

T-043-15

Sentencia T-043/15

POLITICA PUBLICA A FAVOR DE LOS HABITANTES DE LA CALLE-Reconocimiento y empoderamiento de un grupo especialmente marginalizado

MENDICIDAD-Criterios jurisprudenciales

ESTADO SOCIAL DE DERECHO Y LA DEFENSA DE LA LIBERTAD INDIVIDUAL EN CONDICIONES DE IGUALDAD MATERIAL-Habitantes de la calle

En nuestro país cada persona es “libre” de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida. Es a cada individuo a quien corresponde señalar los caminos por los cuales pretende llevar su existencia, sin afectar los derechos de los demás. “Es únicamente a través de esta manera donde efectivamente se es digno consigo mismo”. De este modo, la “mendicidad” ejercida por una persona de manera autónoma y personal, sin incurrir en la intervención de un agente intermediario a través de la trata de personas, no es un delito ni una contravención. De hecho, cualquier tipo de reproche jurídico, sea en forma de sanciones o intervenciones terapéuticas forzadas, resulta inadmisibles en tanto cosifica al habitante de la calle en aras de un supuesto modelo ideal del ciudadano virtuoso o a manera de una acción preventiva en contra de un potencial criminal.

ATENCION A POBLACION HABITANTES DE LA CALLE-Marco normativo contenido en ley 1641 de 2013

DERECHO A LA SALUD DE HABITANTES DE LA CALLE-Enfermedad de drogadicción como problema de salud pública

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD Y FARMACODEPENDENCIA O DROGADICCION EN EL ORDENAMIENTO JURIDICO NACIONAL

FARMACODEPENDENCIA O DROGADICCION SEVERA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA-Debe ser atendido por el sistema de seguridad social en salud

DERECHO A LA SALUD MENTAL DE FARMACODEPENDIENTE-Se deberá preservar el

consentimiento de las personas que se llegaren a someter a tratamientos y rehabilitación

DROGADICCION-Tratamiento médico integral con red de apoyo social dispuesta a acogerlo nuevamente como ciudadano pleno

LEGITIMACION POR ACTIVA DE PERSONERO MUNICIPAL PARA INTERPONER ACCION DE TUTELA-Caso en que se interpone a nombre de habitante de la calle con problemas de drogadicción

DERECHOS FUNDAMENTALES DE POBLACION HABITANTES DE LA CALLE-Falta de una política pública nacional no es excusa para la obligación de garantizar y proteger los derechos por parte de las entidades territoriales

DERECHO A LA SALUD DE HABITANTES DE LA CALLE-Orden a EPS realice valoración integral a través de equipo interdisciplinario a la agenciada, quien tiene diversos problemas de salud y drogadicción

Referencia: expediente T-4.518.730.

Acción de tutela interpuesta por Sandra Lucero Soto Loaiza, mediante agente oficioso, contra el Municipio de Dosquebradas y otros.

Asunto: Derecho a la vida digna de los ciudadanos habitantes de la calle.

Magistrado Ponente:

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO.

Bogotá, D.C., cuatro (4) de febrero de dos mil quince (2015).

La Sala Sexta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Jorge Iván Palacio Palacio, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Martha Victoria Sáchica Méndez, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente:

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo de tutela emitido por el Juzgado Primero Civil

Municipal de Dosquebradas, en el expediente de tutela T-4.518.730.

## I. ANTECEDENTES.

El señor Oscar Mauricio Toro Valencia, en calidad de personero del Municipio de Dosquebradas, Risaralda, interpuso acción de tutela como agente oficioso de Sandra Lucero Soto Loaiza[1] contra el Municipio de Dosquebradas y su Secretaría de Desarrollo Social y Político, al considerar vulnerados los derechos fundamentales a la vida en condiciones dignas, a la integridad personal y a la salud, a raíz de la negativa de esa entidad pública a suministrarle a la señora Soto Loaiza un albergue. Fundamenta su pretensión en los siguientes:

### 1. Hechos.

1.1. La señora Sandra Lucero Soto Loaiza es una mujer de 33 años de edad quien no cuenta con vivienda o ingresos. Se trata de una persona en condición de indigencia, conforme certificación expedida por la Secretaría de Desarrollo Social y Político de Dosquebradas, Risaralda[2].

1.2. Según se desprende de la historia clínica aportada[3], su estado de salud es precario, lo que la ha llevado a recibir tratamiento en reiteradas ocasiones en la ESE Hospital Santa Mónica. En consulta del 21 de enero de 2014 fue diagnosticada con insuficiencia cardíaca y se reportaron los siguientes hallazgos: síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas (bazuco y marihuana), abandono social y agresividad. Se le describió como una paciente de difícil manejo y control[4], que no cuenta con apoyo familiar y requiere de tratamiento multidisciplinario.

El 16 de marzo de 2014 recibió atención médica al padecer dolor en los pies, con ulceración en el talón derecho e inflamación en el dorso, además de presentar un edema en la vagina. En esa ocasión se determinó que sufría de tuberculosis y “al parecer VIH[5]”. Posteriormente, el 23 de marzo la señora Soto Loaiza expresó su voluntad de marcharse del centro hospitalario y fue en consecuencia dada de alta.

1.3. Al momento de la interposición de la solicitud de amparo, la señora Soto había sido internada en la institución clínica referida, y una vez culminaran las atenciones médicas

retornaría a habitar en la calle, lo que dificultaría su recuperación.

## 2. Acción de tutela y trámite procesal.

2.1. El 16 de mayo de 2014 Oscar Mauricio Toro Valencia, Personero Municipal de Dosquebradas, presentó acción de tutela como agente oficioso de la señora Sandra Lucero Soto Loaiza contra el Municipio de Dosquebradas y la Secretaría de Desarrollo Social y Político. En primer lugar, señaló las difíciles circunstancias sociales en las que se encontraba su agenciada al ser una mujer de 33 años, con graves problemas de salud y en condición de indigencia. Seguidamente expresó que había realizado varias gestiones ante las entidades competentes para lograr su inclusión en un albergue sin obtener respuesta favorable.

Con fundamento en lo anterior, solicitó al juez constitucional valorar la situación de su representada y ordenar a la parte pasiva otorgarle un lugar de alojamiento en aras de garantizar una vida digna.

2.2 El proceso le correspondió por reparto al Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas, Risaralda, quien mediante auto del 16 de mayo de 2014 admitió la acción y ordenó correr traslado al ente territorial.

## 3. Contestación de la entidad demandada.

Tanto la Alcaldía como la Secretaría de Desarrollo Político y Social del municipio rechazaron la solicitud de albergue por cuanto la ley no lo permite. Explicaron que la situación de la señora Soto Loaiza no encaja dentro de la política pública de los infantes y adolescentes, ni la del adulto mayor, a la luz de lo dispuesto por la Ley 1251 de 2008, así como tampoco en la atención a población en situación de desplazamiento forzado, en los términos de la Ley 387 de 1997. En este sentido, sostienen que si bien es cierto que el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta, “ello no quiere decir que los entes territoriales tengan la obligación de dar albergue a todo a aquel que se encuentre sin vivienda o que haya abandonado su núcleo familiar, por voluntad propia, para dedicarse a deambular por las calles”[6].

## II. DECISIÓN JUDICIAL OBJETO DE REVISIÓN.

Mediante sentencia del 29 de mayo de 2014, el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas declaró la improcedencia del amparo respecto de la solicitud de asignación de un lugar de habitación. Estuvo de acuerdo con que el municipio no estaba legalmente obligado a brindar albergues temporales a la población indigente, sino sólo a personas de la tercera edad o a niños y adolescentes en el marco de un proceso de restablecimiento de derechos. No obstante, amparó el derecho a la salud y al mínimo vital, por lo que ordenó a la Alcaldía vincular a la solicitante a un programa de subsidios para salud y alimentación destinado a los habitantes de la calle.

## III. PRUEBAS.

El accionante adjuntó con su escrito de tutela los siguientes documentos:

i- Certificado emanado de la Registraduría Nacional del Estado Civil en el cual consta lo siguiente: “según archivo nacional de identificación (ANI) a Sandra Lucero Soto Loaiza, le fue asignada la cédula de ciudadanía No. 42.145.660, cupo numérico de Pereira (Risaralda), la cual se encuentra vigente” (fl. 1).

ii. Certificado expedido por la Secretaría de Desarrollo Social y Político de Dosquebradas en el que señala que la señora Sandra Lucero Soto Loaiza no cuenta con vivienda ni ingresos por lo que se considera que es una habitante de la calle y beneficiaria del régimen subsidiado en salud[7] (fls. 2-3).

iii- Copia de la historia clínica de la señora Soto Loaiza en la ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas (fls. 4-6).

## IV. ACTUACIONES ADELANTADAS EN SEDE DE REVISIÓN.

Mediante auto del 18 de noviembre de 2014 la Sala Quinta de Revisión[8] dispuso vincular y poner en conocimiento del Ministerio de Salud, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, la Gobernación de Risaralda, la Procuraduría General de la Nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, Departamento para la Prosperidad Social, Ministerio del Trabajo y Asmet Salud EPS-S, la acción de tutela para que se pronunciasen acerca del amparo interpuesto en lo que fuese de su competencia, especialmente en lo

referente a la implementación y reglamentación de la Ley 1641 de 2013.

Adicionalmente, se invitó a la Universidad Nacional, Universidad Javeriana y Universidad del Rosario para que en el marco de sus competencias académicas, particularmente en sus facultades de Antropología, Psiquiatría y Medicina, participaran en torno a la discusión del expediente bajo estudio, en aspectos como la atención médica y social a los adictos a sustancias psicoactivas y las diferentes formas en que se ha entendido y tratado el tema de la indigencia en la sociedad colombiana.

#### 4.1. Ministerio de Salud y Protección Social.

4.1.1. En relación con el caso concreto manifestó que la accionante se encontraba afiliada al régimen subsidiado en salud desde el 11 de abril de 2014 y conforme a las pruebas obrantes en el expediente era claro que se le habían prestado todos los servicios requeridos. La suspensión del tratamiento, asegura, se debió a la propia demandante quien solicitó la salida voluntaria[9].

En todo caso, recordó que a la luz de lo dispuesto en el Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5521 de 2013) el fármaco-dependiente tiene derecho a los servicios de atención de urgencias (art. 64), psicoterapia ambulatoria (art. 65) e internación (art. 67) contemplados en el capítulo VI que se refiere a la salud mental. Tales beneficios incluidos en la cobertura deben ser suministrados por las EPS con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

4.1.2. En lo que respecta a la Política Pública Social para el Habitante de la Calle (PPSHC), el Ministerio informó que avanza en la revisión jurídica del proyecto de decreto reglamentario de la Ley 1641 de 2013 cuyo texto fue concertado con entidades nacionales y territoriales con el fin de definir las responsabilidades y precisar el alcance de los distintos componentes.

Como acciones efectuadas para implementar la política pública detalló y anexó las siguientes:

- Elaboración de la “Guía para la formulación de la política pública social para las personas habitantes de la calle”, para orientar el trabajo interinstitucional y del Ministerio

para la formulación de la Política.

- Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Trabajo que ha viabilizado determinar en el tiempo los compromisos y responsabilidades de cada institución para el logro de la formulación de la política y poner en marcha las acciones concertadas.
- Presentación de un informe nacional a la Procuraduría General de la Nación con relación a los avances del Plan de Trabajo así como las metas y avances del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Realización de cinco (5) Foros de Habitabilidad en Calle llevados a cabo durante el segundo semestre de 2014 en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali y Bucaramanga, con diversos actores públicos y privados y con población habitante de calle.

Asimismo, dio cuenta de la creación de tres mesas técnicas de trabajo, a través de las cuales ha venido cursando el proceso de la PPSHC, y la articulación entre las distintas instituciones con competencias sobre la materia: la Mesa Interna de Trabajo, la Mesa Técnica Nacional y la Mesa Interterritorial.

Por último, sostuvo que el municipio, en virtud de lo establecido en el artículo 13 de Constitución Nacional y normas complementarias (Ley 715 de 2001, artículo 76 numeral 11), tiene la obligación de prestar atención a la población en vulnerabilidad. Le corresponde, entre otras posibles acciones, certificar su condición de vulnerabilidad para facilitar su acceso a los diversos programas sociales que desarrolle el municipio, tramitar su inclusión al sistema de salud y activar las redes de apoyo tanto familiares como institucionales o sociales. Recalcó así que la inexistencia del decreto reglamentario “no es óbice para que el municipio de Dos Quebradas atienda integralmente a la ciudadana habitante de la calle”[10].

