

**GARANTÍAS DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS HABITANTES DE LA
CALLE DE BARRANQUILLA.**

MAIRA ALEJANDRA GULLO MARÍN

JUAN DANIEL JORDAN POLO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ABOGADO

TUTOR: BENJAMIN ALFONSO LIZARAZO MEJIA.

COOTUTOR: ROBERTO CERTAIN RUIZ.



UNIVERSIDAD DE LA COSTA – CUC

DEPARTAMENTO DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS

PROGRAMA DE DERECHO

BARRANQUILLA

COLOMBIA

2022

Dedicatoria.

Esta tesis es dedicada con todo el amor, a mis padres Tonny Alcides Gullo Suarez, Omaira Luz Marín Pérez y a mis hermanos quienes, con todo su esfuerzo, valentía y dedicación, han inmortalizado en mis valores que me permiten alcanzar cada uno de mis sueños, demostrándome que el esfuerzo y la disciplina son sendero del éxito.

Maira Alejandra Gullo Marín.

Dedicatoria.

A mi madre Lucía del Carmen Polo Pantoja, mi padre Jorge Luis Jordan Ariza y mi hermano Jorge David Jordan Polo, que sin duda alguna les debo todo lo que soy y a su resiliencia que les ha permitido cumplir uno de mis sueños y ver reflejado uno de sus sueños en mí. A mi familia, que han despertado en mí el ánimo de triunfar, son ellos quienes siempre han visto en mi un ser especial con capacidad de aportar cosas positivas al mundo.

Juan Daniel Jordan Polo.

Agradecimientos.

Agradezco a Dios por todas sus bendiciones y por brindarme la oportunidad de llegar a cada uno de los sueños que enmarcan mi proyecto de vida, a la Universidad De la Costa CUC y a todos sus docentes, al doctor Benjamín Lizarazo por su apoyo y acompañamiento constante en la construcción de este trabajo de grado, a mi amigo Juan Daniel Jordan Polo por todo su esfuerzo y entrega incondicional durante toda la carrera, a cada uno de mis compañeros por su apoyo en el recorrido educativo y a todas aquellas personas que contribuyeron en mi formación como profesional.

Maira Alejandra Gullo Marín.

Agradecimientos.

A mis docentes de mi alma mater (Universidad de la Costa), son ellos quienes hicieron que me enamorara de esta profesión, a mi compañera y amiga de tesis Maira Alejandra Gullo Marín, quien durante toda la etapa de aprendizaje fue una persona incondicional, al doctor Benjamín Lizarazo por su incansable labor en busca de formar profesionales idóneos y a mis compañeros de la facultad.

Juan Daniel Jordan Polo.

Resumen.

Los Derechos fundamentales de las personas y específicamente el derecho a la salud siempre ha sido un tema controvertido, en este trabajo de grado, tratamos el tema desde una perspectiva social de una población que históricamente ha sido vulnerable y ha sido olvidada por la sociedad y en muchas ocasiones por el propio Estado, por la falta de garantías que este otorga a los habitantes de la calle. Una vez abordado el problema de los derechos de los habitantes de la calle nos planteamos el siguiente interrogante ¿Cuál es el alcance de las garantías del derecho fundamental a la salud de los habitantes de la calle de Barranquilla?

El presente trabajo de grado desarrolla una metodología de corte socio-jurídico con un enfoque de carácter cualitativo, describiendo los derechos humanos de las personas con un énfasis profundo en la población de habitantes de calle de la ciudad de Barranquilla entre los años 2019-2021. Se realizó la recopilación de datos mediante la exhaustiva investigación bibliográfica en fuentes documentales de suficiente con suficiente veracidad e información de primera mano, los cuales fueron sometidos a un estudio y análisis profundo para poder extraer la información y datos relevantes.

Por último, se emiten resultados con diagnósticos realizados desde una perspectiva social y jurídica, debido a que este tema tiene un impacto directo en la evolución que tenemos como sociedad y que busca una mejoría continua, salvaguardando el derecho a la vida digna que promulga Colombia como un Estado Social de Derecho.

Palabras claves: Derecho a la salud, estado, habitantes de la calle, derecho fundamental.

ABSTRACT

The Human Rights of people has always been a controversial issue, but this time we went there, we treated the issue from a population that has historically been vulnerable and has been forgotten by society and on many occasions by the State itself, due to the lack of guarantees that it grants to the inhabitants of the street. Once the problem of the rights of the inhabitants of the street has been addressed, we ask ourselves the following question: What is the scope of the guarantees of the fundamental right to health of the inhabitants of the street of Barranquilla?.

The present degree work develops a socio-legal methodology with a qualitative approach, describing the human rights of people with a deep emphasis on the population of street dwellers in the city of Barranquilla between the years 2019-2021. Data collection was carried out through exhaustive research bibliography in sufficient documentary sources with sufficient veracity and first-hand information, which were subjected to a study and in-depth analysis to be able to extract the relevant information and data.

Finally, results are issued with diagnoses made from a social and legal perspective, because this issue has a direct impact on the evolution we have as a society and seeks continuous improvement, safeguarding the right to a dignified life that Colombia promulgates as a Social State of Law.

Keywords: Right to Health, State, Street dwellers, Fundamental right.

Contenido

CAPITULO I	11
1. Planteamiento del Problema	11
1.1 Formulación del Problema.....	11
1.2. Objetivos.....	13
1.2.1. Objetivo general	13
1.2.2. Objetivos específicos	13
1.3. Justificación	14
1.4. Delimitación.....	16
1.4.1. Delimitación Espacial.....	16
1.4.2. Delimitación Temporal.....	16
1.4.3. Delimitación Científica.....	16
1.4.3.1 Paradigma de la Investigación	16
1.4.3.2 Metodología.....	17
1.4.3.3 Corte de la Investigación.....	17
1.5 Línea de Investigación	18
1.5.1 Sublínea.....	18
CAPITULO II.....	19
2. Marco Teórico.....	19
2.1 Antecedentes de Investigación.....	19

2.2. Bases Teóricas	22
2.2.1 Definición de Habitante de la Calle.....	22
2.2.2 Derechos Fundamentales.....	24
2.2.3 Derecho a la Salud.....	28
2.2.4 Ley 100 de 1993	30
2.2.5 Sisbén Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales	34
2.2.6 ¿Cómo Opera el Régimen Subsidiado en Barranquilla?	37
2.2.7 Políticas Públicas.....	40
2.2.8 Políticas Públicas para Habitantes de la Calle: Ley 1641 de 2013.....	42
2.2.9 Políticas Públicas del Gobierno Actual Dirigidas a los Habitantes de la Calle de la Ciudad de Barranquilla.....	43
2.3 Referentes Históricos	47
2.4 Referentes Contextuales.....	50
2.4.1 Salud	50
2.4.2 Habitante de la Calle.....	50
2.4.3 Habitabilidad de la Calle	51
2.4.4 Vulnerabilidad	51
2.4.5 Derechos por Conexidad	52
2.5 Marco Legal	53
2.5.1 Fundamento Internacional.....	53

2.5.1.1 Derecho a la Salud	53
Chile	53
España.....	53
Canadá	54
Brasil	55
2.5.2 Fundamento Nacional	55
Colombia.....	55
Constitución Política de 1991	55
Ley 100 de 1993.....	56
Ley 1122 de 2007.....	58
Ley 1392 de 2010.....	58
Ley 1751 de 2015.....	59
2.5.3 Normativa Internacional.....	60
2.5.3.1 Habitantes de la Calle	60
2.5.4 Normativa Nacional	61
Constitución Política de Colombia de 1991	61
Ley 1566 de 2012	62
Ley 1641 de 2013.....	62
Decreto 2083 de 2016	63
Sentencia T-057 de 2011	63
Sentencia C-385 de 2014	63
Sentencia T-092 de 2015	64
CAPÍTULO III.....	65
3. Diseño Metodológico.....	65
3.1 Metodología	65
3.1.1 Tipo de Corte.....	66
3.1.2 Enfoque de la Investigación	66

3.1.3 Método de la Investigación	66
3.1.4 Fuentes de la Información	67
Conclusiones	68
Recomendaciones	71
Referencias Bibliográficas	72

Lista de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1	38
Tabla 2	44
Tabla 3	45
Tabla 4	56
Tabla 5	59

Figuras

Figura 1	27
Figura 2	30
Figura 3	42

Capítulo I

1. Planteamiento del Problema

1.1 Formulación del Problema

Colombia es un Estado Social de Derecho garantista de los derechos fundamentales de todos los habitantes de su territorio, sin embargo, no todos esos derechos logran ser garantizados en su totalidad por el Estado, ya que existe precariedad o desconocimientos de los mismos.

El derecho a la salud ha sido controvertido por muchos años, sin embargo, fue constituido como derecho fundamental y autónomo mediante la Ley 1751 de 2015 la cual nos brinda y cobija a todos los colombianos, no obstante, un gran número de personas específicamente los habitantes de la calle carecen de los servicios de salud.

Pero ¿Qué es un habitante de la calle? la Sentencia T-092 de 2015 define al habitante de la calle de la siguiente manera:

Hoy en día un habitante de la calle es todo aquel que, sin distinción de sexo, raza o edad, hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria, y no cuenta con la totalidad de los elementos para solventar las necesidades básicas de un ser humano. (Corte Constitucional, 2015)

Es todo ser humano hombre o mujer que hace de la calle su lugar de habitación, su hogar de forma temporal o permanente y que así mismo no cuenta con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

En Colombia la población de habitantes de la calle según el último censo realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística es de 22.790, este último censo fue realizado en el año 2019; censo que arroja a las principales ciudades de Colombia como las

mayores aportantes de personas en condición de habitantes de la calle, siendo Bogotá la ciudad que más tiene, con un número de 9.538, Cali con 4.749, Medellín 3.214 y Barranquilla con 1.795. Estas cifras arrojan a estas ciudades como las aportantes de más del 80% de habitantes de la calle censados por el DANE en Colombia. El género que más incidencia tiene en esta población es el género masculino con el 88% y el género femenino con el 12%.

Es evidente que el número de habitantes de la calle tiene un gran porcentaje y muchos de estos viven situaciones de salud precarias; si nos ubicamos en el centro de la ciudad de Barranquilla, encontramos en muchos sectores, personas habitantes de la calle en condiciones deplorables, con graves afectaciones a su salud, personas con heridas abiertas e infectadas y personas con diagnósticos de enfermedades degenerativas o terminales sin el cuidado o las atenciones que estas deben tener para evitar la cadena de contagio o posibles infecciones a la población aledaña.

El servicio a la salud para los habitantes de la calle en muchas ocasiones es de difícil acceso, porque carecen del conocimiento y la falta de acompañamiento para que le brinden las atenciones necesarias.

Frente a lo expuesto anteriormente surge la siguiente pregunta **¿Cuál es el alcance de las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle de Barranquilla?**

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Explicar las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle en la ciudad de Barranquilla.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar la naturaleza de la salud como derecho fundamental aplicado a grupos vulnerables.
- Indicar los efectos de las políticas públicas nacionales y específicamente en el distrito de Barranquilla para garantizar el derecho a la salud para los habitantes de la calle.
- Determinar los alcances del derecho a la salud para los habitantes de la calle en la ciudad de Barranquilla.

1.3. Justificación

La Constitución Política de Colombia en su artículo primero nos habla de un Estado Social de Derecho garantista fundado 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, desde este punto todos merecemos y tenemos los mismos derechos y deberes dentro de la sociedad, sin embargo, muchos derechos de la población vulnerable dentro de la cual se incluyen los habitantes de la calle, no son eficaces en cuanto a su aplicación, por lo cual terminan siendo vulnerados y poco reconocidos.

En las principales ciudades de Colombia el número de habitantes de la calle es alto, y en muchos lugares públicos es posible observar y corroborarlo, especialmente en Barranquilla, que es muy común en ciertas zonas de la ciudad, sin embargo, estos habitantes de la calle, en su mayoría tienen condiciones de salud precarias y heridas comprometedoras, no obstante, estas personas siguen en las calles tratando de subsistir de todo aquello que recolecten, encuentren o les regalen.

