AÑO
2023

ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE, EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Equipo Directivo

Fernando Aníbal Peña Díaz
Director de Provisión de Servicios de Salud

Equipo Técnico

Natalia Baquero Molina
Ángela Patricia López Parada
Líderes Grupo Funcional Modelo de Prestación de Servicios de Salud

Laura Natali Bocanegra Guarnizo
Profesional Especializado
Grupo Funcional de Modelo de Prestación de Servicios de Salud

TABLA DE CONTENIDO

1. PRESENTACION DE LA GUÍA 1
   1.1. INTRODUCCIÓN 1
   1.2. OBJETIVO GENERAL 3
   1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 3
   1.4. ALCANCE 4
2. CONCEPTOS BASICOS 4
   2.1. MARCO NORMATIVO 4
   2.2. GLOSARIO 6
   2.3 ABREVIATURAS 12
3. DESARROLLO DE CONTENIDO 14
   3.1. MARCO SITUACIONAL DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE HABITABILIDAD DE CALLE 14
   3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE 14
   3.3. CONDICIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE HABITABILIDAD DE CALLE DE BOGOTÁ 18
   3.4. DIFICULTADES Y BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE 24
   3.5. ORIENTACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE 25
   3.6. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA EAPB Y LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE 31
   3.7. HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE 32
   3.8. RECOMENDACIONES FINALES 34
4. PREGUNTAS FRECUENTES 35
5. BIBLIOGRAFÍA 37
6. CONTROL DE CAMBIOS 38

1. PRESENTACION DE LA GUÍA

1.1. INTRODUCCIÓN

El Decreto 560 de 2015 adoptó la Política Pública Distrital de Habitabilidad en calle, con vigencia entre el 2015 al 2025; orientado a "Resignificar el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectoriales, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle" (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Así mismo se establecen las líneas de acción para la prestación de servicios de salud de la población ciudadana habitante de calle, a través de la garantía de aseguramiento en salud, acceso integral o integrado a los servicios de salud, prevención y control de eventos de interés en salud pública y garantía de derechos sexuales y reproductivos. Garantizando así, a las Ciudadanas y los Ciudadanos Habitantes de Calle el acceso integral a los Servicios de Salud, haciendo efectivo el goce del derecho fundamental a la atención en salud de dicha población.

Con la actualización del Plan de Atención de Política Pública Distrital para el fenómeno de habitabilidad de calle 2015-2025, se enmarcan tres objetivos:

1. Reconocer que la habitabilidad en calle no es una situación y realidad exclusiva de las personas adultas mayores, sino que hay que tener en cuenta todos los grupos etarios de la población.

2. Advertir que si bien la atención, inclusión y mejoramiento de la calidad de vida de las personas Habitantes de Calle, que ordena el Acuerdo 366 de 2009, es un eje central de la Política, y que sin duda tendría un impacto positivo sobre las vidas de dicha población, no necesariamente, transforma o reduce los factores de riesgo que producen y reproducen el fenómeno en el Distrito (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015, p. 12)
3. Se amplía el objeto de la política con el fin de comprender la situación de habitabilidad en calle desde la perspectiva de fenómeno social, permitiendo que las acciones implementadas en la misma aborden fenómenos de alta complejidad que

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

van más allá de la atención de las y los ciudadanos habitantes de calle. Por tal motivo, se comprenden factores predisponentes o determinantes que exponen a personas en riesgo de iniciar la vida en calle (CONPES, 2022).

En el Distrito Capital, la atención de las y los ciudadanos habitantes de calle se realiza a través de la concertación de acciones transectoriales, con el objetivo de acercar la prestación de servicios de salud sin barreras tanto para el régimen subsidiado, como para el contributivo; a través, de la garantía de la atención integral, un trato respetuoso, adecuado y socialmente sostenible, generando conciencia sobre la importancia de minimizar los riesgos en salud para la población objetivo.

En consecuencia, la Dirección de Provisión de Servicios de Salud, diseña esta guía considerando los siguientes aspectos:

- Comprender la habitabilidad en calle como un fenómeno social urbano que se presenta en ciudadanos con diferencia etaria, sexo, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica y nacionalidad.
- Facilitar el desarrollo de intervenciones que, a través de planes de cuidado integral, permitan el acceso a los servicios de salud sin barreras, para la población habitante de calle, priorizando estrategias de prevención, atención, formación, desarrollo personal e inclusión social para el mejoramiento de calidad de vida de la población y la resignificación de las condiciones de vida, de la marginalidad y fragilidad social.
- Desarrollar estrategias que permitan entender las dinámicas del espacio público donde se encuentra inmersa la población en situación de habitabilidad en calle, debido a que, se identifica la vulneración de derechos y la alta exposición a sufrir eventos relacionados con problemas de convivencia, tales como: exclusión social, estigma, discriminación, indefensión, instrumentalización por redes criminales como parte de sus actividades ilícitas, alto nivel de conflicto en su interacción con el resto de la ciudadanía por sus prácticas y hábitos de calle, deterioro y/o ausencia de redes de apoyo, baja participación en las redes de intercambio político, social y económico, desconocimiento por parte de las y los habitantes de calle sobre los servicios que prestan las entidades públicas y privadas para garantizar su atención integral en salud, dificultades para mantener y fortalecer las redes que propician bienestar, barreras de acceso al sistema de justicia, desconocimiento de sus derechos y de los mecanismos de acceso a los servicios que tienen garantizados, además de la carencia de un espacio digno de vivienda, explotación, delincuencia, barreras para que las

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

personas dispongan de identificación, deficientes condiciones de higiene, afectaciones al estado nutricional, exposición a enfermedades infecciosas como la tuberculosis e infecciones de transmisión sexual, además de los trastornos que afectan la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas" (CONPES, 2022).

Por lo anterior, se considera necesaria la construcción y despliegue de la presente Guía, con el propósito de incorporar estrategias enfocadas al fortalecimiento de la atención en salud para la población habitante de calle, en donde prevalezca la atención con enfoque diferencial y de derechos, la atención humanizada, en el marco del Modelo Territorial de Salud "Salud a mi Barrio, Salud a mi Vereda", de su línea operativa de Aseguramiento Prestación de Servicios de Salud y demás normatividad vigente.

1.2. OBJETIVO GENERAL

Establecer orientaciones técnicas para las EAPB autorizadas para operar en la ciudad de Bogotá y su Red Prestadora de Servicios de Salud, buscando garantizar una adecuada prestación de servicios de salud a la población en situación de calle (habitante de y en calle), que habita en la ciudad de Bogotá D, C., procurando una atención humanizada con enfoque diferencial y de derechos, encaminada a satisfacer de manera real y efectiva las necesidades en salud de dicha población.

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las principales barreras de acceso a la atención en salud, para los y las habitantes de calle con el fin de plantear estrategias, que busquen de manera continua aminorar el impacto negativo que estas barreras y dificultades pudiesen presentar en la atención en salud para dicha población
- Promover, con base en la caracterización de las diferentes variables en salud de la población habitante de calle, la implementación de estrategias, programas y protocolos de atención en salud, además de asistir técnicamente a las Empresas Administradoras de Planes y Beneficios - EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS, para atender las patologías de mayor impacto en esta población.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- Orientar a las EAPB y su red prestadora de servicios de salud acerca de la oferta de servicios por parte de entidades públicas y privadas para las y los habitantes de calle, con el fin de poder realizar articulación interinstitucional.

1.4. ALCANCE

La presente guía aplica a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y su red prestadora de servicios de salud, tanto en los componentes primario y complementario, con el propósito de facilitar el reconocimiento de los aspectos relevantes de la población habitante de calle, que inciden sobre su estado de salud, además de las necesidades y expectativas frente a la atención en salud de este grupo de población.

2. CONCEPTOS BASICOS

2.1. MARCO NORMATIVO

Esta sección presenta la normatividad, sentencias, leyes, decretos, resoluciones a nivel internacional, nacional y distrital que rigen para la prestación de servicio de salud a la persona en situación de calle (habitante de y en calle)

Tabla 1. Marco Normativo y Jurisprudencial

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

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Marco normativo y jurisprudencial	Descripción
	los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la 8 prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. El artículo 76 numeral 11, en el marco de las competencias de las entidades territoriales frente a grupos vulnerables, estipula que se podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.
Documento CONPES 3992 de 2018	Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.
Decreto 064 de 2020	Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los articulas 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones
Decreto 780 de 2016	Corresponde al Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.
Decreto 2083 de 2016	Incluye expresamente a la población habitante de la calle dentro de los afiliados en el régimen subsidiado mediante el listado censal. Modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
Resolución 1838 de 2019	Por la cual se establecen los responsables de la Generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales, se determinan los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información y se dictan otras disposiciones.
Resolución 0089 de 2019	Adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
Resolución 4886 de 2018.	Adopta la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019.	Adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación
Resolución 2339 de 2017	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 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 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 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.
Sentencia C-062/2021	Exceptúa a los habitantes de calle de las medidas correctivas ante la realización de necesidades fisiológicas en espacio público, y exhorta a las autoridades territoriales a que adopten acciones y políticas que garanticen a esta población el acceso universal a la infraestructura sanitaria.
Sentencia C -281/2017	Declaró inexequible el parágrafo 3 del art. 41 de la Ley 1801 de 2016, Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana. No se podrán trasladar e internar a los habitantes de calle en contra de su voluntad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Marco normativo y jurisprudencial	Descripción
Sentencia T-043/2015	Precisa que Toda persona, incluyendo al habitante de calle, es libre de desarrollar su personalidad acorde a su visión de proyecto de vida.
Sentencia T-092/2015	Señala que el estado debe proteger al habitante de calle y, de esta manera garantizar su reconocimiento a la personalidad jurídica.
Sentencia C-385/2014	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. Declaro inexequible el término "que haya roto vínculos con familiares", inicialmente incluido en la ley 1641 de 2013.
Sentencia T-057/2011	Acciones afirmativas para los habitantes de calle.
Sentencia T-323/2011	Precisa el deber del estado de proteger especialmente a los habitantes de calle frente al virus de inmunodeficiencia humana -VIH

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

2.2. GLOSARIO

Atención Integrada: Conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades con miras a garantizar la atención en salud.

