedo a sentirse enfermos les hace sentir rechazo hacia la atención sanitaria –porque es muy probable que corroboren ese miedo-, así como el miedo a la atención intramural y la suspensión del consumo de sustancias psicoactivas–SPA.

Prejuicios del habitante de la calle sobre los servicios de salud. El desconocimiento o el prejuicio que tiene la población sobre el ingreso a los servicios de salud, es una barrera aún más compleja, puesto que evitan ser atendidos de manera recurrente debido a que relacionan la atención con la internación.

Falta de información sobre servicios de salud. Muchas de las personas habitantes de la calle desconocen la gratuidad de los servicios de salud y los lugares de atención.

El temor a ser judicializado. Por diversas circunstancias, hay temor a ser objeto de alguna medida represiva o, eventualmente, a ser capturado, de acuerdo con lo reportado por las personas que trabajan con habitantes de la calle en las cinco ciudades participantes en el diagnóstico, hace que la población postergue al máximo la búsqueda de la atención.



3.2 Enfermedades y su prevalencia en población habitante de la calle

Las afectaciones en salud de la población habitante de la calle que han sido documentadas con mayor frecuencia son el VIH/sida, la Tuberculosis -TB, las Infecciones de Transmisión Sexual -ITS, los trastornos en la Salud Mental y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. No obstante, se han identificado otras que revisten importancia como las afecciones de la piel, las enfermedades gastrointestinales, la desnutrición, los problemas de salud oral y las hepatitis virales.

- La prevalencia del VIH entre la población, así como las ITS, son motivos de preocupación (MSPS, 2012). Una proporción de mujeres habitantes de la calle intercambian relaciones sexuales por dinero o drogas, con otros habitantes de calle y con la población general, lo que posibilita que epidemias concentradas (por ejemplo, tasas elevadas de VIH en Habitante de Calle) pasen a población general.
- Un alto número de mujeres habitantes de la calle son víctimas de violencia sexual en sus “parches”. Esto, acompañado del poco conocimiento sobre la transmisión de infecciones, así como las creencias presentes en el grupo por las cuales son las mujeres las que deben cuidarse, incrementan exponencialmente el riesgo de infección en esta población.
- La falta de estrategias de vigilancia en salud pública dirigidas específicamente a las problemáticas sanitarias de las personas habitantes de la calle, que presentan condiciones médicas asociadas a la infección por VIH lleva a que la atención se complejice y se deterioren sus condiciones de salud (MSPS, 2011)
- El consumo problemático² de sustancias psicoactivas incide en todas las enfermedades estudiadas y reduce la posibilidad de autocuidado. (Carrillo, M y otros, 2015).
- El acceso a servicios de tratamiento de las principales afecciones de salud también presenta barreras. Por ejemplo, existe una diferencia entre el tratamiento de TB, que se da bajo un Programa Nacional con recursos definidos y suministro de medicamentos por parte del MSPS y el de VIH, que responde al esquema planteado para la atención individual dentro del aseguramiento en salud y requiere permanente acompañamiento para que las personas accedan a los medicamentos y controles. Claramente esto se puede realizar con personas que tienen contactos más o menos permanentes con los servicios sociales y de salud; con las demás, como la mayoría de los habitantes de la calle, es poco probable que se realice.

² Consumidores problemáticos de drogas – consumidores de alto riesgo, por ejemplo, las personas que se inyectan drogas, o que consumen diariamente o que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas (consumo nocivo o drogodependencia) según los criterios clínicos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (quinta edición) de la American Psychiatric Association o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (décima revisión) de la Organización Mundial de la Salud. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas 2017).



4. Abordaje de la habitanza en calle y atención integral de la población habitante de la calle por el sector salud

Los elementos para la prevención de la habitanza en calle, la atención para el restablecimiento de derechos de la población y la articulación intersectorial e interinstitucional que garantice esa atención, se describen en armonía con los tres ejes definidos en la Política Pública para Habitantes de la calle.

Las líneas de acción, estrategias, actividades y entidades responsables para aportar en la prevención de la habitanza en calle con población en riesgo, se han estructurado desde intervenciones poblacionales y colectivas en salud con énfasis en el fortalecimiento de redes familiares y comunitarias para la inclusión social, prevención y atención de la salud mental, prevención y atención de las violencias y prevención de consumo de sustancias psicoactivas, como factores que precipitan la vida en calle, y desde la articulación intersectorial e interinstitucional para afectar los determinantes de la salud de carácter estructural e intermedio.

En similar sentido, se señalan las líneas de acción, estrategias, actividades y entidades responsables para hacer efectiva la atención integral en salud de la población habitante de la calle, y garantizar su participación en las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión del riesgo en salud, y rehabilitación en el caso de las personas habitantes de la calle en condición de discapacidad.

El desarrollo de estos lineamientos requiere que los departamentos, municipios y distritos bajo la coordinación de las dependencias que cumplan el rol de autoridad sanitaria, realicen las siguientes acciones como punto de partida para obtener los resultados esperados en prevención de la habitanza en calle y atención integral a la población habitante de la calle:

- Identificar y caracterizar a la población en riesgo de calle, EN calle y DE la calle teniendo como insumos las herramientas de caracterización poblacional con las que cuente el territorio. Puede acudir al Análisis de Situación en Salud –ASIS y otros instrumentos disponibles por los demás sectores de gobierno, la academia y otros actores con compromiso o interés en los servicios para población habitante de la calle.

Se debe tener en cuenta que la población en riesgo puede encontrarse identificada por los programas de focalización para reducción de pobreza extrema, o por los programas de asignación de transferencias para el bienestar social, pero es importante visibilizarla como población en riesgo de calle -de acuerdo con lo propuesto en la Política Pública Social para Habitantes de la Calle –PPSHC-, para una mejor gestión de la prevención.

Si se identificara población en riesgo de calle con pertenencia étnica, particularmente indígena, es preciso considerar que las acciones de prevención deben enmarcarse en la interculturalidad, es decir, se deben tener en cuenta como mínimo, aspectos propios de su reconocimiento como sujetos culturalmente distintos en cuanto a cosmogonía, organización social, concepto



de sujeto colectivo y no individual, conceptos de salud y enfermedad, consumo de sustancias psicoactivas tradicionales como parte de sus prácticas ancestrales, concepción de familia y de educación, y por supuesto, la forma en que empiezan a relacionarse con contextos urbanos en los que se presentan determinantes sociales de la salud diferentes a los de sus lugares de proveniencia, y con población sin pertenencia étnica. Si la población indígena hace parte de la población en riesgo, se debe tener como punto de referencia para las acciones de prevención de la habitanza en calle, y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural -SISPI, adoptado mediante el Decreto 1953 de 2014, la circular 011 de 2018 que da las directrices para avanzar en la construcción e implementación de dicho Sistema a nivel territorial, en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el sector salud, y lo dispuesto en la Resolución 050 de 2021 correspondiente al capítulo indígena del Plan Decenal de Salud Pública.