La mayoría de políticas públicas destinadas a los habitantes de la calle son relacionadas con su familia y el derecho a pertenecer a una, pero pocas van encaminadas a salvaguardar el derecho fundamental a la salud de los mismos, por ende es necesario identificar el motivo por el cual su salud es decadente, si este derecho es garantizado para todos los habitantes del territorio colombiano, estas personas siguen haciendo de las calles su hogar, algunas con enfermedades degenerativas sin buscar ayuda en algún centro de salud, por lo cual, es importante identificar a que se debe esto, si es falta de conocimiento, falta de eficacia en las políticas públicas aplicadas, o si las garantías no son suficientes para cumplir con la protección del derecho a la salud. O si

simplemente se debe a una función negativa del derecho definido como “como una de las causas de nuestra crisis del Derecho, al problema de las funciones” (Portela, 2020)

Por lo anteriormente mencionado, es de vital importancia realizar el estudio de las garantías del derecho a la salud de los habitantes de la calle quienes hacen de cualquier espacio público su hogar, teniendo en cuenta que estos mismos en su mayoría no acceden a la educación, no cuentan con recursos para buscar salvaguardar sus derechos y tampoco cuentan con acompañamiento, entonces, es importante identificar la eficacia jurídica de las garantías del derecho a la salud para estas personas.

1.4. Delimitación

1.4.1. Delimitación Espacial

El trabajo de grado presentado se llevará a cabo en el territorio colombiano, específicamente en la ciudad de Barranquilla teniendo en cuenta que se trata de una connotación jurídica.

1.4.2. Delimitación Temporal

El presente trabajo de grado se delimitará en los años 2019-2021 debido a que en este tiempo se presentaron problemas de salud pública por enfermedades de gran impacto dentro del territorio colombiano y es importante recolectar los mecanismos usados para garantizar la salud de los habitantes de la calle.

1.4.3. Delimitación Científica

El trabajo de grado será de carácter documental puesto que se analizarán las garantías y su eficacia plasmadas en leyes, decretos, ordenanzas, planes de gobierno nacionales y locales.

1.4.3.1 Paradigma de la Investigación

El trabajo de grado es de carácter cualitativo y se define como “un modo de encarar el mundo empírico, señalan que en su más amplio sentido es la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1987). De tal modo, será el paradigma llevado a cabo en esta investigación, por esta razón, estudiaremos un contexto en concreto en este caso las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle de la ciudad de Barranquilla.

1.4.3.2 Metodología

La metodología descriptiva “tiene como objetivo la descripción precisa del evento de estudio. Este tipo de investigación se asocia al diagnóstico. En la investigación descriptiva se hace enumeración detallada de las características del evento de estudio” (Hurtado De Barrera, 2000), este trabajo de grado se ajusta a la metodología, puesto que busca identificar y detallar las garantías brindadas por el Estado para los habitantes de la calle, adecuando todos estos mecanismos a la realidad de estas personas.

1.4.3.3 Corte de la Investigación

El corte de esta investigación es bibliográfico, ya que “tiene como propósito la revisión de fuentes documentales, recolectando, evaluando, verificando y sintetizando evidencias de lo que se investiga, con el fin de establecer conclusiones relacionadas con los objetivos de investigación” (Risque de Morales, Fuenmayor, & Pereira, 1999). Este trabajo de grado busca identificar las garantías del derecho a la salud para los habitantes de la calle, garantías que se encuentran plasmadas en normas, derechos y deberes, además se hará uso de documentos de derecho que corroboren la información, por lo tanto, se hará de manera documental.

1.5 Línea de Investigación

La línea de esta investigación es Neurociencia Cognitiva y Salud Mental.

1.5.1 Sublínea

La sublínea de esta investigación es Relaciones Individuo-Estado, Democracia y Ciudadanía.

Capítulo ii

2. Marco Teórico

2.1 Antecedentes de Investigación

Las investigaciones señaladas a continuación se tendrán en cuenta por el enfoque paralelo, que conllevan a la comprensión de nuestra investigación.

El artículo denominado “HABITANTES DE LA CALLE UNA POBLACIÓN DESPROTEGIDA EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO”, del autor Cristian Alejandro Sánchez Posada, en dónde realiza un estudio analítico descriptivo del estado de vulnerabilidad en que se encuentran las personas en condición de habitantes de calle, la falta de garantías para hacer valer los derechos fundamentales consagrados en la Constitución Política de Colombia, la exclusión social a la que se encuentran sometidos por parte del Estado. Arrojando como resultados la corta gestión por parte de las entidades territoriales encargadas de garantizar y proteger los derechos fundamentales de las personas en condición de habitantes de calle, debido a que sólo llegan los programas creados por los entes a un grupo reducido y la ayuda no es completa, es decir no mejora su calidad de vida, sólo es momentánea la ayuda brindada. (Sánchez Posada, 2021).

Así mismo, en la revista de la Universidad de la Salle, se publicó un artículo que lleva por título “HABITANTES DE CALLE EN MEDELLÍN, COLOMBIA: SUS NORMAS, DERECHO Y DEBERES”, de los autores Calderón, Gómez, Dávila, Osorio & Caro en el cual se realizó un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, en cuanto a las normas derechos y deberes y políticas públicas dispuestas a regir, proteger, garantizar, entre otros, los derechos que tienen las personas en condición de habitantes de calle En Colombia y monitorear de qué forma estas personas se

adhieren a los lineamientos por leyes expedidas por el legislador tanto para salvaguardar su integridad como para proteger el derecho de las demás personas que hacen parte de la sociedad. (Calderón, *et al.*, 2020)

El artículo “CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE HABITANTES DE CALLE EN BOGOTÁ D.C.” de los autores Barón Quemba y Yury Catherine, ellos nos mencionan las condiciones de vida a las que se ven sometidos los habitantes de la calle, de qué forma el sistema de salud los protege y como pueden acceder a los servicios de la salud prestados por el Estado, señala cuál es el porcentaje de personas en condición de habitantes de calle que se encuentran con afectaciones en la salud y con atenciones recibidas, y por último plantea cuáles son las situaciones diversas por las cuales las personas se encuentran en condiciones de habitantes de calle y los riesgos que encuentran en la calle cuando la hacen su hogar. (Barón Quemba, 2018)

El artículo denominado “LIBERTAD INDIVIDUAL, SALUD Y HABITANTES DE LA CALLE” del autor Iván Astwood nos introduce a la garantía del derecho a la salud brindada por el Estado, dentro del marco de garantía estatal, igualdad y obligación de acuerdo a los principios que conforman el Estado Social de Derecho, dentro de este artículo se tienen como principal contexto la salud como derecho fundamental y su aplicación a las personas vulnerables, estableciendo conflictos entre la igualdad y desigualdad bajo la premisa del interés general sobre el interés particular. (Astwood, 2017)

Como antecedente de investigación también tenemos el artículo denominado HABITANTE DE LA CALLE EN COLOMBIA, PRESENTACIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL - PREVENTIVA, el cual nos refiere la marcada distinción entre la palabra indigente y el uso de la palabra habitante de la calle, ya que el primero corresponde a asuntos de políticas económicas, y el segundo a un contexto social que relaciona al Estado Social

de Derecho, analizándolo desde marco normativo y haciendo alusión a los intentos del Estado por combatir la situación de estas personas vulnerables por medio del restablecimiento de los derechos del individuo, así mismo estudia la manera en que se puede impedir que el individuo termine denominado y en el estado como un habitante de la calle. (Gómez, 2015)

Además, citamos el artículo denominado “UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE de la autora Dedsy Yajaira Berbesi Fernández, empleó una metodología cuantitativa puesto que para la investigación se tuvo en cuenta las encuestas, así mismo el principal objetivo es el contexto de los servicios de salud, su utilidad, la dificultad para acceder y las características socio- demográficas del habitante de la calle, usando como delimitación la ciudad de Medellín con la finalidad de ampliar el conocimiento en este tema y evitar la inclusión dentro de este grupo vulnerable como lo son los habitantes de la calle. (Berbesí, *et al.*, 2014)

Resulta importante resaltar los antecedentes de investigación, ya que, el enfoque que busca la garantía del derecho a la salud para los habitantes de la calle se ha desarrollado por diversos autores durante años desde distintos contextos, evidenciando garantías y derechos que deben ser protegidos por un Estado consagrado como Social de Derecho bajo unos principios y leyes que protegen a los ciudadanos y uno de estos el derecho fundamental a la salud, no obstante, además de garantizarlos se debe ir más allá de la reinserción y el restablecimiento enfocándonos en la eficacia de todos estos derechos y principios.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1 Definición de Habitante de la Calle

El concepto de habitante de la calle ha sido descrito en el año 2013 y posteriormente ha tenido ajustes debido a palabras o caracteres considerados inconstitucionales, primeramente, fue determinado por la (Ley 1641, 2013) en el artículo 2 en su inciso 2 expresando que el habitante de la calle es aquella “persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar”.

La definición hace referencia a la ruptura de vínculos entre la familia y la persona habitante de la calle, por hacer de los espacios públicos y la calle su hogar, en todos los aspectos. Infiriendo que las personas en situación de calle pierden el derecho a la familia por su estado, lo cual no es totalmente verídico, debido a que existen factores sociales, políticos y económicos que son determinantes a la hora de que una persona o una familia quede en situación de habitante de la calle.

Posterior a esta definición emitida por el congreso a través de la Ley 1641 de 2013, por la Sentencia C-385 de 2014 se adelantó la demanda de inconstitucionalidad por la siguiente expresión “*que ha roto vínculos con su entorno familiar*”. En esta demanda de inconstitucionalidad, las accionantes Geraldí Hernández Guzmán y Gisel Katherine Bernal Rodríguez, estiman que este texto es contrario a la Constitución en sus artículos 5, 13 y 42, además, manifiestan que es una expresión discriminatoria que excluye a todos aquellos que conservan vínculos con su familia.

En esta sentencia la directora del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar intervino exponiendo que la expresión demandada debía ser declarada inexecutable debido a que desconocía los artículos 13 y 42 de la Constitución Política, así también declaró el Ministerio de Salud y

Protección Social, se manifestó apoyando la posición de las accionantes y, por último, el Procurador General de la Nación, solicitó a la Corte Constitucional que declarara inexecutable la expresión por medio del Concepto 5717 del 10 de febrero de 2014.

Ante la demanda de inconstitucionalidad y el análisis realizado por la Corte, decidió declarar inexecutable la expresión objeto de la demanda considerando lo siguiente:

La Corte precisó que el segmento demandado, al contemplar como parte de la definición de habitante de la calle la exigencia de haber roto vínculos con el entorno familiar, distingue, injustificada e inconstitucionalmente, entre personas merecedoras de protección, pues propicia la privación de los beneficios derivados de las respectivas políticas públicas a quienes, aun habitando en la calle, mantienen algún nexo con sus familiares, lo cual reduce el ámbito de la protección y releva al Estado de prestarla a la totalidad de quienes la merecen, obligación que, de acuerdo con el principio de solidaridad, puede cumplir en concurrencia con la sociedad y la familia, supuesto que ésta se encuentre en condiciones de prestar alguna ayuda. (Corte Constitucional, 2014)

Por consiguiente, el máximo tribunal constitucional de Colombia define a los habitantes de la calle de la siguiente manera, cualquier persona, sin distinción de género, raza o edad, que utilice la calle como residencia permanente o temporal y no posea todos los elementos necesarios para satisfacer las necesidades humanas básicas. (Sentencia T-092, 2015)

La Corte Constitucional ha establecido la protección a las personas en situación de habitante de la calle basándose en el principio de dignidad humana establecido en el artículo primero de nuestra Constitución Política, la cual permite a cada ser humano realizar su plan de

vida de acuerdo a la razón y la voluntad, por lo tanto, el Estado no puede establecer parámetros en el contexto del desarrollo de su plan de vida, sin embargo, si puede facilitar y establecer lineamientos que conlleven a la protección de su dignidad y a evitar la exclusión.

Los habitantes de la calle tienen estado de vulnerabilidad, ya que no cuentan con los elementos necesarios para solventar sus necesidades básicas para el desarrollo óptimo de su plan de vida, pues estas hacen de los espacios públicos su hogar, sin tener una residencia establecida que les permita realizar sus proyectos de manera efectiva. Además, se encuentran propensos a daños morales físicos y psíquicos a causa de la exclusión.