Cambuche: Espacios en los que se identificó la presencia de elementos usados para la construcción de una vivienda o alojamiento precario, construido con cualquier tipo de material como cartón, guadua, lata, plástico, etc. Los Cambuches se clasifican como estructurados o circunstanciales. (SDIS, 2016)

Carreteras y carreteros: En el Análisis de las dinámicas territoriales de los habitantes de calle en Bogotá: parches, cambuches y flotantes (2020), definen como carreteros "a las personas que se ocupan regularmente en la recolección de materiales de reciclaje y utilizan carretas, balinera y/o triciclos: para el transporte de estos. Esto incluye a recicladores de oficio no habitantes de calle, que con alguna frecuencia u ocasionalmente pueden emplear sus carretas para pernoctar en el espacio público, lo mismo que a habitantes de calle dedicados al reciclaje como fuente de sustento" (p.16) y como lo indica la Directiva 004 de 2021 esta población "frecuentemente se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad, pues no cuentan con redes de apoyo y no tienen permanencia en un sitio estable".

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Ciudadano o ciudadana habitante de calle: La sentencia T-533/1922, lo define como aquella "Persona que carece de recursos económicos para subsistir dignamente y se encuentran incapacitados para trabajar, debido a su condición, edad o estado de salud" y ha elegido la calle como lugar habitual y de permanencia. En tanto que, el VI Censo realizado por la Secretaría Distrital de Integración Social en Bogotá en 2011 lo define como: "Es todo ciudadano o ciudadana que permanece en calle (al menos treinta días continuos) o se ubica temporalmente en un lugar especial de alojamiento (instituciones privadas o públicas, paga diarios o lugares de consumo) y hace de la calle su espacio físico, social y cultural en donde solventa todas sus necesidades"

Centros de acopio de reciclaje: Son lugares destinados a la concentración de los residuos aprovechables inorgánicos, como papel, cartón, vidrio, plástico, metal, entre otros, para ser separados y luego comercializados para beneficio de la población recicladoras de la ciudad. Una de las principales fuentes de generación de ingresos de los habitantes de calle.

Discriminación: Discriminar significa seleccionar excluyendo; esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos, a causa de su origen étnico o nacional, religión, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales, condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa.

Dormitorios transitorios: Son espacios que se alquilan a habitantes de la calle para dormir o pasar un tiempo prolongado. Estos lugares se conocen con los nombres de: paga diarios, inquilinatos, residencias y/o camarotes. Se puede usar como lugar de consumo de SPA y en algunos se permite la elaboración de alimentos (SDIS, Censo2011).

Enfoque diferencial: Método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población, para brindar atención integral, protección y garantía de derechos, reconociendo las condiciones de vulnerabilidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros; que permitan cualificar la respuesta institucional y comunitaria.
El enfoque diferencial corresponde a una dimensión relativa, pues cada persona tiene su propio nivel y tipo de vulnerabilidad en función de situaciones socioeconómicas, culturales, políticas, religiosas, de género y personales.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

El enfoque diferencial es dinámico y se transforma permanentemente según las características de la población, sus modos de vida y sus contextos socios culturales, económicos y políticos.

El enfoque diferencial puede ser poblacional o territorial así:

Enfoque diferencial poblacional: Perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares en razón de su edad o momento curso de vida, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras condiciones o situaciones; para promover la visibilización de situaciones de vida particulares, brechas existentes, y guiar la toma de decisiones sectoriales e intersectoriales.

Enfoque diferencial territorial: Reconoce al territorio como producto de la construcción social, que genera identidad y supone la comprensión de las necesidades de los habitantes, sus potencialidades, recursos y la cultura que los pobladores del mismo han construido, lo que incluye el simbolismo que el territorio tiene para ellos.
El territorio es un espacio en el cual tienen lugar las relaciones socioculturales de un grupo humano específico, y “es una construcción cultural e histórica donde se desarrollan las prácticas sociales con intereses distintos, con percepciones, valoraciones y actitudes territoriales diferentes, que generan relaciones de complementación, de reciprocidad, pero también de confrontación” (Capel, 2016). El territorio es la unidad básica a partir de la cual se integra el Sistema de Salud y su capacidad de respuesta. Las poblaciones necesariamente están encausadas a ese territorio y comparten ciertos riesgos en salud, sujetos de acciones para su abordaje relacionadas con la gestión de la salud pública y la gestión integral del riesgo en salud, acciones lideradas por la autoridad sanitaria territorial, la EAPB y su red prestadora de servicios de salud, respectivamente. Estas intervenciones se dan en diferentes entornos, tales como: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional, incluyendo funciones públicas de protección de poblaciones, los servicios sociales y los cuidadores que ejecutan dicha protección.

Espacios de diálogo sobre habitabilidad en calle - ESDHAC: Los espacios de diálogo son realizados en el territorio y conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de los(as) ciudadanos(as) habitantes de calle, son acogidos(as) en primera instancia por espacios de apoyo, contención y orientación, que les sirva para superar situaciones de crisis, aprender a resolver

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

problemas, revertir situaciones de exclusión social, incentivar su interés a participar en grupos sociales y procesos de construcción de su proyecto de vida, en coalición con experiencias para la restitución de su autonomía: funcional, social, económica y política. Sin embargo, no solo se trabaja en el plano individual sino también en el comunitario, incluyendo a las personas de la comunidad en espacios de diálogo sobre los conflictos asociados al fenómeno de habitabilidad en calle, las formas de superación y apoyo grupal, la consecución de pactos, compromisos y demás actividades que promuevan de alguna forma a la convivencia ciudadana. (SDIS, 2016)

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

Habitante En calle: Es aquella persona que "hace de la calle el escenario propio para su supervivencia. Sin embargo, alterna el trabajo en la calle, la casa y la escuela. Es decir, cuenta con un espacio privado diferente de la calle donde reside, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel" (Barrios, Góngora y Suárez, 2006). Las personas habitantes de la calle y las personas en calle conforman el grupo de población en situación de calle (PPSHC; 2021).

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

Instituciones Públicas y Privadas para la Atención a la Población: son espacios generalmente cerrados en donde entidades públicas y privadas ofrecen servicios de atención a un número determinado de personas habitantes de la calle.

La Calle: es el lugar escogido por los habitantes de la calle como su hábitat, puede ser vista en algunos casos como una escogencia de parte de la persona que decide habitar la calle, para otros, como una consecuencia de la conjugación de diferentes

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

factores, llegando a ser el espacio para que pueda residir en él y ocuparlo. La dinámica de la habitabilidad en calle, con sus comportamientos, costumbres y códigos, difícilmente podría acomodarse en otros medios por fuera del círculo de calle. La calle reúne las condiciones necesarias para permitir el acomodo del fenómeno, con mejores condiciones que otros ambientes. (SDIS, Censo 2011).

LGBTI: Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans o Transgénero e Intersexuales. Las siglas LGBTI se utilizan para describir a los diversos grupos de personas que no se ajustan a las nociones convencionales o tradicionales de los roles de género masculinos y femeninos. La sigla es una forma de agrupar, no es fija y evoluciona rápidamente, en la medida en que emergen nuevas formas identitarias que incluyen a personas como los Queers. “Además, en diferentes culturas pueden utilizarse otros términos para describir a las personas del mismo sexo que tienen relaciones sexuales y a las que se autoidentifican o exhiben identidades de género no binarias (como, entre otros,

- **Lesbiana**: Las personas lesbianas se identifican como mujeres y sienten atracción sexual por otras mujeres.
- **Gay**: Son personas que se identifican como hombres que sienten atracción sexual por otros hombres.
- **Bisexual**: Las personas se identifican como bisexuales si sienten atracción sexual tanto por los hombres como por las mujeres.
- **Travesti**: Un travesti se expresa y viste de acuerdo con el género opuesto. Hay diferentes tipos de travestismo, como es el caso del drag, que exagera los atributos de algún cambio de género.
- **Transexual**: Su identidad no tiene que ver con el rol e identidad de género que les fue asignado al nacer. Los transexuales asumen la identidad opuesta a las que se les asignó y pasan por una transformación que implica un cambio de sexo.
- **Transgénero**: Este término hace referencia a las personas cuyas identidades de género son diferentes del género que se les asignó al nacer. A diferencia de los transexuales, un transgénero no necesariamente tiene la finalidad de hacer un cambio de sexo.
- **Intersexual**: Las personas con esta identidad cuentan con características tanto genéticas como fisiológicas del sexo masculino y femenino.
- **Queer**: La persona queer es aquella que piensa las relaciones, las preferencias sexuales y las expresiones de un género fuera de la heteronormatividad. Es decir, no se rige por las imposiciones de género que parten del supuesto de que

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

los seres humanos están limitados a la identidad de varón y mujer, sin embargo, este término aún no está reconocido de forma oficial por la política.

Mendigo de Oficio: Persona que no solventa todas sus necesidades en la calle y su relación con la calle es de generación de ingresos. Los habitantes de la calle que ejercen la mendicidad serán sujeto del censo por su condición primaria. (SDIS, Censo 2011).

Migrantes en calle: De acuerdo con la OIM, migrante es “un término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones” (p.132), dentro de las diferentes condiciones migratorias se encuentran aquellos en situación irregular que suelen ser sumamente vulnerables a la discriminación, la explotación, la marginación, en donde a menudo viven y trabajan clandestinamente, se ven privados de sus derechos humanos y libertades fundamentales (ACNUDH, 2021). Con la contextualización anterior, se puede concluir que personas migrantes en calle incluyen a aquellas personas que “hacen de la calle el escenario propio para su supervivencia” (Min salud 2018, p.14) y satisfacen sus principales necesidades.

