

La protección del habitante de calle en la política de atención integral en salud

The protection of street dwellers in
the comprehensive health care policy

Sara Ramírez Gallego

Trabajadora social, egresada en el 2017, especialista en Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, egresada en el 2019, estudiante de maestría de Seguridad Social de la Universidad CES. Medellín – Colombia., sara.ramirezga@gmail.com

Aprobado:
5-5-2022.
Recibido:
4-11-2021
DOI:

<http://dx.doi.org/10.18566/rfts.v39n39.a07>

Resumen

El problema para investigar consiste en la protección a la población habitante de calle desde el sistema de salud y el nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y cómo se puede articular este con una propuesta de política pública gubernamental, en pro de generar un acceso real y efectivo. El objetivo de la investigación es explicar las problemáticas de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del MAITE al momento de la implementación respecto a la protección de los habitantes de calle, desde la perspectiva de los derechos humanos en el Sistema de Salud colombiano. La metodología que se utilizó fue análisis documental basado las políticas públicas a implementar y la información de entidades internacionales que trabajaron sobre la temática de acceso y cobertura universal de la población desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación. El hallazgo más importante es que se cuenta con la oportunidad de efectuar una implementación de políticas públicas para habitantes de calle por medio de la PAIS y su materialización en el MAITE, pues al momento no existe una política pública social nacional para Habitantes de la Calle.

Palabras clave:

Personas sin Hogar, Política de Atención Integral en Salud, Modelo de Acción Integral Territorial, Derechos Humanos, Sistema de Salud Colombiano.

Abstract

The problem to be investigated consists of the protection of the homeless population from the health system and the new Model of Comprehensive Territorial Action (MAITE), and how this can be articulated with a government public policy proposal, in order to generate a real and effective access. The objective of the research is to explain the problems of the Comprehensive Health Care Policy (PAIS) and the MAITE at the time of implementation regarding the protection of street dwellers, from the perspective of human rights in the Health System Colombian. The methodology that was used was a documentary analysis based on the public policies to be implemented and the information from international entities that worked on the issue of universal access and coverage of the population from the promotion, prevention, care and rehabilitation. The most important finding is that there is the opportunity to carry out an implementation of public policies for street dwellers through the PAIS and its materialization in the MAITE, since at the moment there is no national social public policy for Street Dwellers.

Keywords:

Homeless, Colombian Integral Health Care Policy, Territorial Action Model, Human Rights, Colombian Health System.

Introducción

En Colombia, la salud se encuentra establecida como un derecho de carácter irrenunciable e irrevocable como parte de la seguridad social; así lo reconoce el artículo 48 de la Constitución Política de 1991 (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), donde se configuró el funcionamiento del sistema como un servicio público obligatorio, y se estableció para toda la población del territorio nacional; a través de la Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” (Congreso de la República, 1993).

El derecho a la salud fue establecido expresamente como un derecho de carácter fundamental en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015). En el artículo 6° (sexto) de dicha ley se indicó que la universalidad es uno de los principios del sistema de salud, acordando que “los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida” (Congreso de la República, 2015).

A su vez, esta ley estatutaria, en el citado artículo 6, instauró como uno de los elementos del derecho a la salud la accesibilidad, indicando que

los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información. (Congreso de la República, 2015)

En ese orden de ideas, tanto desde el principio de universalidad, como del elemento de la accesibilidad, la salud sea ha proclamado constitucional y legalmente como un derecho fundamental para la población residente del territorio en general, sin lugar a discriminación en su acceso a la prestación del servicio por razones de índole económica o física de las personas.¹

1 Esto puede verse desde los estándares de derechos humanos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) de la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Es de anotar que, la garantía del derecho a la salud está en cabeza del Estado, el cual, debe garantizar este acceso igualitario y ágil para toda la población en general del país, pudiendo para ello delegar en los particulares la prestación del servicio de salud; como lo indica el mismo artículo 48 del Constitución. Precisamente el principio de universalidad puede verse reflejado en la cobertura de aseguramiento del sistema de salud, la cual según el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud, 2020), para abril de 2020 está en un 95,80% de la población total del país. Pese a que en términos prácticos esta cobertura no necesariamente implica acceso a los servicios de salud, es de resaltar que, el sistema colombiano ha logrado alcanzar una universalidad en términos de aseguramiento, no obstante, se hace necesario profundizar aún, en el acceso de ciertos grupos poblacionales que han sido vulnerados históricamente; como es el caso de los habitantes de calle.

