



Cartagena de Indias D.T. y C., viernes, 12 de junio de 2020

Oficio **AMC-OFI-0056683-2020**

Doctor
DAVID CABALLERO RODRIGUEZ
Presidente
CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS
Ciudad

REFERENCIA: PROYECTO DE ACUERDO POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PÚBLICA PARA HABITANTES DE CALLE DEL DISTRITO DE CARTAGENA EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS MINISTERIALES DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19 2020-2023

Señores concejales,

Por medio del presente, me permito someter a consideración del Concejo Distrital de Cartagena de Indias, la presente iniciativa del ejecutivo distrital, con el fin de tramitar, debatir y adoptar la Política Pública para habitantes de la calle, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 5 del artículo 315 de la Constitución Política, teniendo en cuenta los siguientes términos:

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

i. Introducción

Los Habitantes De Calle (en adelante, HDC) constituyen un sector poblacional compuesto por personas, sin distinción de sexo, raza o edad, que hacen de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que han roto vínculos con sus entornos familiares, tal y como lo prevé el artículo 2 de la Ley 1641 de 2013.

En lo que al Distrito de Cartagena atañe, los HDC son grupo poblacional muy reducido frente al total de la población de habitantes del ente territorial, que es de



1.036.000 de acuerdo con la proyección del censo dada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (en adelante, DANE) para año 2018.

En este contexto, los HDC no superan el 0,07% de dicha población proyectada, y la Secretaría de Participación y Desarrollo Social del Distrito (en adelante, SPDSD), a través de distintos procesos, y en coordinación con otras entidades, autoridades y actores, ha desarrollado el Programa de Atención Integral Humanitaria a la población de HDC, con tal de recolectar, cuantificar y caracterizar a las personas que se encuentran inmersas en dicha condición.

Precisamente, y como resultado de dicha labor, la SPDSD mencionada aporta la siguiente información frente a los HDC en el territorio distrital:

INFORMACION SECRETARÍA DE PARTICIPACION Y DESARROLLO SOCIAL	2016	2017	2018	2019*
TOTAL CARACTERIZADOS	272	236	355	107
TOTAL HOMBRES	242	205	349	101
TOTAL MUJERES	30	31	6	6
TOTAL ADULTOS MAYORES	58	59	67	23
TOTAL HOMBRES	43	53	66	22
TOTAL MUJERES	15	6	1	1
CERTIFICADOS EXPEDIDOS	250	213	267	79
PROPORCION DE ADULTOS MAYORES	21,32%	25,00%	18,87%	21,50%

Fuente: SPDSD.

Adicional a ello, el Distrito de Cartagena, a través de la SPDSD celebró un convenio con el Instituto de Políticas Públicas Regionales y de Gobierno (en adelante, IPREG) de la Universidad de Cartagena, que culminó con la confección de un documento denominado “Diagnostico Preliminar De Habitabilidad En Calle En Cartagena”¹, resultante de un proceso de participación intersectorial, la realización de mesas técnicas con actores estratégicos como Habitantes de Calle (actuales y egresados), la academia, dependencias de la Alcaldía y aquellas Entidades Nacionales que fueran convocadas con sede en Cartagena, tales como: Defensor del Pueblo, DANE, Registraduría Nacional del Estado Civil, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otros.

¹ Informe Final Apoyo Técnico para la Formulación de la Política Pública de Habitantes de la Calle Del Distrito de Cartagena de Indias Fase1, suscrito entre la Secretaría de Participación y Desarrollo Social y la Universidad de Cartagena



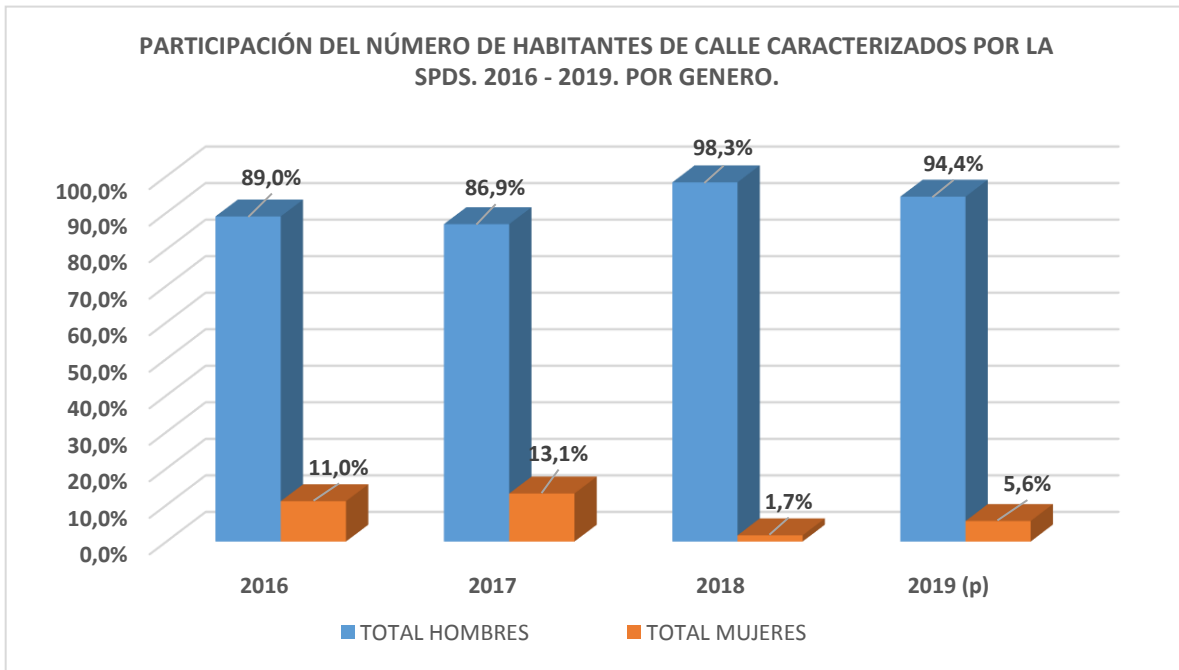
Dicho documento establece como conclusión general la imperiosa necesidad de definir una política pública para los HDC del Distrito de Cartagena, lo cual también se colige del programa contenido en el punto 11.7.1 del Plan de Desarrollo del Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias 2020 - 2023 - “SALVEMOS JUNTOS A CARTAGENA, POR UNA CARTAGENA LIBRE”, adoptado por el Concejo del Distrital, mediante el **Acuerdo ___ de 2020, de** la siguiente manera:

“11.7.1. PROGRAMA: HABITANTE DE CALLE CON DESARROLLO HUMANO INTEGRAL Este programa se fundamentará en la ejecución de la Política Pública del Distrito de Cartagena de Indias para Habitantes de Calle, se adoptan conceptualmente como referencia las definiciones contempladas en la Ley 1641 de 2013, la cual tiene como propósitos generales: 1) Prevenir que se aumente el fenómeno de habitabilidad en la calle, 2) Atender a la Población habitante de calle para el restablecimiento de sus derechos, y 3) Realizar articulación Interinstitucional y fortalecer las capacidades y competencias del ente territorial para la implementación de la política pública de habitante de calle; esto con el fin de estar articulados con los ejes estructurantes del Plan Nacional de Atención de Habitante de Calle”

De lo anterior se colige que para la Administración Distrital de Cartagena de Indias es un compromiso establecer, y ejecutar una política pública para los HDC, mediante estrategias, programas y procesos que mitiguen el estado de debilidad manifiesta en que tal sector de la población se encuentra inmerso, de modo que se les respete, garantice y promuevan en la mayor medida posible el ejercicio de sus derechos humanos.