Niños, Niñas, Adolescentes - NNA en Calle: Los niños, las niñas y adolescentes en calle, son personas que hacen de la calle su lugar de interacción social y supervivencia, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran en los siguientes rangos de edad, de 6 a 11 años infancia, de 12 a 18 años adolescencia y de 14 a 26 juventud (s.p); así mismo, el ICBF (2016) señala que, la calle no sustituye en términos ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C 46 funcionales, ni afectivos, los espacios tradicionales para la formación de un niño, niña o adolescente, donde las figuras de autoridad se han constituido en mal tratantes, carentes de afecto, poco protectoras, agresivas, con débiles lazos afectivos, que propician de forma directa su salida a la calle. Para estos niños, niñas y adolescentes el espacio público se ha convertido en su espacio privado, en donde realizan las actividades cotidianas que deberían desarrollar en su hogar: comen, se asean, duermen y pasan allí su tiempo libre (pág. 4). Estos niños, niñas y adolescentes se ven forzados a desarrollar trabajos de mendicidad y ventas ambulantes, así como actividades de explotación sexual, barreras de acceso institucional y acceso nulo a los servicios básicos, de esta manera, se perpetúa la vulneración de sus derechos por medio de maltratos físicos, verbales y psicológicos.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Reciclador: Es la persona natural o jurídica que presta el servicio público de aseo en la actividad de aprovechamiento.

Rutas Integrales De Atención En Salud – **RIAS**: Herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención.

Sustancias psicoactivas: Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. su consumo puede crear consumo problemático o dependencia (MSPS, 2022)

Zonas de microtráfico u "ollas": se caracterizan por el expendio y consumo de sustancias psicoactivas. Sitio donde se venden o cambian objetos y material de reciclaje por sustancias psicoactivas y también alude a un sector circundante al establecimiento, donde el consumo es tolerado. (SDIS, 2016)

2.3 ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud
BDUA: Base de Datos única de Afiliados
CAIS: Componente de Atención Integral en Salud
CC: Corte Constitucional
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DDHH: Derechos Humanos

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

DIH: Derecho Internacional Humanitario
DNP: Departamento Nacional de Planeación
DSS: Determinantes Sociales de la Salud
EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficio
EREG: Estrategia de Recuperación Emocional Grupal
ESDHAC: Espacios de diálogo sobre habitabilidad en calle
IPS: Instituciones Prestadoras de Salud
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
MTS: Modelo Territorial de Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PBS: Plan de Beneficios en Salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PIC: Planes de Intervenciones Colectivas
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PPSHC: Política Pública Social para Habitantes de la Calle
PTS: Plan Territorial de Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RLCPD: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
SDS: Secretaria Distrital de Salud
RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINERGIA: Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados SISPRO Sistema Integral de Información de la Protección Social

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

3. DESARROLLO DE CONTENIDO

3.1. MARCO SITUACIONAL DE PERSONAS EN CONDICIÓN DE HABITABILIDAD DE CALLE

Para dar inicio a este capítulo, es necesario dar una mirada histórica a la problemática de la habitanza en calle, incentivando un análisis desde la perspectiva política, económica y social, desde el concepto de habitabilidad en la calle.

De la misma forma se hace necesario posicionar a las direcciones territoriales de salud, unidades sanitarias, EAPB e IPS, como garantes del restablecimiento de los derechos individuales y colectivos de esta población, para contribuir a la inclusión social de la población objetivo. Lo anterior, en el marco de la promoción de políticas concretas que tengan en cuenta las características individuales y los aspectos culturales, políticos, sociales, de diversidad sexual, discapacidad y edad; cerrando las brechas que demuestran la clara desigualdad y desventaja existente para esta población.

Para ello se tiene en cuenta **el Decreto / Acuerdo reglamentario**: 560 de 2015 el cual determina la **Vigencia de la política** (2015 a 2025) y su **Entidad / Instancia rectora** en cabeza de la Secretaría Distrital de Integración Social.

La política pública para habitantes de calle, está orientada a “Resignificar el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle”, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectoriales, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los Ciudadanos y Ciudadanas Habitantes de Calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y garantía de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle”.

3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

De acuerdo al VII censo realizado por la Secretaria Distrital de Integración Social de Bogotá en 2017 para habitantes de calle, con una duración de 10 días a través de encuesta directa y en concordancia con la ley 1641 de 2013, se identificaron (9.538)

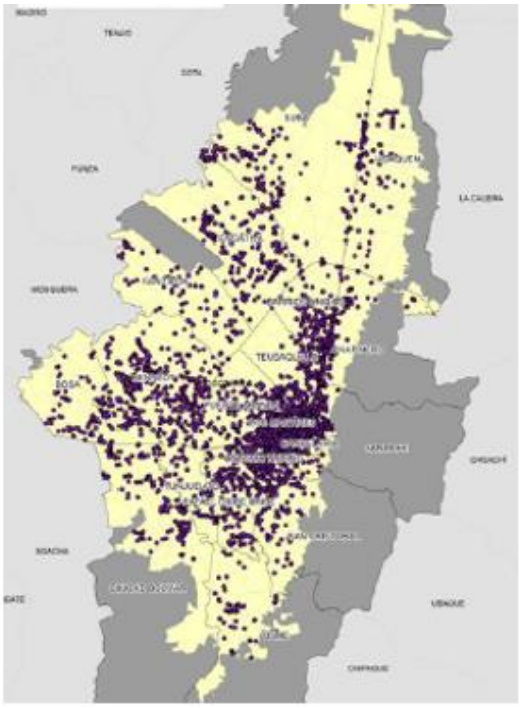
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

personas en condición de habitabilidad en calle, distribuidas de la siguiente manera: (88,9%) correspondían a hombres y (11,1%) a mujeres. Adicionalmente, reportando (6) personas intersexuales.

Con base en lo anterior, se presentan datos estadísticos que permiten identificar el contexto de la población y su estado en salud reportado al momento del censo.

Gráfica 1. Censo de Habitabilidad en calle, porcentaje de entrevistas realizadas por localidad en Bogotá. D.C.

Localidad	Entrevistas	Localidad	Entrevistas
Los Mártires	1750	Chapinero	229
Santa Fe	1313	San Cristóbal	204
Kennedy	682	Barrios unidos	192
Puente Arada	472	Usaquén	144
Teusaquillo	362	Fontibón	118
Antonio Nariño	333	La Candelaria	115
Engativá	316	Bosa	111
Ciudad Bolívar	292	Tunjuelito	93
Rafael Uribe Uribe	285	Usme	68
Suba	217	Total	**9538**



Fuente: DANE & Alcaldía mayor de Bogotá. Presentación de resultados del Censo de habitabilidad en Calle 2017.

Los datos anteriores, permiten identificar que la localidad donde se encontraba la mayor concentración de la población, al momento de realizar el censo fue la localidad de Los Mártires, con una presencia del (23,5%) del total de población identificada, seguida por las localidades de Santafé y Kennedy.

Así las cosas, estos datos permiten identificar la forma en que se realizará la lectura de necesidades de las personas en situación de calle (habitante de y en calle) por

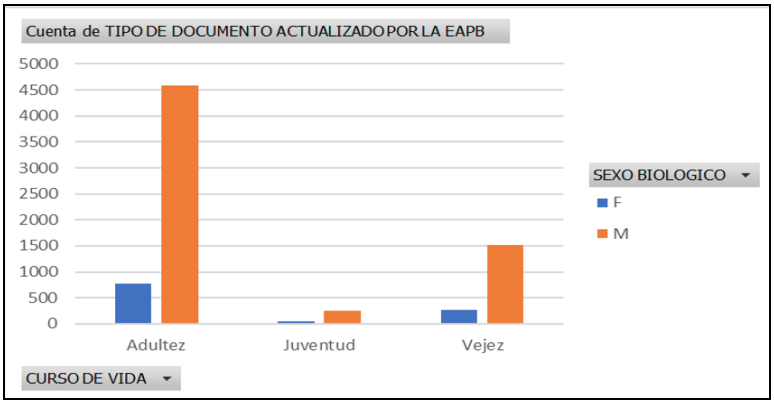
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

localidad, con el propósito de priorizar las necesidades identificadas y brindar servicios en salud altamente efectivos y resolutivos.

Ahora bien, de acuerdo con la caracterización “Habitantes de calle diciembre 2022” realizada por la EPS-S Capital Salud, se identificaron en la ciudad de Bogotá bajo el régimen subsidiario, (7.417) personas en condición de habitabilidad en calle, de las cuales, según el sexo biológico, (1.072) son mujeres equivalentes al (14,5%) del total de la población y (6.345) son hombres, correspondientes al (85,5%) de total caracterizado.

La siguiente gráfica ilustra la distribución de la población caracterizada por momento curso de vida y sexo:

Gráfica 2. Distribución de la población por momento curso de vida y de sexo biológico



Fuente: Elaboración propia, caracterización Habitantes de calle - diciembre 2022.

El anterior gráfico, refleja la distribución de la población respecto a su característica etaria y de sexo biológico. Así mismo, divide el momento curso de vida en las siguientes categorías: juventud (entre los 18 a los 28 años), adultez (entre los 29 a los 59 años) y la vejez (desde los 60 años en adelante). En este orden de ideas, la mayoría de población en condición de habitabilidad en calle se ubica en la categoría de la adultez tanto para hombres como para mujeres, teniendo en cuenta una participación más alta del sexo masculino.