Por lo anterior, el objetivo del presente documento es explicar las problemáticas de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y del Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) al momento de su implementación, respecto a la protección del habitante de calle desde la perspectiva de los derechos humanos² en el Sistema de Salud colombiano, entendiendo que estos son inherentes a los sujetos que hacen parte del tejido social, los cuales están reconocidos por el Estado colombiano y son exigibles en la materialización de las actuaciones gubernamentales.

Para el cumplimiento de tal objetivo, se parte de la complejidad que se genera con el manejo de esta población, la posibilidad de falta de cobertura por el sistema y principalmente los problemas de accesibilidad que presentan, entendiendo que estas dos herramientas buscan manejar la población desde un enfoque diferencial que permita entender la realidad de cada grupo vulnerable para formular estrategias mejores en su atención.

2 La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), el 10 de diciembre de 1948; en ésta se encuentran 30 artículos los derechos humanos considerados básicos, a partir de la carta de San Francisco de 1945.

Vale resaltar que, se entiende por habitante de calle

Aquella persona de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida, y por habitante en la calle, al [...] que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo. (Correa, 2007, p. 40)

Sin embargo, para este artículo se asumirá al habitante de la calle como sujeto de derecho “cuya vida se desenvuelve fundamentalmente en la calle, como espacio físico-social, donde resuelve necesidades vitales, construye relaciones afectivas y mediaciones socioculturales estructurando un estilo de vida” (Correa, 2007, p. 40).

Para esto, se realizó un análisis documental en las bases de datos científicas y documentos oficiales del Gobierno, donde se plantean las políticas públicas a implementar y la información de entidades internacionales que hayan trabajado sobre la temática de acceso y cobertura universal de la población habitante de calle desde la promoción, prevención, atención y rehabilitación.

1. Habitante de calle en el Sistema de Salud colombiano

Desde la normativa colombiana, el artículo 2° de la Ley 1641 (Congreso de la República, 2013) entiende el concepto de habitante de calle como seres humanos que no cuentan con un perfil sociodemográfico unívoco, adicionalmente, habitan la calle de manera temporal o permanente. Se puede evidenciar que en la parte física y psíquica la población en situación de calle carece de protección a nivel biopsicosocial (entendida como un enfoque donde se encuentran integrados no solo factores biológicos, sino también psicológicos y sociales); es decir, hacen parte de la situación social donde los derechos humanos ingresan a jugar un papel fundamental en la gestión institucional, especialmente el de la salud, puesto que, son un población que

necesita unas condiciones dignas de vida, indicadores de salud y acceso a servicios básicos (Peñata et al., 2017).

En los términos de Correa (2007),

esta condición de habitante de la calle y la indigencia están signadas por un proceso de desafiliación comunitaria y familiar, es decir, un distanciamiento de estos ámbitos tradicionales y formalmente establecidos de la sociedad, y por una relativa cercanía a otros sujetos, vínculos sociales y códigos que les permiten interactuar en el espacio de la calle. (p. 42)

Tal como lo mencionan Jaramillo et al. (2017), habitar la calle “es un fenómeno que ha tenido presencia milenaria, y que ha estado siempre permeado por las lógicas sociales de gobernanza, religión, cultura y economía” (p. 181), lo cual afianza el deber del Estado de buscar la cobertura de este grupo poblacional. Por lo anterior, resulta necesario inicialmente identificar y visibilizar esta población, para lo cual el Gobierno nacional, a través del DANE, realizó un censo de habitantes de la calle, en el país durante el año 2019, identificando que se contaba con un total 13.252 personas en esta situación, donde el 86,9% son hombres (DANE, 2020).

Desde el punto de vista del sistema de salud, en Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), se incorporó a la población habitante de calle en la protección del marco de los servicios sociales complementarios. Según la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015), uno de los elementos esenciales del sistema es la accesibilidad, el cual, se articula con el principio la universalidad. Estos mencionan que el sistema debe garantizar a todos el acceso y condiciones de igualdad dentro de sus especificidades al interior de los diversos grupos vulnerables.

En la actualidad, los habitantes de calle se encuentran dentro del listado de población especial con derecho a pertenecer al régimen subsidiado, donde tienen derecho a cobertura integral en salud sin requerir un pago o cotización al sistema, en los términos del artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 (Minsalud, 2016), para lo cual, basta con que se encuentren en el listado censal elaborado por cada municipio.