Si se identificara población en riesgo víctima de violencia se deben realizar las acciones de prevención, en articulación con el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – PAPSIVI. Si la población tuviera pertenencia étnica y además condición de víctima, se deben tener en cuenta ambas situaciones para adelantar las acciones de prevención.

En todo caso, todas las acciones con individuos o colectivos de grupos étnicos, deben ser coordinadas con las autoridades tradicionales de los respectivos pueblos.

- Identificar las políticas públicas que tienen incidencia en los determinantes sociales y ambientales de la salud y en el cierre de brechas de desigualdad e inequidad de la población en riesgo de calle, EN calle y DE calle, relacionadas con aspectos como por ejemplo el mercado de trabajo (empleo y ocupación), el acceso a derechos, y a bienes y servicios como vivienda, educación, transporte, capacitación, identificación y ciudadanía, entre otros, y con aspectos culturales como el reconocimiento de saberes ancestrales. Es necesario visibilizar a los actores de la habitanza en calle en los programas, proyectos, estrategias y servicios derivados de tales políticas.

Esta medida garantizará que las intervenciones poblacionales incluyan a los actores de la habitanza en calle (población en riesgo y en situación de calle) como una acción para la prevención de dicho fenómeno y para la inclusión social

- Incluir acciones para la prevención de la habitanza en calle, y la atención e inclusión social de la población en situación de calle en los planes, programas, proyectos y estrategias existentes en los territorios como los Planes de Desarrollo y los Planes sectoriales y el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC. Si ya existen acciones de prevención e inclusión social dirigidas a población vulnerable, garantizar que la población en situación de calle (EN y DE calle) esté visible dentro de dichas acciones.



- Asignar recursos para la población en situación de calle, dentro de los planes territoriales de salud. Los recursos provendrán de las fuentes regulares del sector salud y otras fuentes de financiación tales como el sistema general de participaciones, el sistema general de regalías, o convenios de cooperación. Si los recursos provinieran de las últimas dos fuentes de financiación, se deben desarrollar las mismas líneas del presente documento.

5. Marco estratégico y líneas de acción

El componente de atención integral en salud para habitantes de la calle tiene como marco estratégico para el desarrollo de las acciones propuestas, los siguientes referentes: i) la Política de Atención Integral en Salud –PAIS; ii) la Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la salud; y iii) el Plan Decenal de Salud Pública.

Si bien el presente Componente se sustenta en los enfoques de los determinantes sociales de la salud, de salud pública y los demás establecidos por la PPSHC, es preciso señalar la relevancia que aquí cobran los enfoques diferenciales, interseccional, curso de vida y género.

De esta manera, los servicios y modalidades de atención en salud³ deben tener presente la edad de las personas, aparte de los determinantes sociales de la salud que establecen las condiciones en las que se vive cada edad y de los distintos sistemas de estratificación y segregación que afectan a la persona y su salud. Al respecto, es procedente recordar que la Constitución Política, la Ley 1098 de 2006 o Código de infancia y adolescencia, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y la Ley 1641 de 2013 sobre habitante de la calle, establecen la prevalencia de los derechos de los niños y niñas dentro de la sociedad. Los niños, niñas y adolescentes con alta permanencia en calle y en situación de vida en calle son sujetos de protección especial por parte del Estado. Por ello, las actuaciones que se adelantan con la población menor de dieciocho años van todas orientadas en ese sentido y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ha desarrollado los lineamientos para el restablecimiento de sus derechos (ICBF, 2016).

La atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de protección está prevista en el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, en el plan de beneficios en salud -PBS que se actualiza periódicamente⁴ y en los Planes de Intervenciones Colectivas –PIC a cargo de las entidades territoriales⁵ y participan de la *Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud*⁶ establecida para toda la población colombiana, las rutas integrales de atención por grupo de riesgo

³ Los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este sentido, la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas. Las modalidades de prestación para los servicios son: intramural, extramural y telemedicina

⁴ la Resolución 5857 de 2018 se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud y la Resolución 2481 de 2020 realiza algunas modificaciones al Plan de Beneficios.

⁵ Las directrices del Plan de intervenciones colectivas se encuentran en la Resolución 518, MSPS 2015 con algunas modificaciones incluidas en la Resolución 3280 de 2018, modificada a su vez por la Resolución 276 de 2019.

⁶ Resolución 3280 de 2018, modificada a su vez por la Resolución 276 de 2019.



y las de atención específica. De igual forma, funciona para aquellos niños/as que se encuentran en riesgo de habitar la calle, pero aún viven con sus familias.

Es preciso garantizar la articulación entre los equipos de salud pública y las instituciones encargadas de la protección de niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle, independientemente del programa, forma de atención, o modalidad que exista (intramural, extramural, o cualquier otra), para facilitar que las acciones definidas en los PIC se lleven a cabo con esta población y se obtengan resultados más integrales. Si las instituciones de protección fueran de carácter territorial, aplica la misma orientación.

Por su parte, respecto a las personas de sesenta (60) años o más, como sujetos de especial protección, es preciso tener en cuenta que, aparte de las condiciones propias de la salud, derivadas del proceso de envejecimiento, el estilo de vida de las personas habitantes de la calle y su entorno, incrementan los factores de riesgo propios de esta población.

De igual forma ocurre con las mujeres habitantes de la calle, quienes tienen mayor riesgo de violencias y de contagio de ciertas infecciones, o con las personas en condición de discapacidad que no estén incluidas en el registro de discapacidad, ni tengan los apoyos técnicos que les permiten mejorar su autonomía.

La Ruta Integral de Promoción y mantenimiento de la salud, establece la atención en salud para toda la población colombiana, y sus intervenciones son igualmente aplicables a todas las personas habitantes de la calle en sus diferentes momentos del curso de vida. En el caso de niños y niñas y adolescentes en protección por haber sido encontrados en situación de calle, está a cargo de las instituciones que los atienden facilitar su acceso a las instituciones de salud para las acciones individuales; en el caso de las personas mayores de dieciocho años, se requiere implementar estrategias que les permitan el acceso a los distintos componentes de la ruta, en su entorno y a nivel institucional teniendo en cuenta las particularidades de su opción de vida, dichas estrategias implicarán en su mayoría, la articulación entre los servicios sociales⁷ y los de salud.

Es claro que las acciones en salud están a cargo de las entidades territoriales, las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios en Salud, la red integral de prestadores de servicios de salud, las entidades de diversos sectores de la administración pública, la sociedad civil, la familia y la comunidad. Adicionalmente, la persona habitante de la calle, en su entorno, debe ser partícipe de las acciones de autocuidado.