Las personas habitantes de la calle carecen de recursos y de la garantía que se les brinda como derechos que deberían ser eficaces, puesto que estas garantías constitucionales llevadas a cabo a través de políticas públicas no abarcan en totalidad a estas personas que también son vulnerables, es decir, la exclusión es predominante.

En otros países se ha definido al habitante de la calle como: “personas que no tienen un hogar, usualmente porque son pobres”. (Diccionario de Cambridge, como se citó en Nieto & Koller, 2015). Por su parte, la Organización de Naciones Unidas, se ha pronunciado en múltiples ocasiones a la definición de habitantes de calle, pero es muy inestable en ellas debido a que se refiere a personas sin un techo, luego a la que lo tiene, pero no se encuentra en condiciones aptas para ser habitada y por último a las que por problemas sociales y personales permanecen en la calle.

2.2.2 Derechos Fundamentales

Colombia es un Estado Social de derecho, en el cual el pilar de esta república unitaria está orientado a garantizar los derechos de los ciudadanos o habitantes del territorio nacional, estos derechos fueron reconocidos en nuestro país, por la constitución política de Colombia de 1991

protegiendo garantías. Se han señalado que desde el artículo 11 al 41, son todos aquellos derechos que son inherentes a la existencia de las personas, es decir, las personas son poseedoras de ellos desde el momento en que se da su existencia, los derechos antes mencionados son irrenunciables debido a que son garantes del desarrollo de una vida digna. Cabe resaltar que es de carácter obligatorio el cumplimiento de los derechos fundamentales, sin importar si son o no incluidos en la Constitución de un País.

Un artículo denominado Colisión De Derechos En Pandemia. Derecho A La Salud Y Límites A La Acción Estatal afirma que “El Estado, principal obligado y garante del respeto y protección de los derechos humanos, se ve interpelado en el cumplimiento de sus obligaciones jurídicas: tomar medidas oportunas, efectivas y adecuadas para la plena realización de los derechos”. (Alé, 2021)

La máxima Corte que salvaguarda la Constitución Nacional determina los derechos fundamentales en la Sentencia T-571 de 1992 de la siguiente manera:

Los derechos humanos fundamentales que consagra la Constitución Política de 1991 son los que pertenecen a toda persona en razón a su dignidad humana. De allí que se pueda afirmar que tales derechos son inherentes al ser humano: es decir, los posee desde el mismo momento de su existencia -aún de su concepción - y son anteriores a la misma existencia del Estado, por lo que están por encima de él. Fuerza concluir entonces, como lo ha venido sosteniendo esta Corte que el carácter fundamental de un derecho no depende de su ubicación dentro de un texto constitucional, sino que son fundamentales aquellos derechos inherentes a la persona humana. La fundamentalidad de un derecho no depende sólo de la naturaleza del derecho, sino que se deben considerar las circunstancias particulares

del caso. La vida, la dignidad, la intimidad y la libertad son derechos fundamentales dado su carácter inalienable”. (Corte Constitucional, 1992)

Los derechos fundamentales pertenecen a todos los seres humanos debido a la dignidad humana, misma mencionada en el artículo primero de nuestra constitución política, en donde nuestro Estado se configura como Social de Derecho y entre otras cosas fundado en el respeto a la dignidad humana. El derecho a la salud es un derecho que, por tener carácter inherente a la vida, al ser humano se encuentra protegido bajo la premisa de igualdad efectiva, sin salud la vida misma sería imposible, por ende, el Estado prioriza el derecho a la salud protegiendo así demás derechos fundamentales inherentes e importantes para el libre y óptimo desarrollo de los seres humanos dentro de la sociedad colombiana.

En la República de Colombia, la Corte Constitucional emite un concepto de derechos fundamentales, apegándose a los lineamientos o declaraciones brindadas por entes internacionales encargados de velar por la seguridad y protección de la población mundial, teniendo como factor fundamental dignificar en todo momento la vida, con el propósito de que las personas puedan desarrollar una elección de vida, con la intención de aportar y beneficiar a la sociedad. Posteriormente a la expedición de la Constitución Política de Colombia en el año 1991, se han incrementado los derechos fundamentales, que pasaron de ser derechos con conexidad, a ser meramente Derechos Fundamentales. ¿Pero cuáles son los derechos fundamentales establecidos en la Constitución Política de Colombia? Tal y como se observa en la Figura 1, podemos encontrar los derechos fundamentales incluidos en la Carta Magna.

Figura 1*Derechos Fundamentales en la Constitución Política de 1991*

- | | |
|---|--|
| • Derecho a la vida. | • Derecho a la paz. |
| • Derecho a la integridad personal. | • Derecho a la honra. |
| • Derecho a la libertad e igualdad ante la ley. | • Derecho de petición |
| • Derecho a la personalidad jurídica. | • Derecho al trabajo |
| • Derecho a la intimidad. | • Entre otros derechos que podemos encontrar en la Constitución Política de Colombia, desde el artículo 11 hasta el artículo 41. |
| • Derecho al libre desarrollo de la personalidad. | |

Fuente: Elaboración propia.

Ahora ya mencionados los Derechos Fundamentales descritos en la Constitución, es importante saber cuáles son aquellos derechos que tienen el carácter de derechos fundamentales por conexidad, los cuales define la Corte Constitucional de la siguiente manera:

Los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que, no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. (Sentencia T-491, 1992)

Ante estos derechos, desde la expedición de la Constitución de 1991 ha existido un gran número de controversias en cuanto a la gama de derechos que se incluyeron en el capítulo 1 de la Constitución y que, por otra parte, dejó por fuera derechos como la salud, educación y vivienda

digna. Siendo el derecho a la salud un derecho de carácter fundamental debido a que al ser afectado este se está vulnerando el derecho a la vida.

Durante la vigencia de la Constitución Política hasta el año 2021 esta ha sido sometida a 56 reformas, dentro de las cuales ejemplificamos la acción inmediata para reconocer el derecho a la educación como fundamental y tan solo un año después, a través de la Sentencia T-002 de 1992 se reconoció como fundamental. Derechos que, aunque estaban en la carta magna no se encontraban en el rango de fundamentales. Así mismo el derecho fundamental objeto de estudio en este trabajo de grado, el derecho a la salud paso de ser un derecho con conexidad como fue declarado en la Sentencia T-597 de 1993, paso a ser un derecho fundamental mediante la Sentencia T-016 de 2007. Actualmente el derecho a la salud se encuentra consagrado en nuestra carta política en sus artículos 44 y 49.

2.2.3 Derecho a la Salud

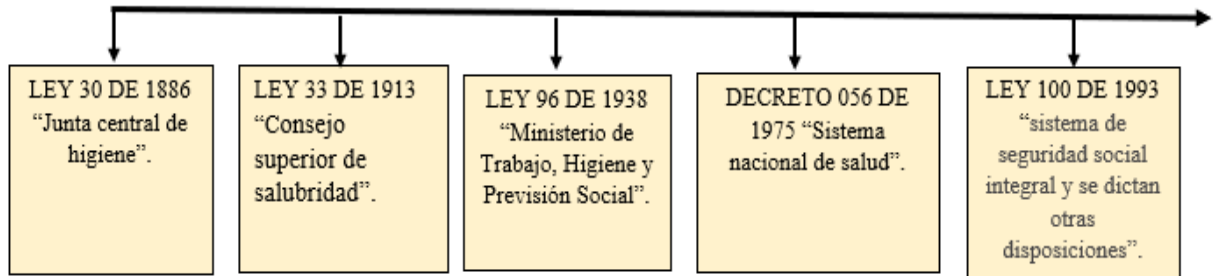
Es importante conocer la historia y algunos aspectos relevantes del derecho a la salud, su articulación en la seguridad social y los aspectos relevantes que hoy en día permiten a la población colombiana gozar del derecho.

En la Constitución de 1886 se presentaron las primeras construcciones de salud, el cual dio inicio al periodo llamado “Modelo Higienista” comprendido entre 1886 y 1947, la cual hace deriva la salud de condiciones ambientales de los individuos las cuales podían ser remediadas con métodos higiénicos, este periodo concluye con la creación del ministerio de higiene en el año 1946. Así mismo En este periodo se establece la Ley 30 de 1886 por la cual se crea la junta central de higiene y surge la necesidad de regular la salubridad publica manifestándose así la necesidad de establecer parámetros y derechos para un problema de carácter general.

Mas adelante se promulga la Ley 33 de 1913 por la cual se crea el consejo superior de salubridad el cual comprendía las Juntas Departamentales de Higiene, las Juntas de Sanidad y las Comisiones Sanitarias, sin embargo, un año después, en 1914 es denominado Junta Central de Higiene con la Ley 84 de 1914.

En 1918 la Junta Nacional de Salud modifica su estructura pasando a depender del Ministerio de Instrucción Pública y en 1920 del Ministerio de Agricultura y Comercio, Decreto 266 de 1920. En 1922, posteriormente y con la expedición de la Ley 15 de 1925, se iniciaron las atenciones de enfermedades infecciosas y su prioridad. Mas adelante la Ley 96 del 6 de agosto de 1938 creó el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social.

Legalmente la entrada al derecho a la salud se dio mediante el Decreto 056 de 1975 con el cual se organizó el sistema nacional de salud teniendo como principal objetivo los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Sin embargo, postremo a esto, fue expedida la Ley 10 de 1990 la cual reorganiza el sistema nacional de salud, en la cual se ampliaron aspectos definitivos para dar paso a la Ley 100 de 1993.

Figura 2*Línea de Tiempo de Aspectos Relevantes del Derecho a la Salud**Fuente: Elaboración propia.*

2.2.4 Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993, fue creada con el propósito de establecer el sistema de seguridad social integral el cual garantiza los derechos irrenunciables de todas las personas sin distinción alguna basado en el precepto de dignidad humana, este sistema, está conformado por el sistema de seguridad social en salud, sistema de seguridad social de riesgos laborales, sistema general de pensiones y los servicios sociales complementarios. Este sistema garantiza el acceso de todos los ciudadanos a las prestaciones, incluso aquellos que no cuentan con recursos, esto estipulado bajo el principio de solidaridad.

El Sistema de Seguridad Social en Salud está dirigido por los siguientes principios rectores en su aplicación:

✓ Equidad.

✓ Obligatoriedad.

- ✓ Protección integral.
- ✓ Libre escogencia.
- ✓ Autonomía de instituciones.
- ✓ Descentralización administrativa.
- ✓ Participación social.
- ✓ Calidad.
- ✓ Concentración.

El Estado dirigirá, orientará, regulará y controlará el servicio público de salud. Así mismo, todos los habitantes deberán estar afiliados al sistema previo el pago de la cotización (estas personas pertenecen al plan contributivo) o por medio de subsidios (régimen subsidiado, todas las personas que no cuentan con los recursos necesarios, en este caso los habitantes de la calle podrían agruparse en este régimen) que serán financiados por recursos fiscales, esto bajo el principio de solidaridad. Así pues, todos los afiliados estarán dentro del Plan Obligatorio de Salud - POS.

✓ **Afiliados**

Dentro del sistema general de seguridad social en salud se encuentra el régimen contributivo y subsidiado, siendo el primero quien acoge a todas las personas vinculadas por medio de contrato laboral, y todas aquellas personas con capacidad de pago.

El régimen subsidiado está conformado por las personas que no tienen capacidad de pago, aquellas de bajos recursos de áreas rurales y urbanas de todo el territorio, los habitantes de la calle estarían ubicados en este grupo, pues su calidad de vida es decadente.

En esta Ley, se garantiza a todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud la prestación del servicio de salud. Promulga el modelo de acceso al servicio los beneficios que tienen las personas les dan la potestad de escoger a que entidad promotora en salud desean pertenecer, a

su vez también permite actuar como una especie de veeduría o supervisión de la calidad en el servicio ofrecida por las entidades promotoras en salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, a través de juntas asociativas de usuarios.

La Ley 100 de 1993, nace con la necesidad socorrer y proteger a los más vulnerables y con su promulgación se acaba el ISS (Instituto de Seguro Social), haciendo del sistema de salud, un sistema mixto, es decir con entidades privadas y entidades públicas. Con esta ley se puede decir que el Estado colombiano estableció los parámetros para que ninguna persona, incluyendo a los habitantes de la calle de Colombia quedará sin cobertura a la salud y todos aquellos que no contaban con los recursos suficientes para cotizar.