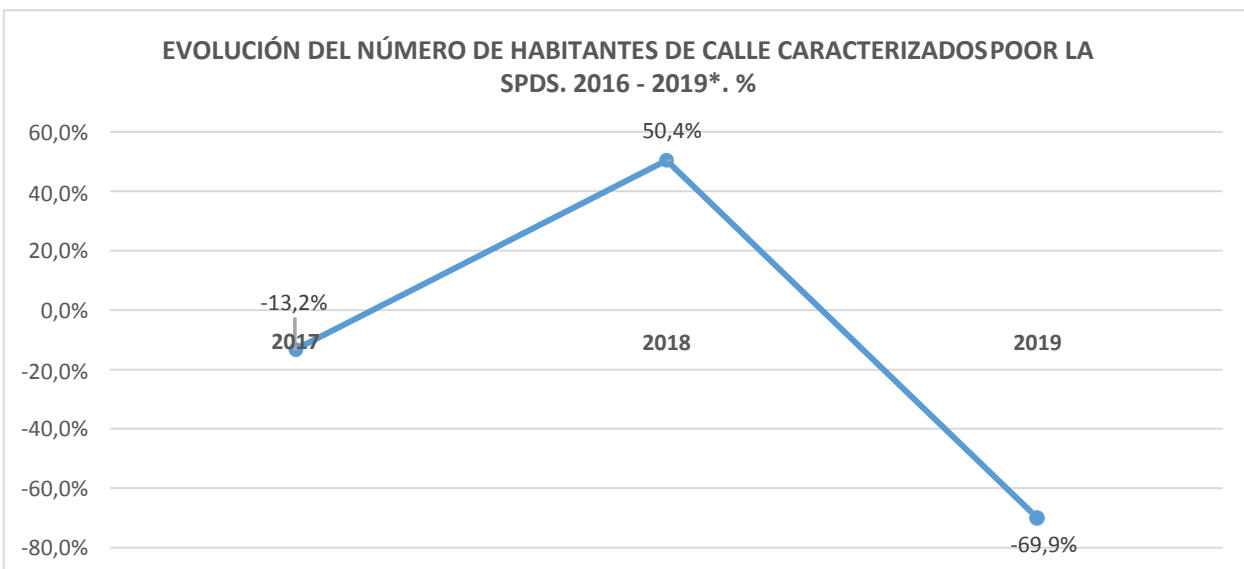
ii. La situación de los HDC en el Distrito de Cartagena

Los registros de esta población que ha recogido la SPCDSD muestran que la mayor proporción de HDC son hombres, con una participación promedio de 92%. Esta situación refleja una de las visiones más comunes de ese grupo poblacional excluido, y es la poca representación de mujeres. En parte por las extenuantes y extremas condiciones a las que están sometidas esas personas y por la proclividad de ser víctimas de abusos físicos y sexuales. En este contexto los hombres mantienen unos comportamientos de protección con sus congéneres femeninos, cooperan en su alimentación y son manifiestamente mediadores entre los conflictos con las mujeres.



Fuente: SPDSD. 2018.

Teniendo en cuenta la evolución del número de habitantes caracterizados por la SDPDSD entre los años 2017 – 2019 (siendo este último año preliminar), se observa cómo se ha presentado un incremento significativo desde el año 2017 al 2018. Para el año 2019, la cifra aún preliminar, muestra que se han caracterizado 119, pero hasta junio de este mismo año, el total de Habitantes de Calle atendidos mediante hogares de paso 24 horas, y en atención ambulatoria sumaron 123. Esto quiere decir que hay un número mayor de Habitantes de Calle inscritos que los que atienden los Hogares de Paso.



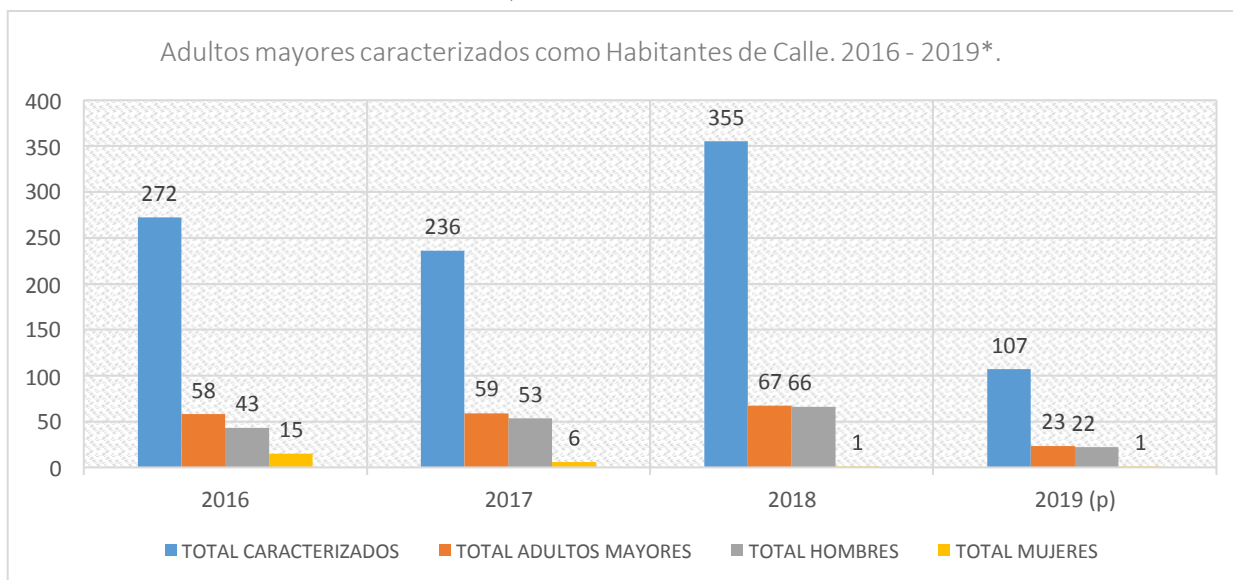
En cumplimiento con la Directiva Presidencial 04 de 2012 que trata sobre la Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la Política de Cero Papel en la Administración pública, la recepción de documentos internos se hará a través del SIGOB; no requiere ser recibido en físico. La impresión de documentos deberá hacerse solo cuando sea indispensable.