A continuación, se precisa el alcance de cada una de las líneas de acción que tributan a este marco estratégico.

⁷ “cuidados, apoyos e intervenciones para mejorar y complementar la interacción de las personas, es decir, su autonomía para las decisiones y actividades de la vida diaria en relaciones primarias familiares y comunitarias” (Fantova, 2020).



5.1. Inclusión social y participación familiar y comunitaria

Definición. Esta línea se centra en la promoción de entornos saludables y hábitos de autocuidado para la contención del riesgo y la prevención tanto en población en riesgo de calle, como en situación de calle (EN calle y DE calle), articulando a los distintos sectores y promoviendo la participación familiar y comunitaria para dicho fin. Hay que tener en cuenta que la población habitante de la calle puede a) no asistir a servicios, b) asistir a servicios sociales con cierta periodicidad y c) encontrarse institucionalizada, es decir, asistir permanentemente a los servicios sociales, e incluso encontrarse en modalidad de internado. En el caso de esta última población (interna), la institución en la que se encuentra hace parte de la red de pares positivos⁸ para fomentar la promoción de la salud

Objetivos:

- Articular a las familias, la comunidad, el gobierno y el sector privado para modificar los factores que precipitan la vida en calle desde el sector salud.
- Integrar a la comunidad y otros sectores, en la promoción de entornos saludables y hábitos de autocuidado para las personas en riesgo de calle, y en situación de calle (EN calle y DE calle).
- Mejorar el autocuidado de las personas en situación de calle (EN y DE) calle desde la participación social para contribuir a su bienestar.

Promocionar hábitos de vida saludable en esta población e involucrar a la comunidad y la familia para que participen como redes que coadyuven en este propósito, implica modificar los imaginarios frente a las personas en riesgo de calle y en situación de calle (EN y DE calle), para reducir el estigma y la discriminación, y motivar el interés hacia la protección y respeto por sus derechos. Es necesario fortalecer el conocimiento sobre cómo se previene el riesgo de la habitancia en calle en los equipos de salud, especialmente los de Atención Primaria, y los que desarrollan los PIC, y también en los agentes comunitarios formados como facilitadores de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad RBC⁹, quienes, por su interacción con la comunidad, tienen grandes oportunidades y posibilidades para acercarse a la población habitante de la calle y al resto de la población en sus intervenciones.

Igualmente, las instituciones educativas, sociales, las Organizaciones No Gubernamentales, así como la empresa privada, son actores valiosos para el desarrollo de intervenciones que promuevan entornos saludables para personas en riesgo de calle, y EN y DE calle, y también en la modificación de la percepción ciudadana frente a esta última población con el fin de reducir el estigma y la discriminación.

⁸ Los grupos de pares se constituyen en torno a lo común: intereses, inquietudes; formas de ver el mundo, de entenderlo, de moverse en él (Caffarelli, 2011, consultado en 2019 <https://www.unicen.edu.ar/content/los-grupos-de-pares-como-espacio-de-construcción-de-identidades-juveniles>), los pares positivos en este caso son personas pertenecientes al mismo círculo que impulsan prácticas que favorecen el bienestar en salud.

⁹ Estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales, familias y cuidadores.



Estrategia	Actividades	Actores responsables
<p>Empoderamiento de la comunidad y las instituciones para prevención de la habitanza en calle (población en riesgo de calle)</p>	<p>Levantamiento de un inventario institucional con la oferta pública y privada para la atención de la población en riesgo de calle, según los determinantes en salud: vivienda, educación y capacitación, ingresos, acceso a justicia, redes de cuidado, cultura, recreación y deporte, entre otros.</p> <p>Socialización del inventario con todas las instituciones de gobierno, y con las redes comunitarias relacionadas con población que presente afectaciones psicosociales, personas en condición de discapacidad, atención a violencias, personas mayores y familias. Para la socialización es importante aprovechar los espacios de los Consejos de Política Social, los Consejos Territoriales de Salud, y las demás instancias de coordinación social, intersectorial y en salud con los que cuente el territorio.</p> <p>Definición y articulación de rutas intersectoriales (incluyendo tercer sector y empresa privada) para garantizar el acceso de la población en riesgo de calle a la oferta institucional, adecuada a sus necesidades y oportunamente, es decir antes de que se concrete el riesgo de vida en calle (articulación sociosanitaria).</p> <p>Conformación y fortalecimiento de redes ciudadanas, incluyendo el sector privado, que socialicen la información de la oferta institucional y que enriquezcan y amplíen la oferta existente. Formación a las comunidades y familias para la comprensión de los factores de riesgo asociados a la habitanza en calle y las rutas de oferta social para la disminución de esos riesgos. Es imprescindible el papel que adelante la comunidad educativa.</p> <p>Gestión para garantizar la accesibilidad de la población en riesgo a programas de fortalecimiento familiar para que el lazo familiar se afiance en tanto factor protector, y no expulsor frente a la vida en calle.</p>	<p>Gobernaciones, Alcaldías distritales y municipales, Tercer Sector y Sociedad civil.</p>



<p>Entornos saludables para las personas en situación de calle (habitantes de y en calle)</p>	<p>Levantamiento de un inventario institucional con la oferta pública y privada existente para la atención de las personas en vulnerabilidad social del territorio, incluyendo los programas y servicios para las personas en situación de calle (de y en calle) en caso de que exista ésta oferta específica.</p> <p>Ajuste razonable de la oferta del territorio con la participación de la población en situación de calle, para la identificación de factores protectores¹⁰ para su salud en el marco de su forma de vida, y con la opción de reducción de riesgos y daños.</p> <p>Socialización de los factores protectores para la salud de la población en situación de calle en las instancias de coordinación interinstitucional para las políticas sociales y de salud, en los servicios sociales, y de salud, la comunidad y con sus familias.</p>	<p>Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales, Operadores de servicios Sociales, IPS.</p>
<p>Cultura saludable entre las personas en situación de calle (habitantes de y en calle)</p>	<p>Adelantar jornadas de salud en los espacios donde permanecen las personas de acuerdo con lo establecido en la resolución 518 de 2015, involucrando a la comunidad, organizaciones sin ánimo de lucro y sector privado en torno a cinco temas como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de hábitos nutricionales con énfasis en la ingesta regular de alimentos inocuos. • Prevención de riesgos para el desarrollo de trastornos de salud mental, incluido el consumo problemático de sustancias psicoactivas. • Mejoramiento de hábitos relacionados con salud sexual y reproductiva, y prevención de enfermedades transmisibles, con énfasis en métodos de protección para las mujeres por mayor riesgo de contagio por superficie de exposición y desarrollo de CA por VPH. 	<p>Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales en coordinación con los demás sectores de gobierno, tercer sector¹¹ y empresa privada</p>

¹⁰ Se consideran factores protectores todos aquellos que contribuyan a generar bienestar y mitiguen el riesgo y disminuyan el daño en la salud de la población. Se sugiere enfatizar en aquellos relacionados con nutrición, salud sexual y reproductiva, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades transmisibles, VIH y Tuberculosis.