Las personas habitantes de calle, que no se encuentren incluidas en este listado de población especial, serían atendidas como población pobre no asegurada, de modo que su prestación de servicios de salud estaría a cargo de los municipios a través de la red pública y con pago por los recursos de la oferta en el Sistema de Salud. Sin embargo, pese que exista de alguna forma la cobertura para la población habitante de calle, ello no necesariamente garantiza su acceso a los servicios del sistema, ya que todavía sería necesario cuestionarse sobre la forma en que ellos accederían a una consulta médica u odontológica, pues no son sujetos activos de dicho derecho, y podrían no contar con los canales; por ejemplo, para solicitar una atención programada.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) en Colombia tiene un progreso enfocado en la universalidad que se acentúa. Además, la universalización es un aspecto concluyente para dar continuidad en la ejecución del derecho a la salud. Es de anotar que, no se ha cumplido a cabalidad dicha universalidad en Colombia (Calderón et al., 2011). Es allí donde se comienza a entrever la brecha teórico-práctica del Sistema de Salud colombiano, es decir, para lo que implica el derecho humano a la salud, teniendo en cuenta que no se cuenta en el país con indicadores nacionales de cantidad de habitantes de calle y su cobertura en el sistema de salud, lo cual dificulta el análisis de acceso ante la falta de información disponible.

2. Algunas políticas públicas en salud respecto al habitante de calle

Desde el Plan Decenal de Salud Pública incorporado mediante la resolución 1841 de 2013 (Minsalud, 2013), se estableció como una de las estrategias relacionadas con la población habitante de calle, la “Adecuación sociocultural y técnica de las políticas, programas, planes y lineamientos para la prevención, control y atención de las enfermedades transmisibles en grupos poblacionales específicos” (p. 120).

Este lineamiento implica generar un modelo de atención diferencial, atendiendo a las características complejas de este tipo de población, cuyo arraigo familiar muchas veces se ha visto comprometido, no cuentan con

un espacio de vivienda fijo, y adicionalmente suelen presentar dependencia a consumo de sustancias psicoactivas (Peñata et al., 2017). Por tal motivo, desde el mismo Plan (Minsalud, 2013) se estableció la necesidad de contar con lineamientos adaptados a este tipo de población.

Actualmente se cuenta con un borrador de Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030, y este a su vez, tiene lineamientos enmarcados en: enfoque de derechos y en los componentes de desarrollo humano integral, atención integral en salud, movilización ciudadana, redes de apoyo social, convivencia y protección a la niñez en situación de calle. El objetivo general es garantizar la protección, restablecimiento de los derechos, e inclusión social de las personas habitantes de la calle, mediante acciones intersectoriales que prevengan la vida en la calle, permitan su superación, y mitiguen y reduzcan el daño ocasionado por esta opción de vida (Minsalud, 2019b).

Es de anotar que, dicha Política Pública no ha sido publicada por el Ministerio como política oficial, valdría la pena exhortar su importancia para la atención diferencial en salud de dicha población; es decir, es una propuesta planteada para el bienestar integral desde lo Biopsicosocial, ya que, se enmarca en el habitante de la calle como un sujeto de derechos, lo cual, es una premisa fundamental a la hora de ejecutar acciones en el contexto.

En Colombia, la Ley 1641 de 2013 (Congreso de la República, 2013) dio parámetros a través de lineamientos genéricos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, en aras de lograr la atención integral, la rehabilitación e inclusión social con un énfasis en salud. A su vez, el Ministerio de Salud y Protección Social (2019a) publicó para comentarios un proyecto de decreto para reglamentar esta ley, donde se plasmó la responsabilidad del Estado referente a la implementación de acciones afirmativas de la población habitante de calle, enmarcadas en las circunstancias socioeconómicas de vulnerabilidad y marginación de las que son objeto, con el fin de garantizar su protección en el ámbito constitucional, desde el marco de la igualdad y la solidaridad como cimientos del ordenamiento jurídico colombiano.

No obstante, no hubo un interés político para que este proyecto de decreto saliera a flote (formulación, diseño, planeación, ejecución y evaluación),

y finalmente se inició una nueva versión de política pública social para habitantes de la calle 2020-2030 ya mencionada, pero tampoco oficializada.

Ahora bien, a raíz de la Ley 1641 de 2013 (Congreso de la República, 2013) se generó una adaptación de esta en ciertas partes del territorio nacional, tal como ocurrió en el municipio de Medellín, donde se expidió el Acuerdo Municipal 24 de 2015 (Concejo de Medellín, 2015), en el que se contemplan aspectos tales como: definiciones, principios, enfoques, ámbitos de intervención, líneas estratégicas, entre otros.