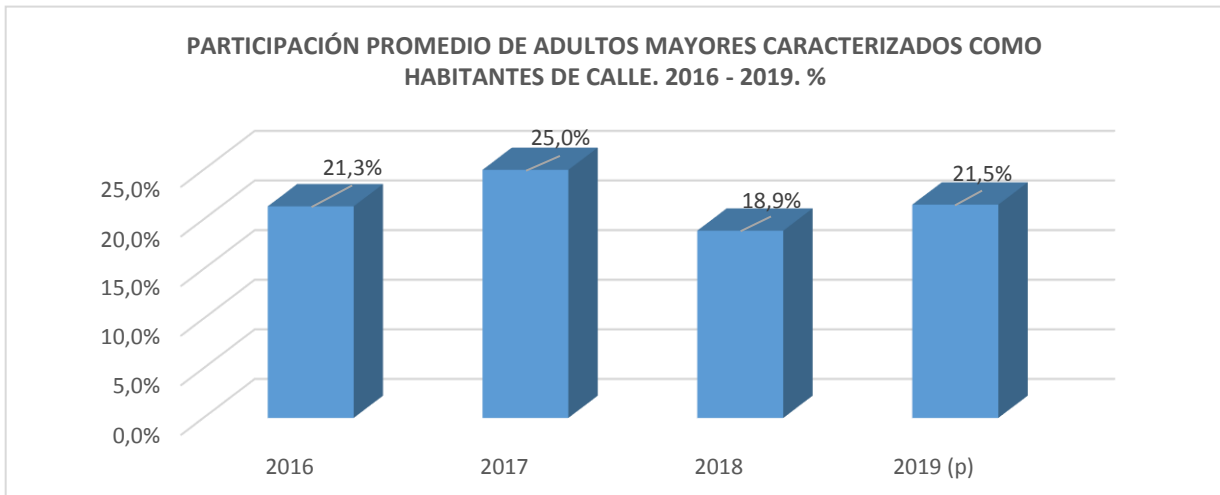
Fuente: SPDSD. 2018.

El grupo poblacional de adultos mayores representan una quinta parte del total de HDC, es el grupo de mayor vulneración de derechos de todas las poblacionales en estado de vulnerabilidad que existe, ya que presenta una edad de más de 65 años donde no obtienen ninguna clase de ingreso, están a la intemperie, carecen de un hábitat acorde a su situación de infección y además proclives a los embates del tiempo y las enfermedades. Son las personas que estiman la imagen de pobreza extrema más diciente y en promedio son aproximadamente algo menos de 200. Por lo tanto, estiman un gasto menor en tema de presupuesto para atender mínimamente sus requerimientos básicos de vida.

Se observa como desde el año 2016 hasta el 2018, el número de Adultos Mayores que se catalogan como HDC, va en aumento, pasando de 58 a 67 en dos años, esto es muestra de la dinámica poblacional que pasa de una generación a otra en corto plazo, es decir, transita de un rango o ciclo de vida a otro en las mismas condiciones de vulnerabilidad. Esto representa que los programas o planes de la Administración Pública solo son de atención básica, mas no de cambio de estatus de vida como tal.



Fuente: SPDSD. 2018.



Fuente: SPDS. 2018.

Así mismo, también se tienen identificadas las zonas de concentración de esta población, áreas que han cambiado sus características urbanísticas con el paso del tiempo, por ejemplo, un lugar de mucha concentración de HDC era el Centro Histórico, especialmente, en el sector La Matuna.

Posteriormente, se ejecutó el Plan de revitalización del Centro Histórico, que consistía en lo siguiente:

1. Construcción del paseo de Puerto Duro y reubicación de la India Catalina en la plaza de su mismo nombre
2. Remodelación de plazas de La Matuna y los ejes peatonales que las conectan
3. Ejecución del proyecto de remodelación de la Plaza de la Aduana
4. Construcción de un parqueadero subterráneo en el parque de La Marina con capacidad para unas 1.600 plazas
5. Recorrido peatonal perimetral del área histórica por las murallas
6. Restauración y acondicionamiento del parque del Centenario
7. Paisajismo en las áreas del interior y exterior de las murallas
8. Solución al problema de las mareas en las áreas por intervenir
9. Implementación de un plan de accesibilidad y movilidad
10. Señalización del Centro Histórico incluyendo a las personas en situación de discapacidad

Se puede observar que, en los sectores como la India Catalina, Antigua Plazoleta de Telecom y Puerto Duro que eran lugares de habital de los HDC, fueron cambiando por otras localidades del Distrito. No obstante, aunque quedan HDC en el Centro Histórico, el número de los mismos ha disminuido significativamente, en



parte por la pérdida en su entorno de los elementos básicos de subsistencia como lo son el reciclaje y los expendios de comidas callejeras, y otros.

ZONAS UBICACIÓN HABITANTES DE CALLE CARTAGENA	2016	2017	2018
ALPES	-	-	2
AVENIDA EL LAGO	39	46	2
BAZURTO	48	37	16
BOMBA EL AMPARO	-	-	9
BOSQUE	-	-	-
CABRERO	-	-	3
CEBALLOS	37	18	6
CENTRO	57	32	43
CHAMBACU	38	39	42
CLINICA BARU	-	-	1
FUND TALLER DEL MAESTRO	-	-	11
FUNDACION CRISTO ROMPE LAS CADENA (HOGAR DE PASO)	-	-	43
FUNDACION RECOGIDOS POR SU SANGRE (CEBALLOS)	-	-	1
HOSPITAL UNIVERSITARIO	37	49	43
HOGAR MARIA REVIVE	-	-	-
IGLESIA LOS CORALES	-	-	-
OFICINA	-	-	28
PARQUE DE LOS LEONES	-	-	2
PIE DE LA POPA	-	-	1
POZON	-	-	6
REPOSO FUND MANA DEL CIELO	-	-	1
SOCORRO	-	-	-
TERMINAL DE TRANSPORTE	53	15	35
TORICES	-	-	12
VERDADERO AYUNO	-	-	2
ZAPATERO	-	-	1
TOTAL CARACTERIZADOS	309	236	305

Para el año 2018, se muestra como los HDC del Distrito se distribuyen en las principales vías de la ciudad, como la Avenida Pedro de Heredia desde el puente



Chambacú hasta el Mercado Bazurto, trayecto en el cual se localizaban cerca del 38% del total de HDC; hay que tener en cuenta que estamos frente a aproximadamente 2 kilómetros en los que se ubican múltiples fuentes de comercio al por mayor y detal, almacenes de grandes superficies y la Central de Abastos de la ciudad. Esta micro localización, les facilita el tránsito por áreas donde pueden establecer sus actividades de subsistencia y pernoctar, ya que existen predios e inmuebles abandonados que son utilizados como refugios.

Otras de las áreas de tránsito de los HDC es la Terminal de Transporte Terrestre y la Bomba del Amparo. En esta zona es muy común observar como el flujo de HDC aumenta, por el desplazamiento por parte de las autoridades policiales de otros lugares de la ciudad, y por el incremento del impulso comercial e inmobiliario, en especial las construcciones de edificios de apartamentos, que ocasionan una alta producción de elementos proclives a reciclaje, tales como cartones, vidrios, escombros y metales. En dicho trayecto se localiza el 24% del total de HDC registrado.