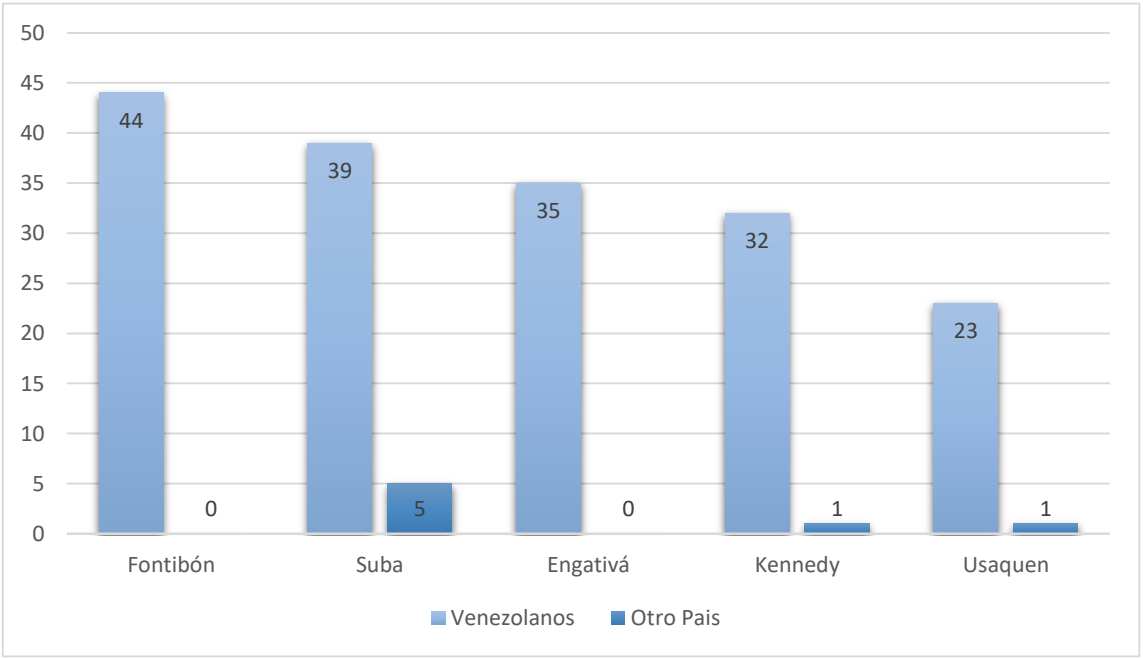
La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Por otro lado, del total de la población solo dos (2) hombres se reconocieron como población indígena y solo una (1) mujer y un (1) hombre como negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes.

Es importante mencionar la proporción de población migrante habitante de calle, que está representada en un (11%) por personas de nacionalidad venezolana y en un (0.5%) de otras nacionalidades. Las localidades con mayor presencia de población habitante de calle migrante, en su mayoría provenientes de Venezuela son: Fontibón con (44) personas; seguida por Suba con (44) personas (39 procedentes de Venezuela y 5 de otros países); Engativá con (35) personas; Kennedy con 33 personas (32 procedentes de Venezuela y 1 de otro país), y por último, la localidad de Usaquén con (24) personas (23 procedentes de Venezuela y 1 de otro país) (CONPES, 2022).

La siguiente gráfica ilustra la distribución de la población migrante caracterizada por localidad en Bogotá D.C.

Grafica 3. Distribución de la población migrante caracterizada en Bogotá por localidades.



Fuente: Elaboración Propia, basada en (CONPES, 2022)

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

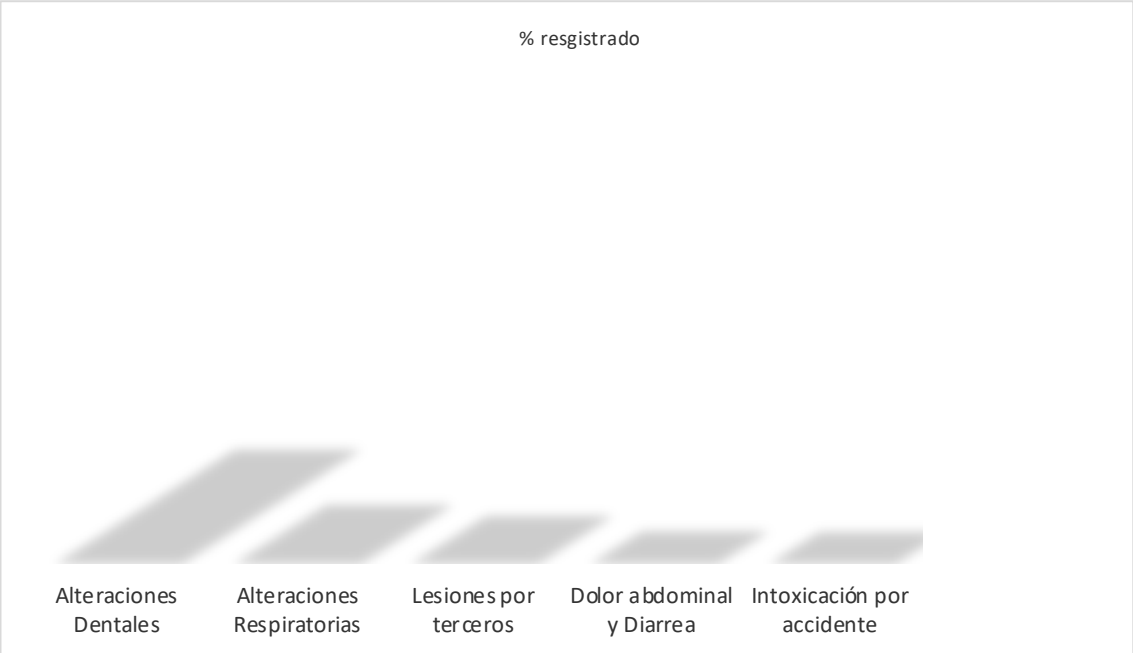
De igual manera es relevante tener en cuenta al sector social Trans -Habitante de Calle, quienes en la investigación Goce del Derecho a la Ciudad de las Personas Transgénero Habitantes de Calle del Observatorio Poblacional, Diferencial y de Familias del año 2019, se indagó cualitativamente acerca de las personas transgénero habitantes de calle, de quien no se cuenta con más información sobre sus problemáticas y necesidades. La vida de las personas transgénero está marcada por la violencia, siendo la psicológica la forma de discriminación y estigmatización más constante y sistemática; la violencia transfóbica ejercida principalmente por la Policía y entre ellas; y la violencia física que conduce a su asesinato. (OPDF, 2019, p. 12-14). En cuanto a los riesgos relacionados con la salud de las personas transgénero habitantes de calle, que realizan actividades sexuales pagadas, "*con frecuencia no usan ningún preservativo, dado que, por lo general, laboraban bajo el efecto o consumo de SPA. Otro de los riesgos frecuentes está relacionado con la inyección de sustancias como la silicona para lograr transformaciones físicas, que posibilitan, por un lado, las modificaciones necesarias para realizar el tránsito de sus cuerpos y, por otro lado, se realiza para sentirse atractivas físicamente y así asegurar las actividades sexuales pagas*" (OPDF, 2019, p. 39). Adicionalmente, en su imaginario prefieren no ir a los centros de atención en salud para evitar ser víctimas de discriminación o que se les niegue el servicio, ya que los Operadores de la Salud no entienden la atención desde el enfoque diferencial hacia ellas., situación que requiere del fortalecimiento de acciones institucionales, para generar una atención con enfoque diferencial de dicho sector.

3.3. CONDICIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE HABITABILIDAD DE CALLE DE BOGOTÁ

De acuerdo con el censo de 2017, se identificó el "porcentaje de personas censadas por entrevista directa, y que tuvieron algún problema de salud en los últimos 30 días además de las acciones realizadas para tratar el problema de salud". (DANE, CHC. Bogotá 2017**)** Encontrando que un (42.1%) de la población habitante de calle con la condición indicada, buscó algún tipo de tratamiento o atención a través de una entidad de salud, un médico particular, una empresa social del estado, hospital o centro de salud, un farmaceuta, o a través del uso de remedios caseros, automedicación o uso de terapias alternativas. Mientras que, el (57,9%) no tuvo ningún tipo de asistencia médica incluida en las anteriormente citadas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Gráfica 4. Principales causas de Morbilidad en población Habitante de Calle en el D.C.



Fuente: Elaboración propia basada en DANE - VII Censo de habitantes de calle de Bogotá, 2017.

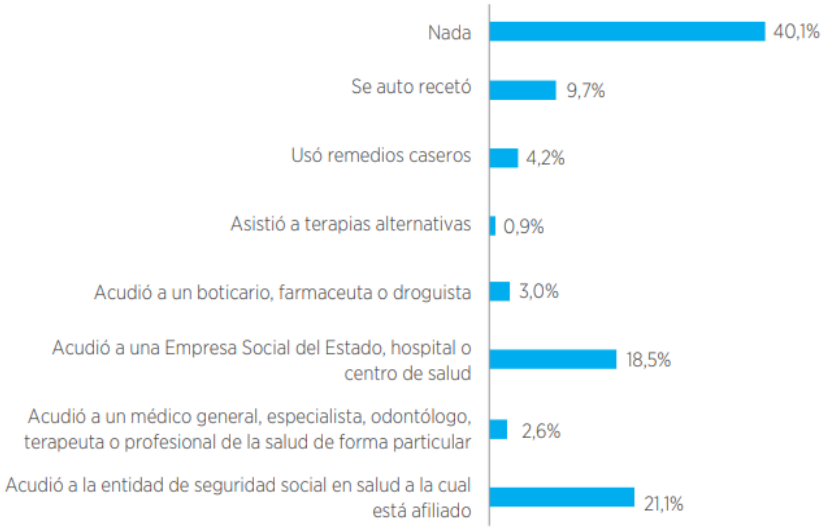
De acuerdo a la gráfica 4 dentro del perfil de morbilidad, se identifican dentro de las primeras causas las alteraciones dentales, presentes en un (27,7%) de la población caracterizada que tuvo problema de salud en los últimos 30 días, seguidos por las alteraciones del tracto respiratorio con un (14,2%) de población afectada, seguidas por las lesiones intencionales por parte de terceros con un (11,6%) del total, además del dolor abdominal y diarreas con un (7,9%) del total de la población, seguidas por las lesiones, intoxicación o envenenamiento causado por accidente con un (7,7%) del total.

En relación con las acciones realizadas para tratar algún problema de salud, se encuentra que el (40,1%) de los ciudadanos habitantes de calle censados por entrevista directa, no realizó ninguna acción. De este porcentaje, el (40,7%) corresponde a hombres y el (35,7%) a mujeres.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Respecto a que población acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliada, se evidencia que el (21,1%) acudió a una Empresa Social del Estado, hospital o centro de salud. (Alcaldia mayor de Bogotá, 2017)

Gráfica 5. Acciones realizadas por las personas habitantes de calle con algún problema de salud en los últimos 30 días, por entrevista directa.