#### 4.2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

El Dane puso de presente que actualmente se encuentra adelantando la fase preparatoria del censo de habitantes de la calle: “se están discutiendo los contenidos de la boleta censal al interior de la entidad y con las entidades que ha dispuesto la Mesa Nacional con el fin de

atender lo dispuesto por la Ley y obtener de esta manera un instrumento de recolección adecuado”[11].

#### 4.3 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

El Instituto informó que en cumplimiento del artículo 12 de la Ley 1641 de 2013 presentó el informe anual ante el Secretario de la Comisión Séptima Constitucional Permanente Senado, bajo el radicado número S-2014-083331-0101 de fecha 15 de Julio de 2014. Como balance general del cumplimiento de la nueva legislación mencionó la Resolución 6023 de 2010, la cual constituye el lineamiento técnico administrativo implementado por las autoridades administrativas competentes y por todas las instituciones del sistema para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle y asegurar su restablecimiento[12].

#### 4.4. Departamento para la Prosperidad Social (DPS).

Esta entidad excepcionó la falta de legitimación por pasiva aseverando -confusamente- que “las pretensiones de entrega de la ayuda humanitaria, son funciones que luego de la Transformación Institucional de Acción Social no quedaron en cabeza del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social -DPS-, sino en cabeza de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a Víctimas”[13].

#### 4.5. Ministerio del Trabajo.

La cartera del trabajo manifestó que ha venido desarrollando planes, programas y proyectos orientados especialmente a la población vulnerable, buscando el bienestar en materia laboral. Específicamente impulsó la Ley 1636 de 2013, mecanismo de protección al cesante que entre sus componentes tiene el servicio público de empleo y la capacitación.

Informó que para hacer uso del servicio público de empleo en el Departamento de Risaralda es posible acudir a las Agencias de Gestión y Colocación de Empleo: Comfamiliar Risaralda - Pereira (calle 22 no 4-40 piso 1°); Sena - Pereira (calle 19 con carrera 10, piso 2° edificio palacio nacional); Sena - Pereira (carrera 8 # 26-79 centro). Allí la población vulnerable podrá recibir orientación ocupacional y realizar una entrevista estructurada, esto sumado a sus intereses personales y ocupacionales permitirá referenciarla con empresas oferentes,

siempre y cuando su perfil se acople a una de las vacantes registradas por los empleadores.

#### 4.6. Procuraduría General de la Nación.

El 29 de abril de 2014 se realizó una audiencia pública presidida por el Procurador General de la Nación con el fin de evaluar el nivel de avance en la implementación de la Ley 1641. Se evidenció “el poco avance en la implementación de la ley y se reconocieron algunos avances significativos en las entidades territoriales, en especial en el Distrito de Bogotá y según se informó avances en el mismo sentido en las ciudades de Medellín y Cali”[14]. Se acordó en consecuencia realizar una “Ruta Social”, consistente en recorrer los centros de acogida, autocuidado y desarrollo personal, a través de las diferentes modalidades de abordaje a los habitantes de la calle que desarrolla el Distrito Capital, con el fin de identificar y evidenciar la realidad de los sitios a dónde van los habitantes de la calle.

La Procuraduría General informó que ante “la evidente lentitud, mediante la cual se pretende abordar la definición de una política pública”[15] así como la poca información real sobre la dimensión del fenómeno, se hizo necesario presentar un requerimiento preventivo[16] a las distintas autoridades competentes en la implementación de la Ley 1641, advirtiéndoles “de las posibles responsabilidades disciplinarias por el incumplimiento de la norma y la precaria y débil atención a la población en tal condición”[17].

#### 4.7. Gobernación de Risaralda.

El Departamento manifestó no haber desarrollado ningún tipo de política pública que tenga por objeto beneficiar a la población denominada habitantes de calle, aduciendo que la responsabilidad central sobre este aspecto “recae esencialmente en el gobierno nacional”[18]. En esta medida, al no contar con un marco reglamentario, la entidad territorial tampoco había expedido ninguna norma. No obstante, sostuvo haber desplegado todas las acciones tendientes a proteger los derechos de personas con limitaciones físicas, sociales y psicológicas en el territorio departamental.

#### 4.8. Municipio de Dosquebradas.

En cuanto al desarrollo de políticas públicas en materia de habitantes de la calle reconoció

que se encontraban a “la espera de la reglamentación por parte del Ministerio de Salud de la Ley 1641 de julio 12 de 2013”[19]. Sin embargo, aseveró que el municipio adelantaba procesos de caracterización demográfica y socioeconómica de las personas habitantes de calle con el fin de incluirlas en programas sociales de bienestar, alimentos y salud. En el caso específico de la señora Soto Loaiza advirtió que no ha sido posible incluirla en los planes de atención social por cuanto no habían podido dar con su ubicación[20].

#### 4.9. Asmet Salud EPS.

El representante legal de la entidad informó que la señora Sandra Lucero Soto presenta el diagnóstico de “insuficiencia Cardíaca, no especificada, trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína; síndrome de dependencia y ulcera del miembro Inferior”[21]. Asimismo, comunicó que hasta la fecha se le ha venido prestando todos los servicios en salud cubiertos por el POS-S de manera adecuada y oportuna siempre que ella los ha requerido y su médico tratante los ha ordenado. Como evidencia anexó las autorizaciones más recientes por concepto de internación en servicio de complejidad mediana[22].

No obstante lo anterior, manifestó que en los últimos dos meses la accionante no ha solicitado ningún tipo de atención por lo cual no consta en la historia clínica ni en la base de datos de autorizaciones, la provisión de servicios para ese periodo, motivo por el cual además no cuenta con un plan de atención programado para el manejo de su diagnóstico. En este sentido aseguró que la falta de provisión de servicios médicos en la actualidad “no puede ser imputado a mi representada, sino a la propia paciente quien por (decisión propia decidió voluntariamente abandonar el tratamiento médico hospitalario que se le venía brindado”[23].

#### 4.10. Universidades.

La Pontificia Universidad Javeriana (Departamento de Antropología), la Universidad Nacional (Departamentos de Antropología, Sociología y Psicología) y la Universidad del Rosario (Facultad de ciencias de la salud) presentaron los conceptos de varios profesores adscritos en relación con las preguntas formuladas por esta Corporación. Extractos de los mismos se resumen a continuación pero también serán incluidos en la parte motiva de esta sentencia por su importancia para el problema jurídico en estudio, en la medida que aportan lecciones

desde otras disciplinas del conocimiento.

Universidad Javeriana:

La profesora Andrea García Becerra, del Departamento de Antropología, comienza por señalar que, en el marco de un Estado moderno, las autoridades, además de monopolizar la fuerza, deben “redistribuir y restituir condiciones mínimas de vida y de bienestar en los y las más abandonadas, en quienes están excluidos o que se encuentran en las márgenes de las redes de cuidado y de las instituciones de salud”.

Más específicamente, sostiene que para definir la internación en un hospital o albergue es indispensable primero contar con una valoración médica y psicológica integral y exhaustiva para establecer el tratamiento idóneo. Igualmente, debe tenerse en cuenta la opinión de la paciente. Si la decisión es internarla, “esto debe hacerse en un lugar que cuente con espacios y con personal capacitado para atender población habitante de calle, con problemas de salud y consumidoras de psicoactivos”. Trae como ejemplo el caso de la ciudad de Bogotá. En concreto, el Centro de Acogida Javier Molina, en el cual se ofrecen servicios de salud y se cuenta con una serie de profesionales de atención psicosocial para personas habitantes de calle.

Hace un llamado de atención con respecto al lenguaje que normalmente se emplea en detrimento de la dignidad de las personas de la calle. Asevera que “el uso de palabras como indigencia o indigente suele contener una carga discriminatoria”. En efecto, hablar de indigencia a menudo reproduce un lenguaje potencialmente hiriente, injurioso y que justifica la exclusión y la violencia (Butler, 1997). Aunque si bien corregir el lenguaje no garantiza un cambio en la realidad, “sí es un paso mínimo pero sustancial para abrir espacios de reconocimiento, respeto y valoración de los derechos de estas personas”.

Universidad Nacional.

Andrés Salcedo Fidalgo, obrando como Director del Departamento de Antropología, expone que el grupo de los “habitantes de la calle” es un sector de la población integrado por personas de muy diversos orígenes[24] pero que han sido históricamente criminalizados y discriminados “por los residentes y la fuerza pública que los percibe como vagos, contaminados peligrosos y sin domicilio fijo”. Advierte que tal representación termina por

hacerlos el blanco de una intolerancia extrema traducida en acciones de “limpieza social” por parte de grupos radicales que se arrogan del derecho de decidir quiénes deben desaparecer del paisaje urbano por el bien de la sociedad.

Explica que la mayoría de los ciudadanos ignoran que tales personas comparten como cualquier otro ser humano una explosiva creatividad e ingenio, y asimismo han desarrollado formas de socialización, ocultas pero existentes. En esta medida, considera que el tratamiento que se le debe a personas como la accionante requiere del acompañamiento de un equipo multidisciplinario e integral “que incluya seguimiento, terapéutica y acompañamiento dirigido a fortalecer su autoestima, su seguridad y su potencial de trabajo como persona joven”. En esta dirección debe propenderse por un diálogo desprovisto de todo juicio moral, evitando “una lectura medicalizada del caso que asegure un trato digno marcado por la firmeza, para evitar la manipulación que siempre va a haber por parte de las personas con problemas de adicción y la confianza, para lograr que de manera voluntaria la persona acepte un programa de rehabilitación”.

Por su parte, la Doctora Carmen Elvira Navia Arroyo, profesora asociada del Departamento de psicología, aduce que el tratamiento de las adicciones puede realizarse de manera ambulatoria o con internación, y tal decisión depende del tipo de sustancias empleadas, la frecuencia de consumo y la cantidad ingerida. Cuando el nivel de consumo es muy alto, la suspensión del mismo puede generar una descompensación fisiológica que requiere de un apoyo a nivel médico, y ello hace necesario un tratamiento con hospitalización. En algunas ocasiones esto es necesario para garantizar que no haya continuidad en el consumo y facilitar la desintoxicación y el cambio de hábitos.

Rosembert Ariza Santamaría, Profesor del Departamento de Sociología, cuestiona el papel de los asilos psiquiátricos –históricamente administrados por órdenes religiosas y centros de beneficencia- por cuanto el discurso de la caridad estaba orientado a “acoger” a esas “almas sin Dios ni ley” que eran los “locos de la ciudad”. Aun dentro de la modernidad, “la psiquiatría ha tenido el poder de discernir entre lo normal y lo patológico, sobre la razón y la sinrazón, un argumento que sigue basándose en el dualismo mente/cuerpo, pero también en una representación generalizada de la oposición razón/emoción”; dualidad que continúa vigente y permite juzgar a ciertos individuos bajo el rótulo de la locura y lo anormal.

En contraposición con esta aproximación, trae a discusión el caso de la ciudad de Bogotá, cuya propuesta “desborda el conservadurismo institucional” en cuanto permite el consumo moderado de drogas en ciertos centros de atención y que tiene dos componentes a saber: el primero es la puesta en marcha de unidades móviles de atención a personas adictas, indigentes y delincuentes menores que están bajo el influjo de las drogas y el alcohol, y voluntariamente quieren ingresar a un tratamiento. La segunda parte es permitir que las personas que no estén interesadas en ayuda definitiva puedan en un momento dado ser atendidos en sus necesidades básicas. Según el profesor Ariza, es necesario la rigurosidad en las penas para castigar el narcotráfico, mientras “el consumidor de sustancia psicoactivas debe ser entendido como un paciente”.

Universidad del Rosario.

Carlos Iván Molina, médico especialista en psiquiatría de la Escuela de medicina y ciencias de la salud, explicó que el tratamiento para este tipo de eventos requiere de continuidad, en particular el manejo del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), insuficiencia cardiaca y tuberculosis. Si este tipo de tratamiento es adecuado la posibilidad de estabilización del primero y del segundo, así como la cura del tercero es alta, gracias a los recursos terapéuticos actuales.

## V. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

### 1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer del fallo materia de revisión de conformidad con lo establecido en los artículos 86 inciso tercero y 241 numeral noveno de la Constitución, así como en los artículos 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

### 2. Presentación del caso y planteamiento del problema jurídico.

A partir de los antecedentes referidos, la Sala de Revisión observa que el expediente gira en torno a la solicitud oficiosa impetrada por el Personero del Municipio de Dosquebradas en favor de Sandra Lucero Soto Loaiza quien habita en la calle y ha sido atendida por padecimientos de tuberculosis, insuficiencia cardiaca no especificada, trastornos mentales, adicción a sustancias psicoactivas y sospecha de VIH. Específicamente, el agente oficioso

reclama por medio de la acción de amparo que se proteja el derecho a la vida digna de la señora Soto Loaiza y se le brinde un albergue.