¹¹ El Tercer Sector es aquel sector de la economía compuesto fundamentalmente por Entidades Sin Ánimo de Lucro <https://economiaurbana.wordpress.com/2010/08/15/reflexiones-en-torno-al-tercer-sector/> consultado el 20 de octubre de 2018.



	<p>Información sobre prevención del contagio de TBC, Sars cov 2, VIH y hepatitis.</p> <ul style="list-style-type: none">• Información sobre mecanismos de acceso a la justicia para la prevención y atención a violencias, en especial, las dirigidas a las mujeres. <p>En cada tema la información debe ser acorde con los riesgos, puesto que, aunque ambas poblaciones permanecen en la calle, sus prácticas son distintas, una persona recicladora de oficio requiere información distinta a aquella que desarrolla su vida privada en espacio público.</p> <p>Coordinación de acciones intersectoriales e interinstitucionales para la información y educación a la población en calle y sus familias con énfasis en los trastornos de salud mental sin diagnóstico oportuno y tratamiento, los riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, y las violencias, en especial hacia las mujeres, niños y niñas, personas con discapacidad, personas mayores y hacia quienes hacen parte de un grupo étnico.</p>	
<p>Fortalecimiento de capacidades de las personas habitantes de la calle para el autocuidado y el cuidado mutuo</p>	<p>Desarrollo de acciones intersectoriales en los espacios abiertos en los que permanecen (zonas de la calle), así como en las instituciones que los atienden, orientadas a fortalecer la conformación de redes en función de identificar y fortalecer factores protectores para el cambio de las condiciones desfavorables de su entorno, y el cuidado mutuo. Para su conformación es imprescindible tener en cuenta los programas de voluntariado que desarrolla el tercer sector y la empresa privada en el territorio.</p> <p>Implementación de servicios que permitan el acceso a agua potable, servicios sanitarios y de alimentación.</p> <p>Los servicios pueden ser móviles, permanentes o en la modalidad que sea adecuada a las características y necesidades de la población, ubicados en lugares estratégicos de acuerdo con las zonas de permanencia de las personas.</p>	<p>Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales, Empresas de Servicios Públicos, Policía, Tercer Sector, Sociedad civil.</p>



	<p>Deben ser accesibles para cualquier persona (especialmente personas con discapacidad o movilidad reducida) y tener en cuenta el sexo, la identidad de género y la edad.</p> <p>Fortalecimiento de la capacidad de la comunidad para la promoción de los servicios sociales y sanitarios disponibles para la población habitante de calle con el fin de reducir su vulnerabilidad social y en salud, teniendo en cuenta que los equipos de Salud pública, atención primaria en salud y los agentes comunitarios formados como facilitadores de la estrategia RBC son actores clave para ese fortalecimiento.</p>	
--	--	--

Aunque algunas personas habitantes de la calle mantienen redes familiares, no siempre estas redes favorecen su autocuidado y, en ocasiones, han sido expulsoras de las personas a la vida en calle. Es importante tener en cuenta esta circunstancia, porque la comunidad en ocasiones puede ser una red más efectiva para favorecer el cuidado y autocuidado de la población habitante de calle, así como su bienestar. No obstante, es imprescindible fomentar la participación de las familias que tienen entre sus miembros personas EN calle y DE calle, en los programas de fortalecimiento familiar y en las redes de cuidado.

5.2. Aseguramiento en salud y gestión del riesgo colectivo

Definición. Esta línea se orienta de manera específica a la atención de las personas habitantes de la calle, precisando el objetivo y las actividades para prevenir eventos adversos para su salud y para garantizar su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, de acuerdo con las características de la vida en calle.

Objetivos:

- Incentivar la cultura del autocuidado, la prevención y la reducción de riesgos y daños en la población habitante de la calle.
- Desarrollar estrategias que permitan la participación de la población habitante de la calle en el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC.
- Desarrollar estrategias de aseguramiento en salud que disminuyan las brechas entre el aseguramiento de la población general y de las personas habitantes de la calle.

De acuerdo con la información disponible para cinco ciudades colombianas, el porcentaje de población habitante de la calle afiliada al SGSSS es de cerca del setenta por ciento (70%). De esta población, un cincuenta y nueve por ciento (59%), se encuentra afiliada al régimen subsidiado, y un once por ciento (11%) al contributivo.



La anterior consideración conduce a realizar ajustes y modificaciones en la estrategia de aseguramiento establecida para el grueso de la población, atendiendo el diferencial propio de la población habitante de la calle, considerando al menos, actividades fundamentales para lograr la cobertura universal, como buscar a las personas en los espacios en los que permanecen y acompañarlas para poder realizar el trámite, y, realizar, por parte de los distritos y municipios, el reporte de la población de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 2083 de 2016, incorporado en el Decreto 780 de 2016 y las Resoluciones 5246 de 2016, 2339 de 2017, y 1838 de 2019, o los actos administrativos que los modifiquen o sustituyan.

Estrategia	Actividades	Actores responsables
Identificación y registro	<p>Acompañamiento a la población habitante de la calle para la obtención de su documento de identidad realizando al menos las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Brigadas de servicios intersectoriales e interinstitucionales para facilitar la expedición con gratuidad del documento de identificación para las personas habitantes de la calle que no cuentan con este. Es necesario desarrollar estrategias con las redes conformadas, con la sociedad civil y con el tercer sector para que las personas habitantes de la calle que no asisten a servicios y son de difícil ubicación accedan a este servicio.- Orientación y acompañamiento a la población habitante de la calle que asiste a servicios sociales y de salud, para que obtenga el documento de identificación cuando no cuenta con este.- Actualización y consolidación del registro administrativo de la población habitante de la calle con el que cuente el territorio, garantizando que el mismo tenga como mínimo los mismos campos establecidos para el archivo maestro del listado censal, señalado en el Decreto 2083 de 2016 y sus resoluciones reglamentarias. La dependencia del distrito o municipio que realice la certificación de la condición de habitante de la calle y la secretaría de salud deben desarrollar un mecanismo de articulación que permita establecer una	Alcaldías Municipales y Distritales, Registraduría municipal o distrital, Tercer Sector, Sociedad civil



