

LA GESTIÓN DE CASOS EN SEIS CENTROS DE ESCUCHA DE MEDELLÍN

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN
Secretaría de Salud Alcaldía de Medellín





LA GESTIÓN DE CASOS EN SEIS CENTROS DE ESCUCHA DE MEDELLÍN INFORME DE SISTEMATIZACIÓN

Secretaría de Salud Alcaldía de Medellín

Corporación Surgir

2015

"La prestación de este servicio ha sido financiado por la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín"

Margarita María Sánchez Villegas
Directora de Surgir

Equipo de Sistematización

Coordinación

Silverio Espinal Bedoya
Jefe División Técnica Corporación Surgir, Sistematizador
Eliana María Hernández Ramírez, Sistematizadora
Diana Urrego Velásquez, Sistematizadora

Auxiliares de Sistematización

Daniel Alfonso Montoya Vásquez
Carmen Elena Muñoz Preciado

Equipo del proyecto

Coordinadores

Claudia Andrea Isaza Céspedes
Ramiro Alejandro Arango Bermúdez
Profesionales de campo
Ana Lucía Gallego Bohórquez
Juan Carlos Atehortua Mazo
Luis Alberto Urrea Lopez
Eugenia Esther Mejía Arboleda
María Virginia Benítez Mosquera
Sandra Milena Vásquez Hincapié

DISEÑO y DIAGRAMACIÓN

Santiago Echeverri Ortega

Corporación Surgir Calle 55 N° 45-30 Medellín, Colombia.
PBX: 511 11 33
www.corporacionsurgir.org

Introducción	03
Acerca del Proyecto	04
La sistematización	05
Preguntas de Sistematización	05
Objetivos	06
Objetivo General	06
Objetivo Especificos	06
Metodología	07
Marco Conceptual	08
Modelo ECO2	09
Modelo de inclusión Social	08
Centros de Escucha (CE)	13
Descripción del proceso de Gestión de casos en los Centros de Escucha	14
Diagrama Gestión de casos en Centros de Escucha	16
Categorías Descriptivas	17
Características de la población atendida en los Centros de Escucha (CE)	17
El Modelo de inclusión social del consumidor de SPA en el desarrollo de la gestión de casos del Centro de Escucha	21
Situaciones de exclusión social	21
Construcción de un dispositivo en red	22
red Subjetiva	23
Desarrollo de servicios preferenciales	23
Área de tratamiento	23
Área de capacitación para el trabajo y oportunidades laborales	23
Área de Educación	23
Área de Salud	23
Área lúdica y recreativa	23
Categorías analíticas: el Centro de Escucha desde el Modelo de Inclusión	24
Situaciones de exclusión social	24
Articulación en red en la gestión de los casos	25
Red subjetiva de los usuarios del Centro de Escucha	28
Red Operativa	29
Desarrollo de los servicios preferenciales	31
Áreas de servicios	32
Focalización de casos en los Centros de Escucha	34
Lecciones aprendidas	35
Recomendaciones	37
Bibliografía	38

Introducción

En la Ciudad de Medellín, desde el año 2012, se está implementando una estrategia denominada Centros de Escucha (CE), con el apoyo de la Alcaldía de Medellín y la Secretaría de Salud, y ejecutado por la Corporación Surgir. En un primer momento, se hizo una experiencia piloto en la comuna 13, y luego se sumó a ésta, la implementación de otros cinco centros de escucha. En total se están implementando seis centros de escucha, ubicados en los siguientes sectores: sector de Sinaí de Santa Cruz parte baja, el sector Niquitao del barrio Colón, el barrio Doce de Octubre, el barrio El Pinal, el barrio Belén Altavista, y la comuna 13.

En una primera fase de la implementación se llevó a cabo una sistematización de la experiencia de Los Centros de Escucha (CE), en la que se abordó todo el proceso de implementación, con el fin de extraer las buenas prácticas y lecciones aprendidas. Por la experiencia de la primera sistematización, y la complejidad de sistematizar todo el proceso, en un segundo momento se optó por focalizar una nueva sistematización en una parte del proceso, y se decidió sistematizar la experiencia en la gestión de casos.