La Alcaldía de Dosquebradas rechazó la pretensión, advirtiendo que la ley no lo permite. Considera que la accionante no encaja dentro de la política pública de los infantes y adolescentes, ni la del adulto mayor, así como tampoco en la atención a población en situación de desplazamiento forzado. En fallo de única instancia, el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas le dio la razón al corroborar que no existe un derecho al albergue según la preceptiva legal vigente. No obstante, dispuso incluir a la demandante en el programa de subsidio a la alimentación ofrecido por la entidad territorial.

En sede de revisión se vincularon varias entidades del orden nacional las cuales fueron interrogadas sobre los avances en la implementación de la política pública para habitantes de la calle dispuesta por la Ley 1641 de 2013. Tanto el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, el Dane, el Icbf dieron a conocer sus programas de acción al respecto, mientras que el informe de la Procuraduría General llamó la atención sobre el retraso generalizado en su implementación. De igual forma el Departamento de Risaralda y el Municipio de Dosquebradas se excusaron en la ausencia de una política pública nacional de atención a los habitantes de la calle. Finalmente se recibieron los conceptos rendidos por profesores adscritos a las universidades Javeriana, Nacional y Rosario, quienes desde una perspectiva interdisciplinaria presentaron los desafíos inherentes al tratamiento de personas con severas adicciones y en condición de marginalidad.

De la reseña fáctica transcrita así como de las pruebas recolectadas por esta Corporación, se advierte que la vulneración denunciada por la accionante denota una dificultad de raigambre constitucional que puede proyectarse en los siguientes problemas jurídicos específicos y generales:

- 1- ¿Vulnera los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de Sandra Lucero Soto Loaiza la decisión de la alcaldía municipal de Dosquebradas y Asmet Salud EPS de no proveerle un servicio de albergue, pese a ser una habitante de la calle con serios problemas de salud?
- 2- ¿Constituye una violación a los derechos fundamentales de la población habitante de la calle el retraso en la implementación de la Ley 1641 de 2013 y la consecuente negativa

de las entidades territoriales accionadas a proveer políticas públicas al respecto hasta que se reglamente el contenido de la norma?

Para dar respuesta a esto la Corte se pronunciará sobre los siguientes aspectos: (i) la atención integral a los habitantes de la calle; (ii) el derecho fundamental a la salud; (iii) el problema de la drogadicción en la jurisprudencia constitucional; y finalmente, (iv) resolverá el caso concreto.

3. Política pública en favor de los habitantes de la calle: reconocimiento y empoderamiento de un grupo especialmente marginalizado.

Diariamente miles de ciudadanos[26], de muy diversos orígenes[27], deambulan por las calles de pueblos y ciudades de nuestro país. Sin rumbo fijo, su subsistencia se pone a prueba constantemente en medio de un entorno hostil, violento y abrumador. Una vida así amenaza con hundirlos en una espiral descendiente que les atrapa en una existencia no humana[28]. Por mucho tiempo este grupo de personas fueron objeto de persecución social e institucional, al asociárseles irremediablemente con el vicio, la locura y la delincuencia. En el mejor de los casos, el grueso de la población prefirió cerrar los ojos a esta macabra realidad y se acostumbró a tenerlos como parte del panorama ciudadano.

Pero una vida así ya no puede ser indiferente al Estado colombiano. Es más, las condiciones de los habitantes de la calle resultan ser un buen rasero para evaluar la vigencia real de un Estado social y democrático de derecho, consagrado en el artículo 1º de la Constitución Política. Al igual que cualquier otro ser humano, el habitante de la calle cuenta con una trayectoria, con un pasado, tiene necesidades y sentimientos, así como una explosiva creatividad e ingenio por explotar[29]. Entre ellos han desarrollado además formas de socialización, ocultas y alternas pero existentes[30].

El presente acápite recorre sumariamente las lecciones históricas de la legislación anti-mendicidad para entender la evolución del derecho constitucional y el imperativo que actualmente formula nuestra Carta Política en pro de un régimen que se edifique sobre la dignidad, la libertad y la igualdad material de sus asociados.

3.1. Criminalización de la mendicidad: un pasado no muy distante.

La Sala Plena de esta Corporación mediante sentencia C-016 de 1997, estudió una demanda contra el Decreto 522 de 1971, por el cual se establecía la sanción de relegación a colonia agrícola para quienes teniendo medios de subsistencia (art. 23), fingiendo enfermedad o defecto físico (art. 24), o explotando enfermedad cierta o lacra o defecto físico verdaderos que no lo inhabiliten para trabajar (art. 25), ejerciesen la mendicidad.

Bajo este marco la Corte explicó cómo a partir de la “teoría de la defensa social” se promovió la represión de los habitantes de la calle aplicando medidas “extra o ante delictum” a sujetos considerados como peligrosos o sospechosos[31]. Política soportada en la escuela positivista o antropológica del derecho penal, de acuerdo con la cual el delito es un fenómeno natural y social, y el delincuente un ser anormal, que está determinado por sus condiciones antropológicas, físicas, psicológicas, sociales y culturales. De ser cierto lo anterior, la pena que se impone por la comisión del delito no tendría por objeto castigar un mal, sino defender a la sociedad de todas aquellas personas que representasen un peligro para la misma. Así, el mendigo, improductivo y naturalmente predispuesto para lo malo, habría de ser aislado y controlado de forma previa a la comisión eventual de un crimen.

El positivismo penal ejerció una fuerte influencia en la legislación nacional, y concretamente en la represión de la mendicidad. La Ley 48 de 1936, denominada “Sobre vagos, maleantes y rateros”, tipificó la vagancia como conducta contravencional, y como presunción de la misma, la dedicación habitual y sin causa justificada a la mendicidad. Estableció además como pena principal la relegación a colonia agrícola penal de seis meses a cuatro años, y como pena accesoria que podía ser impuesta por el funcionario teniendo en cuenta “el carácter más o menos antisocial” de la persona, la prohibición de residir en determinado lugar, por un espacio de seis meses a dos años. Posteriormente, el Presidente de la República expidió el Decreto legislativo No. 014 de 1955, “por el cual se dictan disposiciones sobre prevención social”, dispuso que las medidas allí contempladas se aplicarían a “las personas cuyos antecedentes, hábitos o forma de vivir, las coloquen en estado de especial peligrosidad social”; se consideraba en dicho estado, entre otros, a “los que fingieren enfermedad o defecto orgánico para dedicarse a la mendicidad”. Esta corriente peligrosista se mantuvo en el Decreto 522 de 1971, aunque retirando las contravenciones del Código Penal, a las que denominó “contravenciones especiales”, para incorporarlas al Código de Policía, decreto 1355 de 1970, conservando el mismo bien jurídico protegido, la misma descripción del tipo y la misma sanción mediante el aislamiento

en colonia agrícola.

No obstante, con la expedición del Código Penal de 1980 se afirmó el abandono de toda postura peligrosista para fundamentar la responsabilidad penal sólo en la culpabilidad. Por ello, se excluyeron las sanciones que no estuviesen basadas en ésta, al tiempo que las medidas de seguridad se ubicaron como sanciones -pero no como penas- con fines curativos, de tutela y rehabilitación para inimputables (art. 12). En dicho Código se suprimió la sanción de relegación a colonia agrícola penal, supresión que afectó también las contravenciones establecidas por el Decreto 522 1971. Por esta razón se eliminaron del ordenamiento todos los tipos penales o contravencionales que tuvieran establecida dicha sanción, como era el caso de las disposiciones contra “mendigos” y “vagos”.

3.2. El Estado Social de Derecho y la defensa de la libertad individual en unas condiciones de igualdad material.

3.2.1. La dignidad humana, la igualdad y la libre determinación de la persona se erigen como pilares fundamentales de nuestro compromiso constitucional fundante de 1991[32]. Esto hace que resulte impensable revivir medidas coactivas y represivas contra los habitantes de la calle, incluso si su modo de realización personal nos resulta reprochable para el conjunto de la sociedad o perjudicial para estos mismos.

En Colombia, las políticas perfeccionistas se encuentran excluidas, “ya que no es admisible que en un Estado que reconoce la autonomía de la persona y el pluralismo en todos los campos (CP arts 1º, 7º, 16, 17, 18, 19 y 20), las autoridades impongan, con la amenaza de sanciones penales, un determinado modelo de virtud o de excelencia humana”[33]. En efecto, se corre el riesgo de prohibir determinados modos de vida por razones filosóficas, religiosas o políticas, lo cual es incompatible con la garantía del pluralismo. Además, la propia dignidad humana se ve comprometida “ya que la persona queda reducida a un instrumento para la defensa de valores abstractos pues, a pesar de no afectar derechos de terceros con su conducta, su autonomía individual es sacrificada en nombre de la protección de tales valores”[34].

Por lo anterior, en nuestro país cada persona es “libre” de desarrollar su personalidad acorde con su plan de vida. Es a cada individuo a quien corresponde señalar los caminos por los cuales pretende llevar su existencia, sin afectar los derechos de los demás. “Es

únicamente a través de esta manera donde efectivamente se es digno consigo mismo”[35].

De este modo, la “mendicidad” ejercida por una persona de manera autónoma y personal, sin incurrir en la intervención de un agente intermediario a través de la trata de personas, no es un delito ni una contravención. De hecho, cualquier tipo de reproche jurídico, sea en forma de sanciones o intervenciones terapéuticas forzadas, resulta inadmisibles en tanto cosifica al habitante de la calle en aras de un supuesto modelo ideal del ciudadano virtuoso o a manera de una acción preventiva en contra de un potencial criminal:

“En consecuencia, no siendo la mendicidad un delito – en los términos señalados – ni tampoco una contravención, esta Corporación constata que no existe entonces un reproche jurídico por tal ejercicio. Por consiguiente, el establecer una sanción a una conducta no reprochada jurídicamente vulnera el artículo 29 de la Constitución que establece el principio de legalidad. En este caso, las sanciones indicadas en el artículo acusado por el ejercicio de la mendicidad; es decir la reclusión en asilo, hospital, clínica u otro establecimiento público adecuado, contrarían el principio de legalidad señalado en la Constitución, al sancionarse una conducta no reprochada ni constitucional ni legalmente”[36].

3.2.2. Pero también el exagerado énfasis en la libertad individual corre el riesgo de conducir a respuestas insuficientes[37]. Llegar a sostener que todos los ciudadanos ostentan el mismo derecho de dormir en la calle, como si se tratase de una alternativa verdaderamente libre y autónoma, como si los oscuros callejones de la ciudad, el frío y el hambre fuesen una decisión estrictamente personal y voluntaria, conduce a un entendimiento limitado de una problemática mucho más profunda.

En un sugestivo informe presentado por la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos[38] se advierte sobre los prejuicios que suelen imponerse a los pobres asumiendo que se trata de una elección autónoma producto de la pereza y la irresponsabilidad, ignorando que corresponde a un fenómeno multidimensional mucho más complejo y del cual es prácticamente imposible de escapar sin un apoyo institucional serio. “No se elige la pobreza como estilo de vida. Las personas sin hogar preferirían una vivienda segura, asequible y adecuada a los parques públicos o las estaciones de autobuses”, asevera la Relatora. Quienes luchan diariamente por sobrevivir con prestaciones sociales preferirían un empleo seguro, estable, bien remunerado y productivo

a estar expuestos a la discriminación y vivir en constante temor de verse privados de su propia existencia:

“5. Los Estados han reconocido desde hace mucho tiempo que la pobreza es una condición humana compleja que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales[39]. La pobreza no es una elección autónoma, sino más bien una situación multifacética de la que puede ser difícil, si no imposible, escapar sin ayuda. Las personas que viven en la pobreza no son culpables de su situación; en consecuencia, los Estados no deben castigarlas o penalizarlas por ello. Deben adoptar, en cambio, medidas y políticas de amplio alcance concebidas para eliminar las condiciones que son causa de la pobreza, la exacerban o la perpetúan, y asegurar la realización de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de quienes viven en la pobreza.

(...)