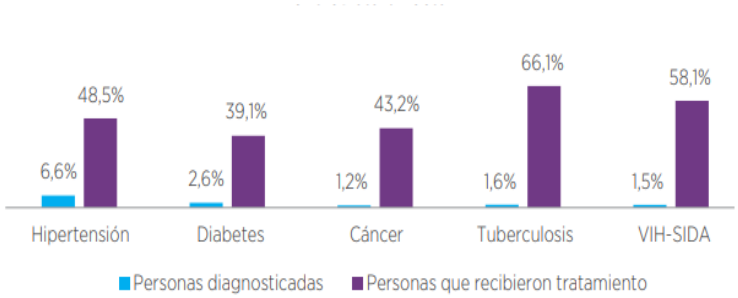


Fuente: DANE - VII Censo de habitantes de calle de Bogotá, 2017.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Adicionalmente, el censo permitió identificar las enfermedades que más se presentan en la población en condición de habitabilidad en calle y el porcentaje de población que recibió tratamiento, distribuyéndose de la siguiente forma:

Gráfica 6. Porcentaje de personas censadas diagnosticadas y tratadas con enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles: hipertensión, diabetes, cáncer, tuberculosis o VIH-SIDA en el D.C.



Fuente: DANE - VII Censo de habitantes de calle de Bogotá, 2017

En este orden de ideas, los resultados de la entrevista aplicada a la población evidencian que la hipertensión arterial, es la enfermedad con mayor incidencia identificada, con una representación de (460) personas, equivalente al (6,6%) del total de población caracterizada, de este total, (223) personas recibieron tratamiento para dicha enfermedad equivalente al (48.5%) del total.

La Diabetes Mellitus es la segunda enfermedad en el perfil de morbilidad con una incidencia del (2.6%) de la población identificada de habitantes de calle, recibiendo tratamiento solo un (39.1%) de los casos.

De ahí la importancia de fortalecer las acciones e intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS Cardio Cerebro Vascular y Metabólica, para garantizar la atención integral en salud de esta población.

Adicionalmente, es necesario priorizar la atención desde la valoración integral propuesta por la RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud y todas las intervenciones individuales propuestas por momento curso de vida con el propósito de realizar la adecuada gestión integral del riesgo en salud y evitar en lo posible, la materialización de lesiones o daños en las personas parte de este grupo de población.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Por otro lado, llama la atención la deficiente identificación de personas con tuberculosis, a pesar de evidenciar una tasa de tratamiento superior al (50%), destacando la necesidad de fortalecer las intervenciones individuales de la Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS infecciosas y enfermedades respiratorias crónicas para mitigar el impacto de esta patología reemergente.

El VIH-SIDA y el cáncer son las dos patologías con menores tasas de diagnóstico, con el (1.5%) y (1.2%) respectivamente, pero como la tuberculosis son eventos de alto impacto en términos de salud pública. De la población diagnosticada con VIH-SIDA solo el (58.1%), recibieron tratamiento y en cuanto a los diagnosticados con cáncer tan solo el (43.2%) accedieron al mismo según los datos del Departamento administrativo nacional de estadistica y secretaria distrital de integracion social, (2018). Destacando la importancia de generar orientaciones específicas enfocadas en la atención de este grupo de población desde las RIAS para enfermedades infecciosas y para las personas con riesgo o presencia de cáncer.

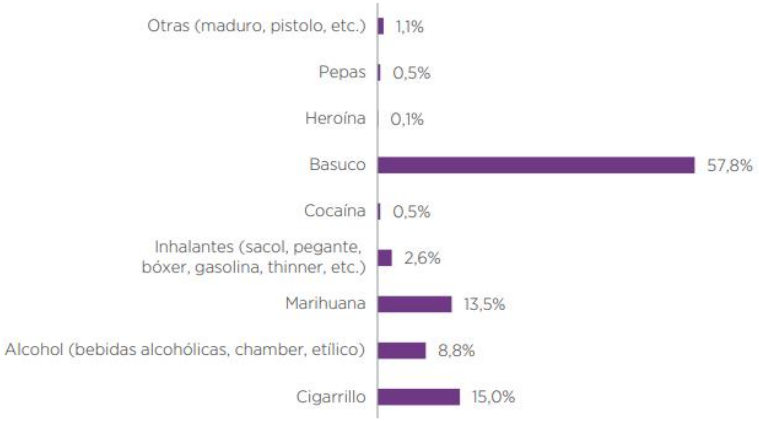
Respecto al consumo de sustancias psicoactivas, de las (6.946) personas entrevistadas de manera directa, el (90,4%) de los ciudadanos habitantes de calle manifiesta consumir alguna sustancia, esto implica que solamente el (9,6%) no es consumidor. De esta cifra, el (9,0%), corresponde al total de hombres que no consumen ninguna sustancia y el (14,9%) corresponde a las mujeres no consumidoras.

La sustancia que se consume principalmente es el bazuco en el (57,8 %) de los casos, seguida por el tabaco con un (15%) la marihuana con el (13,5%), Alcohol con un (8,8%), Inhalantes con un (2,6%) Pepas y Cocaína con un (0,5%). Adicionalmente el (0,1%) de la población manifiesta ser consumidora de heroína, siendo importante resaltar que estos datos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se distribuyen en población en los momentos curso de vida adolescencia y juventud (12 a 26 años) y adultez (27 a 59 años).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Los datos mencionados en los apartes anteriores se pueden visualizar en la siguiente gráfica:

Gráfica 7. Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas, por entrevista directa – Momentos curso de vida Adolescencia y juventud (12-26 años) y Adultez (27 a 59 años).



Fuente: DANE - VII Censo de habitantes de calle de Bogotá, 2017

Es importante resaltar, que en el 2017 se identifica una disminución en el consumo de bazuco y aumenta el consumo de cocaína, heroína, pepas e inhalantes en relación con los resultados del censo del 2011.

En cuanto al consumo de alcohol, se identifica que son las personas entre 28 y 39 años las que presentan una mayor frecuencia de consumo de esta sustancia. En lo referente al consumo de bazuco y heroína, son las personas entre 28 y 39 años las que más consumen esta sustancia. Por su parte, el consumo de las llamadas “pepas” es más frecuente en los menores de edad entre 14 y 16 años, según datos de la Alcaldia mayor de Bogotá, (2017)

Por otro lado, es importante resaltar la necesidad de fortalecer la atención en salud mental de la población habitante de calle a través de la derivación a la RIAS de trastornos mentales y del comportamiento y a la RIAS de trastornos asociados a consumo de Sustancias Psicoactivas - SPA, pues es uno de los motivos de consulta más frecuente, según la información de Sistema de Información de Prestaciones de Salud- RIPS Secretaría de Salud, (2020).

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

En términos de aseguramiento, se identifica que al 20 de noviembre del año 2020 se encuentran (64) personas afiliadas al régimen contributivo y (6.414) personas afiliadas al régimen subsidiado, lo que pone en evidencia la necesidad de fortalecer ese proceso de afiliación de personas sin aseguramiento en salud, para garantizar el acceso efectivo al sistema de salud. (CONPES, 2022).

3.4. DIFICULTADES Y BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

La siguiente tabla, muestra las dificultades y barreras de acceso identificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2021, en el proceso de atención de este grupo de población:

Tabla 2. Dificultades y barreras de acceso identificadas, para la prestación de servicios de salud a la población Habitante de Calle

DIFICULTADES Y BARRERAS	DESCRIPCIÓN
Identificación	Para el acceso efectivo a los servicios de salud, diferentes a las atenciones en los servicios de urgencias o intervenciones colectivas, se requiere de la plena identificación de las personas habitantes de la calle. Aunque existen procedimientos que solucionan parcialmente esta dificultad y hacen que la identificación no sea un impedimento para la atención en salud, como lo establece la Ley 1751 de 2015, esta situación sí constituye una barrera para la atención integral, ya que, de acuerdo con los cruces de bases de datos realizados, un porcentaje considerable de habitantes de la calle no tiene disponible el documento de identificación.
Baja afiliación al SGSSS	Existe baja afiliación de la población habitante de la calle al SGSSS, con relación al promedio de población general afiliada a nivel nacional. Según el diagnóstico de 2016, el (70%) de la población identificada en las bases de datos que reportaron las cinco ciudades con mayor número de personas habitantes de la calle estaba afiliada en salud, en contraste con la afiliación del (94.66%) de la población general en 2018.
Ausencia de enfoque diferencial e interseccional en los programas y rutas de atención	No contar con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que tengan en cuenta las particularidades de esta población, o no disponer de mecanismos para que los programas lleguen a ellos con temáticas y lenguajes acordes a su realidad y necesidades para lograr su sensibilización respecto al autocuidado en entornos poco saludables, manejo de riesgos, nutrición y prevención de enfermedades transmisibles. Se constituye en una barrera que además ocasiona que los diagnósticos sean tardíos y no se acceda de manera oportuna a tratamiento. La misma situación se presenta en la adecuación de las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo de las EAPB.
Escasa oferta en servicios de atención en salud mental.	De acuerdo con lo reportado por profesionales de salud mental y los servicios de urgencias de cinco ciudades entre ellas: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga, sobre las cuales el MSPS en el año 2016 realizó el diagnóstico, la atención en salud mental se complejiza, puesto que se requieren valoraciones especializadas de manera inicial, las cuales no están fácilmente disponibles en la atención primaria en salud. Además, se evidencia falta oferta de prestadores de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

DIFICULTADES Y BARRERAS	DESCRIPCIÓN
	servicios de salud, 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, eliminar o gestionar oportunamente las barreras de acceso.
Atención post-tratamiento.	La carencia de servicios post-hospitalarios, no sanitarios (oferta social), que permita el cuidado de las personas cuando egresan de una internación clínica u hospitalaria, genera frecuentes reingresos, ya que no tienen vivienda para la atención domiciliaria, ni redes de apoyo, lo que genera mayor presión en el sistema de salud, por recurrencia en la atención (activación de la puerta giratoria).
Prejuicios y falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población	El hecho de que el personal de salud no esté familiarizado con esta población, hace que la misma sienta rechazo hacia ella por sus hábitos de higiene y tenga dificultades para la interacción, reforzando los imaginarios negativos de las personas habitantes de la calle sobre el sistema de salud (Tirado A, Correa M, 2009).
Modalidad en la prestación de los servicios	El que la modalidad de prestación de los servicios sea principalmente residencial y no ambulatoria y que buena parte de los servicios de salud se encuentren concentrados en instituciones distantes al lugar donde viven o permanecen los habitantes de la calle dificulta la atención.
Estigma y discriminación	La forma en la que viven las personas habitantes de la calle, caracterizado por una escasa noción de autocuidado, conlleva a constante discriminación por sus pares y por el resto de la comunidad (MSPS, 2007)

Fuente: Ministerio de salud y proteccion social , 2021.