A través de esta norma de carácter municipal, se estableció como uno de los objetivos específicos en el artículo 5 “garantizar el aseguramiento en algún régimen de atención en salud y efectuar las gestiones necesarias para garantizar tratamientos especializados en el manejo integral de las condiciones o afectaciones de salud física y mental, según el perfil y condiciones particulares”. De esta forma, el acuerdo buscó establecer un esquema de atención que atendiera a las particularidades de este grupo poblacional desde ámbitos individuales, familiares y sociales.

3. Política de atención integral en salud como un asunto de derechos humanos

Para tener una mirada holística en este punto se hace necesario mencionar un estudio de caso del derecho a la especial protección de los habitantes de la calle del río Medellín, donde según Peláez (2019) el artículo 13 de la Constitución al indicar que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica” (Asamblea Constituyente, 1991), no es operante, ya que la tesis de que el “derecho” opera como un discurso social para la reivindicación de derechos de los sujetos, se convirtió en un falacia, puesto que, se ha enmarcado desde la subordinación, la dominación y la opresión de este grupo social (habitantes de calle).

Lo anterior (la subordinación, la dominación y la opresión de este grupo social), se puede entrever por medio del manejo político que se ha dado, por ejemplo, con los habitantes de calle se encubre “la violencia estatal en las calles y el control disciplinario en los Centros Día de la ciudad, [...] ayudado a fomentar las estructuras y prácticas de discriminación, marginalidad y debilidad manifiesta, que tradicionalmente han existido, y soportan estos sujetos [...]” donde “se ven obligados a resistirlas de todas las formas posibles y a reclamar del gobierno de turno el debido respeto de sus derechos humanos” (Peláez, 2019, p. 132). Es allí, donde se puede afirmar que, una política pública para habitantes de calle (con un énfasis en la salud) se convierte en un pilar fundamental para que el Estado colombiano se reivindique con dicha población, ya que, implementaría y ejecutaría lo que institucionalmente ya se ha documentado, en aras, de propender por el derecho a la salud desde la integralidad del sistema, atendiendo a las particularidades de este grupo social.

También debe tenerse en cuenta que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) menciona que, en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) se exponen las normas económicas y sociales sobre la educación, la ciencia y la cultura; en esta se encuentra también el derecho humano fundamental a la salud. Allí, se reitera “la naturaleza y alcance de las obligaciones que derivan de la protección de este derecho, tanto en lo que respecta a aquellos aspectos que tienen una exigibilidad inmediata, como aquellos que tienen un carácter progresivo” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 36).

Es por esto por lo que, la Corte “recuerda que, en relación con las primeras (obligaciones de exigibilidad inmediata), los Estados deberán adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para el derecho a la salud” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 36). Es decir, es un asunto de desarrollo integral.

A su vez, la CIDH, entiende el derecho a la salud desde la aplicabilidad, a nivel internacional por medio de la Declaración Americana donde se reconoce en el artículo XI que: toda persona tiene el derecho “a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a [...] la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 39).

Siguiendo la misma línea, el artículo décimo del Protocolo de San Salvador establece que: “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 39). Es decir, dicho Organismo Internacional reconoce que la salud es un derecho humano fundamental y es trascendental para la ejecución de los demás derechos humanos, por ende,

[...] todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 39)

Esta declaración³ resulta de gran importancia en aras de lograr un balance integral, pensado en la jerarquía de las necesidades humanas para la población habitante de calle en Colombia.

En el ámbito nacional, la Corte Constitucional ha abordado el tema de la salud de los habitantes de calle en distintas sentencias, entre las cuales se destaca una de las más recientes, la T-398 de 2019, donde se revisó la cuestión sobre la higiene de las mujeres en situación de calle, partiendo de la dignidad humana como una característica inherente a la persona, y de la cual se desprende la necesidad de cubrir situaciones básicas de este grupo poblacional marginado socialmente, tales como las necesidades de higiene menstrual que las mujeres en tal situación no pueden cubrir. Al respecto, indicó la Corte

3 Además de lo manifestado por la Corte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en uno de sus artículos declaró el derecho al disfrute del más alto nivel en salud física y mental. Es de anotar, que fue ratificado por el Estado colombiano el 29 de octubre de 1969.

Sin olvidar que, existen múltiples instrumentos, los cuales, dan una perspectiva más amplia del Derecho Humano enfocado en la Población referenciada en este artículo, desde diferentes ámbitos: 1) Comité de los Derechos del Niño (ONU), 2) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW de la ONU), 3) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD de la ONU), entre otros.