7. Las medidas de penalización responden a estereotipos discriminatorios conforme a los cuales se da por hecho que las personas en situación de pobreza son perezosas, irresponsables, indiferentes a la salud y educación de sus hijos, deshonestas, que no merecen asistencia e incluso son delincuentes. A menudo se les representa como responsables de su propio infortunio, con posibilidades de remediar su situación con solo esforzarse más. Estos prejuicios y estereotipos se suelen reafirmar en los reportajes sesgados y sensacionalistas de los medios de comunicación que apuntan en particular a las personas que viven en la pobreza y son víctimas de múltiples formas de discriminación, como las madres solteras, las minorías étnicas, los indígenas y los migrantes”[40].

A la par de grave es que dicho proceso de estigmatización genera un sentimiento de vergüenza que desalienta a estas personas que viven en la pobreza a acercarse a los funcionarios públicos en busca del apoyo que requieren[41]. Para no exponerse a una discriminación social aún mayor puede que estos se abstengan de reclamar derechos como los vales o subvenciones para alimentos, el acceso a la vivienda pública o la atención gratuita en clínicas de salud[42]. Y así, la calle los atrapa más, junto con las falsas promesas que las drogas les tienen preparadas; al tiempo que la sociedad les da la espalda por miedo

o simple indiferencia y las autoridades les esconden para atraer mayor inversión[43]. Esta es la espiral descendiente que les arroja al abismo y los sitúa en un estado de naturaleza en el que la violencia se vuelve una opción para sobrevivir ante una comunidad que optó por olvidarles.

Es por lo anterior que el respeto por la autonomía de cada individuo para desarrollar su propio plan de realización no es suficiente. Con razón el constituyente erigió a la igualdad y a la solidaridad como pilares del ordenamiento colombiano, en el entendido que la libertad y la iniciativa privada por sí solas no bastan para la materialización de un Estado social y democrático de derecho. El artículo 13 Superior aboga por una igualdad real y efectiva, y no simplemente una formal entre los ciudadanos. A partir de este postulado la jurisprudencia constitucional ha enfatizado en el propósito de hacer efectiva la igualdad material:

“Una de las bases del Estado Social de Derecho es la consagración del principio de igualdad material, es decir, de igualdad real y efectiva, como expresión del designio del poder público de eliminar o reducir las condiciones de inequidad y marginación de las personas o los grupos sociales y lograr unas condiciones de vida acordes con la dignidad del ser humano (Art. 1º de la Constitución) y un orden político, económico y social justo (preámbulo ibídem)”[44].

Tal mandato no es una simple fórmula retórica sino una obligación exigible jurídicamente. Implica que “el Estado tiene un deber constante con los ciudadanos consistente en proporcionarles bienestar, lo cual se traduce en proveer un mínimo de bienes y servicios, materiales y espirituales al alcance de los individuos y propender porque todos los colombianos tengan empleo, seguridad social, vivienda, educación, alimentos, etc”[45]. En consecuencia, las autoridades deben valorar las condiciones de marginalidad, alienación, ignorancia o pobreza extrema de los habitantes de la calle para erigir acciones afirmativas focalizadas en sectores poblaciones especialmente vulnerables[46]. De ahí que en aras de privilegiar los intereses constitucionales de aquellos sujetos manifiestamente débiles, en razón de sus limitaciones (físicas, psicológicas, económicas, sociales, cultural, etc.), para el operador jurídico es imperativo inaplicar incluso, según el caso concreto, aquellas normas jurídicas que contravengan los postulados del Estatuto Superior[47].

Dicho lo anterior, es de resaltar el nuevo marco normativo de atención a la población

habitante de la calle. Con la Ley 1641 de 2013 por primera vez el legislador, antes que reprimir o censurar a este conjunto de ciudadanos, se propuso “garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social” (art. 1º).

En los siguientes acápite se aborda de forma general el derecho a la salud y las obligaciones específicas del Estado en relación con la atención a los habitantes de la calle con adicciones a sustancias psicoactivas, entendiendo éste como un problema de salud pública.

4. El derecho fundamental a la salud. Reiteración de jurisprudencia[48].

4.1 La salud es un derecho constitucional fundamental. En las últimas dos décadas, la Corte lo ha venido protegiendo por tres vías[49]: (i) la primera, estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana; (ii) la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el accionante es un sujeto de especial protección; y más recientemente, (iii) la tercera, afirmando en general su fundamentalidad de forma autónoma.

Como resultado de este desarrollo jurisprudencial, la doctrina constitucional ha dejado de señalar que ampara el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a protegerlo de forma autónoma[50]. En este sentido, se ha cuestionado la validez teórica de recurrir a la idea de la conexidad[51], y a categorías conceptuales que determinen la fundamentalidad de un derecho de acuerdo a si tienen o no un contenido prestacional[52].

4.2. Ahora bien, la noción de salud no se limita al estar exento de padecimientos físicos. Esta garantía ha sido definida como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”[53]. Esta concepción vincula el derecho a la salud con el principio de dignidad humana, toda vez que “responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales”[54].

En este sentido, la acepción que mejor recoge el ideario constitucional es aquella plasmada en el preámbulo de la Organización Mundial de la Salud[55] (OMS), según la cual: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”[56].

De forma similar, el bloque de constitucionalidad introduce al ordenamiento colombiano la definición de la salud como el derecho al “más alto nivel posible de salud física y mental”[57], el cual se alcanza de manera progresiva. Este enfoque se encuentra contenido tanto en el sistema universal de derechos humanos a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como a nivel interamericano por el Protocolo Adicional de San Salvador.

En armonía con lo anterior, la jurisprudencia constitucional se ha esforzado en superar aquella aproximación que pretende restringir el goce del derecho a la salud a la mera supervivencia biológica del ser humano y ha conminado, por el contrario, a la búsqueda de los niveles óptimos de salud física y psíquica[58], necesarios para que la persona se desempeñe apropiadamente “como individuo, en familia y en sociedad”[59].

## 5. La drogadicción en el ordenamiento jurídico nacional.

### 5.1. La drogadicción como un problema de salud pública.

En sentencia T-094 de 2011, la Corte Constitucional se refirió in extenso a la drogadicción en los siguientes términos:

“1. La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Es preciso aclarar en todo caso que, el consumo de drogas tiene distintos niveles y no en todos los casos es posible hablar de adicción severa; solo cuando el individuo ha llegado al punto en que su adicción domina su comportamiento y su vida diaria es posible hablar de enfermedad y cuando ésta es grave puede llevar incluso a la locura o la muerte. En otros eventos, en cambio, se trata simplemente de consumo ocasional. En los casos de adicción severa, la dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

- Dependencia física por la que el organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.
- Dependencia psíquica o estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto. La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede variar según la persona y las circunstancias, en algunos casos puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. Cuando el problema de adicción es grave, la persona puede perder todo concepto de moralidad y hacer cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar o prostituirse. La droga puede convertirse en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc.

2. Las consecuencias de un alto nivel de drogadicción son numerosas e inciden tanto en el plano individual como en el familiar y el social. La drogadicción acarrea al individuo graves daños físicos y psíquicos. A los derivados del abuso de las sustancias tóxicas, hay que añadir los que provienen del consumo en condiciones poco seguras. Por ejemplo, en el caso de la heroína, su consumo lleva aparejados problemas de contagio de graves enfermedades, como el SIDA o la hepatitis B.

3. La drogadicción, cuando es severa, puede tornarse en un grave problema que acarrea un altísimo impacto social, además de ser una enfermedad grave que puede llegar a tener consecuencias terribles en la salud del individuo e incluso causarle la muerte. Es por esto que resulta de vital importancia que aquellas personas que tienen este problema sean atendidas y puedan acceder a un programa de rehabilitación aún si no tienen los medios económicos para sufragarlo". (Subrayado fuera del original)

En ese orden de ideas este Tribunal, sobre la base de que la drogadicción severa es un

problema de salud pública, ha considerado que debe ser atendido por el sistema de seguridad social en salud[60]. En efecto, se trata de una enfermedad crónica[61] que no sólo tiene manifestaciones físicas, sino que afecta la autodeterminación y autonomía de los sujetos que la padecen[62]. Es dable afirmar que “quien sufre de farmacodependencia es un sujeto de especial protección estatal, pues a la luz de la Carta Política y de la jurisprudencia constitucional, se trata de una persona que padece una enfermedad que afecta su autonomía y autodeterminación, pone en riesgo su integridad personal y perturba su convivencia familiar, laboral y social”[63].

Dicho enfoque que entiende al drogadicto como alguien que padece una enfermedad antes que como un delincuente permanece vigente en el ordenamiento jurídico colombiano, incluso con posterioridad a la promulgación del acto legislativo 02 de 2009 mediante el cual se prohibió el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas[64]. Aun cuando la reforma constitucional estableció una prohibición que en principio parece absoluta frente al consumo de tales sustancias, salvo prescripción médica, “le corresponde al legislador el establecimiento de medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias, para lo cual se requiere el consentimiento informado del adicto, lo cual se corresponde con el deber que recae sobre las personas de procurar el cuidado integral de la salud y la de su comunidad”[65].

Los problemas de adicción se relacionan estrechamente con la salud mental. Aspecto que ha sido explicado tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[66] como por la jurisprudencia constitucional[67]. En este sentido las tecnologías en salud que requieren las personas con adicción a las drogas se han venido incorporando progresivamente al Plan Obligatorio de Salud. En este punto es preciso resaltar –como lo hizo el Ministerio de Salud en su intervención- que el Pos vigente (Resolución 5521 de 2013) contempla en su capítulo VI referente a la salud mental servicios de atención en urgencias (art. 64), psicoterapia ambulatoria (art. 65), atención con internación hospitalaria que podrá extenderse hasta 90 días (art. 67). Prestaciones que resultan completamente aplicables para los sujetos con dependencia a sustancias psicoactivas.

## 5.2. El tratamiento integral de la drogadicción.

En lo referente al tratamiento debido a estos ciudadanos la Corte ha sostenido que su recuperación no se limita a los procedimientos incluidos en el Pos. Por ello ha invocado los criterios jurisprudenciales para servicios no-Pos, en el entendido que se trata de un padecimiento que requiere de una respuesta integral, completa y continua.

Por ejemplo, en la sentencia T-355 de 2012 esta Corporación abordó el estudio de la demanda de Orlando Rafael Llerena quien buscaba la internación parcial en institución no hospitalaria (granja protegida, taller protegido, centro ocupacional o residencia protegida) para el tratamiento de la dependencia y abuso de sustancias psicoactivas, incluyendo la etapa de desintoxicación, deshabituación y reinserción. Aunque el tratamiento solicitado estaba por fuera del POS, la Sala ordenó su prestación “teniendo en cuenta que el mismo es requerido con carácter urgente por el actor para garantizar sus derechos a la dignidad, a la vida, a la integridad física y a la salud”. Adicionalmente, condicionó su ejecución a las directrices que fuesen trazadas por el médico tratante y el trabajador social asignado.

No existe un procedimiento único para este tipo de casos. El tratamiento de las adicciones puede realizarse de manera ambulatoria o con internación, y tal decisión depende del tipo de sustancias empleadas, de la frecuencia de consumo y la cantidad ingerida[68]. Pese a las múltiples alternativas existentes, es posible extraer de la jurisprudencia, de los conceptos rendidos en este expediente y de la experiencia internacional[69] las siguientes guías básicas de acción:

i. Perspectiva de derechos humanos:

El compromiso con la garantía de los derechos humanos es una condición indispensable y transversal a cualquier tratamiento médico, partiendo de la idea de que la drogadicción constituye ante todo un problema de salud pública y no una infracción penal. La dignidad, la autonomía personal y la prohibición de tratos crueles y degradantes son postulados irrenunciables.

La guía de buenas prácticas de Unodc[70] recomienda específicamente el respeto por la confidencialidad y el registro anónimo de los pacientes, así como la prohibición de cualquier coerción física o mental en detrimento de la voluntad del mismo.

ii- Consentimiento libre e informado:

La Corte ha señalado que el mecanismo que permite hacer efectiva la aludida autonomía es el consentimiento previo del paciente para la práctica de tratamientos médicos, el cual no se trata de un simple requisito formal que puede suplirse con cualquier tipo de autorización del paciente, sino que es necesario que el consentimiento reúna ciertas características, y en especial que sea libre[71] e informado[72].

