



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2019

(

)

Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En uso de sus facultades constitucionales y legales y en especial las conferidas por los numerales 42.1. y 42.3 del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, los numerales 2 y 3 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del artículo 8 de la Ley 1641 de 2013
y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo previsto en el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y, entre otras competencias, tiene las de *“Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.”*, *“Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.”* y *“Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.”*

Que en el marco de lo anterior y de lo previsto en la Ley 1641 de 2013, se ha formulado la Política Pública Social para Habitante de Calle que contiene seis (6) componentes, entre ellos el de salud.

Que en virtud de lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 1641 de 2013 y con base en los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad señalados en el literal c) del artículo 5, al Ministerio de Salud y Protección Social le corresponde la formulación del Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle -PPSHC-.

Que, en razón a lo expuesto, es necesario adoptar el Componente de Atención Integral en Salud -CAIS de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle -PPSHC, el cual pretende contribuir al goce efectivo del derecho a la salud por parte de la población habitante de la calle, y cuyo desarrollo exige el cambio en la percepción por parte de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sector salud frente a este grupo poblacional.

Que, en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar el Componente de Atención Integral en Salud -CAIS de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle – PPSHC, contenido en el documento anexo que forma parte de este acto administrativo.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

Este componente se ocupa del bienestar en salud de la población habitante de la calle mediante la promoción de la salud, la prevención de riesgos y la atención y rehabilitación, desde los enfoques de derechos, salud pública, determinantes sociales de la salud, curso de vida y los demás contenidos en la PPSHC.

El objetivo del CAIS es garantizar la atención integral en salud de la población habitante de la calle con el fin de lograr la protección, garantía y restablecimiento de su derecho a la salud.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* La presente resolución se aplica en el territorio nacional y está dirigida a las entidades territoriales, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS y en general todas entidades del sector salud o de otros sectores responsables de la implementación de la PPSHC de acuerdo con sus competencias.

Artículo 3. *Socialización e implementación.* La presente resolución deberá ser socializada con las entidades territoriales que presentan el fenómeno de habitanza en calle.

La implementación del CAIS exige la coordinación, concurrencia y subsidiariedad de todos los integrantes del SGSSS y del sector salud, dentro de sus competencias en el marco de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deberán desarrollar estrategias que, respetando la opción de vida en calle, garanticen el derecho fundamental a la salud.

Artículo 4. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y se divulgará en la página WEB de este Ministerio.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

ANEXO TÉCNICO

Componente de Atención Integral en Salud - CAIS - de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle – PPSHC

Tabla de contenido

- Siglas
1. Introducción
 2. Marco 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
 - 3.3. Aspectos para la disminución de las dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud
 4. Marco y líneas estratégicas
 - 4.1. Línea Estratégica de Participación Familiar y Comunitaria
 - 4.2. Línea Estratégica de Aseguramiento e Intervenciones Colectivas
 - 4.3. Línea Estratégica de Gestión del riesgo en salud
 - 4.4. Línea estratégica de Gestión del conocimiento
 5. Bibliografía

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
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

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

1. Introducción

El componente de Atención Integral en Salud es uno de los seis planteados¹ por la Ley 1641 de 2013 como parte de la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle - PPSHC, cuyo fin es “*promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social*” (art. 1° de la Ley 1641). De acuerdo con lo estipulado por dicha ley, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene la competencia de formular la PPSHC y es la entidad encargada de liderar el desarrollo de este Componente que explica de manera detallada los lineamientos de atención en salud para los habitantes de la calle². El liderazgo y desarrollo de los demás componentes que constituyen la PPSHC compromete las competencias y las responsabilidades de otras entidades del Estado tanto del nivel nacional como de los niveles territoriales, con el fin de garantizar un abordaje integral al fenómeno de habitanza en calle en el país.³

El componente de Atención Integral en Salud –CAIS, integra lo dispuesto por el SGSSS para la atención de cualquier residente en el territorio nacional, con énfasis en lo que requiere la población habitante de la calle para su atención integral, es decir responde al enfoque interseccional planteado en el documento de PPSHC. El lineamiento articula la oferta del sistema de salud para la población, las necesidades de las personas habitantes de la calle en materia de salud y las estrategias necesarias para combinar y articular ambos aspectos.

De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP, adoptado mediante la Resolución 1841 de 2013, se considera Atención Integral como:

“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; el énfasis del SGSSS está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad; además de las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios, de manera sistemática y ordenada” (Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS, 2013, p. 293).

¹ La PPSHC establece además un componente específico para niños niñas y adolescentes.

² La PPSHC se centra en las personas habitantes de la calle, pero aborda a las poblaciones en riesgo, y EN calle desde la prevención. La persona habitante DE la calle es aquella “que hace de la calle su lugar de habitación” (Ley 1641 de 2013) “donde satisface todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria” (Barrios, Góngora y Suárez, 2006), es decir, “desarrolla todas las dimensiones de su vida en el espacio público (actividades de su vida íntima y social)” (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), y la población en riesgo de calle es aquella cuyo contexto se caracteriza por la presencia de dos tipos de factores: 1) Predisponentes para la vida en calle (estructurales, es decir aquellos que determinan desigualdades para el ejercicio de derechos sociales, económicos, políticos y culturales que generan condiciones individuales y sociales de riesgo para la habitanza en calle), y 2) Precipitantes de la vida en calle (coyunturales que se relacionan con aspectos contextuales y biográficos que agudizan el riesgo). Los factores precipitantes unidos a los predisponentes incrementan exponencialmente el riesgo de habitar la calle (MSPS, 2015).