Los Centros de Escucha tienen como base teórica y metodológica el Modelo de Inclusión Social y el Modelo ECO2, es preciso aclarar que el análisis que se hace en esta sistematización parte del Modelo de Inclusión Social, y aunque este está fundamentado en el ECO2, no todo lo que propone se aplica en el proyecto. Es decir, aunque el modelo teórico fundamenta la práctica de tratamiento comunitario, en el desarrollo de las CE, dicho modelo, en el contexto de esta intervención en particular, no puede desarrollarse en su plenitud, tomándose solo algunos elementos de éste.

Los centros de escucha (CE) son una propuesta basada en el modelo de Inclusión Social del consumidor de sustancias psicoactivas (SPA), que promueve la escucha activa, la mediación, la organización y la capacitación de población perteneciente a zonas de alta vulnerabilidad social, con el objetivo de establecer redes de apoyo y opciones más saludables para sus proyectos de vida.

Se constituyen como una estrategia de intervención comunitaria que pretende generar la articulación y el fortalecimiento de las redes, tanto formales como informales, para favorecer la atención de la población más vulnerable y en algún nivel de sufrimiento social del sector seleccionado.

Se considera como una estrategia de baja complejidad de accesibilidad, que permite la escucha, orientación, acompañamiento y remisión de los usuarios a la red de servicios previamente constituida, facilitando la accesibilidad y la respuesta a las necesidades de la población.

ACERCA DEL PROYECTO

La secretaría de Salud de Medellín ha venido acompañando la implementación de Centros de Escucha en diferentes comunas de la ciudad desde el año 2012. Durante la implementación de la estrategia, se ha logrado la consolidación de dispositivos comunitarios para favorecer los procesos de transformación al interior de las comunidades participantes.

La intervención se sustenta en el Modelo ECO2 y en el Modelo de Inclusión social del consumidor de drogas, los cuales tienen como premisa el trabajo en redes entre personas, grupos e instituciones y el mejoramiento de la calidad de vida de los participantes por medio de la escucha activa, la mediación, la organización y la capacitación de las comunidades.

El presente proyecto "Continuidad de los 6 Centros de Escucha Comunitarios y las 7 Zonas de Orientación Escolar que existen en la ciudad de Medellín", se desarrolló en las comunas 2, 6, 7, 8, 10, 12, 13 y 16 de la ciudad, específicamente en los barrios: Santa Cruz, El Pinal, Colón, Doce de Octubre, Belén Altavista y Comuna 13. En los Centros de Escucha se realiza una intervención comunitaria para articular redes organizacionales, estatales y privadas e independientes para atender a población vulnerable, especialmente frente al consumo de sustancias psicoactivas.

Las estrategias que se utilizaron fueron:

- **Formación:** se realizaron procesos de formación y entrenamiento de personas en el método de atención (Modelo Eco2) para orientar las comunidades en la forma en que se desarrolla un Centro de Escucha.

- **Minorías Activas:** son todos aquellos grupos que se logran conformar o detectar para vincularlos con los CE. Se les brindó capacitación en temas específicos de acuerdo a las necesidades que ellos mismos identificaron o que fueron objeto de su interés.

- **Actividades de enganche:** se realizaron actividades como formación, y actividades lúdicas. Dichas actividades tenían como fin dar a conocer el objetivo del CE, y la reducción del estigma social que recae sobre el consumo de drogas.

- **Articulación de redes de servicios e institucionales** para la atención a la comunidad. Se establece primero una red operativa y una red de recursos comunitarios que permitiera dar una respuesta inmediata a las necesidades de la comunidad.