Ahora bien, en la medida en que para las personas que padecen de drogadicción crónica sería en principio problemática la obtención del consentimiento informado, dado que pueden encontrarse en un estado de inconciencia que no les permite discernir sobre la bondad de un tratamiento de rehabilitación, “en aquellos momentos de lucidez cognitiva, la persuasión médica se constituye en una herramienta fundamental para que el fármaco-dependiente comprenda las ventajas y riesgos que implica aceptar un tratamiento médico”[73]. Nadie puede disponer de la vida de otro, incluso bajo ideales altruistas. El drogadicto es en últimas libre de decidir sobre su propio destino. Solamente en casos excepcionales de urgencia, inconsciencia o riesgo de muerte, es legítimo que los médicos actúen en función del principio de beneficencia buscando la preservación de la vida del consumidor[74].

Desde una perspectiva médica, además, el respeto por la autonomía del paciente reviste especial importancia en tanto el éxito de un procedimiento de rehabilitación depende en buena parte del compromiso voluntario por adherirse al mismo[75].

### iii. Disponibilidad y accesibilidad.

Los centros de salud y rehabilitación social deben estar disponibles al adicto con la mayor flexibilidad posible, buscando las facilidades en la localización, los horarios de ingreso, tiempos de espera y condiciones de seguridad. La oficina de Naciones Unidas para las drogas (UNODC) recomienda eliminar los registros oficiales de datos por cuanto pueden ser asociados con eventuales multas y penalidades. Es igualmente importante proveer un sistema de bajo costo, y en la medida de lo posible gratuito, con el objetivo de incentivar el acceso para sectores de la población especialmente marginales[76].

Estos centros de acogida deberían resultar “amigables” al paciente y presentar un programa sensible a las diferencias culturales y de género de los usuarios proveyendo, por ejemplo, asesoramiento en educación sexual y en métodos anticonceptivos.

#### iv. Valoración y acompañamiento multidisciplinario.

Para garantizar que los pacientes/usuarios sean tratados oportunamente y acorde con sus necesidades se recomienda una valoración inicial de urgencia para advertir las primeras acciones que tienen que ser ejecutadas. Posteriormente, el tratamiento a seguir debe ser trazado conjuntamente por un equipo multidisciplinario incluidos médicos, psicólogos y trabajadores sociales, dadas las múltiples facetas e impactos de la drogadicción no solo en el campo físico, sino mental, familiar y social. Dicho programa de atención debe ser fijado de acuerdo con la evidencia científica disponible[77].

Aunque no existe un marco de tiempo definido de duración para estos tratamientos, la información vigente advierte que para pacientes ambulatorios la participación por un periodo inferior a 90 días tiene una eficacia limitada, por lo que para obtener mejoras significativas se sugiere un rango mayor de días[78].

#### v. Integración antes que aislamiento.

De acuerdo con el concepto rendido por la Universidad del Rosario, la institucionalización prolongada en psiquiatría ha entrado en desuso, ya que “demostró ser una herramienta de control social en la que se presentaban frecuentes vulneraciones a los derechos de las personas y un alto riesgo de deterioro”[79]. Además, no es necesario por razones clínicas someter a una internación a una persona que requiere estos tratamientos, ya que la continuidad de los mismos “no depende de una restricción a su movilización, salvo que en algún momento se requiera por razones fundamentadas y por corto tiempo, como es el caso de una intoxicación aguda asociada al consumo de una sustancia o por un acuerdo terapéutico por un corto plazo en procesos de rehabilitación”.

Los eventos en los que se requiera el internamiento deben ser el resultado de una valoración médica y psicológica integral y exhaustiva en conjunto con la opinión del paciente[80]. Pero aun en estos espacios resulta clave el acompañamiento permanente no solo de un equipo interdisciplinario de profesionales, sino de una red de apoyo social dispuesta a acogerlo nuevamente como ciudadano pleno[81].

#### 6. Resolución del caso concreto.

6.1. Legitimación por activa y respeto por la autonomía de la señora Sandra Lucero Soto Loaiza.

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En consonancia con la norma Superior, el artículo 10° del Decreto 2591 de 1991 establece lo siguiente:

“La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”.

En esta oportunidad, la acción de tutela fue presentada por Oscar Mauricio Toro Valencia, obrando en la calidad de Personero del Municipio de Dosquebradas, como agente oficioso la señora Sandra Lucero Soto Loaiza, de quien resulta razonable asumir no está en condiciones de promover su propia defensa[82], por su evidente situación de vulnerabilidad al encontrarse viviendo en la calle, sin nexos familiares conocidos y con múltiples padecimientos en salud. Por esta razón el actor se encuentra legitimado en la causa por activa.

Pese a lo anterior, es preciso reiterar que el respeto por el consentimiento y la autonomía de la señora Soto Loaiza constituye un presupuesto indispensable de cualquier decisión o intervención que se pretenda ejecutar. En este sentido, hay que aclarar que el ejercicio de la agencia oficiosa es legítimo para interponer y dar curso a la acción de tutela pero no sustituye la voluntad del paciente. Es solamente a este a quien le corresponde decidir de manera autónoma si opta o no por el tratamiento que sea dispuesto por el médico o si decide tomar parte en los distintos planes de integración social promovidos por las entidades competentes.

6.2. La falta de una política pública nacional para los habitantes de la calle no excusa a las entidades territoriales de su obligación de garantizar y proteger los derechos fundamentales de esta población.

6.2.1 La Ley 1641 de 2013, por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle, señala un cambio en el paradigma de la legislación colombiana. Como se expuso en el capítulo anterior, hasta la década de los setenta se criminalizó y persiguió la mendicidad considerando que se trataba de sujetos indeseables, improductivos y peligrosos para la sociedad. Por ello no es de menor importancia que por primera vez el legislador se trace un nuevo derrotero normativo dirigido a “garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social” (art. 1º).

Dicha ley fijó en cabeza del Ministerio de Salud expedir la correspondiente reglamentación. Sin embargo, un año y medio después de promulgada la norma aún no existe el decreto reglamentario, razón por la cual la Procuraduría General ha denunciado la “evidente lentitud” en el proceso. De igual manera este órgano de control ha elevado un requerimiento preventivo, mediante oficio PDET No. 1689, advirtiendo a las distintas entidades nacionales y territoriales de las posibles responsabilidades disciplinarias por el incumplimiento de la norma así como por la precaria y débil atención a la población en tal condición.

Esta Sala de Revisión considera que la tardanza en la elaboración de una política pública nacional de atención para los habitantes de la calle no debe eruirse como una barrera insuperable para la protección y garantía de los derechos más elementales de estos ciudadanos. En efecto, estas personas sufren una violación generalizada de derechos humanos que demanda una actuación inmediata. Su condición[83] “constituye en forma directa la vulneración de derechos fundamentales de una persona en situación de debilidad manifiesta, que se agrava no sólo por su precaria situación económica, sino también por el estado de indignidad, que se acompaña de una crítica afectación de la salud física o mental”[84].

El solo hecho de no contar con un hogar deriva en la afectación grave y continua de otros derechos fundamentales. Las consecuencias de la falta de vivienda “son graves, y tienen

repercusiones en casi todos los demás derechos humanos, como los derechos a la salud, la educación, la protección de la familia, la seguridad social, el empleo, y en muchos casos, el derecho a la vida”[85]. Se trata entonces de un auténtico problema constitucional y no como suele considerarse, de dominio exclusivo de las políticas socioeconómicas, inmune al tipo de rendición de cuentas jurídicas en materia de derechos humanos[86]. Frente a estas circunstancias, “es cuando el Estado debe responder, interviniendo de manera directa e inmediata a fin de brindar protección a quienes hacen parte de esos sectores marginados. Así lo reza el artículo 13 C.P”[87].

Además, la Ley 1641 ya incluye una serie de principios y directrices que sirven como un marco general de referencia para las distintas entidades territoriales en la atención a la población habitante de la calle. En este sentido, el legislador ordenó que toda acción institucional debe tener por objeto final la rehabilitación e inclusión social de estas personas a través del restablecimiento pleno de sus derechos (art. 1º), en el marco de los principios de dignidad, autonomía, participación, solidaridad y coordinación entre los diferentes niveles de la administración pública (art. 5). De igual manera, dispuso que la atención debida ha de incluir por lo menos los componentes de salud, formación para el trabajo y generación de ingresos, así como educación para la convivencia social (art. 8).

Esta ley expresamente hace un llamado a las entidades territoriales para que implementen los servicios sociales para estas personas habitantes de calle a través de programas piloto o por medio de la réplica de experiencias exitosas de otros entes territoriales (art. 9). En efecto, ya existen tanto a nivel local como en el derecho comparado varios modelos de atención que podrían servir de guía. Por ejemplo, el informe rendido por la Procuraduría General de la Nación (“Ruta social”) expuso las diferentes fases de abordaje implementadas en la ciudad de Bogotá, siendo las más destacables las siguientes iniciativas:

“a. Acogida: lugar de garantía de derecho a la alimentación, higiene del cuerpo, apoyo sicosocial, alojamiento digno y seguro, cuidado del sueño y acercamiento básico (talleres de sensibilización para que el habitante conozca la oferta institucional y los beneficios del proyecto 743 que pretende la atención y desarrollo de capacidad de habitante de la calle y en ejercicio de prostitución). Su ingreso es controlado. Se hace inducción a un proceso de resignificación de proyecto de vida. Su horario de atención es de 7 am a 4 pm. En este tipo de modalidad existe otra submodalidad dependiendo si es acogida día o acogida noche.

b. Autocuidado: Comprende alimentación básica, cuidado del cuerpo e higiene, atención transitaría de domingo a domingo de 7 am a 3 pm, su ingreso es controlado, se presta el servicio de aseo personal, recuperación de hábitos y autorregulación. Servicio de comedor de 7:30 a 2; 00 pm.

c. Desarrollo personal integral: se brinda atención integral de domingo a domingo por espacio de 9 meses, acompañamiento y seguimiento sicosocial a las diferentes áreas trabajo social psicología terapia ocupacional y talleres. El ingreso al centro se brinda a través de un comité de estudios de caso, que propone los centros de acogida. Inicia un proceso de autonomía personal, de limpieza, transformación de hábitos de consumo y restablecimiento de vínculos de familia, sociales y de comunidad.

d. Autocuidado móvil: Tiene las mismas características del autocuidado pero va por la calle mediante un tráiler.

e. Contacto activo: Estrategia que consiste en movilizarse por parte de los funcionarios de la Secretaria Distrital de Integración Social de día y de noche para ubicar los lugares donde están los habitantes de la calle con el fin de sensibilizar para que acudan a las diferentes modalidades de acogida”[88].

6.2.2 Dicho lo anterior, no resulta admisible la argumentación invocada por el municipio de Dosquebradas y el Departamento de Risaralda, los cuales reconocieron no haber desarrollado una política específica de atención para los habitantes de la calle en tanto esperaban la propuesta reglamentaria a cargo del Ministerio de Salud.

La atención a este grupo población requiere de una actuación urgente e integral dada la especial situación de vulnerabilidad y marginalidad en la que se encuentran, así como la violación masiva de derechos de la que son objeto. Además, ya existen guías de atención en el derecho comparado y proyectos pilotos en otras regiones del país los cuales pueden ser emulados, adaptados y corregidos en lo que sea necesario por las autoridades competentes.

El caso concreto evidencia que los derechos fundamentales a la vida digna y la salud de Sandra Lucero Soto Loaiza no han sido realmente garantizados por las entidades demandadas (municipio de Dosquebradas, Departamento de Risaralda y Asetmet Salud EPS).

En efecto, según certificó la propia Secretaría de Desarrollo Social y Político la demandante se encuentra registrada como habitante de la calle, sin ningún tipo de vivienda o ingresos reportados[89]. Tampoco se conoce algún nexo familiar o social que le respalde. Por el contrario, se ignora su paradero, razón por la cual ni siquiera fue incluida en el programa de alimentación ordenado por el juez de tutela de instancia.

Su condición física y mental es compleja. Según el reporte más reciente de Asmet Salud EPS, la demandante padece de “insuficiencia Cardíaca, no especificada, Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína; síndrome de dependencia y ulcera del miembro Inferior”. Pese a lo dicho por la entidad y las autorizaciones allegadas en sede de revisión, esta Sala estima que el tratamiento ha sido parcial, interrumpido y principalmente de urgencias. No obra el concepto de un equipo interdisciplinario que permita establecer con el mayor grado de convencimiento posible el estado integral de la señora Soto Loaiza ni un plan de atención programado. Tampoco existe certeza sobre el estado real de la salud de la accionante, sino sospechas sobre varias enfermedades las cuales no han sido confirmadas ni descartadas. Todo esto pone en duda que la decisión de abandonar la clínica haya sido realmente producto del consentimiento libre e informado.