Como se refleja en la tabla anterior, son diversas las barreras y dificultades identificadas al momento de prestar un servicio de salud a la población habitante de calle y en calle, por tal motivo, esta guía pretende dar orientación para la elaboración de estrategias enfocadas al fortalecimiento de la atención en salud con enfoque diferencial e incluyente donde involucre las Empresas Administradoras de Planes y Beneficios (EAPB) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

3.5. ORIENTACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BASADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

La tabla a continuación da cuenta de las recomendaciones hechas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento “Lineamiento para la atención integral en salud de la población en situación de calle” en el año 2021, con el fin de garantizar la atención con enfoque diferencial para la población, las cuales serán adaptadas para la prestación de servicios de salud para esta población en Bogotá, D.C.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

Tabla 3. Orientaciones generales a tener en cuenta para la prestación de servicios de salud a la población Habitante de Calle

ESTRATEGIA	INTERVENCIONES A DESARROLLAR
Caracterizar la población habitante de calle e identificar sus riesgos para gestionar las intervenciones de prevención y mitigación pertinentes.	-La caracterización de la población se realiza por momento curso de vida, por ámbito territorial, por tipo de población diferencial. -Caracterización en salud a la población habitante de la calle afiliada al Sistema de Salud, con base en lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, la cual define en el artículo 12 que la caracterización de la población afiliada a las EAPB obedece a una metodología de análisis de riesgos, características y circunstancias individuales y colectivas, que comprende diversos tipos de modelos explicativos para identificar riesgos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro de un territorio y programar las intervenciones individuales necesarias para prevenir y mitigar dichos riesgos, mediante acciones a cargo de las EAPB. -Es responsabilidad de las EAPB efectuar la caracterización poblacional del distrito.
Aseguramiento al SGSSS	-Las personas habitantes de la calle tienen derecho a estar afiliadas al régimen subsidiado de salud, luego de su focalización mediante listado censal (Decreto 2083 de 2016 y resoluciones 5246 de 2016, 2339 de 2017 y 1838 de 2019). En caso de no encontrarse afiliadas serán atendidas con cargo a los subsidios a la oferta. No habrá cuotas de recuperación para personas habitantes de calle. (Decreto 2357 de 1995, artículo 18). Se podrán afiliar de oficio cuando sea necesario para garantizar el acceso a la atención integral (Decreto 064 de 2020). Así como se debe tener en cuenta que la población debidamente verificada estará exenta de copago. “Acuerdo 260 del 4 de febrero de 2004 del CNSSS, artículo 11 y Acuerdo 365 del 20 de diciembre de 2007 del CNSSS, artículo 1. -Las EAPB y las IPS, cuando identifiquen personas habitantes de la calle, siendo atendidas en sus servicios sin estar aseguradas, deberán adelantar el respectivo trámite de afiliación con la oportunidad que demanda el estilo de vida de las personas habitantes de la calle. - Brindar orientación y acompañamiento a la población habitante de la calle que asiste a servicios de salud, para que obtenga el documento de identificación cuando no cuenta con este. - Es importante tener en cuenta que no se logrará la atención integral en salud mientras las personas no cuenten con la afiliación, pues es la forma de garantizar las atenciones individuales; el no estar asegurados favorece el efecto de puerta giratoria, es decir el uso recurrente de los servicios de salud al no ser posible dar continuidad a la atención en salud de la persona.
Gestión de la calidad de la atención	-Capacitación del talento humano de las EAPB y su red prestadora de servicios de salud sobre las características de la población habitante de la calle, trato humanizado con enfoque diferencial, para que el estigma y discriminación hacia la población no se constituya en una barrera de acceso. La capacitación puede coordinarse con las autoridades sanitarias y sociales del territorio que conocen a la población habitante de la calle y su estilo de vida. Resulta imprescindible incluir al personal administrativo de las IPS, entre ellos personal de vigilancia y servicios generales. - Gestión efectiva para la eliminación de las barreras de acceso, en especial las relacionadas con el temor a ser juzgados y discriminados por su situación de habitabilidad de calle. -Los prestadores de las EAPB e IPS que atiendan población habitante de la calle deberán articularse con las autoridades sanitarias y sociales que operen en el Distrito Capital para mejorar la adherencia de las personas a los tratamientos.
Monitoreo y	-Generación de espacios que permitan el seguimiento oportuno a las atenciones

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ESTRATEGIA	INTERVENCIONES A DESARROLLAR
seguimiento de las intervenciones	sociosanitarias que recibe la población, incluyendo las adelantadas en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, a fin de garantizar acciones preventivas y correctivas que apoyen los procesos de recuperación de la salud e inclusión social, como los comités de seguimiento a casos y otros similares. **-**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.
Oferta y demanda de los servicios de salud	-Frente a la oferta de servicios se sugiere definir el tipo de servicios a habilitar: por ejemplo, servicios Extramurales especialmente por las RIAS, para el desarrollo de jornadas que incluyan consultas de medicina general, enfermería, nutrición, trabajo social, psicología y odontología consultas de medicina especializada (psiquiatría, dermatología y medicina interna) especialmente en las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud, para la atención de la población habitante de calle. -Definir la oferta de servicios según el enfoque diferencial territorial, favoreciendo el acceso de la población a los servicios de salud. -Hacer seguimiento periódico de la demanda de servicios de salud por parte de la población. -Construcción de indicadores que permitan medir el impacto de la implementación del enfoque diferencial en el proceso de atención a la población.

Fuente: Ministerio de Salud y Proteccion Social, 2021.

La siguiente tabla, se da cuenta de las intervenciones propuestas y la derivación a RIAS según necesidad identificada:

Tabla 4. Derivación a Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS

ESTRATEGIA	INTERVENCIONES A DESARROLLAR	DERIVACION A RUTAS
Identificación, manejo y mitigación del riesgo en salud-PDSP	-En caso de que la persona deba ser canalizada a la RIAS para Personas con Trastornos Mentales y del Comportamiento, o Consumo De Sustancias Psicoactivas y Epilepsia, y no pueda realizar la elección por sí misma porque la cronicidad de su situación se define como discapacidad, se debe acudir a los mecanismos para la toma de decisiones con apoyo. Realización de tamizajes con énfasis en la detección de: - Trastornos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta las distintas situaciones de las personas habitantes de la calle: los que permanecen en la calle, los que asisten a servicios sociales, los que permanecen en los servicios sociales. -Es imprescindible la aplicación de los instrumentos que se encuentran en la Resolución 518 de 2015, y la 3280 de 2018 y otras disposiciones que se consideren pertinentes en el ejercicio de la autoridad sanitaria. ✓ ITS, VIH, Hepatitis B y C ✓ SARS-CoV- 2	-RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas. -RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso sustancias psicoactivas y adicciones. -RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos Psicosociales y del comportamiento. y epilepsia. -RIAS Materno Perinatal.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ESTRATEGIA	INTERVENCIONES A DESARROLLAR	DERIVACION A RUTAS
	✓ Tuberculosis ✓ Triquiasis tracomatosa -Canalización a las personas habitantes de calle con pruebas reactivas para la confirmación de diagnósticos e inicio de la atención de infecciones como VIH y hepatitis virales, y que presenten riesgo medio y alto en las pruebas AUDIT, ASSIST y SQR, y acompañamiento para su inclusión en las redes de apoyo y servicios que les permitan mejorar su autocuidado y los motiven a realizarse el tratamiento que requieran. -En el caso de identificación de mujeres gestantes, es prioritario su acompañamiento para el acceso a servicios sociales y a la RIAS para la población materno perinatal, además de promover el fortalecimiento del vínculo familiar con el que cuente (pareja, padres, hermanos, otros familiares, o redes de apoyo social e institucional). -En los casos de identificación de personas víctimas de violencias es prioritario el acompañamiento para su inclusión en los servicios de protección social, justicia, para que inicien la ruta de atención integral para víctimas de violencias de género. -En caso de detectar un menor de 18 años, que se identifique como población habitante de calle, se deberá realizar el respectivo reporte, con la entidad rectora de la población menor edad (ICBF), con el fin de realizar el restablecimiento de derechos. De igual manera se deberá Valorar el índice de severidad de adicción a sustancias psicoactivas (SPA) y definición de un plan de tratamiento, si aplica (para casos de consumo inicial o experimental de SPA). Así como la respectiva atención del estado de salud mental del niño, niña, adolescente y su familia en los casos en los cuales se requiera.	-RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
Vacunación masiva – como mecanismo de prevención	Fortalecer capacidades técnicas y humanas del personal de salud, con el propósito de lograr la sensibilización en el momento de la atención de la población habitante de calle en la importancia de la vacunación como mecanismo de prevención de enfermedades, y la corresponsabilidad en la gestión del riesgo. Asimismo, son importantes las jornadas de atención extramurales, en donde se tenga en cuenta la aplicación de vacunas para la prevención de: ✓ Influenza ✓ Tétano ✓ Hepatitis B	-RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud. -RIAS para la población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
Intervención y modificación del riesgo	-Ajuste y adaptación de las RIAS y diseño de la atención a la población, acorde con sus necesidades, estilos de vida y ubicación geográfica, garantizando atenciones de forma extramural y en coordinación con los servicios sociales , de	-RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