- **Atención, canalización, remisión y seguimiento** de casos a través de las redes de recursos comunitarios e institucionales. Una vez se inició el Centro de Escucha, las personas que asistieron fueron valoradas con la Hoja de Primer Contacto (HPC), y en algunos casos, se realizaron entrevistas y tamizajes. Según el diagnóstico, se remitió la persona a la red de servicios comunitarios e institucionales, de acuerdo a la naturaleza de la demanda.

Aunque en el desarrollo del proyecto se implementaron varias estrategias, la sistematización que se presenta sólo considerará una parte del proyecto que hemos denominado: "la de gestión de los casos", es decir lo relacionado con la atención de casos individuales, teniendo en cuenta los aprendizajes obtenidos en este componente del proyecto.

La sistematización

La sistematización pretende ser un proceso de reflexión orientado en un marco de referencia y con un método de trabajo que nos permita organizar un análisis de la experiencia que dé cuenta de lo que realizamos, que nos facilite la comunicación y que nos haga tomar conciencia de lo realizado (Gabriel Pischeda, CEBIAE, 1986, citado por A. Puerta, 1996).

La sistematización es una metodología que facilita la descripción, la reflexión, el análisis y la documentación de manera continua y participativa, de procesos y resultados de un proyecto de intervención. Este proceso, además, contribuye con la generación de conocimiento que de manera posterior, es utilizado para la toma de decisiones y para la socialización de lecciones aprendidas que pueden contribuir con la mejora de las prácticas tanto para la institución que implementó el proyecto como para otras entidades que desarrollen actividades similares.

La sistematización, tiene como uno de sus principales ejes la identificación de aprendizajes que permitan corregir errores cometidos en el pasado y replicar estrategias efectivas. Es así como su desarrollo debe hacerse como un ejercicio crítico y analítico de recuperación y ordenamiento de información, de manera que se alcance el objetivo propuesto.

Según Puerta (1997) la sistematización comprende las siguientes fases:

Recuperación del proceso: Consiste en hacer la historia o cronología de la experiencia, en esta fase se busca recuperar y describir el qué, el cómo, cuándo, y el dónde de las acciones a sistematizar. Se busca describir los momentos y relacionarlos con los componentes.

Análisis y conclusiones: Busca producir un máximo de hallazgos conceptuales y metodológicos, entender y rescatar cuáles fueron los aspectos más importantes, y por qué la experiencia se desarrolló de una manera específica. Igualmente se pretende dilucidar la lógica detrás de la acción, hacer explícitas las ideas, reglas, lenguajes y premisas que estructuraron la práctica. Se tiene como objetivo buscar la interacción y negociación de percepciones, la generación de acuerdos entre los diferentes actores sobre las interpretaciones y representaciones de la acción, y sobre las deducciones para el futuro que se derivan de su entendimiento.

Comunicación de la experiencia: Por medio de este componente se busca la transformación al dar a conocer los resultados de la sistematización. La nueva interpretación de la experiencia posibilita un cambio en la práctica. La actitud crítica que asumen las personas sobre su propio actuar abre el espacio para conocerse y conocer el mundo de manera nueva. Conocer es entonces estar dispuesto: es asumir la actitud para aprender y para modificar el comportamiento (Puerta, 1997).

Pregunta de Sistematización

¿Cuáles han sido las prácticas que han permitido implementar el modelo de inclusión social del consumidor de drogas en el contexto del proyecto Centros de Escucha y Zonas de orientación Escolar en la ciudad de Medellín?

Objetivos

Objetivo General

Identificar las lecciones aprendidas relacionadas con la gestión de los casos individuales desde una perspectiva de red, dentro del modelo de inclusión social del consumidor de drogas, en la práctica del proyecto Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar en la ciudad de Medellín.

Objetivos Específicos

- Identificar y analizar el proceso de gestión de casos individuales
- Contrastar las acciones que se realizan con base en el modelo de Inclusión social del consumidor de drogas.