En cuanto a las mujeres en situaciones de habitanza de calle, la jurisprudencia constitucional ha reconocido un estatus especial, así como unas obligaciones estatales derivadas de éste. Para la Corte Constitucional, las personas en situación de habitanza de calle son personas de especial protección reconocidos en el artículo 13, inciso 3 de la Constitución Política de Colombia debido a que, por un lado, fueron sujetos históricamente discriminados y, por otro lado, el Estado tiene una deuda social con ellos. (Corte Constitucional, 2019, p. 53)

Es por esto por lo que, se hace indispensable para el Gobierno colombiano generar la política pública para atención de habitantes de calle dentro del Sistema de Salud, para lo cual se cuenta con un marco establecido en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desarrollada por Minsalud en la Resolución 429 de 2016 (Minsalud, 2016b) y finalmente, modificada en la Resolución 2626 de 2019 (Minsalud, 2019c). Esta política se desarrolla a partir de la necesidad de cambiar la visión del sistema de salud desde los principios rectores establecidos por la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015) (Congreso de la República, 2015), donde se reconoció la necesidad de contar con un sistema incluyente e integral, que se centrara en estrategias de prevención de la enfermedad.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), de acuerdo con su concepción normativa (art. 4, resolución 2626 de 2019), es el

Conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que central el sistema de salud en el ciudadano, permite atender a la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud para generar mejores condiciones de salud de la población [...], y adicional a esta definición que busca la integralidad, la PAIS establece como uno de sus enfoques, el diferencial de derechos, reconociendo que “hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condiciones de discapacidad o víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud, por lo cual es preciso generar garantías especiales [...] (Minsalud, 2019c).

De acuerdo con lo anterior, la PAIS busca generar modelos de atención y gestión del riesgo que sean no solo integrales, sino que, reconociendo la realidad de ciertos grupos sociales vulnerables, da un marco de acción para atenciones con enfoque diferencial que permitan abarcarlos, lo cual permite establecer un enlace con la necesidad de contar con una política pública de atención en salud del habitante de calle, como un acercamiento al deber estatal de proteger los derechos humanos de esta población. Se pasa así de un individuo invisibilizado a un sujeto de derechos desde el principio *pro homine*, donde lo estatal tiene el deber de aplicar la norma bajo una interpretación extensiva para un reconocimiento real y efectivo en pro del bienestar integral del ser humano, aplicado en este caso al colectivo poblacional que viven situaciones difíciles en su entorno habitacional, social, afectivo y económico en la calle.

Como se presenta a continuación, es necesaria la articulación de los instrumentos para materializar una política pública de atención, que puede basarse en el PAIS.

4. El Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) como un acercamiento a la protección del habitante de calle en Colombia, desde una coconstrucción basada en la metodología de aprendizaje social

El Ministerio de Salud y Protección Social estableció a través de la resolución 429 de 2016 (Minsalud, 2016) la PAIS, y formuló a partir de ella un modelo con el cual se pretendía organizar el Sistema de Salud de una forma en que cumpliera con mayor integralidad los objetivos de atención, que vienen desde la cobertura y el acceso, indicados por la Constitución (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), la Ley Estatuaria de Salud 1751 de 2015 (Congreso de la República, 2015) y los organismos internacionales.

Así se generó un cambio en la concepción del Sistema de Salud con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), como alternativa para la solución de problemas y el refuerzo en estrategias de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, gestión integral del riesgo y enfoque diferencial, para generar una articulación desde el aseguramiento, la prestación de servicios y el desarrollo de políticas y programas en salud pública, a través de procesos de gestión social y política intersectorial (Moreno, 2016).

No obstante, pese al esfuerzo político realizado inicialmente, el mismo Gobierno cambió el esquema sin que se terminara su implementación y adopción por parte del Sistema, a través de la resolución 2626 de 2019 (Minsalud, 2019c), en la que se estableció el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE). Este modelo, si bien sigue generándose a través de la PAIS, y conserva gran parte de la estructura del MIAS, busca que sean los entes territoriales los actores principales y coordinadores del sistema, generando cierta descentralización en comparación con el modelo anterior. En ese sentido el MAITE da un marco de acción para ser desarrollado por cada ente territorial en aras de dar cumplimiento a la PAIS.