	información unificada sobre el código para personas sin documento de identidad, número y registro de personas habitantes de la calle	
Aseguramiento diferencial	<p>Consolidación y actualización de los Listados Censales para población habitante de la calle (población 1 del listado censal), de acuerdo con las normas y los lineamientos establecidos en el Decreto 2083 de 2016 y las Resoluciones 5246 de 2016, 2339 de 2017 y 1838 de 2019, teniendo en cuenta el anexo 5 de la Resolución 4622 de 2017, para la población que no cuenta con documento de identificación.</p> <p>Verificación de la situación de las personas habitantes de la calle frente al aseguramiento, registradas en el listado censal, mediante los cruces de información en el Sistema de Integral de Información para la Protección Social -SISPRO.</p> <p>Gestión para la garantía del aseguramiento de la población registrada en el listado censal, mediante el acompañamiento de la población por parte de los equipos territoriales. Es importante tener en cuenta el procedimiento de afiliación oficiosa especificado en la Resolución 2353 de 2015, como un mecanismo para garantizar la afiliación efectiva al régimen subsidiado de aquellas personas, que por diversos motivos no concretan su elección de EPS y por tanto su afiliación, así como lo dispuesto en el decreto 064 de 2020.</p> <p>Coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS para que cuando identifiquen personas habitantes de la calle, siendo atendidas en sus servicios sin estar aseguradas, se adelante el trámite de afiliación con la oportunidad que demanda el estilo de vida de las personas habitantes de la calle. Es importante tener en cuenta que no se logrará la atención integral en salud mientras las personas no cuenten con la</p>	Alcaldía municipal o distrital y departamentos que tienen a cargo corregimientos, Empresas Administradoras de planes de Beneficios, IPS.



	<p>afiliación, pues es la forma de garantizar las atenciones individuales; el no estar asegurados favorece el efecto de puerta giratoria, es decir el uso recurrente de los servicios de salud al no ser posible dar continuidad a la atención.</p>	
<p>Desarrollo de capacidades en las personas habitantes de la calle para el acceso a los servicios de promoción y prevención</p>	<p>Información, educación y comunicación a la población habitante de la calle enfatizando en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hábitos alimentarios saludables que favorezcan el autocuidado: Promoción de las “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos”, lactancia materna, alimentación complementaria, prácticas de inocuidad.- Derechos sexuales y reproductivos y promoción de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva para su utilización, teniendo presentes los imaginarios y prácticas de la población descritos en el numeral 3.1 de este lineamiento¹².- Estrategias de prevención de las ITS, VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis, Sars cov 2 y otras infecciones de alta prevalencia en esta población.- Estrategias de reducción de riesgos y daños por consumo problemático de sustancias psicoactivas.- Prevención y atención de violencias, teniendo presente que en la calle puede desarrollarse una naturalización de las violencias para lograr sobrevivir.- Reducción del estigma y discriminación: tanto de la sociedad e instituciones hacia la población, como la de la población hacia sí misma. <p>La caracterización social y ambiental es un aspecto clave para que los contenidos educativos estén acordes con el riesgo, necesidades y realidad de las personas habitantes de la calle, y puedan concertarse con ellos los temas prioritarios y la forma en que puede ser más efectiva su apropiación.</p>	<p>Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales, tercer sector, sociedad civil y familias. y EAPB</p>

¹² Es imprescindible tener en cuenta el tema de gestación en condiciones de calle, puesto que es deseable fomentar el vínculo afectivo y familiar en la pareja como factor protector.



	<p>La entrega de los insumos previstos en la Resolución 518 de 2015 relacionados con los temas es una actividad fundamental por la inmediatez en la atención que requiere el estilo de vida de la población.</p> <p>Articulación interinstitucional, con el tercer sector, la empresa privada y la sociedad civil para:</p> <ul style="list-style-type: none">-Facilitar el acceso al diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública prevalentes en esta población, a través de la oferta extramural de tamizajes en articulación con los servicios comunitarios, promoviendo la demanda de pruebas rápidas para ITS, VIH, Hepatitis B y C, tomas de muestra incluido esputo para tuberculosis, analizado preferentemente con pruebas moleculares, pruebas para Sars cov 2 y otras acciones con tal fin.-Fortalecer el acceso a intervenciones de prevención tales como: vacunación, distribución de condones, quimioprofilaxis de la helmintiasis, prevención/tratamiento de la pediculosis, entre otras.- Prevenir y atender las violencias derivadas de la vida en calle, en particular hacia las mujeres y personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa, y hacia las personas mayores, y las personas con discapacidad. Fortalecimiento y conformación de redes de habitantes de la calle, tercer sector y sociedad civil para que las personas habitantes de la calle:-Conozcan su derecho a participar en las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC y sepan las vías para hacer efectiva dicha participación.-Lograr la participación de las personas habitantes de la calle con trastornos de salud mental y en condición de discapacidad en la	
--	---	--



	<p>estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC para estas dos poblaciones.</p> <p>-Participen en las zonas de orientación y centros de escucha haciendo énfasis en las mujeres, las personas mayores de 60 años y las personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa.</p>	
<p>Gobernanza para disminuir y mitigar el riesgo colectivo en la población habitante de la calle</p>	<p>Articulación intersectorial, interinstitucional, con el tercer sector, la sociedad civil y las familias de las personas habitantes de la calle, con el fin de adelantar acciones para la reducción de condiciones de vulnerabilidad, mediante la implementación de estrategias para acceso como mínimo a:</p> <ul style="list-style-type: none">- agua potable- alimentos inocuos y con alto valor nutricional- alojamiento en condiciones dignas- servicios sanitarios- vestido <p>Es prioritario tener en cuenta los programas de voluntariado que vienen desarrollándose en territorio para fortalecer las redes que disminuyen condiciones de vulnerabilidad.</p> <p>Articulación intrasectorial en salud para garantizar la continuidad de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y rehabilitación, mediante el acompañamiento de la población y la sensibilización del talento humano de las IPS para que la canalización hacia la atención individual sea exitosa.</p>	<p>Gobernaciones y Alcaldías distritales y municipales en particular las Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales, Tercer sector, sociedad civil, familias, EAPB-IPS</p>