³ 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 un estilo de vida y de interacción con el espacio público, con la sociedad y con las demás personas que han desarrollado los mismos hábitos (MSPS, 2015/2016).

Continuación de la resolución *“Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”*

De igual manera, en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, la integralidad comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (art. 2º, Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud). Para lograr este objetivo se requiere el enfoque interseccional, que permite tener en cuenta los diferentes sistemas de exclusión que determinan la situación de la persona, y desarrollar estrategias que tengan en cuenta las barreras derivadas de los distintos tipos de exclusiones.

Así mismo, la Ley Estatutaria de Salud establece que, para abordar la integralidad, es necesario interpretarla desde la perspectiva de la no fragmentación. En su artículo 8º especifica este alcance en la cobertura integral en salud y enfermedad, la cual involucra el suministro de servicios y tecnologías “...de manera completa...” y que comprende “todos los elementos esenciales (...) respecto de la necesidad específica de salud”.

Con el fin de garantizar la atención integral, en el caso de las personas habitantes de la calle, en las que existe una interrelación entre eventos de salud y necesidades de apoyo para el bienestar, la autonomía y desarrollo personal, se requiere la articulación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011). Con el propósito de lograr esa articulación socio-sanitaria para la atención, es necesario ubicar a la persona en el centro; el resto de integrantes y actores componen la red que permite la sostenibilidad del cuidado de la persona, ya que actúan en conjunto con el fin de fortalecer la capacidad de desarrollar y mantener prácticas de autocuidado, base de la prevención y el logro del bienestar.

Para ello, 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). El trabajo intersectorial planteado en la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, permitirá que el sistema opere con efectividad y oportunidad para lograr el bienestar de la población así:

“El objetivo de la PAIS es orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los agentes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad... articulando y armonizando el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en Salud Pública, de acuerdo a la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, atendiendo los contextos poblacionales y territoriales específicos, de manera que converjan los objetivos, incentivos y operaciones de los agentes sectoriales, intersectoriales y comunitarios del sistema de salud...” (MSPS, 2016, p. 2).

En este contexto, la atención integral en salud para las personas habitantes de la calle, bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud⁴, 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).

⁴ “... circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas”. (OMS, 2008)

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

2. Marco Normativo y jurisprudencial

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.

Cuadro No. 1 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.
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. Modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

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 planteando como objetivo "garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables" (MSPS, 2011. p, 28)
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 429 de 2016 - Política de Atención Integral en Salud –PAIS, modificada por la Resolución 489 de 2019.	Adopta la Política de Atención Integral en Salud Para "orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los agentes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios a organizar en los ámbitos territoriales con población dispersa, rural y urbana diferenciando a los municipios y distritos que tengan más de un millón de habitantes" (MSPS, 2016 p. 29).
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 4886 de 2018	Adopta la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 000089 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.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

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. Esto se comporta como una barrera de acceso, 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 diagnóstico descrito en el documento de la PPSHC. 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.
- **Baja afiliación al SGSSS.** Existe una baja afiliación de la población al SGSSS con relación al promedio de afiliación nacional pues 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 no estaba afiliada en salud, en contraste con la afiliación del 97,2% para la población general en 2016.
- **Diferencias entre la formalidad del SGSSS y el estilo de vida de las personas habitantes de la calle.** El diseño del funcionamiento de los servicios de salud y del sistema como tal entran en contradicción con el estilo de vida informal, con normas escasas y diferentes y con la inmediatez que busca el habitante de la calle para ser atendido (MSPS-UNFPA, 2012).

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

- **Modalidad en la prestación de los servicios.** El que los servicios de salud se encuentren concentrados en instituciones distantes al lugar donde viven o permanecen los habitantes de la calle y que la modalidad sea principalmente residencial y no ambulatoria, 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 mecanismos para que los programas lleguen a ellos con temáticas y lenguajes acordes a su realidad y necesidades para lograr sensibilizarlos 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.
- **Escasa oferta en servicios de atención en salud mental.** La atención en salud mental se complejiza, puesto que se requieren valoraciones especializadas de manera inicial que no están fácilmente disponibles en la atención primaria en salud, de acuerdo con lo reportado por los profesionales de salud mental y/o servicios de urgencias de las cinco ciudades sobre las cuales el MSPS realizó el diagnóstico. 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 barreras de acceso.
- **Atención post-tratamiento.** La carencia de servicios post-hospitalarios, no sanitarios (oferta social), que permitan el cuidado de las personas cuando egresan de una internación, 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).
- **No contar con estrategias diferenciales en las rutas de atención.** Al no existir estrategias diferenciales para esta población dentro de las diferentes rutas de atención en salud, por su estilo de vida, se desincentiva su participación en la ruta básica de promoción y mantenimiento de la salud.
- **Actitudes del personal de salud.** La percepción, muchas veces negativa o estigmatizadora de las personas que trabajan en las 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).
- **Falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población y prejuicios.** El hecho de que el personal de salud de los servicios no esté familiarizado con esta población, sienta rechazo hacia ella por sus hábitos de higiene y tenga dificultades para la interacción, refuerza los imaginarios negativos de las personas habitantes de la calle sobre el sistema de salud (Tirado A, Correa M, 2009).
- **Estigma y discriminación.** El estilo de vida de las personas habitantes de la calle se caracteriza por una escasa noción de autocuidado conlleva una constante discriminación por sus pares y por el resto de la comunidad (MSPS, 2007).
- **Imaginarios de la población sobre salud y autocuidado.** Algunas creencias de las personas habitantes de la calle con relación a lo que significa estar enfermo y a que consideran que esto se puede determinar con base en la apariencia (Correa y otros, 2009) (MSPS, 2012), es decir que consideran que hay motivos para preocuparse por su salud, solamente cuando hay evidencias visibles derivadas de una enfermedad, 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.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