El régimen subsidiado es el medio por el cual se puede hacer efectivo el acceso al sistema de salud para aquellas personas que se encuentran en poblaciones vulnerables o sin el suficiente ingreso económico para poder realizar cotizaciones.

Por esta razón, las personas afiliadas al régimen subsidiado, se les garantiza de igual forma el acceso al servicio a la salud, sin realizar pagos correspondientes a la cuota moderadora. A su vez, aquellos servicios que sean prestados a estos afiliados les genera un valor que es denominado como copago, que corresponde a un valor porcentual al servicio que se le preste.

Es preciso resaltar que las personas que pertenezcan al régimen subsidiado son aquellas personas que previamente han sido censadas y calificadas por el SISBÉN, entidad que luego de haber realizado el censo correspondiente le otorga a cada persona encuestada un nivel o categoría, a la que van a pertenecer y de esta manera identificar a que beneficios tendrán derechos. Una vez asignado el nivel, se establecerá el valor a cancelar en aquellos procedimientos o servicios en los que les corresponda cancelar el 5% o el 10%.

La ley 100 de 1993 trajo consigo la prestación del servicio a la salud a todos los habitantes del territorio nacional, sin importar raza, etnia, cultura, estatus social, entre otros. Los beneficios en el papel han sido muchos los otorgados, pero no se ha llevado a cabo la priorización del servicio a la salud de la población en situación de calle, lo que hace que el personal de la salud desconozca en muchas ocasiones la condición de estas personas.

Los beneficios y accesibilidad que ha tenido la población de los habitantes de la calle han sido bastantes inclusivas en lo pertinente a la Ley 100 y las políticas públicas expuestas por el Estado, pero a la hora de llevarse a cabo estas políticas en la cotidianidad es bastante adverso, es decir, existe un contraste entre lo expuesto en el papel y lo que sucede en la realidad. Para las personas en condición de habitantes de calle muchas veces resulta tedioso y casi un reto acceder al sistema de salud, dadas las circunstancias en las que se encuentran y las barreras de acceso que el mismo sistema de salud a través de las EPS, IPS y ESE les crea las mencionadas barreras de acceso a los usuarios al momento de querer utilizar el servicio, e incluso en muchas ocasiones han sido víctimas de discriminación por parte del personal de la salud por el poco conocimiento que tiene de esta población y su estado de vulnerabilidad.

Con la creación del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales - SISBÉN, se logra censar a las poblaciones habitantes de calle en todo el país, contribuyendo a la clasificación y posterior asignación de beneficios incluido el servicio a la salud. Es preciso resaltar que debido a que estas personas en su mayoría no tienen la capacidad suficiente de pago para aportar al régimen contributivo, son afiliados al régimen subsidiado.

Las autoridades locales y las políticas públicas internas de cada departamento, ciudad o municipio son las encargadas de vigilar, proteger y garantizar los derechos de esta población. En Barranquilla, el distrito ha desarrollado políticas públicas para brindar una mejor protección a

los derechos fundamentales de los habitantes de calle, sobre todo en lo pertinente con el derecho a la salud, desplegando campañas de sensibilización y restablecimiento de derechos de estas personas.

En el centro de la ciudad donde se concentra el mayor número de habitantes de calle, se han desplegado brigadas de salud, con personal de la salud el cual se encarga de valorar y diagnosticar a las personas con enfermedades o prevenir enfermedades enviando reportes de salud a las Entidades Promotoras en Salud a las que pertenecen, con el fin de hacerle seguimiento a las posibles enfermedades que puedan tener. En Barranquilla se creó el modelo de atención en salud con la creación de P.A.S.O.S y C.A.M.I.N.O.S a partir del año 2008 cuando se dio la reestructuración de la red hospitalaria de la ciudad, los cuales facilitan a la población más vulnerable de acuerdo con la clasificación del Sisbén el acceso oportuno a la salud.

2.2.5 Sisbén Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales

El Sisbén fue creado por parte del Departamento Nacional de Planeación en Colombia, con la finalidad de poder clasificar a la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, de esta forma se puede cuantificar el gasto social que el Estado debe destinar para suplir las necesidades de estas personas. El Sisbén surge a la vida en el año 2001, mediante la Ley 715 de 2001, la cual informa que es este proceso busca garantizar que el gasto social sea asignando a los más pobres.

Luego de ser expedida esta ley, se publica el CONPES Social 100 de 2006, el cual establece que la focalización es una estrategia que busca identificar, seleccionar y asignar a las familias pobres los subsidios y beneficios que pueden adquirir para contribuir a desarrollar una vida digna.

En ese orden de ideas, se identifica que el objetivo del Sisbén es establecer una herramienta técnica, equitativa que permita la identificación de potenciales beneficiarios del gasto social, que es distribuido por las entidades territoriales y quienes ejecutan la política social del Estado.

Beneficios principales otorgados por el Sisbén, son: subsidios educativos, económicos, de pensión, acceso al servicio en salud de forma gratuita, personas en poblaciones vulnerables, entre otros.

¿Qué papel cumple el Departamento Nacional de Planeación? El Departamento Nacional de Planeación – DNP, se encarga de implementar la metodología utilizada del Sisbén y de esta forma orienta a los municipios para su implementación, así como de consolidar y publicar la base nacional certificada en la que se valida el puntaje asignado a las personas registradas en el Sisbén. El puntaje oscila entre cero y cien puntos, siendo calculado de manera automática por el aplicativo del Sisbén (Sisbén App) que se utiliza para tomar las encuestas en los hogares colombianos.

El Sisbén anteriormente se utilizaba puntajes para clasificar a las familias colombianas en un rango de 0 a 100 siendo aquellas personas cercanas al número 100 las más pudientes y las personas más cercanas al 0, aquellas que no contaban con recursos suficientes para poder tener una estabilidad económico-social. Los niveles de clasificación anteriormente de acuerdo con la tercera edición del Sisbén dispuesta por el Estado correspondían 3, que distribuían de la siguiente manera de acuerdo con el puntaje:

Nivel 1: Puntajes entre 0 a 47

Nivel 2: Puntajes entre 48 a 51

Nivel 3: Puntaje mayor a 51,57

De acuerdo con la clasificación otorgada por el Sisbén eran otorgados los beneficios de los programas de subsidios del Estado aquellas personas que eran censadas.

Esta metodología de clasificación registró muchos inconvenientes para los fines con los que fue creado, por lo cual el DNP se colocó a la tarea de implementar un nuevo sistema del Sisbén o una actualización más organizada y acertada al momento de realizar clasificaciones desde el año 2017 para iniciar el nuevo Sisbén conocido como Sisbén IV, que pasó de tener clasificaciones numéricas como se describió anteriormente, a ser clasificado de la siguiente manera:

A1 – A5 corresponde a pobreza extrema en Sisbén IV.

B1 – B7 corresponde a pobreza moderada en Sisbén IV.

C1 – C18 corresponde a población vulnerable en Sisbén IV.

D1 – D20 corresponde no corresponde ni a pobre ni a vulnerable en Sisbén IV.

Los datos del Sisbén deben ser actualizados de manera periódica, ¿cómo hacen esas personas que no cuentan con la capacidad para realizar el proceso, por ejemplo, los habitantes de la calle? Los entes territoriales, despliegan campañas de actualización de datos para estas poblaciones y así poder realizar todos los trámites correspondientes para ser beneficiarios de los programas que otorga el Estado colombiano a través del Sisbén.

En la ciudad de Barranquilla, departamento del Atlántico, el Distrito en ejercicio de las funciones que les otorga la ley ha colocado al servicio de la ciudad un hogar de paso en el centro de la ciudad, lugar estratégico debido a que es donde se encuentra la mayor concentración de habitantes de calle existen en la ciudad, de esta forma la población puede realizar o satisfacer sus necesidades básicas por un periodo corto de tiempo o largo dependiendo la voluntad que tengan las personas de superar la condición de habitantes de calle. En este lugar se encuentran a disposición funcionarios de la administración pública, que se encargan de realizar trámites de actualización de datos e incluso registro y expediciones de documentos de identidad de personas que por su condición de calle no han expedido identificaciones o las han extraviado.

A su vez las oficinas del Sisbén en la ciudad de Barranquilla se encuentran distribuidas de forma estratégica para que aquellas poblaciones vulnerables tengan acceso directo a estas y poder solicitar los formularios de clasificación del programa, teniendo en cuenta que la oficina principal está ubicada en el centro histórico de la ciudad, lugar de mayor afluencia de habitantes de la calle, facilitando el acceso a las mismas.

2.2.6 ¿Cómo Opera el Régimen Subsidiado en Barranquilla?

En la ciudad de Barranquilla hasta el año 2022, operan más de 6 Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas, las cuales tiene un modelo de atención similar a como funciona en el resto de las ciudades de Colombia. Es decir, para que las personas puedan gozar de la prestación del servicio a la salud a través del régimen subsidiado, previamente han debido ser censadas y calificadas por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales - SISBÉN.

Tabla 1

Entidades Promotoras de Salud con Régimen Subsidiado que Operan en Barranquilla (año 2022)

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (REGIMEN SUBSIDIADO QUE OPERAN EN BARRANQUILLA.				
NOMBRE DE LA ENTIDAD	DIRECCION PARA ATENCION EN EL DISTRITO	LINEA DE ATENCION NACIONAL	LINEA DE ATENCION LOCAL	PAGINA WEB
NUEVA EPS	Calle 76 No. 49c-16	01-8000-952-000	01-8000-952-000	www.nuevaeps.com.co
CAJACOPI EPS	Calle 44 No. 46-56	01-8000-111-446	605-3185930	www.cajacopieps.com.co
MUTUALSER EPS	Calle 56 No. 8E1-238	01-8000-116-882	605-3225004	www.mutualsereps.com.co
SURA EPS	Calle 94 No. 51B-43	01-8000-519-519	605-3197901	www.suraeps.com.co
COOMEVA EPS	Carrera 53 No. 80 - 198	01-8000-930-779 OPC 8	605-3861099	www.comeveaeps.com.co
SALUD TOTAL EPS	Carrera 47 No. 82-220	01-8000-114-524	605-3698585	www.saludtotaleps.com.co
FAMISANAR EPS	Carrera 50 No. 84-110	01-8000-116-662	605-3780101	www.famisanareps.com.co
COOSALUD EPS	Carrera 58 No. 75-43	01-8000-515-611	605-3100520	www.coosaludeps.com.co
SANITAS EPS	Carrera 47 No. 84-72	01-8000-919-100	605-3360669	www.sanitaseps.com.co

Fuente: Elaboración propia.

Actualmente luego de la crisis generada por Covid 19 en el país la salud para estos habitantes se vio desmejorada y poco eficiente tal como lo describe un artículo científico denominado El Espíritu Solidario En Tiempos 2020 “El imperativo del espíritu solidario de la humanidad ha quedado en evidencia con la pandemia Covid19 y sus repercusiones, tanto por su carácter planetario como por la indefensión sanitaria y el déficit de atención médica, producto de las mínimas inversiones y paupérrimas condiciones laborales del sector salud”. (Velasco, 2020)

En Barranquilla las EPS-S con mayor número de población de subsidiada durante los últimos 5 años han sido las siguientes: Mutual Ser EPS, Nueva EPS, Cajacopi EPS, Sura EPS, entre otras. Ahora, estas EPS-S prestan los servicios de Salud por medio de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), dentro del modelo de atención desarrollado en la ciudad de

Barranquilla, destaca mucho la presencia de los P.A.S.O.S y lo C.A.M.I.N.O.S ubicados en zonas estratégicas de la ciudad.

Una de las Instituciones Prestadoras del Salud más importantes de acuerdo con el modelo de salud que se desarrolla en la ciudad para beneficiar a las poblaciones más vulnerables es MIREB BARRANQUILLA IPS, la cual es pilar fundamental para poder llevar a cabo un modelo de atención que se destaca por ser integral y estar al alcance de aquellas poblaciones más vulnerables, debido a la geolocalización de estos puntos de atención. MIREB BARRANQUILLA IPS llega a la vida de ciudadanos barranquilleros en el año 2018, asumiendo la red pública hospitalaria de los barranquilleros, con la función principal de prestar el servicio a la salud a aquellas poblaciones vulnerables, para este proyecto se inició con una infraestructura de 41 establecimientos de salud, con las condiciones adecuadas para prestar un servicio óptimo.