<p>Identificación, manejo y mitigación del riesgo en salud – PDSP</p>	<p>Realización de tamizajes con énfasis en la detección de:</p> <ul style="list-style-type: none">- Trastornos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta las distintas situaciones de las personas habitantes de la calle: los que permanecen en la calle, los que asisten a servicios sociales, los que permanecen en los servicios sociales. Es imprescindible la aplicación de los instrumentos que se encuentran en la Resolución 518 de 2015, y la 3280 de 2018 y otras disposiciones que se consideren pertinentes en el ejercicio de la autoridad sanitaria.- ITS, VIH, Hepatitis B y C- Sars cov 2- Tuberculosis- Triquiasis tracomatosa <p>Canalización a las personas habitantes de calle con pruebas reactivas para la confirmación de diagnósticos e inicio de la atención de infecciones como VIH y hepatitis virales, y que presenten riesgo medio y alto en las pruebas AUDIT, ASSIST y SQR, y acompañamiento para su inclusión en las redes de apoyo y servicios que les permitan mejorar su autocuidado y los motiven a realizarse el tratamiento que requieran.</p> <p>Articulación con las EAPB-IPS hacia las que se canalicen las personas para la atención oportuna del riesgo identificado y con los ajustes razonables que requiere su estilo de vida.</p> <p>En caso de que la persona deba ser canalizada a la Ruta Integral De Atención Para Personas Con Problemas Mentales, Trastornos Mentales, Consumo De Sustancias Psicoactivas Y Epilepsia , y no pueda realizar la elección por sí misma porque la cronicidad de su situación se define como una discapacidad, se debe acudir a los mecanismos para la toma de decisiones con apoyo.</p>	<p>Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales, Sector tercer sector, sociedad civil y familias.</p>
---	---	---



	<p>En los casos de identificación de personas víctimas de violencias es prioritario el acompañamiento para su inclusión en los servicios de protección social, justicia, y para que inicien la ruta de atención integral para víctimas de violencias de género.</p> <p>En el caso de identificación de mujeres gestantes, es prioritario su acompañamiento para el acceso a servicios sociales y a la ruta para la población materno perinatal, y promover el fortalecimiento del vínculo familiar con el que cuente (pareja, padres, hermanos, otros familiares, o redes de apoyo social)</p> <p>Direccionamiento hacia servicios sociales, y hacia los entornos familiares protectores a la población habitante de la calle con necesidades de apoyo y cuidado para la recuperación de su salud, de tal forma que se garantice continuidad en la atención requerida y se disminuya el uso de los servicios en los centros hospitalarios.</p>	
--	--	--

Para el desarrollo de esta línea estratégica es fundamental tener en cuenta las previsiones del PDSP respecto de estructurar un modelo de atención adaptado a las condiciones territoriales “para garantizar acceso real mediante mecanismos acordes con cada territorio (equipos extramurales, telemedicina, disposición de medios para incrementar la capacidad resolutive en puntos de primer contacto, personal de salud diferencial en áreas rurales y dispersas)”.

5.3. Gestión del riesgo en salud para habitantes de la calle

Definición. Esta línea estratégica se ocupa de orientar las intervenciones en salud para:

a) intervenir en los riesgos para la salud de la persona, b) prevenir enfermedades y traumatismos y c) atender la discapacidad ocasionada por la enfermedad. Se pretende que el riesgo no se concrete en situaciones adversas para la salud, pero si eso ocurre, el propósito es buscar que el desarrollo y consecuencias de ello sean lo menos graves posibles.



Objetivos:

- Garantizar la implementación de la estrategia de Atención Primaria en salud - APS con población habitante de la calle.
- Garantizar acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud para prevenir la cronificación y el deterioro, y mitigar daños evitables.
- Garantizar la articulación de los servicios de salud con los servicios sociales para facilitar la continuidad de los tratamientos y así aumentar el número de personas que se recuperan de eventos adversos para la salud.

El desarrollo de esta línea estratégica tiene como elemento fundamental la estrategia de APS, que contempla todo lo relacionado con reorganización de servicios en salud, los lineamientos y guías para la prevención, vigilancia y control y modelos de atención que permitan la resolución de enfermedades transmisibles, entre otras.

Dada la forma en que viven las personas habitantes de la calle y sus creencias negativas sobre el sistema de salud, así como el desconocimiento de los servicios a los cuales tienen derecho, la APS se constituye en una vía que contribuye a garantizar la transformación de imaginarios adversos de las personas habitantes de la calle y también a lograr un mejor diagnóstico sobre sus necesidades en salud, porque hoy no se cuenta con información sistemática en torno a este tema.

Particularmente, en el tema de salud mental, consumo problemático de SPA, y violencias, la estrategia de APS es un factor protector para que las situaciones de salud mental de las personas habitantes de la calle, no deriven en circunstancias irreparables e irreversibles, si se logran diagnosticar a tiempo, y además con un protocolo que permita iniciar oportunamente la ruta de atención para problemas o trastornos desalud mental incluidos aquellos ocasionados por consumo de sustancias psicoactivas. Con ello se podrá disminuir la severidad de la afectación en salud y la necesidad de tratamientos intensivos en los servicios hospitalarios e intramurales y cambiar el imaginario de las personas habitantes de la calle, frente a que cualquier intervención en salud mental implica necesariamente una internación.

El otro aspecto clave dentro de esta línea estratégica, es la detección temprana del riesgo, lo que ha sido bastante complejo en esta población, puesto que, el evitar ser atendidos y asistir a los servicios de salud solo cuando las situaciones son extremas, impide determinar los riesgos de salud pública de una manera sistemática (MSPS, 2016). Lo mismo ocurre con los riesgos individuales y por ello la prevención no se facilita, además de que requiere estrategias diferenciales (muchas de las cuales son extramurales), que no son las más usuales en la operación del sistema.

Por otra parte, la articulación entre el sector social y el sector sanitario es crucial para trabajar el autocuidado y la gestión del riesgo, desde un enfoque de salud pública y de reducción del daño y adaptado a la realidad local, es decir teniendo en cuenta que hay población que permanece en la calle, o asiste a servicios sociales, o está interna, y que cada una requiere información diferencial acorde con su situación, y se debe tener en cuenta que las personas habitantes de la calle requieren acompañamiento para superar las dificultades que impiden realizar modificaciones en sus patrones de cuidado.



Estrategias	Actividades	Responsables
Análisis de riesgo con enfoque diferencial	<p>Caracterización en salud a la población habitante de la calle afiliada al Sistema de Salud, con base en lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, la cual define en el artículo 12 que la caracterización de la población afiliada a las EAPB obedece a una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos para identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB.</p> <p>Es responsabilidad de las EAPB efectuar la caracterización poblacional por cada departamento, distrito y municipio donde tenga afiliados.</p>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud -EAPB
Intervención y modificación del riesgo	<p>Implementar acciones individuales de promoción, prevención y atención integral en salud extramurales y que tengan en cuenta la forma en que viven las personas habitantes de la calle de acuerdo con la caracterización realizada y las Rutas de Atención Integral en Salud -RIAS, en coordinación con las actividades del PIC.</p> <p>Ajuste y adaptación de las RIAS y diseño de la atención a la población, acorde con sus necesidades, estilos de vida y ubicación</p>	Direcciones territoriales de salud – EAPB-IPS