Por ello, el diagnóstico se da de manera recurrente en estados tardíos y casi siempre en situación de coinfección (Caso de VIH/ITS y Tuberculosis en particular) (MSPS, 2012).

- **Temores de la población habitante de la calle.** 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 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 ligan la atención con la internación.
- **Falta de información sobre servicios de salud.** Muchas de las personas habitantes de calle desconocen la gratuidad de los servicios de salud y los lugares de atención.
- **El temor a ser judicializado,** 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 grado 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).

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

- El consumo problemático⁵ 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.

3.3. Aspectos para la disminución de las dificultades y barreras de acceso para la atención integral en salud

Para disminuir y superar las dificultades y barreras para la atención integral en salud detectadas, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Transformación de imaginarios sobre la población habitante de la calle tanto por parte de la comunidad como de los funcionarios del sector salud y otros sectores, para así disminuir el estigma y discriminación que les afecta.
- Transformación de las creencias de la población habitante de la calle que disminuyen su percepción de riesgo de adquirir o transmitir infecciones, asistir a los servicios de salud y ser diagnosticados.
- Información a la población habitante de la calle, sobre enfermedades transmisibles, pertinente y adecuada a su estilo de y a los riesgos de su entorno.
- Información a la población habitante de la calle sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, con enfoque de reducción de riesgos y daños, teniendo en cuenta su entorno, ya que se identificado que las personas no se acercan a los servicios porque se sienten incomprendidas por el uso de sustancias psicoactivas.
- Avance hacia servicios que articulen lo social y lo sanitario bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud y con la concurrencia de todos los sectores que tienen que ver con la población habitante de la calle. En particular, porque el tema del cuidado, que no es exclusivamente sanitario, tiene una incidencia alta en que las personas tengan adherencia en los tratamientos y comprendan mejor la noción de autocuidado, con lo cual se avanzaría en el campo de la prevención.
- Adecuación institucional para incorporar los lineamientos y los enfoques diferencial e interseccional en la atención integral en salud a esta población. Por ejemplo, es pertinente hacer visible en planes de desarrollo departamentales, distritales y municipales las metas específicas relacionadas con las principales morbilidades presentes en la población habitante de la calle y en población afro e indígena habitante de la calle.

⁵ 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).

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

- Fortalecimiento de la oferta por parte de los prestadores de servicios de salud con personal de las IPS debidamente capacitado para la atención en salud de esta población, tanto en los aspectos básicos como especializados.
- Diseño e implementación de mecanismos que incentiven acciones para la atención especial y diferencial de esta población, cuyo manejo esté direccionado a la búsqueda de una atención integral de las patologías asociadas a este estilo de vida, haciéndose énfasis en el abordaje del componente de salud mental.

4. Marco y líneas estratégicas

El componente de atención integral en salud para habitantes de la calle tiene como marco estratégico para el desarrollo de las acciones propuestas en los territorios, principalmente: i) la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, la cual establece en qué consiste la atención integral en salud; y ii) las Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS, que dan lugar a los lineamientos de atención integral.

Este marco es el que permite definir lo que se debe hacer en materia de salud con relación a la población habitante de la calle, cómo se debe realizar y las estrategias con las que cuenta el SGSSS para poder llevarlo a cabo.

El CAIS presenta la forma en la que se debe brindar la atención, así como las acciones tendientes a este fin, a través de cuatro líneas estratégicas de manera que se contemple el estilo de vida de las personas habitantes de la calle desde los enfoques interseccional, de los determinantes sociales de la salud, de curso de vida y los demás contenidos en la Política Pública Social para Habitantes de la Calle -PPSHC.

Las líneas estratégicas del CAIS son una carta de navegación que articulan las necesidades de las personas habitantes de la calle, con la oferta del Sistema de Salud. La atención Integral en Salud de Personas Habitantes de Calle se concreta a partir de las RIAS que tienen en cuenta las estrategias para proveer los servicios de acuerdo con el estilo de vida de esta población y enfrentar el reto de lograr su atención integral en salud. No sobra reiterar la importancia adecuar los servicios de salud a las características de la población habitante de la calle, pues estas difieren radicalmente de las del resto de la población, fundamentalmente por el elevado riesgo que conlleva desarrollar sus actividades cotidianas en espacios que no están acondicionados para ello, el escaso autocuidado en diversos sentidos (nutricional, mental, sexual, de higiene personal y hábitos de vida saludables, entre otros) y el consumo problemático de SPA en buena parte de esta población, tal y como se identificó en el diagnóstico de salud (MSPS, 2016).

El riesgo aumenta de manera tal, que las personas habitantes de la calle tienen condiciones de salud que los llevan a ser participantes de al menos nueve de las dieciséis Rutas de Atención Integral en Salud –RIAS para grupos de riesgo, planteadas por la PAIS (MSPS, 2016).