La red hospitalaria de esta institución prestadora de salud contaba en sus inicios con 2 hospitales, 8 C.A.M.I.N.O.S y 31 P.A.S.O.S, y en proceso de ampliación hacia barrios con déficit económico para garantizar el acceso a la salud. La red distrital fue categorizando las instalaciones y puntos de servicio, al punto que quedaron clasificadas de la siguiente manera:

Los Puntos de Atención en Salud Oportuno – PASO: son instituciones que generan el primer contacto de la población para el nivel básico del sistema de atención en salud, donde se desarrollan acciones básicamente de promoción, protección específica, prevención y atención de la enfermedad, rehabilitación de menor complejidad, demanda inducida, detección temprana, atención de enfermedades de interés en salud pública, detección de enfermedades crónicas e información y orientación para cuidar la salud.

Esto quiere decir que un P.A.S.O es diseñado para prestar servicios de primer nivel de atención, es decir, atender servicios como medicina general en sus modalidades (consulta externa

y consulta prioritaria), odontología, nutrición, enfermería, obstetricia, pediatría, laboratorios y medicina interna.

Por otro lado, los Centros de Atención Médico Integral en Salud - CAMINO, se constituyeron en instituciones que ofrecen 1, 2 y 3 nivel de atención a los usuarios de la salud. En cada C.A.M.I.N.O se ofrece la atención hospitalaria y de urgencias, necesaria para la recuperación de la salud de los usuarios de tal manera que les permita salir de la crisis o enfermedad. Estos servicios son prestados con calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia a la población del Distrito de Barranquilla. En estos espacios se atiende la mediana y alta complejidad, se ofrecen servicios de urgencias, hospitalización y cirugías.

Así mismo, un C.A.M.I.N.O, cuenta con una gama de servicios por brindar a la comunidad, como: Medicina general, odontología, nutrición y psicología, medicina interna, cirugía general, odontopediatría y algunas subespecialidades de mayor complejidad.

Después de detectar que antes del año 2010 la red hospitalaria de la ciudad se encontraba desorganizada administrativamente, se procedió a realizar estudios en la ciudad que permitieran desarrollar planes de mejoramiento en cuanto al tema y que la población no se viera afectada. Con ello nació este modelo mencionado anteriormente que fue reconocido por anteriores presidentes de nuestro país y que llevo a que organizaciones de diferentes lugares del mundo vinieran a conocer nuestro modelo de atención integral en salud, para replicarlo en sus contextos sociales.

2.2.7 Políticas Públicas

Las políticas públicas se pueden definir como la intención de regular y establecer diagnósticos y propósitos de objetivos trazados de interés públicos, las cuales son formuladas para regular aspectos específicos que preocupan y generan cambios negativos en la sociedad, la misma

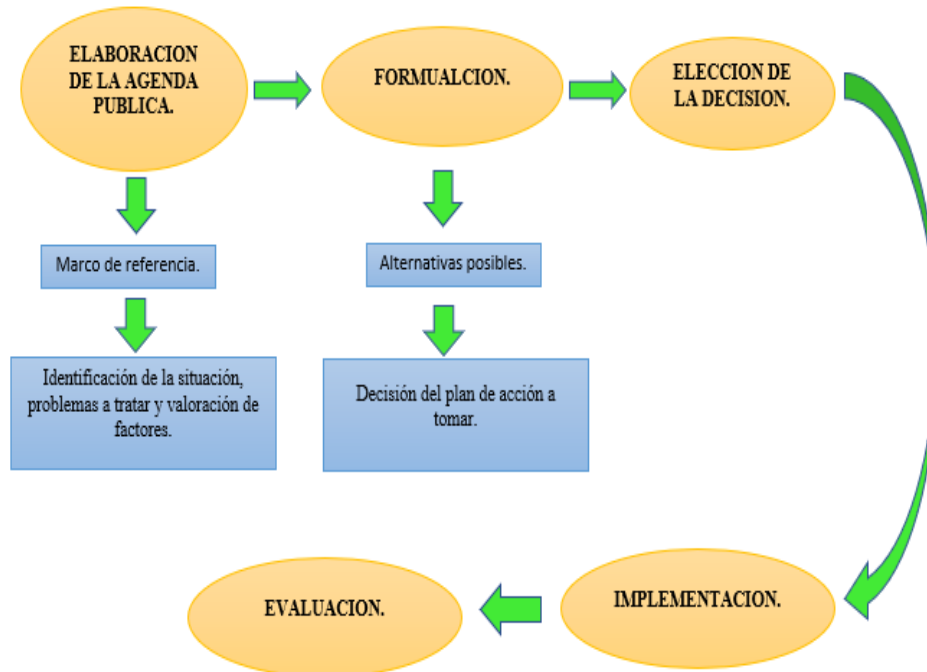
política pública dentro de su naturaleza está encaminada por el Estado para tratar esos problemas públicos de un área específica.

El Estado simboliza un papel fundamental en el desarrollo de estas políticas públicas, puesto que al ubicarnos en el contexto de nuestra constitución política y establecer al país como un Estado Social de Derecho, el cual garantiza el cumplimiento de deberes y derechos de la sociedad, este mismo Estado es encargado de liderar el desarrollo, concentrar y distribuir el poder público y así mismo ser facilitador y orientador en la toma de decisiones importantes y determinantes para el buen equilibrio de la sociedad.

El Estado se compone de tres funciones básicas, definidas por (Ortegón Quiñones, 2008) de la siguiente manera:

- ✓ Función de asignación: la provisión de bienes y servicios sociales o el proceso mediante el cual el total de recursos se divide entre bienes privados y sociales.
- ✓ Función de distribución: es decir, el proceso mediante el cual la renta y la riqueza se distribuyen para garantizar un Estado equitativo y justo.
- ✓ Función de estabilidad: es decir, garantizar la estabilidad económica mediante la utilización de la política presupuestaria como medio para obtener empleo, estabilidad en el nivel de precios y una elevada tasa de crecimiento económico.

Las políticas públicas se encuentran dentro del plan de gobierno a desarrollar, estas mismas varían de acuerdo con la necesidad de cada territorio, algunas van encaminadas a la inseguridad, al desarrollo, y pocas para la población vulnerable como lo son los habitantes de la calle, los cuales generan un impacto extenso dentro de la sociedad.

Figura 3*Proceso de Creación de una Política Pública**Fuente: Elaboración propia.*

2.2.8 Políticas Públicas para Habitantes de la Calle: Ley 1641 de 2013

La ley mencionada tiene por objeto estipular el procedimiento para las políticas públicas destinadas a los habitantes de la calle, dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social.

La entidad encargada de adelantar y establecer los parámetros y lineamientos a seguir para la elaboración de estas políticas públicas es el DANE, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, esto bajo el contexto de instrumentos cualitativos y cuantitativos.

Estas políticas públicas sociales para los habitantes de la calle estarán enmarcadas bajo principios de dignidad humana, participación, solidaridad y autonomía personal. Estos principios

serán aplicados y pilares fundamentales dentro de la formulación de las políticas, para esto el Estado estudia la habitabilidad de la calle y desarrolla su marco de referencias para establecer la ruta a tomar.

Las políticas públicas son un mecanismo importante que todos los gobiernos deben presentar, no obstante, es importante observar políticas públicas anteriores y el éxito que derivan y las falencias, para así determinar puntos clave a manejar en las próximas políticas públicas que se quieran presentar y llevar a cabo dentro de un territorio específico.

2.2.9 Políticas Públicas del Gobierno Actual Dirigidas a los Habitantes de la Calle de la Ciudad de Barranquilla

En el plan de gobierno designado o liderado por la alcaldía distrital de barranquilla se puede encontrar las políticas públicas dirigidas hacia la población en condición de habitante de calle, la cual ha sido publicada por la alcaldía a través de distintos medios y programas de comunicación llevados a la calle y lugares donde se encuentra esta población vulnerable.

Las políticas públicas creadas por el distrito de barranquilla y su alcaldía están arraigadas a los lineamientos dictados por la Ley 1641 de 2013, teniendo como fin fundamental establecer los parámetros y principios base de la política pública para esta población de habitantes de la calle. Las políticas públicas que se llevan a cabo, estas mismas fueron creadas y formuladas en el plan de gobierno actual liderado por Jaime Pumarejo Heins junto con los representantes del sector vulnerable, los habitantes de la calle. Estos representantes son importantes y relevantes a la hora de establecer la identificación del problema a mitigar puesto que aportan las principales causas que derivan esta situación de habitabilidad de la calle, estas personas en su momento fueron beneficiarias o participes de políticas públicas practicadas por la administración de turno para mejorar las condiciones de vida y restituir los derechos fundamentales afectados. En estas políticas

públicas que se encuentran al servicio de la población habitante de calle Barranquilla, destacan los siguientes programas:

Proyecto de recuperación e inclusión social para habitantes de la calle u hogar de paso: Este proyecto tiene como destino la atención integral de la población habitante de calle de la ciudad de Barranquilla. Este lugar tiene como fin, reducir las marcas que deja la calle por su misma estadía en ella de manera permanente. El lugar está ubicado de manera estratégica en el centro de la ciudad de Barranquilla (carrera 38 #35-58), en los alrededores de este lugar es donde se encuentra la mayor concentración de habitantes de calle de la ciudad. Este hogar de paso, diseñado para los habitantes de la calle cuenta con los siguientes servicios:

Tabla 2

Servicios del Proyecto de Recuperación e Inclusión Social para Habitantes de Calle

Servicios prestados, proyecto de recuperación e inclusión social para habitantes de la calle, o hogar de paso (Carrera 38 No. 35-58)	
1. Albergue temporal	7. Alimentos
2. Atención básica en salud	8. Atención Psicosocial
3. Validación del ciclo de primaria	9. Talleres de crecimiento personal
4. Jornada de autocuidado	10. Actividades recreativas
5. Actividades físicas	11. Talleres de reconstrucción de vínculos familiares
6. Actividades musicalizadas	12. Taller de Manualidades

Fuente: Elaboración propia.

Otro de los proyectos diseñados para la población en situación de habitante de calle en la ciudad de Barranquilla es:

Proyecto Centro de Acogida de Día: Este lugar está ubicado en una zona de la ciudad de Barranquilla caracterizada por su alto flujo de personas en condición de habitante de calle, su ubicación exacta es Calle 17 con Carrera 38 esquina, conocida popularmente como zona cachacal,

lugar donde se encuentran las bodegas de recepción de las importaciones y exportaciones realizadas desde el norte de Colombia. Este programa brinda los siguientes servicios:

Tabla 3

Servicios del Proyecto Centro de Acogida de Día

Servicios prestados, proyecto centro de acogida de día	
1. Albergue temporal	7. Alimentos
2. Atención básica en salud	8. Atención Psicosocial
3. Baño - duchas	9. Lavado de ropa
4. Kit de aseo personal	10. Actividades recreativas
5. Actividades físicas	11. Kit para lavado de ropa
6. Actividades musicalizadas	12. Taller de Manualidades

Fuente: Elaboración propia.

Proyecto Centro de Acogida de Noche: Este proyecto es una extensión del **Proyecto Centro de Acogida de Día**, con el fin de que la población habitante de calle cada vez sea menor y que las personas pasen noches seguras fuera de las calles, los servicios brindados a través de este proyecto son:

- Dormitorio digno con camas en excelentes condiciones.
- Acceso a los servicios públicos básicos.

En la ciudad de Barranquilla antes de la pandemia estos lugares colocados a disposición de las personas en condición de habitante de calle recibían diariamente entre 100 y 200 personas, cifra que aumentó durante la pandemia debido a que la situación económica de muchos hogares en la capital del atlántico y su área metropolitana se vio afectada.