	<p>geográfica, garantizando atenciones de forma extramural y en coordinación con los servicios sociales, de acuerdo con la oferta de servicios en la Red integrada y con la participación de personas habitantes de la calle hombres y mujeres, personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa, personas mayores y en condición de discapacidad, y familiares y redes de población habitante de la calle, para que tengan mayor efectividad (Resolución 3280 de 2018, numeral 7.1.1).</p> <p>La conformación de los equipos móviles de salud con capacidad resolutive debe tener en cuenta personas EN y DE calle, procurando incluir personas en condición de discapacidad, personas mayores, mujeres, personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa. Para identificar las personas que se incluyan en los equipos, es necesario articularse con los servicios sociales de acompañamiento a la inclusión social de habitantes de la calle.</p> <p>Implementación de estrategias que conlleven a la detección y diagnóstico temprano de alteraciones en la salud y manejo integral de las mismas, de acuerdo con la caracterización realizada y con las canalizaciones derivadas de las jornadas de salud y otras acciones adelantadas en el marco del PIC, en articulación con el sector sanitario y social del territorio.</p> <p>Cuando la persona asiste a los servicios de urgencias por un evento específico, se deben realizar acciones para la detección temprana de las siguientes situaciones, dado que existen factores de riesgo por su forma de vida que incrementan las posibilidades de que se presenten dichas alteraciones de salud:</p> <p>Riesgos nutricionales Riesgos para la salud bucal ITS, VIH, Hepatitis ByC Tuberculosis</p>	
--	--	--



	<p>Sars Cov 2 Riesgos psicosociales para violencias Trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Cáncer de cuello uterino (citología y VPH) Prueba de embarazo en caso de signos de sospecha.</p>	
<p>Intervención y modificación del riesgo</p>	<p>Una vez realizada la detección y diagnóstico de las alteraciones en salud, brindar el acompañamiento a las personas diagnosticadas con educación para la salud, involucrando a la familia, o a la red de apoyo de la persona, de manera que se mejore la adherencia a los tratamientos establecidos.</p> <p>Las EAPB y las IPS deben contar con el inventario de los servicios sociales y redes de cuidado que elabore cada territorio, de manera que se pueda orientar a la persona hacia ellos con el fin de apoyarla en su tratamiento, como en el caso de i) detección de alteraciones nutricionales y servicios sociales alimentarios; ii) gestaciones de alto riesgo y servicios de cuidado; iii) violencias y servicios de protección; iv) VIH y redes de apoyo; y v) trastornos de salud mental y por consumo de sustancia psicoactivas y servicios y redes de cuidado.</p> <p>La información sobre la oferta y acceso a servicios sociales y redes de cuidado debe hacer parte de la educación para la salud en esta población.</p> <p>Avance en la línea técnica de reducción del riesgo y reducción del daño en salud, atendiendo las particularidades de la forma en la que viven las personas habitantes de la</p>	<p>Autoridades Sociales y Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales</p>



	<p>calle, y con la articulación intersectorial e interinstitucional que permita, que, aunque la persona decida continuar viviendo en la calle, se disminuyan los factores de riesgo para su salud.</p>	
<p>Gestión de la calidad de la atención</p>	<p>Elaboración e implementación de una estrategia de atención intersectorial sociosanitaria que permita la recuperación de la salud (en el marco intra y extrahospitalario) garantizando la articulación del cuidado no sanitario y sanitario para fortalecer las capacidades y la gestión de los riesgos en salud de las personas habitantes de la calle. La estrategia debe definir rutas operativas que integren el componente social y sanitario para una atención integral de los diferentes eventos en salud.</p> <p>Capacitación del recurso humano de las EAPB y sus prestadores sobre las características de la población habitante de la calle para que el estigma y discriminación hacia la población no se constituya en una barrera de acceso. La capacitación puede coordinarse con las autoridades sanitarias y sociales del territorio que conocen a la población habitante de la calle y su estilo de vida. Imprescindible incluir al personal administrativo de las IPS, dentro del que se encuentran las personas de vigilancia y servicios generales.</p> <p>Los Planes de Atención en Salud –PAS de las personas deben acordarse teniendo en cuenta las particularidades de la forma en la que viven para disminuir el temor de la</p>	<p>EAPB-Direcciones territoriales de salud y sociales.</p>



	<p>población a ser estigmatizada y rechazada, y en el marco de la reducción de riesgos y daños para aquellas personas que no han decidido abandonar la vida en calle.</p> <p>Los prestadores de las EAPB que atiendan población habitante de la calle deberán articularse con las autoridades sanitarias y sociales que operen en el territorio para mejorar la adherencia de las personas a los tratamientos.</p>	
Monitoreo y seguimiento de las intervenciones y sus efectos	<p>Generación de espacios que permitan el seguimiento oportuno a las atenciones sociosanitarias que recibe la población, incluyendo las adelantadas en el marco del PIC, a fin de garantizar acciones preventivas y correctivas que apoyen los procesos de recuperación de la salud e inclusión social, como los comités de seguimiento a casos y otros similares.</p>	EAPB, IPS, Autoridades Sanitarias y Sociales Departamentales, Distritales y Municipales, sociedad civil
	<p>Hacer seguimiento a las intervenciones en salud adelantadas con la población a través de los sistemas de información vigentes, contando con el adecuado diligenciamiento de las variables incluidas en los sistemas de información, de acuerdo con la Resolución 5592 de 2015.</p>	EAPB-Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales

5.4. Gestión del conocimiento en salud de los habitantes de la calle

Definición. Busca desarrollar un conocimiento sistemático sobre la salud de la población habitante de la calle, estrategias que permitan circular ese conocimiento y generar alertas oportunas que reduzcan el riesgo para su salud.

Objetivos:

- Generar conocimiento sobre la salud de las personas habitantes de la calle
- Divulgar el conocimiento sobre la salud de las personas habitantes de la calle como estrategia para disminuir el riesgo y reducir el daño, así como propiciar la recuperación de la salud de las personas
- Contar con información veraz y oportuna que permita una adecuada promoción, prevención y gestión del riesgo en salud de las personas habitantes de la calle

Partiendo de la definición de quienes son las personas habitantes de calle, establecida en la Ley 1641 de 2013 y la inclusión de esta variable poblacional en el Sistema de Información del Sector Salud, mediante la Resolución 1982 de 2010, es necesario realizar los ajustes necesarios para contar con la información actualizada y depurada



en los distintos sistemas de información, puesto que los datos del RIPS pueden proveer una valiosa información acerca de las condiciones de salud de esta población. Lo mismo ocurre con la información contenida en la caracterización que deben hacer las EAPB de la población habitante de la calle afiliada.