En el MAITE, el Ministerio generó lineamientos generales que deben ser acogidos por todas las entidades que hacen parte del Sistema de Salud, desde ocho estrategias relacionadas con el aseguramiento, la salud pública, la prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza. En cada categoría se indicó la metodología con la cual se aplicaría el modelo, particularmente en la de enfoque diferencial, propio de la PAIS, se estableció el deber de adaptar las atenciones en salud y la forma de prestación de servicios mediante la adecuación sociocultural de los servicios dirigidos a personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad, e incluso para ello se mencionaron herramientas previamente establecidas relacionadas con la atención de población víctima del conflicto, afrodescendiente, rom, indígena, adultos mayores, migrantes, víctimas de violencia de género y personas con discapacidad; es decir, se tuvieron en cuenta las herramientas jurídicas que se han creado para la atención de varios grupos vulnerables, sin embargo, nada se dijo sobre el deber de contar con atención diferencial también para habitantes de calle como población vulnerable, y acorde con el mandato de

la Ley 1641 de 2013 (Congreso de la República, 2013) de establecer una política pública.

Si bien se entiende que el listado de grupos vulnerables no es taxativo, y que el mandato del MAITE en enfoque diferencial aplica a todo grupo que sea vulnerable, llama la atención la falta de mención de población habitante de calle, y más teniendo en cuenta el deber fijado en la mencionada Ley 1641 de 2013 y que tiene pendiente de cumplir el Gobierno, frente a la expedición de políticas públicas para la atención de este grupo. Aquí se observa una desarticulación, pues justamente a través del MAITE era el momento adecuado para que el Gobierno, atendiendo a su deber de generar una política pública para habitante de calle, estableciera algunos lineamientos generales que debían cumplirse en el ámbito territorial.

Por lo anterior, es fundamental plantear la necesidad de contar con una atención diferenciada para la población habitante de calle, integrando la política que está construyendo Minsalud y la normatividad ya mencionada, con el nuevo MAITE, a fin de generar una cohesión y coherencia entre los esfuerzos del Gobierno para generar una atención integral de este grupo de población vulnerable.

Para lo anterior, además se propone no solo fijar el enfoque diferencial, sino atender a las características poblacionales, e ir más allá en la implementación y pensar la aplicación del modelo de atención (MAITE) desde la pedagogía de la autonomía escrita por Paulo Freire (Freire, 1997, p. 39), donde los saberes de la interdisciplinariedad se hacen necesarios en la práctica educativa del tejido social; ya que el Gobierno nacional tiene una deuda en la implementación y ejecución con el MAITE y la política pública para la protección del habitante de calle, pues como ha venido manifestando, no ha existido voluntad política suficiente de implementación de política pública para este grupo poblacional, y esta situación puede buscar como alternativas para su proceso, la inclusión de la pedagogía como herramienta.

Ante el vacío mencionado, se debería acudir a lo expresado por Freire en cuanto a que “enseñar exige la reflexión crítica sobre la práctica [...] es fundamental que, en la práctica de la formación docente el aprendiz de educador asuma que es indispensable pensar acertadamente” (Freire, 1997, p. 39). Donde se entiende el concepto de docente no en el sentido estricto, sino, como el

profesional que tiene un saber específico, y que por medio de su accionar lo trasmite y aplica en su labor diaria, en interacción con el otro, donde además este profesional debe ser crítico y receptivo al momento de implementar y ejecutar una acción o estrategia impulsada desde una política pública.

Como resalta Freire (1997), este proceso “no es una dádiva de los dioses ni se encuentra en los manuales de profesores [...], por el contrario, el pensar acertadamente que supera al pensar ingenuo tiene que ser producido por el aprendiz en comunión con el profesor formador” (pp. 39 - 40), entendiendo que, estos roles de docente y aprendiz, en la práctica de un ejercicio social con población habitante de calle, puede ser rotativo.

Así las cosas, el empoderamiento del aprendizaje social es una herramienta necesaria para aplicar el derecho fundamental a la salud en la población habitante de calle, pues permite salir del enfoque tradicional donde se atienden temas puntuales de una población enferma, y se centra en la generación de capacidades hacia el otro. Como afirma Chaparro (2003) “la sociedad del mañana se vislumbra como una sociedad en la cual cada individuo [...] construirá su propia capacidad de acción [...], a través de un proceso de adquisición y desarrollo de conocimiento” (p. 1). Esta es una propuesta de adaptación del modelo de pedagogía para efecto de generar capacidades de inclusión en el Sistema de Salud, con base en el conocimiento que se dé a las personas.