En los diferentes puntos otorgados por la alcaldía distrital, se encuentran ubicadas profesionales del área de la salud con el fin de velar por la salud física y mental de las personas que visitan el lugar por unas horas. Aquellas personas que cuentan con afectaciones a su salud son dirigidas a puntos de atención públicos para que se les brinde atención de manera priorizada y así velar por la protección del derecho fundamental a la salud teniendo en cuenta que “Con el aumento de la edad aumenta también la dependencia y se hacen necesarios los cuidados, es así como el envejecimiento demo-gráfico aumentará significativamente la población que necesite de asistencia de diferente índole en todos los países”. (Olga Suárez Landazábal, 2020)

2.3 Referentes Históricos

El derecho a la salud en Colombia ha sido uno de los temas más controvertidos, este derecho anteriormente era considerado un derecho por conexidad con la vida, no era autónomamente fundamental, sin embargo la Corte Constitucional empezó a ver y a redactar en sus precedentes la necesidad de convertir este derecho en un derecho fundamental ya que la salud no solo puede verse como un derecho objetivo si no también como un derecho subjetivo inherente al ser humano, afirmando que “no solo se refiere a la vida como conservación de las funciones vitales sino, mantener a las personas con el menor dolor o sufrimiento posible, que en cualquier situación sea contraria a la dignidad humana”. (Corte Constitucional, 2003)

La prestación de los servicios de salud se encontraba dividida en dos esquemas, siempre salvaguardando al trabajador de la siguiente manera:

Entre un sistema que cubría a los trabajadores de instituciones privadas denominado seguridad social y el sistema de los funcionarios públicos denominado de la previsión social. Por un lado, el Sistema de Previsión Social se creó en 1945 y el ente prestador de servicios se denominaba Caja Nacional de Previsión. Este sistema se distribuyó de manera desarticulada por todo el país y llegó a contar con 1.200 cajas de previsión en 1991. Por otro lado, en 1946 se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que monopolizó la prestación de los servicios del sector privado. Es notorio que bajo este régimen un gran porcentaje de la población colombiana estaba desprovista de un servicio de salud, porque no cumplía con el requisito de ser trabajador del sector público o bien del sector privado. (Escobar Triana, 2013)

El artículo 48 de la Carta Magna declara que la seguridad social es un servicio público obligatorio bajo la coordinación y revisión del Estado. (Constitución Política, 1991). Sin embargo, esta Constitución no implementó a la salud del todo como un derecho, si no como un deber del Estado.

En Colombia luego de tantos intentos por regular la salud y el servicio de seguridad social se vio la necesidad de implementar un sistema que pudiera coger a todos los habitantes y brindar un servicio óptimo y gratis para aquellos que no tienen recursos o mecanismos para acceder al mismo, con esto se creó la Ley 100 de 1993 la cual le brinda la oportunidad a los ciudadanos de pertenecer a un régimen obligatorio el cual puede ser contributivo para aquellas personas que laboran y pueden aportar al sistema económicamente y subsidiado para todos los que no tenían recursos económicos para acceder al mismo de forma gratuita.

Los ciudadanos con el beneficio de la acción de tutela que trajo consigo la constitución política de Colombia empezaron a implementar la misma para buscar la protección del derecho a la salud, en este caso aun debía ser con conexidad con la vida, aunque ya pertenecían a un régimen contributivo o subsidiado la salud seguía siendo considerada un deber, no un derecho.

Más adelante en 2006 se expide el Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este con el fin de mejorar la atención oportuna al usuario.

La Sentencia T-760 de 2008 estipula el derecho a la salud como derecho fundamental al manifestar que:

Es deber del Congreso y del Gobierno adoptar todas las medidas económicas, políticas y administrativas para alcanzar en un término breve la cobertura total de los servicios de salud para toda la población colombiana, destinando cada año

mayores recursos para hacer efectivo el derecho irrenunciable a la salud, avanzando en forma gradual pero rápida y eficaz para lograr en un tiempo razonable el bienestar social de todos. (Corte Constitucional, 2008)

Posteriormente, con la Ley 1751 de 2015 se regula de manera eficaz el derecho a la salud y con esto deja de ser un derecho con conexidad para establecerse como derecho fundamental.

Por su parte la habitabilidad de la calle en Colombia se deriva de la segunda mitad del siglo XX, específicamente en la ciudad de Bogotá, desde entonces son conocidas las personas que buscaban albergue en el centro de la ciudad, haciendo del espacio público su lugar de habitación, ya sea de manera permanente o transitoria, estos son definidos por el informe mundial sobre Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas como “las personas que duermen a la intemperie es decir, en la calle, en lugares públicos o en cualquier otro lugar no destinado a habitación humana constituyen el núcleo de los habitantes de calle”. (United Nations Centre for Human Settlement-Habitat, 2001)

En este sentido, las personas que hace tantos años hacían uso de esos espacios ya podían ser denominadas habitantes de la calle, el estado de vulnerabilidad de la habitabilidad de la calle se expandió por todo el territorio y geográficamente en la síntesis de este trabajo de grado, un gran número habita en el centro de la ciudad de Barranquilla.

2.4 Referentes Contextuales

2.4.1 Salud

La salud es definida jurisprudencialmente como un derecho que se encuentra ligado a un servicio público que brinda las garantías de un Estado social de derecho y como un derecho de carácter irrenunciable. Así mismo se puede comprender como aquel Estado del ser humano que se encuentra en contexto óptimo para vivir de manera plena y digna, según la Corte Constitucional la salud se define así:

La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible. (Sentencia T-121, 2015)

2.4.2 Habitante de la Calle

Los habitantes de la calle son aquellas personas que hacen uso de espacios públicos y hacen del mismo su hogar, su lugar de habitación, por lo general destinan y usan este lugar para cumplir sus objetivos de vida. Son definidos por la Corte Constitucional como aquella persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria, y no cuenta con la totalidad de los elementos para solventar las necesidades básicas de un ser humano. (Sentencia T-092, 2015)

2.4.3 Habitabilidad de la Calle

La habitabilidad hace referencia a la sinergia de habitar el mismo espacio con el resto de los ciudadanos de una determinada población o territorio.

2.4.4 Vulnerabilidad

La vulnerabilidad es definida como el riesgo o peligro que corre una persona, lo cual le impide vivir dignamente bajo los parámetros y protecciones de un Estado Social de Derecho, así mismo este estado le dificulta al individuo subsistir de manera adecuada dentro de un espacio determinado.

La Corte Constitucional lo expresa así:

La vulnerabilidad es un proceso multidimensional que confluje en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas. La vulnerabilidad social de sujetos y colectivos de población se expresa de varias formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como desamparo institucional desde el Estado que no contribuye a fortalecer ni cuida sistemáticamente de sus ciudadanos. Desde esta perspectiva, el estado de vulnerabilidad está relacionado con circunstancias que le impiden al individuo procurarse su propia subsistencia; y lograr niveles más altos de bienestar, debido al riesgo al que está expuesto por situaciones que lo ponen en desventaja en sus activos. (Sentencia T-701, 2017)

2.4.5 Derechos por Conexidad

Los derechos por conexidad son aquellos que sin tener un carácter fundamental van ligados a los derechos fundamentales e indispensables para la subsistencia del ser humano, que sin estos no podría vivir de manera digna e íntegra dentro de la sociedad.

Los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que, no siendo denominados como tales en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. (Sentencia T-491, 1992)

Antes del año 2007, este derecho no era catalogado como un derecho fundamental, el cual solo tenía relevancia existía un hecho o acontecimiento que atentara contra un derecho fundamental de la persona, sin embargo, esto cambio a partir del año 2007 fecha en la que se empezaron a emitir las primeras consideraciones y sentencias de la Corte Constitucional en la cual referenciaba al derecho a la salud como un derecho principal o de carácter secundario.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se dicta la regulación del derecho fundamental a la salud, es mediante esta ley que se reconoce al derecho a la salud como un derecho fundamental y no de segunda categoría o por conexidad como anteriormente se le catalogaba o se protegía, este derecho es inherente a al ser humano debido a que una persona que no goza de buena salud no desarrolla a pleno una calidad de vida.

2.5 Marco Legal

2.5.1 Fundamento Internacional

2.5.1.1 *Derecho a la Salud*

El derecho a la salud es un derecho con connotación de derecho fundamental, reconocido en la gran mayoría de países del mundo entero, en muchos de estos países el derecho a la salud se regula o se coloca en funcionamiento de distintas formas, de acuerdo con la interpretación que tomen sus legisladores. Es de la siguiente manera como este derecho se desarrolla en los siguientes países:

Chile

La Constitución política del país austral, promueve el acceso de forma igualitaria y libre de las personas al derecho a salud, en cualquier situación en que se amerite la atención o prestación del servicio a la salud. Para cumplir con ello el Estado debe garantizar de manera oportuna la ejecución de las acciones dispuestas en cualquier sea el régimen que preste el servicio (público, privado y mixto).

Ante las poblaciones vulnerables como, las personas habitantes de la calle e indigentes que se encuentren censadas en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), tienen derecho al servicio médico de manera gratuita en el sistema público de salud dispuesto por el gobierno.

España

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, la protección derecha a la protección de la salud y a la atención sanitaria de la salud todos los ciudadanos. (Gobierno de sanidad España).

Al igual que en otros países del mundo, aunque en la Constitución se determina la salud como un derecho principal o fundamental, sus legisladores han publicado una ley en la cual determinan la regulación del derecho a Salud por medio de la Ley 14 de 1986, que dispone de manera general los términos de la Sanidad o Salud en territorio español. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio en España de este derecho se regulan por la Ley 14 de 1986, General de Sanidad y se concretan en:

- ✓ Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- ✓ Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- ✓ Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- ✓ Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- ✓ Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.
- ✓ entre otros aspectos importantes que se replican en los diferentes países del mundo.

Canadá

El sistema de salud canadiense es un sistema funcional como casi el resto de los países del mundo en el cual funcionan servicios públicos otorgados por el gobiernos y servicios de carácter privado u otros de características mixtas, pero a su vez está organizado de forma general por parte de la Constitución, pero cada una de sus provincias adopta la aplicación de esta de acuerdo al Estado en que se encuentre. Cabe destacar que el gobierno cobija a la mayor parte de habitantes del territorio canadiense y con los aportes de las personas que tienen las condiciones económicas

para pagar servicios de salud, financian los servicios de salud de aquellas personas que no cuentan con un ingreso económico que permita sustentar los servicios de salud.

Brasil

En Brasil, la Constitución Política de 1988 es la primera que trata al derecho a la salud como un deber del Estado garantizarlo y un derecho de todos. Teniendo como punto de garantía los recursos del Estado, para financiar el derecho a la salud de todos los habitantes del territorio y garantizar el acceso gratuito al servicio. En Brasil han pasado como en la mayoría de los países latinoamericanos por periodos de transición de sus leyes estatutarias generando cambios en las condiciones de prestaciones de servicios públicos, incluido el servicio a la salud. Luego de muchos años de reformas, se logró descentralizar el sistema de salud de Brasil, teniendo el común denominador de muchas partes del mundo, es decir, contar con sistema público, privado y mixto. Con estas características dadas en Brasil, nace el Sistema Único de Salud (SUS), el cual busca dar la prestación del servicio a las poblaciones vulnerables de todo el país de manera gratuita, siendo financiado por las personas que realizan pagos o aportes al sistema de salud.

2.5.2 Fundamento Nacional

Colombia

En Colombia el derecho a la salud ha pasado por múltiples cambios o constantes cambios en la expedición de las leyes de aplicación de este, durante muchos este fue un derecho asistencial, secundario por conexidad, no reconociéndose su carácter fundamental. Luego de innumerables cambios en su regulación ya se encuentra consagrado como un derecho fundamental.

Constitución Política de 1991

En Colombia la regulación del derecho a salud como derecho fundamental inicia desde la Constitución Política, la cual en su artículo 49, dispone que “la atención de la salud y el

saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución Política, 1991). Aunque este artículo no se encuentre dentro del Capítulo 1 de la Constitución, el cual se refiere a los derechos fundamentales, este derecho luego de un amplio recorrido y estudio y recategorización es calificado por la Corte Constitucional como un derecho fundamental, dada a sus características y por ser inerte al ser humano para el desarrollo de una vida digna.

Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993, llega con la renovación e integración de todo el sistema de seguridad social, la cual reúne normas, instituciones y procedimientos de los que gozan las personas para garantizar una mejor calidad de vida mediante las disposiciones consagradas en los planes que se desarrollan en torno a esta normativa. En el Capítulo 1 del libro 1 de la Ley 100 de 1993, el legislador a través del artículo 153 dicta los fundamentos bajo los que se regirá el servicio público en salud, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ley 100, 1993)

Tabla 4

Fundamentos Bajo los que se Rige el Servicio Público en Salud

1. Equidad.	4. Libre escogencia.	7. Participación social.
2. Obligatoriedad.	5. Autonomía de instituciones.	8. Concertación.