Estrategias	Actividades	Responsables
Herramientas y estrategias de captura y flujo de información	Depurar y actualizar los listados censales de acuerdo con el Decreto 2083 de 2016 y las Resoluciones 5246 de 2016, 2339 de 2017 y 1838 de 2019 y aquellas que las modifiquen o sustituyan.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Armonizar entre el sector social y el sector salud el sistema de codificación de los listados censales definido en la Resolución 4622 de 2016 para garantizar el reconocimiento de los individuos de la población de manera única.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Implementar lo dispuesto en el capítulo I artículo 16 de la Resolución 5857 de 2018 "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC ", y la Resolución 2481 de 2020, o la norma que lo modifique o sustituya, con relación a la identificación de los riesgos en salud de la población afiliada. Implementar lo dispuesto en el anexo técnico de la Resolución 5512 de 2013 "Por la cual se modifica la Resolución 1344 de 2012 respecto al reporte de información de afiliación de las entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción y se dictan otras disposiciones", o la norma que la modifique o sustituya. Adoptar protocolos de entrega estandarizada de información en salud de esta población a través de las herramientas y niveles establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	EAPB-Autoridades Sanitarias Departamentales Distritales y Municipales
Indicadores/ seguimiento y evaluación	Actualizar cada año la sala situacional en salud de la población habitante de calle del país con base en la información cargada en la plataforma PISIS, en cumplimiento del Decreto 2083 de 2016, Resoluciones 5246 de 2016. 2339 de 2017 y 1838 de 2019, o la norma que las modifique, o sustituya.	Ministerio de Salud y Protección Social



	Formular al menos tres indicadores de atención integral en salud a la población habitante de la calle en el marco del Plan Nacional para la atención de las Personas Habitantes de la calle, uno por línea estratégica y en concordancia con los Ejes de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y el Plan Decenal de Salud Pública.	
Fomento de la investigación y divulgación de la información	Desarrollo de investigaciones asociadas a las situaciones precipitantes del fenómeno de habitanza de calle, en conjunto con la academia y el sector privado.	Gobernaciones, Alcaldías distritales y municipales, sector privado y academia.
	Alimentación el Repositorio Institucional Documental del MSPS con estudios y diagnósticos locales, regionales, nacionales e internacionales realizados con esta población.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Difusión de los estudios y análisis de situación de salud relacionados con esta población hacia las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, otros agentes del sistema y otros sectores.	Ministerio de Salud y Protección Social

6. Bibliografía

Fuentes primarias

Constitución Política de Colombia

Leyes

Ley 715 de 2001, Recursos y competencias-Sistema General de Participaciones.

Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia.

Ley 1566 de 2012, normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.

Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud.

Ley 1641 de 2013, establece los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle.

Ley 1616 de 2013, Ley para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental

Decretos

Decreto 2353 de 2015, unifica y actualiza las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad social en Salud, crea el sistema de afiliación transaccional y define



instrumentos para garantizar la continuidad de la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.

Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Decreto 2083 de 2016, reglamenta el régimen subsidiado de salud. Incluye responsabilidad de alcaldes de elaborar listados censales de población habitante de la calle.

Decreto 064 de 2020, “Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones”

Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social

Resolución 1841 de 2013, Plan Decenal de Salud Pública.

Resolución 518 de 2015, Gestión de la Salud Pública y Plan de Intervenciones Colectivas. Resoluciones 5246 de 2016 y 2339 de 2017, listados censales.

Resolución 429 de 2016, Política de Atención Integral en Salud -PAIS.

Resolución 3280 de 2018, Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal

Resolución 4886 de 2018, Política Nacional de Salud Mental

Resolución 089 de 2019, Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Resolución 2482 de 2020. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Otras Resoluciones

Resolución 1514 de 2016 del ICBF, en la cual expone el Lineamiento Técnico para la Atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con Derechos Inobservados, Amenazados o vulnerados, con alta permanencia en calle o en situación de calle

Jurisprudencia

Sentencias T-323/2011, C-385/2014, T-043/2015, T-092/2015, C-281/2017 de la Corte Constitucional

Fuentes Secundarias

Burbano, Y(2012). Evaluación de las acciones del programa de control y prevención de Tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis como parte de la atención integral al habitante de calle en el hogar uno día noche durante 2009 y 2010”. Bogotá, D. C, Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.



Caffarelli, (2011) [Fecha de consulta 5 de mayo e 2019] <https://www.unicen.edu.ar/content/los-grupos-de-pares-como-espacio-de-construcción-de-identidades-juveniles>.

Cárdenas, I (2014). Factores relacionados con la infección por VIH en población habitante de calle en tres ciudades de Colombia 2012, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.

Carrillo, M y otros (2015). Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia. Rev. Salud Pública. 17 (2): 217-228, 2015.

Correa M y otros (2012). Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Revista Eleuthera. Vol. 6, enero - junio 2012.

Fantova, F (2020). [Fecha de consulta 5 de agosto de 2021] Hacia una definición de los servicios sociales. <http://fantova.net/?p=2874>.

Megning-Viggars, O y otros (2015) Severe mental illness and substance misuse (dual diagnosis) – community health and social services – Review 1. [Fecha de consulta: 7 de junio de 2021] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng58/documents/evidence-review>.

Ministerio de la Protección Social- Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA, (2011) Vulnerabilidad a la infección por VIH en personas en situación de calle en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Documento Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental Para Colombia 2014, Desarrollado en el Marco del Componente de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Estrategias para el acceso a servicios de salud de la población habitante de calle. Elaborado por el Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Policy-brief-estrategias-acceso-servicios-salud-poblacion-habitante-calle.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta Lineamientos Política Pública Social para las personas Habitantes de la Calle (PPSHC) y estructura del Plan Nacional de Prevención y Atención integral de la Habitancia en Calle. Documento elaborado por Camila Esguerra Muelle marzo de 2015, para validación con entidades del orden nacional y territorial.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). Libro blanco de la Coordinación sociosanitaria en España.



Ministerio de la Protección Social/ Universidad Nacional de Colombia (2007). Convenio Interadministrativo 00193 de 2006. Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle.

Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

Otálvaro, A y Correa, M (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. Investigaciones

Andina [en línea] 2009, 11 (Abril-Sin mes): [Fecha de consulta: 22 de junio de 2016] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239016503003>> ISSN 0124-8146.

Sierra C, Diaz O (2012). Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en población habitante de calle en cuatro ciudades de Colombia. Resultados de estudio. Bogotá: Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; 2012.

Van Berkum, A y Oudshoorn, A (2015). [Fecha de consulta: 22 de marzo de 2021] Best Practice Guideline for Ending Women's Girl's Homelessness. <https://www.homelesshub.ca/resource/best-practice-guideline-ending-women%E2%80%99s-and-girl%E2%80%99s-homelessness>