La atención integral en salud, bajo el enfoque de determinantes sociales de la salud, implica tanto la generación de bienestar, como evitar la pérdida de la salud, atenderla para recuperarla y adelantar procesos de rehabilitación cuando sea necesario. Desde esa mirada el componente de atención integral en salud para las personas habitantes de la calle contempla tanto la prevención, como la atención, la rehabilitación y el cuidado paliativo, acordes con sus condiciones y necesidades.

Si bien el presente Componente se sustenta en los enfoques establecidos por la PPSHC, es preciso señalar la relevancia que aquí cobran los enfoques interseccional, Curso de Vida y Género. Por lo tanto, es necesario tener claro que los servicios y modalidades de

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

atención en salud⁶ 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 segregación que afectan a la persona y su salud.

Cuadro No. 2 Grupos de Riesgo de acuerdo con la PAIS

EVENTO DE SALUD ESPECÍFICO	POBLACIÓN EN RIESGO
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica - EPOC	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas
Deficiencias nutricionales específicamente anemia Desnutrición Sobrepeso y obesidad	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
Psicosis tóxica asociada a consumo de SPA Uso nocivo Sobredosis Dependencia Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos	Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
Depresión Demencia Esquizofrenia Suicidio	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
Caries Fluorosis Enfermedad Periodontal Edentulismo Tejidos blandos, estomatosis	Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
Enfermedades transmitidas por vectores -ETV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniasis, Chagas Infecciones de transmisión sexual -ITS: VIH, Hepatitis B, Sífilis, gonorrea y otras ITS Enfermedades transmisibles por alimentos -ETA Enfermedad respiratoria aguda -ERA, neumonía y Enfermedad diarreica aguda -EDA Enfermedades inmuno-prevenibles	Población con riesgo o infecciones transmisibles
Accidente rábico Accidente ofídico	Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales
Violencia relacionada con el conflicto armado Violencia de género Violencia por conflictividad social	Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
Enfermedades neurológicas, Enfermedades del colágeno y artrosis	Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes

Adaptado de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS. Edición: Oficina de Promoción Social. MSPS

⁶ 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.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

La Constitución Política, el Código de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006), la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) y la Ley 1641 de 2013 establecen la prevalencia de los derechos de los niños y niñas dentro de la sociedad. Los niños, niñas y adolescentes que han llegado a vivir en la 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 cada dos años y en los Planes de Intervenciones Colectivas –PIC a cargo de las entidades territoriales⁷ y participan en las rutas integrales de atención en salud que incluye la *Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud* establecida para toda la población colombiana⁸ y las rutas integrales de atención por grupo de riesgo 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 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. Por lo tanto, es necesario desarrollar las acciones previstas en los PIC y en el plan de beneficios en salud⁹ teniendo en cuenta los enfoques interseccional, de curso de vida y de género, para garantizar una atención diferencial adecuada, tal y como establece el PDSP “*El acceso a la salud es un derecho fundamental, independientemente de la condición socioeconómica o financiera que se posea. Un derecho que debería ser particularmente protegido en los grupos vulnerables y con mayor riesgo de experimentar barreras en el acceso*” (PDSP, 2013, p 200).

Las intervenciones y acciones de esta ruta están definidas, ordenadas e integradas por los momentos del curso de vida, los entornos, el territorio y los destinatarios (individuo, familias y comunidades) y, al igual que con otros miembros de la comunidad, la población habitante de la calle tiene derecho a recibir las intervenciones allí planteadas, las cuales incluyen, por ejemplo, educación en las acciones de cuidado que debe tener el individuo consigo mismo y aquellas que el sistema de salud debe ofrecer al individuo para que conserve o recupere su salud, y además prevenga riesgos, o facilite su recuperación de la enfermedad. A su vez, integra las acciones incluidas en el PIC sobre promoción de la

⁷ 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 por la Resolución 276 de 2019.

⁸ Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la cual “Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones” (MSPS, 2016, p 41).

⁹ Mediante la Resolución 5857 de 2018 se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

salud, detección de alteraciones y rehabilitación basada en comunidad, y en el plan de beneficios sobre valoración integral y detección temprana, protección específica y educación en salud individual y grupal.

Siendo esta la Ruta “base” para toda la población colombiana, 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 estilo de vida.



Tomado de la Política de Atención Integral en Salud

A continuación, se presenta el esquema de las líneas estratégicas del componente de Atención Integral en Salud para la Población habitante de la calle y se da paso a su descripción.

4.1. Línea estratégica Participación Familiar y Comunitaria

Definición. Esta línea se centra en la promoción de entornos saludables y hábitos de autocuidado en la población habitante de la calle, articulando a los distintos sectores y promoviendo la participación familiar y comunitaria para dicho fin. De acuerdo con el PDSP, la salud familiar y comunitaria “se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, les entrega herramientas para el autocuidado, la gestión y la promoción. Su énfasis está en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud”. (PDSP, 2013, p 37).

Objetivos:

- Promover hábitos de autocuidado entre la población habitante de la calle.
- Mejorar el autocuidado de las personas habitantes de la calle desde la intervención de la comunidad y otros sectores.
- Promover la reducción de riesgos y daños asociados al estilo de vida de calle entre las personas habitantes de la calle.
- Involucrar a la comunidad y otros sectores, en la promoción de entornos saludables y hábitos de autocuidado para las personas habitantes de la calle.