3. Protección integral.	6. Descentralización administrativa.	9. Calidad.
------------------------------------	---	--------------------

Fuente: Elaboración propia.

Es muy importante la publicación de esta ley debido a su gran impacto positivo que tuvo dentro de la sociedad Colombiana debido a que garantiza el acceso al servicio de salud a las poblaciones más vulnerables a través de las herramientas dispuestas por el gobierno y la nueva estructuración de los regímenes que conforman el sistema actual de salud, siendo el régimen subsidiado el que cobija a aquellas personas que no cuentan con los recursos suficientes para realizar cotizaciones de su seguridad social, sin embargo, esto no es una limitante para poder acceder al sistema de salud, tal como lo estipula el siguiente artículo de la misma ley, el artículo 159 dicta las garantías de los afiliados frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual debe prestarse de acuerdo lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, teniendo atención integral en todos los puntos de atención del país en cualquier circunstancia o situación de urgencia que amerite atención inmediata. Dentro de las garantías otorgadas, se les debe garantizar a los usuarios la libre escogencia de Entidad Promotora de Salud, en cualquiera que sea el caso o individual o familiar. (Ley 100, 1993)

Para el proceso de garantía de los servicios, el legislador hace participe a los afiliados a los procesos de veedurías o auditorias del sistema con el fin de que sean estos quienes reporten las irregularidades que pueda presentar el servicio, esto mediante asociaciones de usuarios

conformadas por personal administrativo de las entidades y por parte de los representantes de los afiliados.

Ley 1122 de 2007

Esta Ley surge con la necesidad de realizar mejoras o ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, implementado por la Ley 100 de 1993. Los esfuerzos aunados para el plan de mejoramiento se centraron en la mejora de la prestación de los de servicios de salud a los usuarios, teniendo como focos principales de intervención los aspectos administrativos o de dirección, la financiación, equilibrio y mejor las condiciones de prestación del servicio de salud.

El artículo 25 de la ley en mención prevé la regulación en la prestación de servicios de salud. Por medio del cual se dictan las disposiciones de para la habilitación de las entidades prestadoras de servicios de salud que se encuentran próximas a dar apertura, debido a que las todas estas instituciones deben cumplir con los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio, este a su vez se encarga de dar aval a la habilitación de la entidad o delegará a una entidad territorial, que en este caso lo realiza la superintendencia de salud correspondiente al territorio donde encuentre la entidad solicitante de permisos para su operación. (Ley 1122, 2007)

En el inciso número 4 del artículo aludido, se dictamina que el usuario tiene derecho a la libre escogencia de la IPS dentro de la red de la EPS, es decir, el usuario tiene derecho a escoger la IPS que este a su gusto y alcance sin barreras de acceso interpuestas por parte de la entidad aseguradora o quien haga las veces Entidad Promotora en Salud (EPS), de los usuarios solicitantes.

Ley 1392 de 2010

La Ley 1392 de 2010, se expide debido a la necesidad de clasificar y reconocer las enfermedades huérfanas de atención especial y mediante esta Ley se garantiza el acceso al derecho a la salud y el servicio a las poblaciones que la padecen y sus cuidadores. Uno de los artículos de

gran impacto consagrados en la Ley 1392 de 2010 es el artículo 3, el cual reconoce a las enfermedades huérfanas en Colombia como un asunto de interés nacional, con el fin de garantizar la prestación integral del servicio a la salud y la rehabilitación de las personas que la padecen, con el propósito de beneficiar a las personas afectadas, no solo el portante de la patología si no la persona encargada de velar por su cuidado. (Ley 1392, 2010)

Ley 1751 de 2015

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se dicta la regulación del Derecho fundamental a la Salud y tiene por objeto o garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección y acceso.

El artículo 6 determina los elementos y principios del derecho a la salud, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5

Elementos y Principios del Derecho a la Salud

DISPONIBILIDAD	ACCESIBILIDAD	ACEPTABILIDAD	CALIDAD E IDONEIDAD PROFESIONAL	UNIVERSALIDAD
PRO HOMINE	EQUIDAD	CONTINUIDAD	OPORTUNIDAD	PREVALENCIA DE DERECHOS

Fuente: Elaboración propia.

La Ley 1751 de 2015 se refiere a la participación de los usuarios del sistema de salud por medio de representantes de usuarios, que son elegidos por medio asociaciones de usuarios del sistema de salud. Estas organizaciones de usuarios se reúnen de manera periódica para evaluar los

servicios de los que gozan por parte de las entidades que prestan el servicio, es decir, son auditores del sistema para hacer reportes con los entes de control correspondientes cuando existan fallas en el sistema y poder garantizar una óptima prestación del servicio.

Hasta antes de la publicación de la Ley 1751 de 2015 ya se hablaba de las formas de participación de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, pero no se había determinado en que campos y es por ello por lo que mediante el artículo 12 de ley mencionada el legislador determina que los afiliados pueden participar en la formulación de las políticas de salud y aquellos planes que se desarrollen para llevar a cabo dichas políticas, participar de aquellos programas de promoción y prevención previstos por la entidad a la que pertenecen,.

En la mencionada ley, el artículo 20, se refiere a la política pública en salud, hace referencia a la organización descentralizada que los entes correspondientes al territorio deben desarrollar con las poblaciones, para garantizar el buen uso y acceso al servicio de salud. El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación. (Ley 1751, 2015)

2.5.3 Normativa Internacional

2.5.3.1 Habitantes de la Calle

Desde el contexto internacional la población habitante de calle cuenta con la protección que tenemos todos por el hecho de ser personas, tal como lo expresa la Declaración Universal de los Derechos Humanos que tomo lugar en París, el cual señala que todas las personas tienen derecho a la libertad y vida digna en cualquier que sea la sociedad de la cual haga parte. La

Declaración Universal de los Derechos Humanos establece desde su génesis la libertad, paz y la justicia como pilares fundamentales de la sociedad para alcanzar la dignidad y la igualdad en todos los aspectos de la sociedad.

La Convención Americana sobre os Derechos Humanos, determina la protección al derecho a la vida, el derecho a la libertad personal, derecho a la protección de la familia y la integridad personal. Mediante el convenio suscrito por parte de los países pertenecientes a él, estos países se comprometen de manera tacita a garantizar y respetar los derechos y las libertades de las personas cualquiera que sea su situación socioeconómica.

2.5.4 Normativa Nacional

Constitución Política de Colombia de 1991

La Constitución Política como principal garante de los derechos humanos de las personas en condición de habitantes de calle, prevé en el artículo 13, que el Estado debe promover las condiciones bajo las cuales se debe garantizar la igualdad a los grupos o poblaciones marginadas por la sociedad, independientemente si los motivos son derivados de su condición económica, física o mental, pero esto los hace ubicarse en una condición de vulnerabilidad ante la sociedad. De esta forma la Constitución política de Colombia ratifica su importancia en el rol de velar y garantizar los derechos de las personas. También juega un papel importante los tratados internacionales como lo indica el artículo 93 de la Constitución, que se refieren a los derechos fundamentales que son ratificados por el Congreso, que buscan salvaguardar los derechos de las personas en general y de las poblaciones vulnerables como los habitantes de la Calle. (Constitución Política, 1991)

Ley 1566 de 2012

Los habitantes de la calle que además de encontrarse en esta situación, sean consumidores de sustancias Psicoactivas son amparados por la Ley 1566 de 2012 la cual señala las normas para garantizar la atención integral de estas personas que consumen sustancias psicoactivas, a través de esta ley se protegen los derechos y se garantiza el acceso al Sistema Integral de Salud y se garantiza de manera rápida la prestación del servicio. (Ley 1566, 2012)

Ley 1641 de 2013

La Ley 1641 de 2013, por medio de esta ley el legislador establece los parámetros generales para la formulación de la política pública social dirigida a la población habitante de la calle, la cual está diseñada para garantizar los derechos humanos de esta población, promociona, protege y buscar restablecer los derechos de las personas que hacen la calle su hogar. Así las cosas, el Estado está obligado a garantizar los derechos fundamentales para que las personas que habitan la calle puedan desarrollar una vida digna y accedan a todos los servicios brindados por el Estado, a través de los entes territoriales se realizan las acciones que permiten desarrollar las acciones previstas por las políticas públicas dirigidas a los habitantes de la calle. (Ley 1641, 2013)

Es deber del Estado, garantizar la participación de las personas que habitan o habitaron la calle para que las políticas públicas sean mucho más efectivas en su accionar de frente a la población. Las entidades territoriales encargadas realizaran políticas internas y planes de desarrollo, por ejemplo, en la ciudad de Barranquilla la Alcaldía Distrital ha realizado diversos proyectos en las zonas con mayor flujo o concentración de habitantes de la calle con la finalidad de realizar mejorías en su calidad de vida y reinsertar a las personas de nuevo a la sociedad.

Decreto 2083 de 2016

Mediante el Decreto 2083 de 2016, se realiza una modificación al artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, el cual se refiere al Único Reglamentario de Sector Salud y Protección Social. El artículo del cual se refiere este Decreto es pertinente al referido a los Afiliados al Régimen Subsidiado, la forma en que se realiza el censo por parte del Estado y las diversas entidades territoriales delgadas, la función de los servidores públicos que hacen parte del proceso. (Decreto 2083, 2016)

Sentencia T-057 de 2011

La Corte Constitucional a través de diversos fallos proferidos ha manifestado su posición en cuanto a la protección de los derechos humanos de los habitantes de la calle, en la Sentencia T-057 de 2011, en la cual se desenvuelve entorno a las acciones a favor de los ciudadanos habitantes de la calle en cuanto a la prestación y acceso al derecho fundamental a la salud, dada la protección especial debido a su condición de vulnerabilidad. (Sentencia T-057, 2011)

Sentencia C-385 de 2014

En esta sentencia la Corte Constitucional se refiere a la normativa creada para la realización o planteamiento de las políticas públicas dirigidas a los habitantes de la calle en la cual se busca igualar la condición de esta población con otras poblaciones que también se encuentran en condición de vulnerabilidad. La Corte mediante esta sentencia individualiza a la población habitante de la calle, expone sus características sociales y expresa aquellas situaciones que afectan a esta población. La Corte estableció que el artículo 47 de Constitución Política de Colombia debe aplicarse a los habitantes de la calle, es deber del Estado garantizar la atención la rehabilitación y reinserción a la vida social a esta población. (Sentencia C-385, 2014)

Sentencia T-092 de 2015

Mediante la Sentencia T-092 de 2015, la Corte Constitucional profiere lo siguiente, se ampara el derecho a la personalidad jurídica de la población habitante de la calle, con esto se garantiza el derecho a la personalidad jurídica otorgándole así a la población habitante de calle los documentos de identidad necesarios para poder identificarse y superar barreras de acceso a los servicios públicos otorgados por el Estado. (Sentencia T-092, 2015).

Capítulo iii

3. Diseño Metodológico

3.1 Metodología

La investigación llevada a cabo pretendió Explicar las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle. A través de una metodología descriptiva de enfoque cualitativo por medio de la cual, se realizó la investigación de realidades de hechos y su uso a través de la recolección de material jurídico, con la cual se buscó Identificar la naturaleza de la salud como derecho fundamental aplicado a grupos vulnerables, Indicar los efectos de las políticas públicas nacional y específicamente del distrito de barranquilla para garantizar el derecho a la salud para los habitantes de la calle y Determinar los alcances del derecho a la salud para los habitantes de la calle.

La metodología descriptiva es definida como aquella que comprende la descripción registro, análisis, e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; el enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre como una persona, grupo o cosa funciona en el presente, la investigación descriptiva trabaja sobre realidades De hecho, caracterizándose fundamentalmente por presentarnos una interpretación correcta. (Tamayo, 2004)

En la investigación se una búsqueda de todas las leyes y mecanismos garantistas del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle, se hizo la recolección de diferentes fuentes analizando la misma desde una perspectiva real analizando la protección del Estado para

estas personas con condición de vulnerabilidad que habitan en las calles actualmente en la ciudad de barranquilla.