Otros lugares son el Hospital Universitario del Caribe y el área comprendida entre el barrio Ceballos y Nuevo Bosque, los cuales son además un corredor de HDC de otros espacios, y que son habitualmente frecuentados por este grupo poblacional por la localización de empresas de compra de elementos de reciclaje.

Se encontraron que para el año 2018, 58 HDC estaban beneficiados por hogares de paso o fundaciones que asisten a personas en condición de adicción a sustancias psicoactivas

Son muy raros los HDC en barrios, ya que estos prefieren como se describió, zonas donde puedan desplegar actividades de recolección de residuos sólidos para reciclar y áreas de libre movilidad como son las avenidas principales.

¿Dónde ha aumentado la permanencia de cada habitante de calle en los últimos años? Pues:

- Chambacú.
- Hospital Universitario del Caribe.
- Bomba del Amparo.
- Terminal de Transporte.



Fuente: Elaboración de autores. 2018.

En el Censo realizado por el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS² de la población afiliada al Sistema de Salud obligatoria, y que concierne a los HDC, muestra como para finales del 2018, “de los 677 HDC censados, 644 son adultos y 33 son menores de edad. De acuerdo al artículo 5 de la ley 1641 de 2013 se priorizará la atención para los niños, niñas y adolescentes en articulación con el Instituto de Bienestar Familiar - ICBF quien garantizará los derechos de esta población en estado de vulneración e indefensión. Igualmente coincide, que de los adultos mayores caracterizados por las jornadas de atención de la Secretaría de Participación se encuentran en el listado censal del DADIS, teniendo estos adultos mayores también el debido tratamiento con la Unidad de Adulto Mayor de la misma Secretaría. No se poseen datos o cifras de los HDC en condición de discapacidad,

² En el aspecto de salud, habitantes de calle se encuentran denominados dentro de los GRUPOS ESPECIALES para acceder a los servicios de salud a partir de la inclusión de la persona en un Listado Censal. El Departamento Administrativo Distrital de Salud-DADIS, creó la Ruta de atención la cual incluye los siguientes pasos:

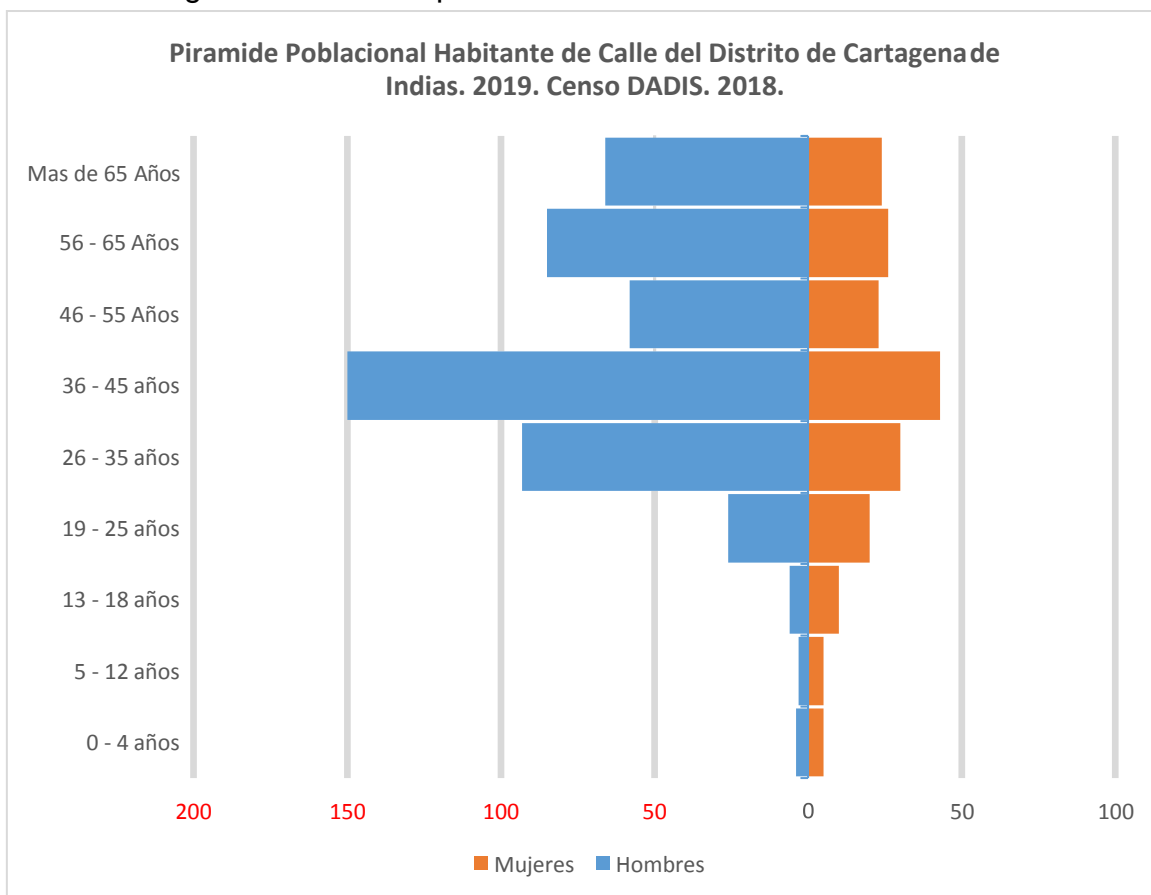
1. Verificar inclusión en listado censal respectivo (aseguramiento)
2. Si no está incluido, solicitar inclusión en la entidad o dependencia correspondiente.
3. Si está incluido en listado censal, el usuario se inscribe en población elegible (aseguramiento)
- 4 Afiliación a la EPS de su elección (entidad o usuario según el caso)
- 5 Autorización de la EPS a partir del momento de la afiliación.

Fuente: (https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/prestacionservicios/ruta_atencion2018.pdf)



pero si se tiene certezas, que a estos se le han realizado jornadas de atención y entrega de elemento básicos de subsistencia”.

Observando cómo se distribuyen en ciclos de edades y por género, los HDC, con el Listado Censal de HDC que posee el DADIS, se identificaron y registraron 677 personas en condición de habitante de calle, de los cuales: 186 son mujeres y 491 son hombres. Al comparar con los resultados con los resultados de los Certificados de Indigencia de la SPDS, se encuentra que el porcentaje de mujeres catalogadas como HDC es el doble en el Censo del DADIS. La Razón de tanta diferencia, es que la base de información del Departamento Administrativo de Salud del Distrito es mucho más amplia e incluye un marco territorial que se ajusta a todo el territorio. Esta base de HDC es la que se toma como referencia al momento de efectuar las actividades de beneficios para ese grupo vulnerable, es decir, es la oficial en el Distrito para ese grupo poblacional y la que remite a los Entes de Control para efectos de seguimiento de cumplimiento de metas de Planes de Acción.