Aunque, en su mayor parte, el estilo de vida de las personas habitantes de la calle cuenta con muchas características que lo apartan de lo que se considera “saludable”, es posible generar acciones de cuidado, promover el autocuidado para disminuir riesgos, reducir los daños que implica la vida en la calle y favorecer la recuperación de su salud. Adelantar

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

acciones en este sentido, contribuye a mejorar las condiciones de las personas habitantes de la calle y a dignificar su vida. No se debe olvidar que dentro de la población existen personas que, de manera voluntaria, han optado por ese estilo de vida y que no desean apartarse de él y también personas que sí desean cambiarlo, y estas acciones son la posibilidad de disminuir el daño que se ocasionan las personas que desean continuar su vida en la calle, y el primer escalón para que aquellas que no quieren seguir en esta condición, comiencen a construir un horizonte de vida diferente.

La promoción de la salud fue definida por la Organización Mundial de la Salud como la manera de

“proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana... Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (I Conferencia sobre Promoción de la Salud, Ottawa, 1986).

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 el imaginario frente a las personas habitantes de la calle y motivar el interés hacia la protección y respeto por sus derechos. Es necesario incluir este tema dentro de los equipos de salud, especialmente los de Atención Primaria, y los que desarrollan los PIC que, debido a su interacción con la comunidad, tienen grandes oportunidades y posibilidades para comenzar a acercar 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 hábitos de vida saludable con personas habitantes de la calle, y también en la modificación de la percepción ciudadana frente a esta población.

Esta línea estratégica está orientada a toda la población habitante de la calle: a aquella que no asiste a servicios, la que asiste a servicios sociales con cierta periodicidad, y aquella que está institucionalizada, es decir, asiste permanentemente a los servicios sociales, e incluso se encuentra 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 positivos para fomentar la promoción de la salud.

Línea de Participación Familiar y Comunitaria

Las acciones y los responsables para el desarrollo de esta línea estratégica son:

Estrategia	Acciones	Actores responsables
Formación ciudadana para promoción de entornos saludables y	Sensibilizar a la comunidad frente a las múltiples formas de discriminación (orientación sexual, pertenencia étnica, consumo de SPA, infección por VIH o tuberculosis, entre otras) que enfrentan las personas en situación de calle para facilitar el restablecimiento de sus derechos.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategia	Acciones	Actores responsables
hábitos de autocuidado entre las personas en situación de calle (habitantes de y en calle)	Promover formas de interacción distintas entre la comunidad y la población en situación de calle que permitan involucrar a sus familias y a las comunidades en el mejoramiento de prácticas de cuidado y salud de la población, así como estimular la comunicación asertiva con ellos y la identificación de factores protectores ¹⁰ para su salud.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Informar a la comunidad sobre los programas sociales existentes dirigidos a personas en situación de calle, como albergues, servicios de aseo, comedores comunitarios, casas de acogida, otros, para que puedan ser multiplicadores de la información con esta población.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Promover la transformación de los imaginarios sociales sobre la población en situación de calle para fomentar su cuidado y protección, en particular hacia los niños, mujeres y personas mayores, y para mejorar la convivencia y salud mental	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
Promoción de cultura saludable entre las personas en situación de calle (habitantes de y en calle)	Elaborar y mantener actualizados lineamientos para la promoción de hábitos y entornos saludables entre personas en situación de calle	MSPS
	Difundir en la comunidad y organizaciones del tercer sector ¹¹ los lineamientos para la promoción de hábitos saludables y de autocuidado en personas en situación de calle.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Articular intersectorialmente actores públicos y privados para la promoción de hábitos saludables y de autocuidado entre las personas en situación de calle	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Desarrollar acciones intersectoriales con la población habitante de la calle en los espacios abiertos en los que permanecen (zonas de la calle), así como en las instituciones que los atienden, orientadas a fortalecer hábitos saludables, autocuidado y factores protectores para el cambio de las condiciones desfavorables de su entorno, y el cuidado mutuo.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales, Empresas de Servicios Públicos, Policía, Tercer Sector
	Implementar servicios que permitan que las personas habitantes de la calle puedan mejorar sus condiciones de higiene general y personal.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales, Tercer Sector
	Incentivar a la comunidad a la promoción de los servicios sociales disponibles para la población habitante de calle para la reducción de su vulnerabilidad social y en salud.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales

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.

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.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

Con la ejecución de estas acciones se avanza hacia la promoción *"de la salud de las poblaciones que por sus condiciones sociales son vulnerables a procesos ambientales, mediante la modificación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en el nivel local y regional"*, que es uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (MSPS, 2013).

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.

Debe involucrarse a la comunidad para conformar redes de promoción de hábitos de vida saludable, porque aparte de fortalecer el capital para el cuidado comunitario, permite que actúen como un factor protector para los habitantes de la calle presentes en su sector. La comunidad en muchas ocasiones conoce a los habitantes de la calle de su zona, y tiene una interacción con ellos -positiva en muchos casos-, así que es muy útil ese recurso y capital social para transformar imaginarios y hábitos de cuidado de la salud.