Situación que se agrava aún más dados los prejuicios y estigmas que históricamente se han asociado con lo femenino, atribuyéndoles conductas erróneas atadas a la inestabilidad, lo caótico y lo incomprensible:

“Se considera pertinente destacar el diagnóstico de la enfermedad mental femenina que parece denotar varias situaciones como lo señala María Angélica Ospina[90]. En primer lugar, la reclusión en el Asilo funcionaba como mecanismo de control de los trastornos mentales particulares de las mujeres. Este control era eminentemente físico, por medio de tecnologías de domesticación del desorden patológico que, en lo femenino, era doble: por la enfermedad misma y por la condición “natural” propia de la mujer. Así, la enfermedad era doblemente “desordenada, caótica y misteriosa” parafraseando a Merchant, lo que la ubicaba en un plano realmente ininteligible para los médicos (hombres).

En segundo lugar, el silenciamiento sufrido por las enfermas mentales era múltiple, más complejo que el de los pacientes hombres. Se callaba su palabra, pero también su emoción; se sometían sus síntomas a través del control y aislamiento de sus cuerpos como cuerpos,

por lo general, “naturalmente” ininteligibles. Quizás el acallamiento de la locura femenina sea tan sólo un continuum de la exclusión que las mujeres sufren en su vida cotidiana. El diagnóstico reproduce, a través de sus prácticas de representación generalizadas, una realidad sobre la condición femenina, emitiendo la última palabra sobre el sufrimiento de unos cuerpos traducido en la emoción, ni siquiera en la sinrazón”[91].

Vestigios de esta concepción son posibles de rastrear en el escrito de contestación de la Alcaldía de Dosquebradas cuando representa a la señora Soto Loaiza como el caso prototipo de una persona que inexplicablemente decide abandonar su posición en el núcleo familiar para echar a deambular errática pero voluntariamente por las calles[92]. También es la postura clínica de la EPS que se limita a catalogar a la accionante como una paciente de “difícil manejo”[93], sin cuestionarse siquiera por sus motivaciones o el impacto que tantos años en la calle podrían tener para su comportamiento[94].

6.3 Órdenes a proferir para restablecer los derechos fundamentales de la accionante.

6.3.1. Como primera medida se confirmará parcialmente el fallo de instancia al haber dispuesto la vinculación de la accionante a los subsidios de alimentación que tiene el municipio de Dosquebradas, medida que se justifica teniendo en cuenta el estado de debilidad manifiesta y desprotección en que se encuentra la demandante.

Adicionalmente, se ordenará a Asmet Salud EPS que dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de esta providencia realice una valoración integral a la señora Sandra Lucero Soto Loaiza a través de un equipo interdisciplinario conformado por lo menos por un médico, un psicólogo y un trabajador social, dados los múltiples riesgos e impactos de su condición no solo en el campo físico, sino mental, familiar y social. De forma conjunta, este equipo diseñará un programa de atención el cual deberá ser debidamente informado a la accionante para que esta decida libremente si desea acogerse al mismo de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

Ahora bien, en tanto la localización de los habitantes de la calle representa de por sí un obstáculo, se ordenará[95], a efectos de que la decisión adoptada en este fallo no quede sin efectividad material, que la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, comunique esta decisión a las Secretarías de Salud de los diferentes municipios del Departamento y a

todas aquellas instituciones públicas y privadas que presten el servicio de salud, para que en el evento en que la petente se acerque a requerir la prestación de algún servicio, éste no le sea negado.

Igualmente, y junto con la Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda y la Alcaldía de Dosquebradas, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de esta providencia, deberán realizar una búsqueda inicial de la accionante en la zona en la que al parecer pueda encontrarse. De no poderse dar con su paradero, deberán realizar visitas periódicas a aquellas zonas de la ciudad donde de manera permanente se constate la presencia de personas habitantes de la calle a fin de localizarla. Estas visitas se realizarán hasta que la accionante sea hallada. En todo caso, las autoridades deberán realizar una labor de persuasión, evitando todo tipo de coacción.

6.3.2 El municipio de Dosquebradas y el Departamento de Risaralda diseñarán de forma conjunta un programa piloto de atención a la población habitante de la calle dentro de su territorio, de acuerdo con los lineamientos trazados por la Ley 1641 de 2013, la experiencia comparada, los programas impulsados por otras ciudades del país así como por los principios desarrollados por la jurisprudencia constitucional en relación con la protección reforzada a la población habitante de la calle y con problemas de adicción resumidos en la parte motiva de esta sentencia. Dicho programa deberá incluir por lo menos los componentes de salud, desarrollo integral, albergue transitorio y capacitación laboral mediante un equipo interdisciplinario de acompañamiento, dirigido a fortalecer su autoestima, su seguridad y su potencial de realización como ciudadano pleno.

Para lo anterior las entidades territoriales cuentan con un plazo máximo de dos meses a partir de la notificación de esta providencia. En su formulación e implementación podrán interactuar con las distintas instituciones del nivel central a través de los principios constitucionales de coordinación, concurrencia y subsidiariedad. Estas, a su vez, prestarán oportunamente toda la colaboración necesaria y disponible al momento.

Por último, se exhortará al Ministerio de Salud y a las demás autoridades responsables de la implementación y desarrollo de la Ley 1641 de 2013, para que culminen a la mayor brevedad posible el proceso de socialización y formulación de la política pública para los habitantes de la calle. La Procuraduría General de la Nación, por su parte, habrá de velar

porque las entidades responsables cumplan con sus metas y cronogramas de operación.

6.3.3 El Personero Municipal de Dosquebradas realizará un seguimiento y un acompañamiento permanente a todas las medidas dispuestas en el presente fallo de manera tal que se cumplan debidamente y con respeto por la dignidad y autonomía de la señora Sandra Lucero Soto Loaiza.

## VI. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución Política,

### RESUELVE:

PRIMERO.- CONFIRMAR PARCIALMENTE la sentencia de tutela de única instancia proferida por el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas, dentro de la acción instaurada por Sandra Lucero Soto Loaiza, mediante agente oficioso, contra el Municipio de Dosquebradas y otros, en lo referente a la orden de incluir a la accionante en el programa de subsidios de alimentación, junto con las ADICIONES que a continuación se señalan.

SEGUNDO.- ADICIONAR la sentencia del juzgado precitado, en el sentido de ORDENAR a Asmet Salud EPS que dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de esta providencia realice una valoración integral a la señora Sandra Lucero Soto Loaiza a través de un equipo interdisciplinario conformado por lo menos por un médico, un psicólogo y un trabajador social, dados los múltiples riesgos e impactos de su condición no solo en el campo físico, sino mental, familiar y social. De forma conjunta, este equipo diseñará un programa de atención completo, integral y pronto el cual deberá ser debidamente informado a la accionante para que esta decida libremente si desea acogerse al mismo de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

TERCERO.- ORDENAR a la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda que, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente sentencia, comunique esta decisión a las Secretarías de Salud de los diferentes municipios del Departamento y a todas aquellas instituciones públicas y privadas que presten el servicio de salud, para que en el evento en que la petente se acerque a requerir la prestación de

algún servicio, éste no le sea negado.

Igualmente, y junto con la Policía Nacional, la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda y la Alcaldía de Dosquebradas, dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de esta providencia, deberán realizar una búsqueda inicial de la accionante en la zona en la que al parecer pueda encontrarse dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de esta providencia. De no poderse dar con su paradero, deberán realizar visitas periódicas a aquellas zonas de la ciudad donde de manera permanente se constate la presencia de personas habitantes de la calle a fin de localizarlo. Estas visitas se realizarán hasta que la accionante sea localizada. En todo caso, las autoridades deberán realizar una labor de persuasión, evitando todo tipo de coacción.

CUARTO.- ORDENAR al municipio de Dosquebradas y al Departamento de Risaralda, dentro del ámbito de sus competencias, diseñar de forma conjunta un programa piloto de atención a la población habitante de la calle dentro de su territorio, de acuerdo con los lineamientos trazados por la Ley 1641 de 2013, la experiencia comparada, los programas impulsados por otras ciudades del país así como por los principios desarrollados por la jurisprudencia constitucional en relación con la protección reforzada a la población habitante de la calle y con problemas de adicción resumidos en la parte motiva de esta sentencia. Dicho programa deberá incluir por lo menos los componentes de salud, desarrollo integral, albergue transitorio y capacitación laboral mediante un equipo interdisciplinario de acompañamiento, dirigido a fortalecer su autoestima, su seguridad y su potencial de realización como ciudadanos plenos.

QUINTO.- EXHORTAR al Ministerio de Salud y a las demás autoridades responsables de la implementación y desarrollo de la Ley 1641 de 2013, para que culminen a la mayor brevedad posible el proceso de socialización y formulación de la política pública para los habitantes de la calle. La Procuraduría General de la Nación, por su parte, habrá de velar porque las entidades responsables cumplan con sus metas y cronogramas de operación.

SEXTO.- ORDENAR al Personero Municipal de Dosquebradas realizar un seguimiento y un acompañamiento permanente a todas las medidas dispuestas en el presente fallo de manera tal que se cumplan debidamente y con respeto por la dignidad y autonomía de la señora Sandra Lucero Soto Loaiza

SÉPTIMO.- LÍBRESE por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado Ponente

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Magistrada (E)

ANDRÉS MUTIS VANEGAS

Secretario General (E)

[1] Identificada con cédula de ciudadanía número 42.145.660. Aunque en algunos documentos figura como Sandra Lucero Soto Lozada, se ha optado por utilizar el nombre certificado por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuaderno de tutela, folio 1.

[2] Obrante a folio 2, Cuaderno de tutela.

[3] Cuaderno de tutela, folios 4-6.

[4] En la historia clínica obra la siguiente anotación: “(paciente) se desviste en sala de hospitalización, se orina en el piso y pinta las paredes de materia fecal”. Cuaderno de tutela, folio 4.

[5] Cuaderno de tutela, folio 6.

[6] Cuaderno de tutela, folio 18.

[7] Según lo estipulado en el artículo 5 del Acuerdo del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, cuando una persona se considera por carecer de vivienda e ingresos, deberá ser identificado por la respectiva Alcaldía Municipal, como beneficiaria del subsidio, sin necesidad de la aplicación del SISBEN y de conformidad con el formato que para el efecto define el Ministerio de la Protección Social”

[8] Actualmente Sala Sexta de Revisión.

[9] Cuaderno de revisión, folio 31.

[10] Cuaderno de revisión, folio 32.

[11] Cuaderno de revisión, folio 75.

[12] “Las modalidades de atención especializada que determina el lineamiento adoptado por la Resolución 6023 de 2010 del ICBF tienen como objetivo garantizar el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle, en un ambiente afectivo y protector que contribuya a la obtención de herramientas para su desarrollo personal, construcción de redes generativas, acceso a servicios y oportunidades para definir un proyecto de vida alternativo que le permita reconocerse como sujeto y titular de derechos y deberes, y como fin último lograr la inclusión social” Cuaderno de revisión, folio 102.

[13] Cuaderno de revisión, folio 146.

[14] Cuaderno de revisión, folio 88.

[15] Cuaderno de revisión, folio 90.

[16] Oficio PDET No. 1689, suscrito por el doctor Carlos Augusto Mesa Díaz, Procurador Delegado.

[17] *Ibíd.*

[18] Cuaderno de revisión, folio 81.

[19] Cuaderno de revisión, folio 84.

[20] “La señora SANDRA LUCERO SOTO LOAIZA identificada con la cédula de ciudadanía No. 42.145.660 expedida en Pereira Risaralda, ciudadana que figura como accionante dentro de la acción de tutela de la referencia, no se encuentra actualmente inscrita en el programa de subsidio de alimentación para indigentes que tiene la Alcaldía Municipal de Dosquebradas, por cuanto en cumplimiento del fallo de tutela de septiembre 4 de 2014 proferido por el Juzgado Primero Civil Municipal de Dosquebradas Risaralda se ofició a la Personería Municipal para que suministrara dirección de ubicación de la mencionada ciudadana sin que hasta la fecha se haya recibido respuesta a dicha solicitud. Ante la imposibilidad de localizar a la accionante para vincularla a los beneficios sociales referidos no ha sido posible cumplir a cabalidad con el fallo referido”. Ibíd.

[21] Cuaderno de revisión, folio 115.

[22] Siendo la más reciente la autorización 1828610 del 06 de agosto de 2014.

[23] Cuaderno de revisión, folio 117.