Fuente: Listado HDC-DADIS

Sumado a los anterior, y como ya se expuso, un 4,8% son menores de edad. Estos tienen priorización de derechos y las entidades como ICBF y Organizaciones No



Gubernamentales atienden en varios niveles los derechos de este grupo poblacional. Pero hay un 13% que tienen edades de más de 65 años, estos adultos mayores son el subgrupo más vulnerable dentro de esta población. Comparando los resultados del DADIS con los Certificados de Indigencia de la SPDS, los HDC mayores de 65 años son un porcentaje mucho mayor (25%). No obstante, el número de estos supera los 70 miembros.

Por otro lado, teniendo en cuenta el tipo de identificación, información contenida en el listado censal, se puede realizar una aproximación de los diferentes grupos etarios que conforman esta población, así:

Tipo de Identificación	Número de Habitante de Calle
Adulto sin Identificación (AS)	371
Cédula de Ciudadanía (CC)	268
Cédula de Extranjería (CE)	1
Menor sin Identificación (MS)	8
Registro Civil (RC)	15
Tarjeta de Identidad (TI)	14
Total Identificados	677

Fuente: Listado HDC-DADIS

En el caso de los adultos sin identificación, puede que estos tengan algún tipo de documento o lo tuvieron en algún momento de sus vidas, pero por las condiciones de vida y el grado de desamparo, los extraviaron.

Esta es una de las razones por las cuales el 57% de estos, al llegar a reclamar algún tipo de derecho, ya sea salud, educación o asistencia básica, no los reciben por carecer de algún tipo de instrumento que lo acredite como ciudadano objeto de derecho. Una de las primeras acciones que hay que desarrollar para beneficiar a los HDC es el de Identificarlos. Más de la mitad no presentan cedula de ciudadanía.

Teniendo en cuenta el número de afiliados a Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, se presenta la siguiente tabla.

Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA"	21
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA "COMFACOR"	20
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	155
FAMISANAR	1
NUEVA EPS	76



COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE LA ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA "COOSALUD LTDA"	206
ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	31
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA DE GARCIA ROVIRA "COOPSAGAR LTDA"	4
MUTUAL SER E.S.S.	163

Fuente: Listado Censal DADIS. 2018.

Para complementar con lo explicado anteriormente, se adiciona el documento "Sobre el Análisis de Imaginarios: Voces Ciudadanas – Habitabilidad de Calle". En este se recalca la siguiente información, que puede dar una idea de la concepción que la ciudadanía tiene del Habitante de Calle y que resultó de una encuesta a 194 personas.

Características de los Encuestados	De las 194 personas que respondieron el 77% eran mujeres y el 22% hombres y prevalece la población menor de 40 años que representa más del 85% de los encuestados. El nivel educativo de las personas encuestadas es superior al promedio de la ciudad, el 31% es universitario y el 16.6% tiene postgrado con título.
Resultados.	
A la pregunta ¿qué piensa usted cuando se le habla de habitante de calle?	Más del 50% de los encuestados manifestó que pobreza, el 19% drogadicción, el 6% peligrosidad y el 5% reciclaje. El resto de los encuestados manifestó diversas categorías como indigencia, desprotección, locura, exclusión, entre otras.
Causas de la problemática en la sociedad	75% de los encuestados plantearon como solución a la problemática la necesidad de resocializarlos, el 5,4% manifestó que se debe garantizar sus derechos y permitirles seguir viviendo en la calle a quienes tomen esta opción.
Lugar donde se ubican los habitantes de calle	Prevalece el imaginario de que se encuentran en plazas y parques con un 52%; no obstante, al revisar las demás respuestas se puede afirmar que el 48% restante de los encuestados percibe que los HDC se encuentran por toda la ciudad y que su ubicación depende del objetivo que



	persigan, es decir si buscan dormir, reciclar, mendigar, protegerse, entre otras.
Principales causas de la problemática	Principales causas de la problemática la degradación de las sociedades modernas y urbanas (54,1%) , la falta de oportunidades (15,7%) y tan sólo el 13% identifica como causa la adicción a sustancias psicoactivas.

Fuente: Documento Sobre el Análisis de Imaginarios: Voces Ciudadanas – Habitabilidad de Calle”.

iii. Fundamentos normativos

La adopción de política pública para los HDC responde al cumplimiento de obligaciones convencionales, constitucionales, legales y reglamentarias, que se señalan a continuación:

1. INSTRUMENTOS Y TRATADOS INTERNACIONALES RATIFICADOS POR COLOMBIA.

- **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS**
- **PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS**
- **CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS**

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991: artículos 1, 2, 11, 12, 13, 16, 46, 47, 48, 49, 54, 209, 311.

El artículo 1 de la Constitución Política (en adelante, CP, norma superior o Constitución), pregona que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

El carácter autónomo del Distrito en virtud de dicho precepto y los principios democráticos, de participación y pluralismo que rigen nuestra República imponen la Necesidad de adoptar una política pública para los HDC que reconozca su dignidad humana, y dicha política por supuesto, obedece a su vez, al principio de solidaridad desarrollado ampliamente en nuestra Constitución.



Por su parte, el artículo 2 superior, consagra que el Estado tiene como fin esencial promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

Los HDC, desde luego, no se encuentran por fuera de la órbita teleológica del Estado consagrada en el artículo previamente citado, por el contrario, las personas que conforman este grupo constituyen sujetos de especial protección constitucional en los términos del artículo 13 de la Constitución, en razón del estado de vulnerabilidad manifiesta en que se encuentran, por lo cual, es deber del Estado, en este caso, a través del Distrito, promover las condiciones para que la igualdad entre los HDC y la comunidad general sea real y efectiva en materia de protección, efectividad y garantía de sus derechos fundamentales.

Por otro lado, el artículo 46 de la Constitución establece que el Estado debe garantizar “los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”, condición última en la que se encuentran el 99% de los HDC del Distrito de Cartagena.

Por último, es dable recalcar nuevamente que la función administrativa que gravita sobre el ente territorial está al servicio del interés general, conforme lo establece el artículo 209 superior, máxime si se tiene en especial consideración que en los términos del artículo 311 superior, el Distrito es una entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado que le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que asignadas en el ordenamiento jurídico.

3. LEY 1641 DEL 12 DE JULIO DE 2013, “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”.



La Ley 1641 de 2013 tiene como objetivo principal garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de las personas habitantes de calle, al igual que promover la atención integral e inclusión social de las personas habitantes de calle.

Esta norma, les otorga responsabilidades a las siguientes entidades así:

- El Ministerio de Salud y Protección Social: es el coordinador de la Política Pública Social para Habitantes de la Calle (PPSHC) y tiene entre sus competencias: 1. Formular la política pública social para la población habitante de calle, 2. brindar orientación frente al diseño de los servicios sociales para las personas habitantes de la calle en articulación con las entidades territoriales, y 3. reglamentar la Ley 1641.
- Departamento Nacional de Estadística DANE: es la entidad que realiza la caracterización demográfica y socioeconómica de las personas habitantes de calle, con el fin de establecer una línea base de esta población (Art. 4).
- Departamento Nacional de Planeación DNP: incluye a la población habitante de la calle en la focalización de los servicios sociales establecidos por la Constitución.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Debe realizar la atención de niños, niñas y adolescentes en condición de indefensión y vulnerabilidad manifiesta, tendiente a lograr su oportuna y temprana rehabilitación social.