4.2. Línea Estratégica de Aseguramiento e Intervenciones Colectivas

Definición. Esta línea se ocupa de a) garantizar la afiliación al SGSSS a la población habitante de la calle, implementando estrategias adaptadas a su estilo de vida y, b) prevenir eventos adversos para la salud de las personas habitantes de la calle desde el SSGSS y el sector salud. Combina los dos procesos porque de acuerdo con las características de la vida en calle, son las acciones de prevención desarrolladas en los territorios en los que permanece esta población una forma de promover y hacer efectivo el aseguramiento en salud.

Objetivos:

- Desarrollar estrategias de aseguramiento en salud que permitan la cobertura universal de la población habitante de la calle.
- Desarrollar estrategias que permitan el acceso de la población habitante de la calle a los servicios de salud y su participación en el PIC.
- Fomentar la prevención de enfermedades transmisibles en la Población Habitante de la calle
- Incentivar una cultura del autocuidado, la prevención y la reducción de riesgos y daños en la población habitante 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 cerca del setenta por ciento (70%) de la cual, un cincuenta y nueve por ciento (59%), se encuentra afiliada al régimen subsidiado, y un once por ciento (11%) al contributivo.

No se tienen datos concluyentes frente a cómo han realizado la gestión para el aseguramiento en salud, pero en muchos casos la gestión se realiza con el acompañamiento de un servicio social, o porque se atiende una urgencia y la persona no cuenta con afiliación, así que se realiza la afiliación posterior a la atención de la urgencia y en el caso de afiliaciones al contributivo, en ocasiones sus redes de apoyo los afilian como beneficiarios para ofrecerles protección en salud. En todo caso, es poco probable que las personas habitantes de la calle que no se encuentran en contacto con servicios sociales o redes de apoyo, realicen la gestión por sí mismas.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

La anterior consideración implica unos ajustes y modificaciones en la estrategia de aseguramiento establecida para el grueso de la población, atendiendo el enfoque diferencial que debe tener el Sistema de Salud, y supone que las actividades fundamentales para lograr la cobertura universal, consisten en a) buscar a las personas en los espacios en los que permanecen para poder realizar el trámite, y b) 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 y 2339 de 2017, o los actos administrativos que los modifiquen o sustituyan.

Por este motivo, se propone que las acciones colectivas dirigidas a las personas habitantes de la calle, así como las brigadas de servicios que realice el municipio para esta población, involucren el componente de aseguramiento en salud, en un trabajo coordinado entre la autoridad sanitaria territorial y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB, de forma que se cumpla con lo previsto en la Ley 1641 de 2013, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Política Pública y el Plan Decenal de Salud Pública, la PAIS, el MIAS y el Decreto 2083 y sus resoluciones derivadas, o los que los modifiquen o sustituyan, y que logre la articulación necesaria para garantizar el derecho fundamental a la salud de los habitantes de la calle, bajo los enfoques diferencial, de curso de vida y de género.

Aseguramiento e Intervenciones Colectivas

Las acciones y los responsables para el desarrollo de esta línea estratégica son:

Estrategia	Acciones	Actores responsables
Gestión del aseguramiento	Generar, consolidar y reportar los listados censales de la población habitante de la calle de acuerdo con las normas y los lineamientos vigentes	Alcaldía municipal o distrital y departamentos que tienen a cargo corregimientos.
	Remitir a la Secretarías municipales y distritales de salud el listado de las personas identificadas mediante dicho Instrumento y con los campos de identificación completos (1 a 18) para poder hacer su inclusión en el listado censal como población 1-habitante de calle.	Entidad/es designada(s) por las Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales para el tema de población habitante de calle
	Actualizar los Listados Censales para población habitante de la calle, de acuerdo con las normas y los lineamientos y de esta manera incluirla en el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas disponibles en el anexo técnico “Intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser financiados con recursos del plan de salud pública de intervenciones colectivas” contenidas en la Resolución 518 de 2015, las modificaciones introducidas por la Resolución 3280 de 2018 y normas que las modifiquen o sustituyan.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategia	Acciones	Actores responsables
Garantía del acceso a los servicios de promoción y prevención para las personas habitantes de la calle	Sensibilizar hacia y promocionar entre la población habitante de la calle estilos de vida saludable, incluyendo hábitos alimentarios saludables ¹² que favorezcan el autocuidado, con contenidos y lenguajes adecuados que permitan motivarlos a mejorar prácticas y hábitos de cuidado de su salud.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Sensibilizar a las personas habitantes de la calle en derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio de los mismos y promoción de los servicios en Salud Sexual y Reproductiva para su utilización.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales y EAPB
	Sensibilizar a la población habitante de la calle en estrategias de prevención de las ITS, VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis y otras infecciones de alta prevalencia en esta población. Entre otras acciones, incentivar y facilitar el acceso al uso del condón, higiene de la tos, no compartir objetos de uso personal ni parafernalia para consumo de SPA.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales y EAPB
	Promover la demanda de prueba voluntaria para ITS/VIH, Hepatitis B y C, mediante la oferta de pruebas rápidas en los servicios comunitarios.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Fortalecer el acceso a intervenciones de prevención tales como: vacunación, distribución de condones, quimioprofilaxis de la helmintiasis, prevención/tratamiento de la pediculosis, entre otras.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales y EAPB
	Sensibilizar sobre las violencias que existen de y hacia las personas habitantes de la calle para su prevención y atención de acuerdo con las rutas establecidas para la atención y adelantar acciones e intervenciones en calle y en instituciones de atención Social.	Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales
	Sensibilizar a las personas habitantes de calle sobre los efectos del consumo de SPA y estrategias para la reducción de riesgos y daños, con temáticas, lenguajes y sugerencias ajustadas a la realidad de la población habitante de la calle.	Salud Pública y Promoción Social de Gobernaciones, Alcaldías Municipales y Distritales y EAPB
Identificación, manejo y mitigación del riesgo en salud -PDSP	Facilitar el acceso al diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública prevalentes en esta población a través de la oferta extramural de tamizajes con pruebas rápidas (ITS, VIH, Hepatitis B y C), tomas de muestra (incluido esputo para tuberculosis, analizado preferentemente con pruebas moleculares) y otras acciones con tal fin.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales

¹² Promoción de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, lactancia materna, alimentación complementaria, prácticas de inocuidad.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategia	Acciones	Actores responsables
	Canalizar y ofrecer acompañamiento a los individuos de la población habitante de calle con pruebas reactivas para la confirmación de diagnósticos e inicio de la atención de infecciones como VIH y hepatitis virales.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Implementar tamizajes para la detección de problemas y 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 ¹³ . Es imprescindible la aplicación de los instrumentos que se encuentran en la Resolución 518 de 2015 y otras disposiciones que se consideren pertinentes ene ejercicio de la autoridad sanitaria.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Canalizar a las RIAS de salud mental y para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones, a las personas identificadas con riesgo medio o alto en los tamizajes, para la atención en salud, la reducción de riesgos y daños o el inicio del tratamiento de los trastornos por consumo, de acuerdo a la elección personal, y en el caso en que la persona 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. ¹⁴	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Implementar y fortalecer las estrategias comunitarias dispuestas en de la Resolución 518 de 2915, el anexo técnico y en la Resolución 3280 o aquellas normas que las modifiquen o las sustituyan, acordes con las necesidades de atención integral en salud mental, salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas y demás prioridades en salud pública de la población en situación de calle.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Canalizar a los servicios de salud, justicia y protección social a las personas identificadas como víctimas de violencias para garantizar el restablecimiento de sus derechos.	Autoridades Sanitarias y Sociales Departamentales, Distritales y Municipales
	Direccionar hacia servicios sociales a la población habitante de la calle con necesidades de apoyo para la recuperación de su salud, de tal forma que se garantice continuidad en la	Autoridades Sanitarias Departamentales,

¹³ “La presentación de problemas de salud mental en la población no ocurre al azar, por lo que existe interacción entre salud mental y condiciones socioeconómicas. En general, son las personas más pobres, y aquellas sometidas a condiciones de exclusión y desventaja social, las más propensas a vivir experiencias que impactan negativamente la salud mental. Son también quienes tienen mayores dificultades en el acceso a la atención en salud”. (MSPS, 2016, p. 11).

¹⁴ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. artículo 12. ONU 2006. Resolución

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategia	Acciones	Actores responsables
	atención requerida y se disminuyan el uso de los servicios en los centros hospitalarios.	Distritales y Municipales
Articulación intra e intersectorial	Articular intrasectorialmente la continuidad de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención integral y rehabilitación que requieran las personas habitantes de la calle.	EAPB-IPS Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Articular con otros sectores y la comunidad acciones para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de enfermedades de alta prevalencia en esta población tales como ITS, VIH y TB, entre otras.	EAPB-IPS Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales

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)*”.

4.3. Línea Estratégica Gestión del riesgo en salud

Definición. Esta línea estratégica se ocupa de orientar las intervenciones en salud para: a) anticiparse a la ocurrencia de eventos en salud pública, b) intervenir en los riesgos para la salud de la persona, c) prevenir enfermedades y traumatismos y d) 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 que la estrategia de Atención Primaria en salud -APS contribuya a disminuir el riesgo de afectaciones de salud en la población habitante de la calle.
- Garantizar un oportuno y adecuado acceso a los servicios de salud para prevenir la cronificación y el deterioro, y mitigar daños evitables.
- Articular diferentes sectores, para avanzar en 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.

Dado el estilo de vida de 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.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

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 en salud mental o de los trastornos 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 o “terapiada” como suelen decirle, 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, no permite 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.

Gestión del riesgo en salud

Las acciones y los responsables para el desarrollo de esta línea estratégica son:

Estrategias	Acciones	Responsables
Análisis de riesgo con enfoque diferencial	Caracterizar 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. Es responsabilidad de las EAPB efectuar la caracterización poblacional por cada departamento, distrito y municipio donde tenga afiliados.	EAPB
	Implementar acciones individuales de promoción, prevención y atención integral en salud que requieran las personas habitantes de la calle, de acuerdo a la caracterización realizada.	EAPB