ESTRATEGIA	INTERVENCIONES A DESARROLLAR	DERIVACION A RUTAS
	acuerdo con la oferta de servicios en la Red integrada y con la participación de personas habitantes de la calle hombres y mujeres, personas con identidad de género y orientación sexual distinta a la heteronormativa, personas mayores y en condición de discapacidad, y familiares y redes de población habitante de la calle, para que tengan mayor efectividad (Resolución 3280 de 2018, numeral 7.1.1). -La conformación de los equipos móviles de salud con capacidad resolutiva debe tener en cuenta personas EN y DE calle, procurando incluir personas en condición de discapacidad, personas mayores, mujeres, personas con identidad de género y orientación sexual diversa a la heteronormativa. Para identificar las personas que se incluyan en los equipos, es necesario articularse con los servicios sociales de acompañamiento a la inclusión social de habitantes de la calle. -Cuando la persona habitante de calle asiste a los servicios de urgencias por un evento específico, se deben realizar acciones para la detección temprana de las siguientes situaciones, dado que existen factores de riesgo por su forma de vida que incrementan las posibilidades de que se presenten dichas alteraciones de salud: ✓ Riesgos nutricionales. ✓ Riesgos para la salud bucal. ✓ ITS, VIH, Hepatitis B y C. ✓ Tuberculosis. ✓ SARS-CoV-2. ✓ Riesgos psicosociales para violencias. ✓ Trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. ✓ Cáncer de cuello uterino (citología y VPH) ✓ Prueba de embarazo en caso de signos de sospecha.	-RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de Sustancias psicoactivas y adicciones. -RIAS para la población con riesgo o presencia de trastornos Psicosociales y del comportamiento. y epilepsia. -RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales. -RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal. -RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas. -RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud. -RIAS Materno Perinatal.

Fuente: Ministerio de salud y proteccion social, 2021.

Asimismo, es importante tener en cuenta que las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, debe tener en cuenta la oferta de servicios de la que dispone el Distrito para la población habitante de calle, ya que es de vital importancia que los profesionales de los servicios de salud la tengan presente, para poder realizar un proceso de articulación interinstitucional y de esta manera poder dar continuidad y seguimiento a la atención de la población habitante de calle.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

A continuación, se relacionan las instituciones y servicios que puede recibir la población habitante de calle, por parte de entidades dispuestas por la Administración Distrital y por las entidades privadas.

Tabla 5. Instituciones y servicios disponibles para la población Habitante de Calle en Bogotá D.C.

CENTROS DE ATENCIÓN	SERVICIOS
Hogar de paso día - noche Bakatá, Calle 10 # 17 -53	Brinda atención integral día y noche, allí los habitantes de calle tienen la posibilidad de alimentarse, bañarse, dormir, entre otras actividades, con las cuales comienzan a generar procesos de recuperación de hábitos saludables, reciben atención psicosocial con Enfoque diferencial y vinculación al servicio para hombres, mujeres, población LGBTI y personas en condición de discapacidad.
Unidades De Protección Integral IDIPRON **Centro Oasis** Cll 10 a 45-09 Puentes Aranda Tel: +57 601) 3779997 ext. 2000 - (+57) 3006971980	En esta unidad se prestan servicios de: ✓ Refuerzo de Hábitos de auto cuidado (Servicio de Baño y Lavado de Ropa). ✓ Servicio de alimentación (Desayuno, onces, almuerzo, merienda tarde). ✓ Actividades recreativas y salidas pedagógicas. ✓ Apoyo Psicosocial. ✓ Apoyo Socio legal. ✓ Servicio de enfermería. ✓ Valoración nutricional y tamizajes.
Hogar de paso mujeres diversas Calle 24 # 19 a 35	Cuenta con atención diferencial entendiendo las necesidades de las mujeres, tales como: el autocuidado, la imagen personal, la identidad y las actividades personalizadas. Tiene una cobertura de 50 cupos, entre el día y la noche, en donde se brinda a todas las mujeres habitantes de calle con sus particularidades, historia y sus proyecciones de vida un centro de atención con servicios especializados para ellas sin distinción cultural, sexual, género, biológica y física. Entre esta población se incluyen mujeres LGBTI, raizales, indígenas, afrodescendientes y mujeres gestantes.
Hogar de paso para habitantes de calle, carreteros y sus animales de compañía Calle 18 # 14 -56	Ofrece atención para la población habitante de calle que tenga animales de compañía, en donde reciben atención integral para ellos y los animales, alimentación, baño, alojamiento, atención psicosocial, terapia ocupacional, enfermería y nutrición.
Centros de rehabilitación fundación la luz- IPS Carrera 48 No 95-16 Tel: 6007973-6007969-3142831637	Los Programas propios de la fundación están enfocados para menores, mujeres, hombres y personas con doble diagnóstico. También disponen de programas de capacitación para los familiares. Dicha entidad cuenta con convenios con la siguientes EAPB: ✓ EPS Sura ✓ Famisanar ✓ Capital salud
Subred integrada de servicios de Salud Sur	Siendo las USS Vista hermosa, Tunal, Meissen y Santa librada los principales referentes de atención para la población habitante de calle. Dichas unidades cuentan con servicios de urgencias y centros

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

CENTROS DE ATENCIÓN	SERVICIOS
	de atención de salud mental.
Subred integrada de servicios de Salud Centro Oriente	Siendo las USS Santa Clara - Centro de Atención en Drogadicción (CAD), San Blas y La Victoria los principales referentes de atención para la población habitante de calle. Dichas unidades cuentan con servicios de urgencias y centros de atención de salud mental.
Subred integrada de servicios de Salud Sur Occidente	Siendo las USS Kennedy, Fontibón, Bosa, Pablo VI Bosa los principales referentes de atención para la población habitante de calle. Dichas unidades cuentan con servicios de urgencias.
Subred integrada de servicios de Salud Norte	Siendo las USS Hospital simón Bolívar, Engativá, Chapinero y Suba los principales referentes de atención para la población habitante de calle. Dichas unidades cuentan con servicios de urgencias.

Fuente: Elaboración propia.

Es importante resaltar que se realiza la respectiva verificación de información en conjunto con la subdirección de administración del aseguramiento de la SDS, que los servicios de salud del plan de beneficios del régimen subsidiado para La población Habitante de Calle afiliados a la EPS -Capital Salud, normalmente los deben prestar las cuatro Subredes integradas de servicios de salud del distrito.

3.6. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA EAPB Y LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

El enfoque diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares en razón de su edad o momento curso de vida, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características; para promover la visibilización de situaciones de vida particulares y brechas existentes, y guiar la toma de decisiones públicas y privadas (adaptado del artículo 13 de la Ley 1448 de 2011, Ley de Víctimas). Es por esto que las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, deberán implementar estrategias para la atención en salud de la población habitante de calle con enfoque diferencial teniendo en cuenta:

- Realizar una caracterización completa de la población afiliada, para determinar si se cuenta con alguna población diferencial y determinar sus necesidades,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

condiciones y riesgos, enfermedades más frecuentes y condiciones de vida de la población.

- Identificar las expectativas de atención de las poblaciones diferenciales, en función de sus características culturales, identitarias y posibles vulneraciones de derechos.

- Se deberá garantizar la humanización en la prestación del servicio de salud como un asunto ético, basado en el reconocimiento de la dignidad de todas las personas independiente de su orientación sexual, pertenencia étnica, condición de víctima del conflicto armado o algún tipo de violencia, presencia de discapacidad y otras características diferenciales, aceptando su individualidad en el marco del respeto y el principio de no discriminación, en un contexto de interseccionalidad.

- Plantear estrategias y herramientas prácticas para el abordaje en la atención en salud a los ciudadanos habitantes de calle, capacitando al personal de salud en enfoque diferencial para mejorar el acceso y la calidad de atención a la población.

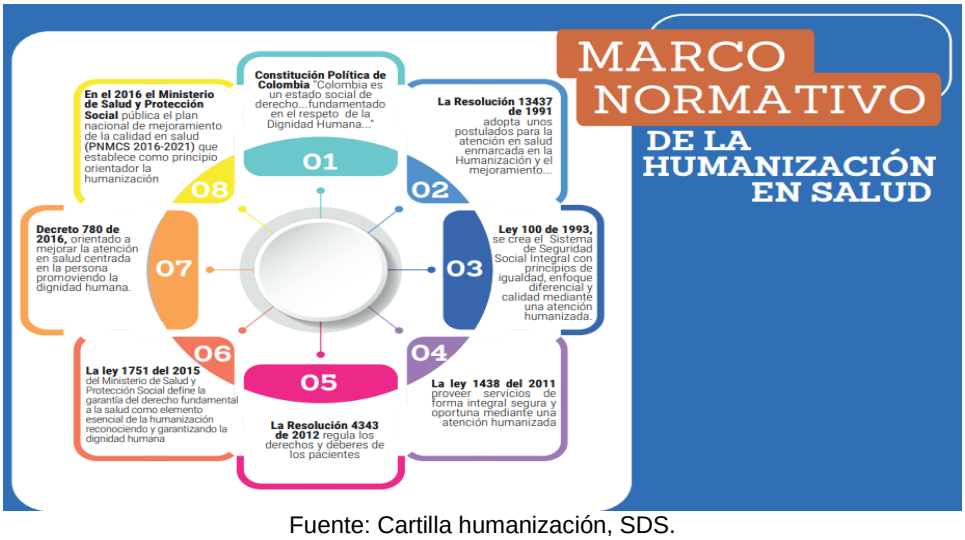
- Coordinar y colaborar con otros actores involucrados en la atención a la población habitante de calle, incluyendo organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, la sociedad civil y otros prestadores de servicios de salud.