No obstante, también define como responsables de la atención de la Población Habitante de calle a otras entidades tales como

- Departamentos, distritos y municipios. Los Entes Territoriales que tengan presencia de habitantes de la calle, se articularán con las entidades nacionales en el proceso de formulación e implementación de la PPSHC,
- Crear los servicios que consideren necesarios para su atención integral
- Personerías Municipales y Distritales. Con el apoyo de la Defensoría del Pueblo, ejercerán la vigilancia del cumplimiento a lo ordenado en la presente Ley (Art. 12).
- Ministerio del Interior, Justicia y Derecho, Educación, Cultura Recreación y Deporte, Trabajo, Vivienda y Territorio, Defensa Nacional, Departamento de la Prosperidad Social y Registraduría Nacional del Estado Civil. Deberán incorporarse en la PPSHC en el marco de sus competencias constitucionales y legales mediante acciones que correspondan a su naturaleza.

4. LEY 1801 DEL 29 DE JULIO DE 2016, “POR LA CUAL SE EXPIDE EL CÓDIGO NACIONAL DE SEGURIDAD Y DE CONVIVENCIA CIUDADANA.”: artículo 41.

Esta norma dispone que *“de conformidad con la Ley 1641 de 2013, establézcase un modelo de atención integrado por ciclo vital y diferencial a la población habitante de y en calle, orientada a promover, prevenir, atender, proteger y reestablecer derechos, modelo que tendrá como principios la igualdad, diversidad, equidad, universalidad y reconocimiento del individuo, familia y comunidad como sujetos de*



atención y que procure diálogo y reconocimiento de realidades sociales del territorio y contribuya al bienestar y desarrollo integral del ser”.

5. DECRETO 780 DEL 6 DE MAYO DE 2016. “POR EL CUAL SE EXPIDE EL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD”: artículo 2.1.5.1.

El numeral 15 del artículo 2.1.5.1. del Decreto 780 de 2016 establece que los HDC hacen parte del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, y que la elaboración del listado censal de estas personas le corresponde a las alcaldías municipales o distritales.

6. POLÍTICA PUBLICA SOCIAL PARA HABITANTE DE LA CALLE 2020-2030 OFICINA DE PROMOCIÓN SOCIAL MINISTERIO DE SALUD

Ha dispuesto este documento maestro que registra la política nacional para habitante de calle:

“5.3 Articulación interinstitucional e intersectorial:

Este eje agrupa todas las acciones tendientes a fortalecer la capacidad de gestión y coordinación de las entidades gubernamentales para la prevención de la habitanza en calle y la atención integral a la población habitante de la calle. Para el logro de estos propósitos, se requiere la participación concertada y ordenada de las instituciones públicas y privadas, así como de la sociedad civil, y los demás sectores que tienen competencia y pueden coadyuvar al cumplimiento de los objetivos de la presente política. Es necesario que la articulación y coordinación se desarrollen en los niveles nacional y territorial y entre estos dos niveles de manera que los recursos y herramientas existentes logren la máxima eficiencia, y cumplir con los principios de subsidiariedad y complementariedad que orientan la presente política.

(...)

6.1.2 Adecuación institucional territorial para la implementación de la PPSHC y la elaboración de los planes territoriales de atención.

Las siguientes son orientaciones, que teniendo en cuenta la arquitectura institucional territorial, facilitan la implementación de la PPSHC.

Determinación, o creación, de la instancia de coordinación departamental y municipal que permitirá la articulación para la implementación y seguimiento de la PPSHC, así como la construcción del plan territorial de atención. Podría ser alguna de las ya existentes, (Consejos de Política Social, Consejos de Gobierno, u otra que tenga el mismo carácter).



Los territorios evaluarán si requieren más espacios de coordinación. Definición de la entidad que liderará la implementación de la PPSHC y realizará la consolidación y reporte anual de avances para alimentar el PNAIPHC. Consolidación de un inventario de recursos para la implementación de la PPSHC y el plan territorial. Entre estos se incluyen los diagnósticos, caracterizaciones, registros administrativos, estudios, capacidad instalada pública y privada y herramientas de divulgación, entre otras. Adecuación de los lineamientos de la PPSHC al territorio, teniendo en cuenta los enfoques de curso de vida, género, interseccional y diferencial.

Se debe tener en cuenta la priorización de la niñez en situación de calle. Formulación del Plan de Atención integral territorial a personas habitantes de la calle a nivel departamental y a nivel municipal. Dicho plan deberá responder a la estructura propuesta para el Plan Nacional.

Articulación de las entidades territoriales, haciendo uso de las figuras previstas en la Ley (áreas metropolitanas y asociaciones de municipios) para el abordaje integral y sostenible del fenómeno de habitanza en calle. Diseño y adecuación de programas, proyectos y servicios dirigidos a la atención de la población habitante de la calle, los cuales deberán estar incluidos en los planes de desarrollo departamentales, municipales y distritales, que a su vez se verán reflejados en el Plan de Atención Integral a personas Habitantes de Calle- PNAIPHC-.

Es imprescindible que estas herramientas de planeación y atención se sustenten en los enfoques de curso de vida, diferencial, género e interseccional, sin perjuicio de los demás enfoques establecidos en la presente política. Identificación de la población en situación de calle de cada municipio, en el que haya presencia de esta población, como sustento del plan de atención integral y de los programas, proyectos y servicios.

Creación y/o consolidación de un registro único para la población compartido por el sector social y el sector salud como mínimo. El listado censal puede constituirse en ese registro, sin perjuicio de los que ya se encuentren desarrollados en los territorios, en cuyo caso la prioridad será que exista un solo registro compartido para facilitar la atención integral y fortalecer el seguimiento y acompañamiento a las personas y sus redes. Consolidación de un inventario institucional, departamental y municipal, de servicios de atención para las poblaciones en riesgo de calle y en situación de calle (DE y EN) que incluya la oferta pública, privada y del tercer sector, para cumplir con los propósitos de prevención y atención.

Diseño de una ruta de atención integral a la población habitante de calle, en cada municipio, de acuerdo con sus características, arquitectura institucional, recursos y capacidad de articulación y teniendo en cuenta los enfoques de curso de vida, diferencial, de género e interseccional.

6.1.3 Lineamiento para el desarrollo de un Modelo Social de Atención Integral para población en situación de calle - MSAIHC.

El Modelo de Atención Integral para la población en situación de calle que debe desarrollar el territorio en cumplimiento del artículo 41 de la Ley 1801 de 2016, debe constituirse en una herramienta para que la atención integral se materialice en el proceso mediante el cual se protejan y restituyan los derechos de las personas



habitantes de la calle, mediante la articulación y cualificación de las rutas y servicios brindados en los territorios como desarrollo de la PPSHC. El MSAIHC establece el cómo o marco de acción para la atención integral de la población.