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategias	Acciones	Responsables
	Desarrollar estrategias diferenciales administrativas y de atención en salud a población habitante de la calle para garantizar oportunidad y acceso a los servicios.	EAPB
	Garantizar atenciones de forma extramural para fortalecer el acceso a servicios de salud, teniendo en cuenta las condiciones en las que se puede encontrar la población: viviendo en la calle, asistiendo con periodicidad a servicios, o interna en servicios, de acuerdo con la oferta de servicios en la Red integrada	EAPB
	Llevar a cabo el seguimiento periódico de personas con factores de riesgo para la prevención del desarrollo de alteraciones en la salud.	EAPB
Modificación del riesgo	Desarrollar acciones de asistencia técnica entre los integrantes del sistema de salud para la promoción de hábitos saludables y de autocuidado entre personas habitantes de la calle	MSPS- Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Implementar estrategias de atención diferencial a nivel institucional que conlleven al diagnóstico temprano de alteraciones en la salud y manejo integral de las mismas, en articulación con el sector social. Por ejemplo, valoración nutricional, en VIH, tuberculosis, violencias, consumo de sustancias psicoactivas, salud mental entre otros en los servicios de urgencias.	EAPB- Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Implementar estrategias de promoción que permitan a la población habitante de la calle adoptar hábitos saludables, en particular hábitos alimentarios mejorando conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación saludable. Mejorar el acceso a la alimentación, a través de canalización a programas de inclusión social para garantizar el derecho humano a la alimentación.	Autoridades Sociales y Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Implementar estrategias o acciones de atención a las necesidades básicas de los habitantes de la calle como acceso a agua potable para hidratación, acceso a duchas y baños, alimentación, ropa, refugios o albergues.	Autoridades Sociales Departamentales, Distritales y Municipales
	Adaptar y avanzar en la línea técnica de reducción del riesgo y reducción del daño en salud, atendiendo las particularidades del estilo de vida de las personas habitantes de la calle.	Autoridades Sociales y Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Articular los sectores con competencias para la atención de la población habitante de la calle para garantizar la comunicación formativa e informativa en salud, con enfoque diferencial, atendiendo las circunstancias de extrema vulnerabilidad de esta población, que favorezca la exigibilidad de derechos y gestión de la salud.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategias	Acciones	Responsables
Gestión de la calidad de la atención	Coordinar y articular administrativa y técnicamente los servicios y planes del SGSSS y del sector salud, incluidos los que desarrollan las autoridades sanitarias como parte de los PIC, para garantizar una adecuada gestión del riesgo y la atención de la población habitante de la calle.	Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Sensibilizar al personal sanitario y administrativo del sistema de salud para que reconozca las particularidades del estilo de vida de esta población y adopte actitudes, aptitudes y prácticas que disminuyan el estigma y la discriminación que generan exclusión social y afectan la calidad de la atención a esta población.	Autoridades Sociales y Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	Desarrollar e implementar estrategias diferenciales intra y extramurales de atención que favorezcan el acceso de las personas habitantes de la calle a los servicios de salud, con oportunidad y pertinencia en el marco de su estilo de vida. (Transversalización de los enfoques de derechos, diferencial, de género, curso de vida e interseccional).	MSPS- Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales
	Elaborar e implementar una estrategia intersectorial sociosanitaria que permita la recuperación de la salud (en el marco intra y extrahospitalario) garantizando la satisfacción de las necesidades sociales y sanitarias que fortalezcan las capacidades y la gestión de los riesgos en salud de las personas habitantes de calle.	EAPB- Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales
	Definir rutas operativas que integren el componente social y sanitario para una atención integral de los diferentes eventos en salud.	Autoridades Sociales y Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
Monitoreo y seguimiento de las intervenciones y sus efectos	Generar espacios que permitan el seguimiento oportuno a las atenciones sociosanitarias que recibe la población, a fin de garantizar acciones preventivas y correctivas que apoyen los procesos de recuperación de la salud e inclusión social, (comités de seguimiento a casos y otros similares).	EAPB, IPS, Autoridades Sanitarias y sociales Departamentales, Distritales y Municipales, sociedad civil
	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.	EAPB- Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales

Las acciones sobre el riesgo en salud son desarrolladas por las entidades territoriales mediante el componente colectivo, por la Empresa Administradora del Plan de Beneficios y por la red integral de prestadores de servicios de salud, y necesariamente por la persona, la familia y la comunidad en lo relacionado con su cuidado.

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

4.4. Línea estratégica Gestión del conocimiento

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.

Para ello es imprescindible la adecuada comunicación y articulación con los sectores sociales de las administraciones de los municipios, quienes se encargan de la información que soporta los listados censales y también de realizar el adecuado registro de las atenciones en la red de salud.

Gestión del conocimiento

Las acciones y los responsables para el desarrollo de esta línea estratégica son:

Estrategias	Acciones	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 y 2339 de 2017 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 " o la norma que lo modifique o sustituya, con relación a la identificación de los riesgos en salud de la población afiliada.	EAPB- Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales
	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	EAPB- Autoridades Sanitarias Departamentales, Distritales y Municipales

Continuación de la resolución “Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle”

Estrategias	Acciones	Responsables
	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.	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 y 2339 de 2017, o la norma que las modifique, o sustituya. 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 la habitanza en calle, uno por línea estratégica y en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública.	Ministerio de Salud y Protección Social
Divulgación de la información	Alimentar 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

La adopción de lo contemplado en el presente documento por parte de los departamentos, municipios y distritos, se verificará mediante el seguimiento que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social a los planes territoriales de salud.

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

Fuentes primarias

Constitución Política de Colombia

Leyes

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

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

Ley 1098 de 2006, Código de Infancia y Adolescencia.

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

Decretos

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

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.

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 4886 de 2018, Política Nacional de Salud Mental

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

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

Acuerdos

Acuerdos 117 de 1998 y Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, "por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Jurisprudencia

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

Continuación de la resolución "Por medio de la cual se adopta el Componente de Atención Integral en Salud de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle"

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.

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.

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