3.1.1 Tipo de Corte

El corte de esta investigación es de carácter bibliográfico el cual tiene como propósito la revisión de fuentes documentales, esto con el fin de determinar conclusiones de los objetivos evaluados, en este caso se realizó la indagación de leyes, y todos los documentos que pudieran detallar de manera eficaz las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle, Colombia por medio de su legislación, le brinda a los ciudadanos garantías como Estado Social de Derecho las cuales son determinantes y obligatorias dentro de la sociedad.

3.1.2 Enfoque de la Investigación

La investigación es de carácter cualitativo puesto que se usa a través de escritos o hechos narrados y plasmados objetivamente, en este caso de carácter inductivo puesto que a través de mecanismos establecidos se buscó en esta investigación dar conclusiones y explicar las garantías del derecho fundamental a la salud para los habitantes de la calle de barranquilla.

3.1.3 Método de la Investigación

El método que se asocia a nuestra investigación es inductivo, puesto que, a través de premisas particulares para generar conclusiones generales, esto a través de hechos o lecturas detalladas de datos, en este caso se pretendió investigar las garantías que brinda el Estado colombiano para la población vulnerable como lo son los habitantes de la calle en cuanto al derecho a la salud, con esto nos permitimos establecer esas garantías y hacer comparaciones con leyes extranjeras y explicar de manera detallada los mecanismos que nos brinda el Estado.

Este método consiste en plantear un razonamiento ascendente que fluye de lo particular o individual hasta lo general. Se razona que la premisa inductiva es una reflexión enfocada en el fin.

Puede observarse que la inducción es un resultado lógico y metodológico de la aplicación del método comparativo. (Abreu, 2014)

3.1.4 Fuentes de la Información

La información recolectada se hizo por medio de leyes, y precedente jurisprudencial, se hizo el análisis y recolección de las leyes que permitieron que el derecho a la salud hoy se establezca como un derecho fundamental y no como un deber, y todas aquellas leyes que garantizan el alcance del sistema para la población colombiana, específicamente para los habitantes de la calle, paradigma base de esta investigación.

Conclusiones

El tema de investigación de abordado en este trabajo es de una gran importancia e impacto en la sociedad colombiana, debido a que es una de las brechas que evidencian la desigualdad en las grandes ciudades de Colombia y fue analizado de tal manera.

En Colombia, el derecho a la salud hasta antes de la Constitución del año 1991 el derecho a la salud no era considerado como un derecho fundamental e incluso no tenía relevancia a la hora de tomar decisiones que implicaran proteger la integridad física o mental de una persona que estuviese siendo afectada la salud de manera directa o indirecta.

La evolución del derecho a la salud inicia con la promulgación de la Constitución Política de 1991, la cual anuncia una serie de derechos fundamentales en sus primeros capítulos, sin embargo, el derecho a la salud no era catalogado como un derecho fundamental, sino que era descrito o se le dio un carácter de secundario o por conexidad.

Con la publicación de la Ley 100 de 1993, se establecieron nuevas disposiciones en cuanto a la prestación y acceso al sistema de salud en Colombia. Es aquí donde las personas de escasos recursos y sin posibilidad de realizar aportes al sistema de seguridad social, gozan de una mejor prestación de servicios en salud, siendo así un servicio integral con acceso para todas las personas e incluso para aquellas que se encuentran en condición de habitantes de la calle.

Los habitantes de la calle son definidos por la corte constitucional, de la siguiente manera: Hoy en día un habitante de la calle es todo aquel que, sin distinción de sexo, raza o edad, hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria, y no cuenta con la totalidad de los elementos para solventar las necesidades básicas de un ser humano.

En la sociedad colombiana, la figura de habitante de calle ha sido estigmatizada a lo largo de la historia tildando a las personas de esta población como marginales, por el motivo de estar en las calles de manera permanente y atribuirle ese estado a la ingesta de sustancias alcohólicas o alucinógenas. Esta señalización o estigmatización en Colombia en la mayoría de los casos es desatinada, debido a que la situación de calle de muchas personas o familias se debe a los problemas sociales que enfrenta Colombia como sociedad, por ejemplo en ciudades como Barranquilla, Cartagena, Montería y Santa Marta, en la parte norte de Colombia, suelen ser habitantes de la calle las personas que por problemas de conflicto armado en el lugar en donde residían se vieron obligados a abandonar su hogar en contra de su voluntad, trasladándose así a la ciudad más cercana y viéndose obligados a permanecer en la calle porque no cuentan con un apoyo familiar y tampoco del Estado.

En los últimos años, el Estado colombiano luego de diversos estudios y censos en la gran parte de ciudades en Colombia ha creado políticas públicas dirigidas a los habitantes de la calle con el fin de resarcir a esta población sus derechos fundamentales, incluyendo el derecho a la salud mediante diversas leyes promulgadas para garantizar la prestación del derecho a la Salud, estas políticas públicas deben estar acogidas a los lineamientos estandarizados por la ley 1641 de 2013.

Luego de que el derecho a la salud fuese reconocido en Colombia como un derecho fundamental mediante la ley 1752 de 2015, el número de normas promulgadas para garantizar la prestación de este ha aumentado y los entes de control están mucho más atentos a vigilar las entidades que prestan estos servicios, sobre todo protegiendo a las personas en condiciones de vulnerabilidad, incluyendo a las personas en situación de calle.

Es preciso resaltar que, durante las últimas administraciones políticas de nuestro país, se ha venido trabajando con un mejor orden y sentido social, es por ello que herramientas como el SISBEN juegan un papel importante en cuanto a la clasificación de las personas para la asignación de beneficios otorgados por el Estado a las poblaciones más vulnerables.

En la ciudad de la Barranquilla, los entes territoriales son quienes han desarrollado las políticas públicas dirigidas a los habitantes de la calle, realizando diversas estrategias que permitan brindarles a los habitantes de la calle la posibilidad de resarcir sus derechos fundamentales y con el propósito de reintegrarlos a la vida social. En la últimas administraciones locales encabezadas por los alcaldes Alejandro Char y Jaime Pumarejo, se ha trabajado en puntos de acogidas para brindar, educación, servicios de salud, entre otros a los habitantes de la calle en los puntos donde se concentra la mayor parte de esta población.

Por último, es preciso resaltar que durante el año 2021 en el congreso de la república de Colombia se encuentra en proceso una modificación al Capítulo 8 al Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, el cual se refiere a la Política Pública Social para los habitantes de la Calle, que será llevada a cabo durante los años 2022 al año 2031, lo que demuestra el compromiso que tiene el Estado colombiano con la sociedad y hacer de Colombia un mejor País donde se cierren las brechas sociales y se actúe bajo lo previsto por el artículo 13 y 16 de la Constitución Política.

Recomendaciones

- ✓ La población de habitantes de la calle en la ciudad de barranquilla aumenta cada día más, por ende, es recomendable establecer y aumentar el número de políticas públicas encaminadas a resguardar el derecho a la salud de las personas con esta condición.
- ✓ Establecer campañas que concienticen a la sociedad del acceso que tienen al derecho a la salud especialmente para personas vulnerables que desconocen del mismo.
- ✓ Realizar lineamientos que permitan a la sociedad conocer los puntos estratégicos garantistas del derecho a la salud que el estado por medio de las alcaldías distritales ha destinado para estas personas con condición de habitantes de la calle.
- ✓ Facilitar el acceso a las EPS de la ciudad de barranquilla para estas personas con condición de vulnerabilidad y así mismo establecer rutas que le permitan continuar haciendo uso del derecho a la salud que poseen.
- ✓ Realizar brigadas trimestrales en puntos estratégicos de la ciudad, para atender cualquier tipo de condición que afecte la salud de las personas habitantes de la calle si en dado caso estas no pudieren asistir directamente a la EPS o no tengan los medios para llegar al punto.

Referencias

- Abreu, J. L. (Diciembre de 2014). El método de la Investigación. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195 - 204.
- Alé, M. C. (2021). Colisión De Derechos En Pandemia. Derecho A La Salud Y Límites A La Acción Estatal. *Juridicas CUC*, 404.
- Astwood, I. (Julio - Diciembre de 2017). Libertad individual, salud y habitantes de calle. *Páginas de Seguridad Social*, 1(2), 89 - 112.
- Barón Quemba, Y. C. (2018). *Condiciones de vida y salud de habitantes de la calle de Bogotá DC. Año 2017*. Departamento de Economía. Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Berbesí, D., Agudelo, L., Castaño, C., Galeano, M. D., Segura, A., & Montoya, L. (Julio - Diciembre de 2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de la calle. *CES Salud Pública*, 5(2), 147 - 153.
- Calderón, G., Gómez, M., Dávila, L., Osorio, M., & Caro, E. (Enero - Junio de 2020). Habitantes de calle en Medellín, Colombia: sus normas derechos y deberes. *Equidad y Desarrollo*, 1(35), 167 - 185.
- Concepto 5717, Expediente D-9996 (Procuraduría General de la Nación 10 de Febrero de 2014).
- Constitución Política (1991).
- Decreto 2083 (Presidencia de la República 19 de Diciembre de 2016).
- Escobar Triana, J. (2013). Obstinación Jurídica: Ley 100 de 1993. *Revista Colombiana de Bioética*, 1 - 11.

- Gómez, C. (2015). El habitante de calle en Colombia: presentación desde una perspectiva social-preventiva. *Actualidad Jurídica*, 1 - 35.
- Hurtado De Barrera, J. (2000). *Metodología de la Investigación Holística*. Caracas: SYPAL.
- Ley 100 (Congreso de la República 1993).
- Ley 1122 (Congreso de la República 9 de Enero de 2007).
- Ley 1392 (Ministerio de Salud y Protección Social 2 de Julio de 2010).
- Ley 1566, Diario Oficial No. 48.508 (Congreso de la República 31 de Julio de 2012).
- Ley 1641 (Congreso de la República de Colombia 12 de Julio de 2013).
- Ley 1751 (Ministerio de Salud y Protección Social 16 de Febrero de 2015).
- Nieto, C., & Koller, S. (2015). Definiciones de Habitante de Calle y de Niño, Niña y Adolescente en Situación de Calle: Diferencias y Yuxtaposiciones . *Acta de Investigación Psicológica*, 5(3), 2162 - 2181.
- Olga Suárez Landazábal, F. A. (2020). Derechos humanos del adulto mayor en el ámbito familiar colombiano en el marco del envejecimiento demográfico. *Juridicas CUC*, 250.
- Ortegón Quiñones, É. (2008). Guía sobre diseño y gestión de una política pública. CAB, *Serie Ciencia y Tecnología*, 1 - 327.
- Portela, J. G. (2020). El derecho en tiempos de crisis: Una aproximación a las nociones de verdad y justicia. *Juridicas Cuc*, 286.
- Risquez de Morales, G., Fuenmayor, E., & Pereira, B. (1999). *Metodología de la Investigación I: Manual teórico-práctico*. Maracaibo: PROEDUCA.
- S.J. Taylor & R. Bogdan. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación: La búsqueda de los significados*. Barcelona: Paidós.

Sánchez Posada, A. C. (2021). *Habitantes de calle una población desprotegida en el Estado Social De Derecho. Un estudio en la ciudad de Medellín en el periodo 2016-2019*. Universidad Autónoma Latinoamericana, Derecho. Medellín: UNAULA.

Sentencia C-385 (Corte Constitucional 2014). Obtenido de Corte constitucional de Colombia.

Sentencia T-002 (Corte Constitucional 1992).

Sentencia T-016 (Corte Constitucional 2007).

Sentencia T-057 (Corte Constitucional 2011).

Sentencia T-092 (Corte Constitucional 2015).

Sentencia T-121 (Corte constitucional 2015). Obtenido de T 121 DE 2015.

Sentencia T-491 (Corte Constitucional 1992).

Sentencia T-571 (Corte Constitucional 1992).

Sentencia T-597 (Corte Constitucional 1993).

Sentencia T-701 (Corte Constitucional 2017).

Sentencia T-760 (Corte Constitucional 2008).

Sentencia T-859 (Corte Constitucional 2003).

Tamayo, M. (2004). *El Proceso de la Investigacion Científica*. México: Noriega Editores.

United Nations Centre for Human Settlement-Habitat. (2001). *Cities in A Globalizing World - Global Report on Human Settlements*. London: Earthscan Publications Ltd.

Velasco, J. H. (2020). El Espiritu Solidario En Tiempos De 2020. *Juridicas CUC*, 5. Obtenido de El Espiritu Solidario En Tiempos 2020.