Para el diseño del modelo de atención se deben tener en cuenta las siguientes orientaciones:

** La atención Integral comprende la forma en que los territorios abordan, reciben, escuchan, direccionan y atienden a las personas habitantes de la calle, teniendo como base el respeto por su dignidad, derechos, intereses, potencialidades y predilecciones, y respetando la autonomía de la persona para participar en los procesos.*

La atención integral se centra en la persona con el fin de evaluar conjuntamente con ella, sus necesidades y expectativas de atención, y así identificar aquellos determinantes sociales que inciden en su actual situación, y de acuerdo con ello, diseñar la ruta de acciones y servicios intersectoriales que permitan brindar respuestas integrales orientadas a su inclusión social. Es imprescindible contemplar las acciones de todos los sectores y actores, incluidos la persona, la familia y las instituciones de la sociedad civil.

Los procesos de atención con personas habitantes de calle deben evitar la linealidad o escalera (SIIS, 2017), se deben desarrollar a partir de niveles de complejidad o momentos que orientan la atención, con el fin de modificar una situación inicial identificada conjuntamente entre la persona y la institución, y alcanzar una situación final deseada también acordada conjuntamente entre la persona y la institución. Este proceso debe reflejarse en un plan de atención integral personal.

El modelo debe basarse en los siguientes principios:

Dignidad humana.

Autonomía personal

Diversidad

Participación social.

Solidaridad. Integralidad.

Los componentes mínimos del modelo de atención deben ser:

** Prevención de la habitanza en calle y protección de derechos*

** Atención integral y restitución de derechos*

** Inclusión social, ejercicio de ciudadanía y fortalecimiento de redes*

Los ámbitos de intervención del modelo de atención, entendidos como las esferas fundamentales del desarrollo del ser humano serán:

El individual (Personal)

El familiar

El social (comunitario e institucional)

Los planes de atención integral personal, deben ser herramientas que ayuden a concretar modificaciones orientadas a mejorar la calidad de vida de la persona habitante de la calle. Deben enfocarse en fortalecer y desarrollar habilidades para la autonomía personal, así como acordar las soluciones que se puedan brindar a las situaciones identificadas como no deseadas o problemáticas por parte de la persona



habitante de calle, desde una mirada transectorial, y teniendo claro cuales acciones dependen de la persona, la familia, la comunidad y el Estado.

Existen varios diseños de planes de atención personales, así que el territorio puede desarrollar el que considere más conveniente. No obstante, se sugiere abordar la situación de la persona habitante de la calle desde lo individual, lo familiar y lo social-comunitario, con el fin de poder establecer conjuntamente con ella como se encuentra actualmente en esas dimensiones de su vida, si ve la necesidad de modificarlas y como podría hacerlo estableciendo tiempos y apoyos necesarios para lograrlo. Las acciones acordadas en el marco del plan deben identificar los actores y recursos que se requieren para poder cumplir con él, para que la persona logre dimensionar que sí es viable alcanzarlo y que cuenta con el respaldo para ello.

Las características de la atención a la población deberán ser las siguientes:
Oportuna. Se realizará en coherencia con la forma de vida de la persona habitante de calle, por lo cual es indispensable la inmediatez con la que se preste la atención (en entornos cerrados, o de carácter extramural).

Integral. Se contemplarán todos los determinantes sociales que están presentes en la situación de la persona, con lo cual se deben generar respuestas integrales y articuladas para atender estos determinantes.

Digna. Se desarrollará sobre el principio del respeto por la persona habitante de calle y su opción de vida.

Adecuada. Se presentará una respuesta que articule, por un lado, el análisis de la situación y las expectativas de la persona, y por el otro, la corresponsabilidad y autonomía del habitante de calle, así como las alternativas posibles brindadas por el Estado.

Individualizada. Se adaptará a las necesidades de los habitantes de calle y sus principales herramientas serán los diagnósticos y planes de intervención individualizados, teniendo en cuenta las particularidades que presente la situación de la persona atendida. Por lo anterior, es necesario considerar el tiempo de permanencia en la calle, el cual incide, en el arraigo de hábitos de vida en calle.

Coordinada. Es una característica primordial, que tendrá que desarrollarse entre las diferentes entidades que intervienen en la atención, respetando las competencias legales y garantizando el uso responsable de la información.

Basada en la profesionalización, interdisciplinariedad y trabajo en equipo: La atención debe realizarse desde la profesionalización de las personas que integran los equipos de intervención. Los equipos estarán conformados por profesionales de

diferentes disciplinas y sectores de la administración para garantizar una atención integral a las necesidades de las habitantes de la calle, participando en acciones relacionadas con el diagnóstico y evaluación de necesidades y los planes de intervención realizados de manera conjunta con los habitantes de la calle.

6.1.4. Financiamiento



La Política Pública Social para Habitantes de la Calle se financiará con recursos del presupuesto General de la Nación y de los presupuestos de las entidades territoriales, provenientes del Sistema general de participaciones, el Sistema general de seguridad social y otras fuentes como la cooperación técnica y los recursos propios. De acuerdo con las necesidades y gestión de cada entidad, podrá recurrirse también a recursos parafiscales.

Es pertinente tener en cuenta que de conformidad con la Constitución Política y en concordancia con la descentralización y autonomía de sus entidades territoriales, mediante la Ley 715 de 2001 se precisa la distribución de competencias y recursos entre la nación, los departamentos, distritos y municipios.

A la nación le corresponde fijar las políticas públicas, definir las fuentes de financiación de los programas para cumplir los cometidos estatales, brindar asistencia técnica a las entidades territoriales, hacer seguimiento, monitoreo y evaluación de los programas y ejercer la inspección, vigilancia y control. Por su parte, a las entidades territoriales les corresponde la ejecución de las políticas y programas para garantizar la integración a la comunidad de quienes se encuentran en situaciones de riesgo, sin vivienda, sin acceso a servicios educativos y otras vulnerabilidades.

La Ley 715 de 2001 en la parte de competencias y recursos para propósito general señala la competencia de los municipios frente a las poblaciones vulnerables:

ARTÍCULO 76. COMPETENCIAS DEL MUNICIPIO EN OTROS SECTORES. Además de las establecidas en la Constitución y en otras disposiciones, corresponde a los Municipios, directa o indirectamente, con recursos propios, del Sistema General de Participaciones²⁶ u otros recursos, promover, financiar o cofinanciar proyectos de interés municipal y en especial ejercer las siguientes competencias:

(...)

76.11. Atención a grupos vulnerables Podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.

Esta norma debe verse en armonía con otras, como el código de régimen municipal en donde se define al municipio como al municipio como la entidad territorial fundamental de la división político administrativa del Estado, con autonomía política, fiscal y administrativa, dentro de los límites que señalen la Constitución y la ley y cuya finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población en su respectivo territorio y se fijan sus funciones.