Por su parte, el aprendizaje social permite desarrollar un proceso, a través del cual, “los diversos actores sociales no solamente usan conocimiento, sino que también lo generan y lo sistematizan [...]. En esto consiste la creación efectiva de una real Sociedad del Conocimiento” (Chaparro, 2003, p. 7). Es decir, surge un proceso donde la apropiación y el uso del conocimiento se origina por individuos e instituciones sociales básicas, de modo que tal conocimiento se transforma en un bien público que, al interrelacionarse, forma parte del capital social (Chaparro, 2003, p. 10).

A su vez, es indispensable mencionar que, “el aprendizaje es el proceso fundamental que lleva del conocimiento a la innovación y al cambio social” (Chaparro, 2003, p. 10). Así mismo, el “proceso de aprendizaje social se logra cuando el conocimiento individual y vivencial se codifica y se logra socializar [...], desarrollando capacidades y habilidades en las personas” (Chaparro, 2003, p. 10).

En ese sentido, para el logro y cumplimiento de los objetivos trazados por el MAITE, relacionados con garantizar un mayor bienestar en los usuarios (Atención Primaria en Salud), la gestión integral del riesgo, el enfoque de cuidado en salud, el enfoque diferencial de derechos, y las líneas mínimas de acción, se considera adecuado y necesario el uso del aprendizaje social crítico por parte de los implementadores, el cual, inicia en el accionar de cada profesional a la hora de intervenir y aplicar ciertas acciones en poblaciones, siendo necesario dar un lugar especial en el modelo a esta población vulnerable, de la misma forma, como se incorporó para otros grupos poblacionales.

Teniendo en cuenta la obligación establecida en la Ley 1641 de 2013 (Congreso de la República, 2013) de fijar una política pública para habitantes de calle, en la cual definitivamente debe incorporarse un ítem sobre el derecho humano fundamental a la salud desde un enfoque integral, que reconozca las diferencias de este grupo poblacional, y con ellas busque formas de hacer más efectiva su atención; reconociendo además los esfuerzos inacabados de Minsalud y algunos entes territoriales para adoptar y materializar tal política pública, se encuentra necesario lograr una articulación con el MAITE como modelo imperante en salud en el país, incorporando las discusiones que ya se han adelantado por el Gobierno a efecto de contar con un único documento articulador.

Adicionalmente, para lograr esta articulación, se debe partir del aprendizaje social como se indicó previamente, como herramienta a utilizar por parte de las personas encargadas de la atención de esta población, y que permita generar capacidades en los habitantes de calle y lograr así una forma más completa de atenderlos por parte del sistema de salud.

Conclusiones

Tras lo analizado, puede concluirse que en Colombia los habitantes de calle se han entendido como una población vulnerable por sus condiciones sociales, y fruto de tal reconocimiento se ha forjado la obligación de contar con una política pública para su atención. No obstante, siete años después de haberse promulgado la Ley 1641 de 2013 (Congreso de la República, 2013) que

estableció tal deber para el Gobierno nacional, no se han emitido oficialmente los lineamientos de aquella política, y solo se cuentan con borradores todavía en discusión, y con algunas iniciativas en lo territorial, lo cual implica una demora y una falta de voluntad política para generar protección efectiva.

Esta falta de la política pública termina afectando la atención de la población habitante de calle, toda vez que no cuentan con lineamientos específicos que tengan en cuenta los rasgos particulares de esta población, que pueden llegar a dificultar su acceso al sistema de salud pues por ejemplo, por definición, no cuentan con un domicilio o forma de comunicación efectiva donde pueda hacerse un rastreo de su situación de salud, e incluso puede llegar a ser difícil su identificación debido a la falta de domicilio y sus características migratorias.

Esto implica un desconocimiento de su acceso a la salud como un derecho humano fundamental constitucional e internacionalmente protegido, pues no contar con un mecanismo eficiente de atención que tome en cuenta las particularidades de este grupo poblacional, llega a generar un sistema que desconozca su situación real e impida o dificulte la prestación del servicio.

El Gobierno nacional ha tenido la posibilidad de generar esta política pública de atención de habitante de calle dentro del MAITE, sin embargo, en la norma no se observa que hayan tenido en cuenta de forma expresa a esta población, lo cual lleva a observar una falta de articulación, pues por un lado se está generando un borrador de política, y por otro se está trabajando en un modelo de atención territorial con enfoque diferencial, cuando todos estos esfuerzos podrían combinarse en uno solo, incluyendo a este grupo como población vulnerable a ser tenida especialmente en cuenta en la implementación del MAITE. En ese sentido, Minsalud no debería generar el documento de política pública de habitantes alejado del marco normativo del MAITE, y este modelo debería ser modificado para incluir de forma específica a este grupo poblacional, alimentándose para ello de la herramienta que ya está configurando el Gobierno nacional.