[24] “No se trata de un grupo homogéneo de personas. Todo lo contrario, la categoría de habitantes de calle abarca una gran variedad de población que puede ir desde indigentes con o sin adicciones hasta recicladores más o menos organizados. Dependiendo del material que reciclen, de su edad y del tiempo que llevan en la calle, se les ha conocido con diferentes apelativos en la historia reciente de las ciudades colombianas: “chinos de la calle”, gamines, “botelleras”, cartoneros, cacharrereros, plásticos, basureros, ñeros (como ellos y ellas mismas se autodenominan y palabra que resulta de la contracción compa-ñero) “desechables”, término asociado con el material que manipulan y sus propiedades de ser utilizado y luego destruido”. Cuaderno de revisión, folio 164.

[25] “Podemos afirmar desde la psiquiatría y la historia de las intervenciones de la “locura”, que la sociedad occidental ha abordado al habitante de la calle de manera excluyente, estigmatizante y con mayor fuerza si se trata de una persona que padece trastorno mental (...) Este también es el caso colombiano hace más de un siglo, momento en que se consideró científico excluir a quien era distinto. Ha sido un esfuerzo continuo en las últimas décadas desmontar este tipo de creencias culturalmente arraigadas. Pueden existir además diferencias regionales en el país en cuanto a la percepción local de qué hacer con el habitante de la calle”.

[27] “No se trata de un grupo homogéneo de personas. Todo lo contrario, la categoría de habitantes de calle abarca una gran variedad de población que puede ir desde indigentes con o sin adicciones hasta recicladores más o menos organizados. Dependiendo del material que reciclen, de su edad y del tiempo que llevan en la calle, se les ha conocido con diferentes apelativos en la historia reciente de las ciudades colombianas: “chinos de la calle”, gamines, “botelleras”, cartoneros, cacharrereros, plásticos, basureros, ñeros (como ellos y ellas mismas se autodenominan y palabra que resulta de la contracción compañero) “desechables”, término asociado con el material que manipulan y sus propiedades de ser utilizado y luego destruido”. Concepto del Departamento de Antropología. Cuaderno de revisión, folio 164.

[28] En un relato presentado por el diario El Espectador, se lee el siguiente testimonio: Habla mientras ve el ir y venir de prostitutas y de uno que otro carretero: “Con los años uno se acostumbra a vivir así, porque el ser humano es un animal de costumbres. Puede acostumbrarse a dormir en la calle, a comer de una bolsa. Duraba cinco o seis días sin dormir, sólo consumiendo bazuco. Cuando se pasa el efecto y veía una cáscara de fruta en la calle la recogía y la mordía. Porque uno se convierte en un perro, en un roedor. Comer basura y verse con las barbas largas lo motiva a caer más bajo, a robar. Nosotros, cuando estamos en la calle, somos títeres del diablo”. “Un hotel para los habitantes de la calle”. Noviembre 3 de 2014.

[29] “Estas personas comparten por lo general una explosiva creatividad, ingenio y sabiduría aprendidos en el curso del manejo de las implacables reglas de la calle. Federico Parra (2007) encontró que muchos (55%. de acuerdo a la encuesta Dañe - Idipron 2005) pertenecen a cadenas laborales y actividades económicas relacionadas con labores de reciclaje y prácticas de separación y recuperación de desechos de vidrio, cartón, plástico y aluminio. Este trabajo se caracteriza por la independencia de jefes y un manejo impredecible de espacios y horarios y sobre todo, por el denominado “viaje” o recorrido entre sus cambuches y los puntos de acopio o comercialización que realizan por medio de las denominadas zorras o vehículos de tracción animal, carros esterados o costales”. Concepto del Departamento de Antropología. Cuaderno de revisión, folio 165.

[30] “Según lo planteado por María Teresa Salcedo las y los habitantes de calle son nómadas urbanos, con un estilo de vida marcado por las dificultades, la precariedad, el

frío, el hambre, la velocidad, el smog, el asfalto y la basura. Constituyen parches o redes de compañeros efímeras que hacen uso de los diferentes espacios de la calle como debajo de los puentes como espacios de sociabilidad, descanso, intercambio de objetos, composición y narración de poemas, canciones, autobiografías y parlamentos (Salcedo M.T 2000:185). Ellos y ellas afirman que su casa es la calle y que muchas de sus prácticas, a los ojos de los demás, contravienen los valores de clases medias burguesas y las leyes de protección del espacio público”. Concepto del Departamento de Antropología. Cuaderno de revisión, folio 165.

[31] Luigi Ferrajoli. “Derecho y Razón. Teoría del Garantismo Penal”, Ed. Trotta S.A., 1995. págs. 765 a 806.

[32] Constitución Política, preámbulo y artículos 1, 2, 13 y 16 entre otros.

[33] Corte Constitucional, C-309 de 1997.

[34] *Ibíd.*

[35] Corte Constitucional, C-040 de 2006.

[36] Corte Constitucional, sentencia C-040 de 2006. Tesis reiterada por la sentencia C-464 de 2014 al estudiar el tipo penal de la explotación de menores de edad: “En consecuencia, no siendo la mendicidad un delito – en los términos señalados – ni tampoco una contravención, esta Corporación constata que no existe entonces un reproche jurídico por tal ejercicio. Por consiguiente, el establecer una sanción a una conducta no reprochada jurídicamente vulnera el artículo 29 de la Constitución que establece el principio de legalidad. En este caso, las sanciones indicadas en el artículo acusado por el ejercicio de la mendicidad; es decir la reclusión en asilo, hospital, clínica u otro establecimiento público adecuado, contrarían el principio de legalidad señalado en la Constitución, al sancionarse una conducta no reprochada ni constitucional ni legalmente. No es posible establecer una sanción a un hecho que no es ni ilegal ni inconstitucional”.

[37] El novelista y poeta francés Anatole France (1844-1924) expresó con gran agudeza los efectos indeseados del discurso jurídico tradicional: “La Ley, en su magnífica ecuanimidad, prohíbe, tanto al rico como al pobre, dormir bajo los puentes, mendigar por

las calles y robar pan”.

[38] Informe de la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. A/66/265. Presentado el 4 de agosto de 2011.

[39] E/C.12/2001/10, párr. 8.

[40] Informe de la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. A/66/265. Presentado el 4 de agosto de 2011.

[41] “El primer huésped que subió al segundo piso a recibir la habitación fue Wilson Díaz, un hombre de 36 años que vivió 14 en la calle y hoy trabaja en el Instituto de Desarrollo Urbano (IDU). El 7 de agosto de 2002, cuando el presidente Álvaro Uribe se posesionó en la Casa de Nariño, Díaz estuvo a punto de morir. En ese entonces vivía en el Cartucho, la olla más grande de Bogotá, donde hoy queda el solitario parque Tercer Milenio: “Cayeron los rockets, en ataque que supuestamente iba dirigido al presidente. A mí me impactaron las esquirlas en la cabeza. Se acabó el Cartucho y empecé a caminar por otras calles de la ciudad, a consumir bazuco y marihuana. Duré ocho meses sin bañarme y los niños pasaban y decían: ‘¡uy!, miren, un loco’. Y a mí me daba algo, como nostalgia.” El Espectador, “Un hotel para los habitantes de la calle”. Noviembre 3 de 2014.

[42] Informe de la Relatora Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Op. cit.

[43] “La motivación subyacente de estas medidas [de criminalización de los habitantes de la calle] es, con frecuencia, la de reducir la visibilidad de la pobreza en la ciudad y atraer inversiones, desarrollo y ciudadanos (no pobres) a los centros urbanos. Estos no son fines legítimos conforme a las normas de derechos humanos y no justifican las graves sanciones que se suelen imponer al amparo de esas reglamentaciones.” *Ibíd.*

[44] Corte Constitucional, sentencia C-044 de 2004.

[45] Corte Constitucional, sentencia C-464 de 2014.

[46] El Estado desarrolla estos mandatos mediante las llamadas “acciones positivas” o “acciones afirmativas”, sobre las cuales ha expresado esta corporación: “Como

bien lo señalan algunos de los intervinientes, los mecanismos que contempla la ley estatutaria que se estudia son, en términos generales, acciones afirmativas. Con esta expresión se designan políticas o medidas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los afectan, bien de lograr que los miembros de un grupo subrepresentado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación.” Ver sentencias C-371 de 2000 y C-044 de 2004.

[47] Corte Constitucional, sentencia T-108A de 2014.

[48] Ver sentencias T-861 de 2012, T-209 de 2013, T-894 de 2013 y T-568 de 2014.

[49] Para un análisis detallado del derecho fundamental a la salud, su naturaleza, contenido y principales desafíos, ver la sentencia T-760 de 2008.

[50] *Ibíd.*

[51] “Hoy se muestra artificioso predicar la exigencia de conexidad respecto de derechos fundamentales los cuales tienen todos – unos más que otros – una connotación prestacional innegable. Ese requerimiento debe entenderse en otros términos, es decir, en tanto enlace estrecho entre un conjunto de circunstancias que se presentan en el caso concreto y la necesidad de acudir a la acción de tutela en cuanto vía para hacer efectivo el derecho fundamental. Así, a propósito del derecho fundamental a la salud puede decirse que respecto de las prestaciones excluidas de las categorías legales y reglamentarias únicamente podrá acudirse al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho.” Sentencia T-016 de 2007.

[52] “Según esta óptica, la implementación práctica de los derechos constitucionales fundamentales siempre dependerá de una mayor o menor erogación presupuestaria, de forma tal, que despojar a los derechos prestacionales – como el derecho a la salud, a la

educación, a la vivienda, al acceso al agua potable entre otros – de su carácter de derechos fundamentales resultaría no sólo confuso sino contradictorio. Al respecto, se dice, debe repararse en que todos los derechos constitucionales fundamentales – con independencia de si son civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente – poseen un matiz prestacional de modo que, si se adopta esta tesis, de ninguno de los derechos, ni siquiera del derecho a la vida, se podría predicar la fundamentalidad. Restarles el carácter de derechos fundamentales a los derechos prestacionales, no armoniza, por lo demás, con las exigencias derivadas de los pactos internacionales sobre derechos humanos mediante los cuales se ha logrado superar esta diferenciación artificial que hoy resulta obsoleta así sea explicable desde una perspectiva histórica.” Sentencia T-016 de 2007. Posición reiterada por la Sala Plena en providencia C-288 de 2012.

[53] Sentencias T-597 de 1993, T-454 de 2008 y T-566 de 2010.

[54] Sentencias T-022 de 2011, T-091 de 2011 y T-648 de 2011.

[55] Tempranamente, la sentencia T-597 de 1993 acogió la definición de salud acuñada por la OMS.

[56] Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, dentro de los cuales se encontraba Colombia.

[57] Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, art. 12. La definición que incluye el Protocolo Adicional de San Salvador resulta incluso más garantista al disponer que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

[58] “La salud no equivale únicamente a un estado de bienestar físico o funcional, incluye también el bienestar psíquico, emocional y social de las personas. Todos estos aspectos permiten configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. Así, el derecho a la salud se verá vulnerado no sólo cuando se adopta una decisión que afecta física o funcionalmente a la persona, sino cuando se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud”. Sentencia T-152 de 2012, ver también T-548 de 2011.

[59] Sentencia T-152 de 2012.

[60] Corte Constitucional, sentencia T-497 de 2012. Ver también T-684 de 2002.

[61] En la sentencia T-438 de 2009 se estudió ampliamente el tema y se expuso lo siguiente sobre su naturaleza: “De manera general, los distintos estudios médicos coinciden en definir la Farmacodependencia como ‘el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación’

La farmacodependencia y/o drogadicción, implica entonces un estado de dependencia física y/o psicológica a una(s) droga(s) o fármaco(s) que afecta(n) mentalmente al individuo por su uso continuado a pesar de saber éste que la sustancia es dañina. La dependencia física, también conocida como neuro adaptación, se produce cuando el cuerpo del individuo que consume la droga desarrolla tolerancia ante la misma y aumenta las dosis ingeridas con el propósito de que produzca en su cuerpo los efectos deseados. Por su parte, la dependencia psicológica es entendida como el impulso o el deseo que lleva a un consumo constante de la sustancia que genera la adicción, buscando experimentar un placer o disminuir un dolor.”

En el mismo sentido, en la sentencia T-684 de 2002 M.P Marco Gerardo Monroy Cabra la Corte sostuvo que: “la drogadicción crónica es considerada como un trastorno mental o enfermedad psiquiátrica. Como regla general quien se encuentra en ese estado ve alterada su autodeterminación. Al ser esto así, se hace manifiesta la debilidad psíquica que conlleva el estado de drogadicción. En consecuencia, se puede afirmar que al estar probada esta condición, la persona que se encuentre en la misma merece una especial atención por parte del Estado en virtud del artículo 47 constitucional que contempla que ‘el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada”

[62] Corte Constitucional, sentencia T-355 de 2012.