3.7. HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD A LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

La humanización en servicios de salud está orientada a los valores implicados en el reconocimiento del trato digno, el respeto de los derechos, la entrega de información clara y precisa, además de la personalización de la atención para aquellas persona sujeto de la implementación de políticas, planes y programas con enfoque diferencial, independientemente de las características etarias, de sexo, de identidad de género, de orientación sexual, de pertenencia étnica, población víctima del conflicto armado y personas en situación de discapacidad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

La imagen a continuación muestra el marco normativo de la humanización en salud:



Fuente: Cartilla humanización, SDS.

Frente a la población objetivo del presente documento, la humanización y el tratamiento en general, está orientado al restablecimiento de sus derechos, siguiendo la línea de la ley 1641 de 2014 Art 1: "garantizar, proteger y restablecer los derechos de los habitantes de calle" indicando como principios inspiradores contemplados en el Art 5: " la Dignidad Humana, la Autonomía Personal, la Participación Social, la Solidaridad y la Coordinación, Concurrencia y Subsidiaridad entre los diferentes niveles de la Administración Pública" en concordancia con el carácter asistencial del Estado Social de Derecho.

Adicionalmente, la humanización en los servicios de salud busca implementar una relación armónica entre los pacientes, el personal de salud y los acompañantes de los pacientes; donde la atención sea personalizada y se promueva la cultura de la humanización de los servicios, priorizando el bienestar colectivo y los valores implementados durante la prestación del servicio de salud. Por ende, desde la institución se promueven lineamientos y orientaciones guiadas a establecer una atención integral basada en la dignidad humana.

En este orden de ideas, las funciones de las EAPB se centran en brindar una información clara a las personas sujetos de la atención, en garantizar el respeto de

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

los derechos y deberes de los usuarios del sistema, en garantizar el acceso eficaz a la red de prestadores de servicios de salud, en brindar disponibilidad de canales de comunicación para la población e identificar la superación de barreras de acceso y en desarrollar procesos de educación relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Cartilla humanización, SDS.)

3.8. RECOMENDACIONES FINALES

En el marco de la prestación de servicios de salud basados en Atención Primaria con enfoque diferencial, la población en condición de habitabilidad en calle debe tener un trato personalizado que opte por la humanización y calidad en la atención. Es por esto, que se presentan las siguientes recomendaciones:

- Fortalecer las redes institucionales y comunitarias, con el objetivo de integrar a la población en condición de habitabilidad en calle alcanzando una mejor calidad de vida e incluyendo una oferta de servicios de salud sin barreras.
- Una vez se identifique que acuden a servicios de salud personas en condición de habitabilidad en calle, realizar la aplicación oportuna del procedimiento de traslado, portabilidad y vinculación al aseguramiento en salud, contando con una atención integral que se aplique a toda la población habitante de y/o en calle, en los diferentes momentos curso de vida.
- Incluir un proceso de seguimiento que permita identificar las necesidades en momentos de previos y posteriores a la atención en salud, por parte de las direcciones territoriales de salud, EAPB e IPS, promoviendo su participación en actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y traumatismos derivados de su condición de vida, además de la gestión integral del riesgo en salud, tratamiento, acciones de autocuidado, rehabilitación de las personas con discapacidad y paliación en casos de enfermedad crónica debilitante y del mal pronóstico vital.
- Implementar la humanización y fortalecer la calidad en la atención, desde un abordaje multisectorial, reconociendo a la población de y en calle como sujetos que requieren de una atención integral en salud, independientemente de las características etarias, de sexo, de identidad de género, de orientación sexual y de pertenencia étnica, población víctima del conflicto armado y personas en situación de discapacidad, promoviendo las garantías, la accesibilidad,

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

oportunidad, seguridad y continuidad de los servicios en salud, con el fin de reestablecer los derechos.

- Implementar la humanización a la prestación de servicios de salud con enfoque diferencial, supone la creación de instrumentos que permitan el seguimiento de la atención de forma verificable y medible garantizando el restablecimiento de derechos, el trato humano idóneo, y el cumplimiento con los atributos de calidad en el marco de lo que dispone la ley.
- Identificar y monitorear frecuentemente las zonas de concentración de la población habitante de calle, como los espacios abiertos. Por ejemplo, parques, plazas, parqueaderos, rondas de ríos, así como los centros de acogida y hogares de Integración Social.
- Las EAPB deben implementar acciones de información y comunicación orientadas hacia el talento humano en salud, para reducir las barreras de acceso en la atención hacia esta población, debido a estigma y discriminación por su situación de calle.

4. PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿Quién es el ciudadano o ciudadana habitante de calle?
  Es la persona que carece de recursos económicos para subsistir dignamente y se encuentra incapacitada para trabajar, debido a su condición, edad o estado de salud y ha elegido la calle como lugar habitual y de permanencia.

- ¿Qué buscan los espacios de dialogo sobre habitabilidad en calle - ESDHAC?
  Son espacios de diálogo son desarrollados en el territorio y conjugan una serie de actividades orientadas a promover cambios en el estilo de vida de los(as) ciudadanos(as) habitantes de calle.

- ¿Cuál es la diferencia entre habitante de la calle y habitante en calle?
  El habitante de la calle es aquella persona que hace de la calle su lugar de habitación, donde satisface todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria y el habitante en calle es aquella persona que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia. Sin embargo, alterna el trabajo en la calle, la casa y la escuela, cuenta con un espacio privado diferente a la calle donde reside.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- ¿Por qué son importantes las orientaciones descritas en esta guía?
  Porque Con estas orientaciones técnicas se pretende dar herramientas a las EAPB autorizadas para operar en la ciudad de Bogotá y su Red Prestadora de Servicios de Salud, buscando garantizar una adecuada prestación de servicios de salud a la población en situación de calle, que habita en la ciudad de Bogotá D, C., procurando una atención humanizada con enfoque diferencial y de derechos, encaminada a satisfacer de manera real y efectiva las necesidades en salud de dicha población.

- ¿Cuáles son las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población Habitante de Calle?
  Entre las principales barreras de acceso a los servicios de salud a esta población tenemos: Identificación, Baja afiliación al SGSSS, Ausencia de enfoque diferencial e interseccional en los programas y rutas de atención, Escasa oferta en servicios de atención en salud mental, Escasa oferta en servicios de atención en salud mental, Atención post-tratamiento, Prejuicios y falta de conocimiento del personal sanitario sobre la población, Modalidad en la prestación de los servicios, Estigma y discriminación. Basado en lo anterior, se establecen estrategias para minimizar las barreras y dificultades para la atención de salud de la población objeto.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 2015, a. m. (2015). Politica Publica Distrital para el Fenomeno de Habitabilidad en Calle . bogotá.
- Aguirre, J. (s.f.). La Interpretación de la Convención Americana de Derechos Humanos. http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22853.pdf.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). DECRETO 560 DE 2015. Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales Nos 136 de 2005 y 170 de 2007. Bogotá.
- Alcaldia mayor de Bogotá. (2017). VII censo de habitante de calle 2017. Bogotá.
- CONPES. (2022). Actualización del Plan de Acción de la "POLÍTICA PÚBLICA DISTRITAL PARA EL FENÓMENO DE HABITABILIDAD EN CALLE 2015-2025". BOGOTÁ D. C.: ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D. C.
- Departamento administrativo nacional de estadistica y secretaria distrital de integracion social . (Marzo de 2018). Documento de caracterización proyectos especiales CHC . caracterización proyectos especiales CHC . Bogotá, Colombia .
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial, de género y no discriminación para personas LGBTI. Bogotá.
- Gutiérrez, D. (2021). ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA POBLACIÓN LGBTI CON ÉNFASIS EN POBLACIÓN TRANSGÉNERO: Orientaciones para la implementación de las intervenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Bogotá.
- Gutierrez, D. V. (22 de Noviembre de 2020). El Enfoque Diferencial (poblacional y territorial) y el enfoque de participación en el componente de prestación de servicios de salud. Documento normativo conceptual y de orientaciones generales para su implementación. Bogotá, Colombia.
- Henao, D., Vazquez, M. L., & Vargas, I. (2009). Factores que influyen en la coordinacio´n entre niveles asistenciales segu´ n la opinio´n de directivos y profesionales sanitarios. Gac Saint, 280-286. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112009000400005

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.

- ministerio de salud y proteccion social . (2021). Linemiento para la atencion integral en slud de la poblacion en situacion de calle . bogotá.
- Montoya-, M. V.-R.-U. (enero-junio de 2013 de 2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia. (B. C. Universidad Jorge Tadeo Lozano, Ed.) Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 114-129.
- Navarrete, R. T. (2006;). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematizaciónde sus instrumentos y medidas. Gac Sanit, 20(6), 485-95.
- Organizacion de Naciones Unidas. (2006). http://www.ohchr.org/documents/publications/faqsp.pdf. Obtenido de http://www.ohchr.org/documents/publications/faqsp.pdf: http://www.ohchr.org/documents/publications/faqsp.pdf
- Secretaría de Integración Social. (31 de 01 de 2023). Política Pública para El Fenómeno de Habitabilidad en Calle. Obtenido de https://www.integracionsocial.gov.co/index.php/politicas-publicas/lidera-sdis/politica-publica-habitabilidad-en-calle
- Serrano, C., & Asprilla, G. (2020). Metodología de orientación técnica para la implementación de la estrategia APS del modelo de atención en el componente de prestación de servicios de salud (documento de trabajo). Bogotá.

6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE CREACIÓN O ACTUALIZACIÓN
1	31/07/2023	Se elabora documento para definir las orientaciones técnicas para garantizar la atención integral en salud con enfoque diferencial de las personas habitantes de calle en la ciudad de Bogotá. D.C. Estas orientaciones están dirigidas a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y su red de prestadores de servicios de salud, con el fin de brindar una atención integral y de alto impacto, que mejore las condiciones de vida de las personas habitantes de calle, respetando y valorando las diferencias, sus necesidades particulares y la diversidad.

La impresión de este documento se considera **COPIA NO CONTROLADA** y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de carácter confidencial y propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS); está prohibida su reproducción y distribución sin previa autorización del proceso que lo genera, excepto en los requisitos de ley.