Vale precisar igualmente, que la atención en salud está financiada con recursos de los regímenes contributivo y subsidiado en salud, a través de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

6.1.5. Monitoreo, seguimiento y evaluación

La implementación y resultados de la presente política serán monitoreados mediante las metas e indicadores formulados en el marco del PNAIPCH.



7. LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DE CASOS DE CORONAVIRUS (COVID-19) PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE EN COLOMBIA.

En ocasión a las circunstancias de orden mundial relacionadas con la pandemia del coronavirus Covid-19, el Ministerio de Salud ha dispuesto en consonancia con los Decretos expedidos por el presidente de la República, los lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus para la población en situación de calle en Colombia:

“OBJETIVO Orientar a las Entidades Territoriales para la prevención, detección, y manejo de casos con presunción de infección causada por el SARS-CoV-2 en población en situación de calle, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión del virus y facilitar la canalización de personas en situación de calle con presunción de contagio o con enfermedad por Coronavirus (COVID-19) a los servicios de salud.

Estos lineamientos tienen como alcance: *“Establecer las orientaciones en la prevención y detección de Coronavirus (Covid19) para personas en situación de calle, y su canalización a la ruta de atención en salud del territorio correspondiente. Este procedimiento podrá ser actualizado con base en las recomendaciones que emita la Organización Mundial de la Salud -OMS.”*

Ha establecido el Gobierno Nacional por medio del Ministerio de salud que:

“Las Entidades Territoriales y Locales deben coordinar los planes, programas y servicios que existan para la atención de población en situación de calle, tanto extramurales, como de internación parcial o total, con la finalidad de cumplir los protocolos de salud pública establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud para evitar el contagio de Coronavirus (COVID-19), y brindar la atención social de las personas con presunción de contagio, o con contagio confirmado, para que tengan un lugar donde alojarse en ambas circunstancias, y cumplir con las medidas de cuarentena por parte del Gobierno nacional.

Quienes realizan voluntariado social y las Organizaciones No Gubernamentales son muy relevantes en estos momentos, pero solo podrán actuar con el conocimiento, coordinación y autorización de las Entidades Territoriales y las acciones que busquen realizar para la atención de la población con habitanza en calle, siempre deberán estar bajo la supervisión del sector departamental, municipal o distrital”.

Esta Directiva Ministerial expone los lineamientos generales enfocados en la población en situación de calle y los lineamientos cuando no existen programas o servicios específicos para esta población o son insuficientes cuya integración será obligatoria en esta política pública.

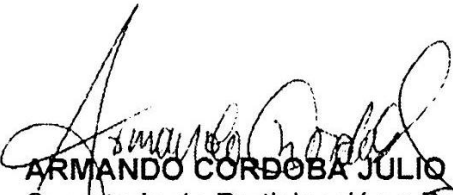
Para efectos de lograr los objetivos de salud previstos por el gobierno nacional y distrital, La Alcaldía de Cartagena a través de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social y demás Secretarías y entidades que la integran, tiene como objetivo incluir por medio de este proyecto, todos los programas, políticas y actividades que se especifican en los lineamientos establecidos por el Ministerio para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (covid-19) para la población en situación de calle, modificables según expresas instrucciones de la Organización Mundial de la Salud.



Conforme a estas intencionalidades y todos los datos anteriormente expuestos, es pertinente y necesario que el Concejo Distrital ejerza su función prevista en el numeral 2 del artículo 313 de la Constitución, consistente en adoptar los correspondientes planes y programas de desarrollo económico y social del ente territorial, especialmente, en lo que se refiere a los HDC. Por lo tanto, se somete a estudio la presente iniciativa con fines de aprobación. –

Anticorrupción


WILLIAM DAU CHAMAT
Alcalde Mayor de Cartagena de Indias


ARMANDO CORDOBA JULIO
Secretario de Participación y Desarrollo Social



ACUERDO No. _____ DE 2020

POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTA LA POLÍTICA PÚBLICA PARA HABITANTES DE CALLE DEL DISTRITO DE CARTAGENA EN EL MARCO DE LOS LINEAMIENTOS MINISTERIALES DE PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS COVID-19 2020-2023.

EL HONORABLE CONCEJO DISTRITAL DE CARTAGENA DE INDIAS

En uso de sus facultades constitucionales y legales, especialmente las dispuestas en los numerales 1 y 2 del artículo 313 de la Constitución, además de las establecidas en las Leyes 1617 y 1641 de 2013,

ACUERDA

ARTÍCULO 1. Adopción. Adóptese la Política Pública para habitantes de calle del Distrito de Cartagena 2020-2023, como instrumento que desarrollará y establecerá la gestión de dicha población conforme a los ejes previstos en los planes de desarrollo distritales expedidos durante su vigencia.

ARTICULO 2. Responsables. Actívese todas las redes de personas naturales y jurídicas de carácter público o privado que teniendo en cuenta las disposiciones de la ley intervienen en el cumplimiento de la política pública nacional y distrital de los habitantes de la calle.

ARTÍCULO 3. Articulación. En la ejecución de la Política Pública de Habitante de Calle en el marco del cumplimiento de los Lineamientos Ministeriales de Prevención y Mitigación de la Pandemia del Coronavirus las autoridades articularán acciones, esfuerzos y recursos con autoridades de otros sectores de distintos niveles de la administración, así como con el sector privado y demás organizaciones de la sociedad civil y agencias de cooperación internacional para el logro de sus objetivos distritales y nacionales.

ARTÍCULO 4. Financiación de la Política. Conforme a lo establecido en las Políticas Públicas Nacionales para los HDC, la Política Pública Social se financiará con recursos del presupuesto General de la Nación y de los presupuestos de las entidades territoriales, provenientes del Sistema general de Participaciones, el Sistema General de Seguridad Social y otras fuentes como la cooperación técnica y los recursos propios. De acuerdo con las necesidades y gestión de cada entidad, podrá recurrirse también a recursos parafiscales. El Alcalde Mayor del Distrito de Cartagena velará para que en la vigencia del plan se destinen los recursos financieros aplicables a su implementación.

ARTÍCULO 5. Seguimiento y Evaluación. La Administración Distrital a través de la Secretaría de Participación y Desarrollo Social diseñará y ejecutará una metodología de seguimiento y evaluación de la política a través de indicadores efectuando los ajustes a que haya lugar para efectos de actualización permanente y presentará informe anual de ejecución ante el Concejo Distrital.

ARTÍCULO 6. Sanción y Publicación. El presente acuerdo rige a partir de la fecha de su sanción y publicación en la gaceta oficial y deroga las demás disposiciones de su naturaleza y jerarquía que le sean contrarias.



En cumplimiento con la Directiva Presidencial 04 de 2012 que trata sobre la Eficiencia Administrativa y Lineamientos de la Política de Cero Papel en la Administración pública, la recepción de documentos internos se hará a través del SIGOB; no requiere ser recibido en físico. La impresión de documentos deberá hacerse solo cuando sea indispensable.