En adición, en la aplicación del MAITE los implementadores deberían tener en cuenta que el proceso de atención de población habitante de calle no se circunscribe solo a atender necesidades físicas, sino también a establecer conductas tendientes a consolidar hábitos de vida saludable, ya que es

población que se ha deshabitado a las conductas recomendables desde la higiene pública; por lo anterior, no basta solo con atender, sino también educar a la población, entendiendo que la educación no se genera de manera exclusiva en las aulas, sino también desde intervenciones sociales para fomentar conductas que permitan a la población habitante de calle mejorar su nivel de salud, entregándoles competencias para que participen también en el proceso desde el autocuidado.

Referencias

- Adler, A. H. (2003). Elementos significativos de la ética profesional. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, (38), 8-15. <https://www.redalyc.org/pdf/340/34003802.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 10(24), 93-123. <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v10n24/1405-6666-rmie-10-24-93.pdf>
- Calderón, C., Botero, J., Bolaños, J. y Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000600020&script=sci_arttext&tlng=es
- Concejo de Medellín (2015, 17 de octubre). *Acuerdo 24. Por medio del cual se establece la política pública social para los habitantes de la calle del Municipio de Medellín*. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/Publicaciones/Shared%20Content/GACETA%20OFICIAL/2015/Gaceta%204338/ACUERDO%200024%20DE%202015.pdf
- Congreso de la República. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
- Congreso de la República. (2013, 12 de julio). *Ley 1641. Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1641-de-2013.pdf>
- Congreso de la República. (2015, 16 de febrero). *Ley 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

- Correa, M. (2007). La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. *Trabajo Social*, (9), 37-56. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8511>
- Corte Constitucional. (2019). *Sentencia T- 398. Magistrado Ponente Alberto Rojas Ríos*. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-398-19.htm>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2018). *Sentencia del 23 de agosto sobre el Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*. http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/se-riec_359_esp.pdf
- Chaparro, F. (2003). *Apropiación social del conocimiento, aprendizaje y capital social*. En Simposio Internacional sobre Ciencia y Sociedad. <https://cmappublic2.ihmc.us/rid=1HP0C7ML6-1BSFXDZ-814L/apropiaci%C3%B3n%20social%20chaparro>
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa. Siglo XXI*. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=OYK4bZG6hxkC&oi=fnd&pg=PA23&dq=pedagogia+de+la+uatomonia&ots=f6IeAZgeHY&sig=nncLTRGYrwrH-aVWPXJwaWHg1oA#v=onepage&q=pedagogia%20de%20la%20uatomonia&f=false>
- Jaramillo, J., Fernández, T. y Bedoya, S. (2017). Habitantes de calle: entre el mito y la exclusión. *Revista Poiésis*, (32), 179-185. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2311/1748>
- Minsalud. (2013, 28 de mayo). *Resolución 1841. Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- Minsalud. (2016, 6 de mayo). *Decreto 780 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Minsalud. (2016b, 17 de febrero). *Resolución 429. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
- Minsalud. (2019a). *Proyecto Decreto. Por el cual se adopta la Política Pública Social para Habitantes de la Calle y se crea una Comisión Intersectorial para su implementación*. https://consultorsalud.com/wpcontent/uploads/2019/02/habitantes_de_calle__politica_publica_en_revisi%C3%B3n_-_proyecto_decreto.pdf
- Minsalud. (2019b). *Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-habitantes-calle-2020-2030.pdf>

- Minsalud. (2019c). *Resolución 2626. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Minsalud. (2020). *Cifras del aseguramiento en salud con corte a abril 2020*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Moreno, G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista Médica de Risaralda*, 22(2), 73-74. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0122-06672016000200001&script=sci_arttext&tlng=en
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
- Peláez, H. (2019). Estado del arte sobre el ‘derecho a la especial protección’ para el caso de los habitantes de calle de Medellín: una mirada sociojurídica crítica. *Revista Jurídicas*, 16(2), 126-146. [http://vip.ucaldas.edu.co/juridicas/downloads/Juridicas16\(2\)_9.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/juridicas/downloads/Juridicas16(2)_9.pdf)
- Peñata, C., Berbesí D., y Segura, Á. (2017). Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 56-69. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3091/309153664005/index.html>