[63] *Ibíd.*

[64] Ver al respecto la sentencia de control abstracto C-882 de 2011: “En efecto, al comienzo, el inciso consagra una prohibición irrestricta de porte y consumo de sustancias estupefacientes y sicotrópicas, y solamente se establece una excepción: el porte y consumo con prescripción médica. El precepto no señala explícitamente las consecuencias del incumplimiento de tal prohibición, pero indica que la ley establecerá medidas o tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico, con fines preventivos y rehabilitadores para los adictos. La continuidad de las proposiciones lleva a la Sala a concluir que si bien el constituyente derivado no definió expresamente las consecuencias del incumplimiento de la prohibición, al referirse a continuación a las medidas administrativas de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico que deberá el Legislador adoptar a favor de los adictos, cerró el abanico de posibilidades legislativas y redujo las consecuencias del incumplimiento de la prohibición en materia de consumo al sometimiento del adicto a tales medidas administrativas. En consecuencia, la Sala confirma que la prohibición se dirige es al porte y consumo en el marco de la drogadicción como problema de salud pública”.

[65] Corte Constitucional, sentencia T-497 de 2012.

[66] En este sentido la Organización Mundial de la Salud reconoció que “los trastornos mentales se encuadran en un abanico más amplio que incluye los trastornos neurológicos y los derivados del consumo de sustancias, que son asimismo una causa importante de discapacidad y exigen una respuesta coordinada del sector de la salud y el sector social”. Ver 65.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución WHA65.4. Punto 13.2 del orden del día 25 de mayo de 2012 citado en la sentencia T-141 de 2014.

[68] Concepto del Departamento de Psicología, Universidad Nacional. Cuaderno de revisión, folio 170.

[69] La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presentó un informe en 2012 que resume las buenas prácticas que a nivel internacional se han desarrollado para la atención de las personas con adicción a las drogas. Ver Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. New York, 2012. Disponible en [http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet\\_quality\\_standards.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/treatnet_quality_standards.pdf). Traducción libre.

[70] Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services. Op. cit.

[71] Que sea libre, significa que “la persona debe tomar su determinación sin coacciones ni engaños. Así, no es válido, por haber sido inducido en error, el asentimiento de un paciente que es logrado [por ejemplo] gracias a una exageración, por parte del médico, de los riesgos de la dolencia y una minimización de los peligros del tratamiento” Corte Constitucional, sentencias T-1021 de 2003, T-1019 de 2006, T-560A de 2007 y T-497 de 2012.

[72] Mientras que el consentimiento informado, exige que se funde “en un conocimiento adecuado y suficiente de todos los datos que sean relevantes para que el enfermo pueda comprender los riesgos y beneficios de la intervención terapéutica, y valorar las posibilidades de las más importantes alternativas de curación, las cuales deben incluir la ausencia de cualquier tipo de tratamiento. Esto implica (...) que, debido a que el paciente es usualmente lego en temas médicos, el profesional de la salud tiene el deber de suministrar al enfermo, de manera comprensible, la información relevante sobre los riesgos y beneficios objetivos de la terapia y las posibilidades de otros tratamientos, incluyendo los efectos de la ausencia de cualquier tratamiento, con el fin de que la persona pueda hacer una elección racional e informada sobre si acepta o no la intervención médica” Corte Constitucional, sentencias T-401 de 1994, T-823 de 2002, T-1021 de 2003, T-762 de 2004, T-1229 de 2005, T-866 de 2006, T-1019 de 2006, T-560 A de 2007 y T-497 de 2012.

[73] Corte Constitucional, sentencia T-497 de 2012.

[74] en una emergencia, y en especial si el paciente se encuentra inconsciente o particularmente alterado o se encuentra en grave riesgo de muerte, [situación en la que] es natural que los médicos actúen en función exclusiva del principio de beneficencia y adelanten los tratamientos necesarios para salvar la existencia o la integridad física del paciente, por cuanto es razonable presumir que la mayor parte de las personas desean salvaguardar su vida y salud, y la espera para la obtención de un consentimiento informado podría tener consecuencias catastróficas para el propio paciente.” (T-401 de 1994, T-823 de 2002, T-1021 de 2003 y T-1019 de 2006). En estos casos, concluyó la Corte en sentencia T-452 de 2010, “se puede sustituir el consentimiento del paciente por el de sus parientes o prescindir del todo del mismo si carece o no están presentes sus familiares.”

[75] “Para que sea exitoso, el tratamiento de las adicciones requiere del reconocimiento previo del problema por parte de quien consume, y de no darse esta aceptación, la probabilidad de éxito será muy baja”. Concepto del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional. Cuaderno de revisión, folio 170.

[76] Traducción libre de UNODC. Op. cit. “To contribute to a more transparent admission process of patients/clients, written admission and exclusion policies are essential.

1.1. Geographical accessibility, distribution and institutional linkages In a comprehensive treatment system a large scale, distributed network of treatment facilities that can respond to various needs of individuals seeking treatment permits an adequate response in each community.

1.2. Flexibility of opening hours Same-day admission or short waiting time for structured services, as well as provision of immediate intermediate services, including information for service patients/clients are highly desirable conditions in the process of treating drug related problems.

1.3. Legal framework No requirements to register drug dependent patients/clients in official records should be put in place as these may be associated with the risk of sanctions and therefore discourage patients/clients from attending treatment programmes.

1.4. Availability and accessibility of services Services should avoid unnecessary selective criteria and provide low threshold options for patient/client admission

1.5. Affordability Drug dependence treatment services should be provided within the public healthcare system free of charge or insurance coverage should be secured when applicable.

1.6. Cultural relevance and user friendliness Drug dependence treatment should be provided in an environment that is culturally sensitive, preferably multi-professional, team oriented, and one that encourages patient/ client participation and involvement in treatment. These facilitate patient/client access and retention in treatment, and ultimately improved treatment outcomes.

(...)

1.9. Gender-sensitiveness of services Services have to be tailored to gender-specific treatment needs, which can improve accessibility by responding to differential stigmatization, child care needs and issues in pregnancy”.

[77] Unodc. Op. cit. Traducción libre. “3.1. Multidisciplinary treatment teams Drug dependence treatment has to be provided following a multidisciplinary approach. Given the multi-factorial nature of drug dependence, a multidisciplinary team, including medical doctors, psychiatrists, psychologists, social workers, counsellors and nurses, is necessary to respond to the needs of patients/clients.

[78] Unodc. Op. cit. Traducción libre. “3.2. Sufficient duration of treatment In treating complex chronic diseases and preventing relapse, long-lasting treatment programmes have been found the most effective strategy, particularly for treating the more severe forms of drug dependence. How long does drug addiction treatment usually last?

Individuals progress through drug addiction treatment at various rates, so there is no pre-determined length of treatment. However, research has shown unequivocally that good outcomes are contingent on adequate treatment length. Generally, for residential or outpatient treatment, participation for less than 90 days is of limited effectiveness, and treatment lasting significantly longer is recommended for maintaining positive outcomes. For methadone maintenance, 12 months is considered the minimum, and some opioid-addicted individuals continue to benefit from methadone maintenance for many years. (reference to NIDA, principles of drug addiction treatment)”.

[79] Cuaderno de revisión, folio 193.

[80] Concepto emitido por el Departamento de Antropología de la Pontificia Universidad Javeriana. Cuaderno de revisión, folio 177.

[81] “La evidencia empírica indica que mientras mayor y más sólida sea la red de apoyo social con la que cuenta el paciente, mayores las probabilidades de adherencia y éxito en el tratamiento”. Concepto del Departamento de Psicología, Universidad Nacional. Cuaderno de revisión, folio 171.

[82] Aunque ello no se especifique en la demanda, de la exposición de hechos que en esta

se incorpora, resulta evidente. Ver Sentencia T-452 de 2001.

[83] Al respecto, en la Sentencia T-533 de 1992 esta corporación se refirió especialmente a ese grupo calificado de personas, señalando lo siguiente: “Los indigentes son personas que carecen de recursos económicos mínimos para subsistir dignamente y se encuentran incapacitados para trabajar, debido a su edad o estado de salud. Las más de las veces, no cuentan con una familia que les prodigue apoyo material y espiritual. La pobreza, sin duda, atenta contra la vigencia efectiva de los derechos fundamentales. Sus causas estructurales son combatidas mediante políticas legislativas y macro-económicas. Sus efectos, en cambio, exigen de una intervención estatal directa e inmediata, cuyo fundamento no es otro que la naturaleza social del Estado y la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución. La Constitución consagra diversos mecanismos tendientes a garantizar a las personas en situación de indigencia los servicios públicos básicos de salud (CP art. 49), seguridad social integral (CP arts. 46 y 48) y el subsidio alimentario (CP art. 46). En principio, el legislador es la autoridad pública llamada a determinar la forma y la cobertura de su prestación. En casos excepcionales, no obstante, puede haber lugar a la aplicación inmediata (CP art. 85) de la protección especial a la persona, en particular cuando la marginalidad social y económica la coloca en circunstancias de debilidad manifiesta (CP art. 13).”

[84] Corte Constitucional, sentencia T-323 de 2011.

[85] Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto. A/69/274. Fecha 7 de agosto de 2014. Disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/498/22/PDF/N1449822.pdf?OpenElement>.

En forma similar se refirió la Comisión Australiana de Derechos Humanos al señalar que las personas sin vivienda sufren una amplia y sistemática violación de derechos: “A person who is homeless may face violations of the right to an adequate standard of living, the right to education, the right to liberty and security of the person, the right to privacy, the right to social security, the right to freedom from discrimination, the right to vote, and many more.

(...)

This paper explores the many ways that homelessness impacts on a person's ability to enjoy basic rights and freedoms. It shows that homelessness is more than just a housing issue. Homelessness is about human rights. Homeless people are not merely objects of charity, seeking help and compassion - like all Australians, they are individuals entitled to the protection and promotion of their human rights. Since human rights belong to everyone, it is in the interests of the Australian community as a whole to ensure that the rights of homeless people are respected and protected" Homelessness is a Human Rights Issue (2008) disponible en <https://www.humanrights.gov.au/publications/homelessness-human-rights-issue>

[86] "En la mayoría de los Estados, la vivienda y la falta de hogar se tratan como una cuestión de política y no como una cuestión de derechos humanos, con las obligaciones consiguientes de los gobiernos nacionales y subnacionales, el poder judicial y otros agentes. La elaboración de una estrategia nacional de vivienda puede ser un primer paso fundamental y conllevar obligaciones inmediatas respecto de la realización progresiva del derecho a una vivienda adecuada. Sin embargo, los componentes esenciales de una estrategia de vivienda basada en derechos aún tienen que articularse plenamente a nivel internacional". *Ibíd.*

[87] Corte Constitucional, sentencia T-436 de 2003.

[88] Cuaderno de revisión, folio 89.

[89] Cuaderno de tutela, folio 2.

[90] Ospina Martínez, María Angélica "Con notable daño del buen servicio": sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá en *Antropología, crítica cultural y crisis de sentido en el mundo contemporáneo 2*, Enero-Junio de 2006.

[91] Concepto del Departamento de Sociología de la Universidad Nacional. Cuaderno de revisión, folio 174.

[92] "Si bien es cierto que el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancia de debilidad

manifiesta, ello no quiere decir que los entes territoriales tengan la obligación de dar albergue a todo a aquel que se encuentre sin vivienda o que haya abandonado su núcleo familiar, por voluntad propia, para dedicarse a deambular por las calles”. Contestación de la Alcaldía dentro del proceso de tutela de instancia. Cuaderno de tutela, folio 18.

[93] Historia Clínica. Cuaderno de tutela, folio 3-6.

[94] “En el informe se menciona que la paciente es de difícil manejo y control. De acuerdo a la historia clínica “la paciente se desviste en sala de hospitalización, se orina en el piso y pinta las paredes de materia fecal”. Quisiera plantear que seguramente estos comportamientos transgresores y desafiantes son expresiones de protesta, rabia y resentimiento que pudieron haber influido en que la Alcaldía de Dosquebradas y la Secretaría de Desarrollo Político y Social de este municipio le hayan negado a la demandante la solicitud de albergue” Concepto del Departamento de Antropología de la Universidad Nacional. Cuaderno de revisión, folio 166.

[95] Estas medidas fueron ordenadas en casos similares por la Corte en sentencias T-323 de 2011 y T-436 de 2003.