Metodología

A continuación se presentan las estrategias y actividades que el equipo investigador eligió para llevar a cabo la sistematización del proyecto Centros de Escucha en la ciudad de Medellín, y de esta forma, alcanzar los objetivos propuestos:

Estrategias:

Planeación: El equipo de sistematización realizó diferentes reuniones durante el proceso, en éstas reuniones se realizaron las siguientes actividades: definición de las categorías descriptivas, planeación y diseño de los guiones de las entrevistas y de los grupos focales, y análisis y discusión de los resultados.

Revisión conceptual: En la primera fase del proceso, con el objetivo de construir el marco teórico de la sistematización, se hizo una revisión sobre el Modelo Eco2 y el Modelo de Inclusión Social.

Descripción del proceso: Se realizaron entrevistas con los facilitadores de los centros de escucha, y con base en ello se construyó un diagrama del proceso, que se fue modificando a partir de la información que se recolectó posteriormente.

Recolección de información: se realizaron 4 grupos focales con los usuarios de los Centros de Escucha, 2 entrevistas con la red de servicios (Comuna 13, Fundación Sumapax) 1 grupo focal con el equipo de facilitadores de los Centros de Escucha. Diligenciamiento de las categorías descriptivas en los diarios de campo que llevan los profesionales.

Sistematización de la información: De acuerdo a la información diligenciada en los diarios de campo, se realizó la descripción de las categorías descriptivas, que son las siguientes: Situaciones

de exclusión social, Construcción de un dispositivo en red, red subjetiva, Servicios preferenciales. Las categorías analíticas se construyeron con base en dos fuentes de información: las categorías descriptivas, dos grupos focales, uno que se realizó con el equipo de facilitadores, y otro con los coordinadores.

Análisis del Modelo de Inclusión Social y contraste: Finalmente se realizó la triangulación de la información, teniendo en cuenta la información de las categorías descriptivas, las categorías analíticas y el Modelo de Inclusión Social.

Teniendo en cuenta lo anterior, pueden considerarse como objeto de la sistematización los siguientes aspectos:

- Necesidades de atención que se presentan en cada una de las comunidades donde se están implementando actualmente los Centros de Escucha y las Zonas de Orientación Escolar.
- La inducción a la demanda que se realiza de parte de las diferentes redes que trabajan en los centros de escucha y en las zonas de orientación escolar.
- La gestión de casos, la cual tienen en cuenta a su vez, primero, los modelos teóricos sobre los cuales se desarrolla la intervención, estos son: el Modelo de Inclusión y el Modelo ECO2. En segundo lugar se encuentra la red de recursos comunitarios que buscan más inclusión y menos vulnerabilidad.

Marco conceptual

Modelo ECO2

Es un modelo para la intervención de fenómenos complejos asociados con el sufrimiento social que emplea las redes sociales como perspectiva teórico-metodológica. Aunque es un modelo para la prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social de personas con consumos problemáticos de drogas y situaciones críticas asociadas, no se restringe al trabajo con farmacodependencias y se utiliza para la atención de diversas situaciones de sufrimiento social como: personas con SIDA o VIH+, situación de calle, exclusión social grave, indígenas inmigrantes, menores infractores, jóvenes estigmatizados, entre otras (Machín, 2010).

El nombre constituye un juego de palabras: Epistemología de la Complejidad (ECO1) Ética y Comunitaria (ECO2): ECO2. Epistemología de la Complejidad (ECO1), no hace referencia a una teoría determinada y acabada, sino a un metanivel, una reflexión de segundo orden, que busca enlazar los aportes de diferentes ciencias para comprender la realidad humana. Para el modelo cada disciplina es un sistema que privilegia un punto de vista particular sobre la realidad, y por ello es necesario vincularlas en red y transdisciplinariamente. La articulación se lleva a cabo en un metanivel a partir de las contribuciones de la filosofía y las ciencias de la complejidad. Ética comunitaria (ECO2), se refiere a dos planos importantes de la intervención: el plano ético se refiere al respeto por la dignidad humana, y por lo tanto a la promoción de los derechos humanos, lo cual exige contrarrestar los fenómenos de sufrimiento y de exclusión social, desde un

punto de vista profesional, es decir con criterios deontológicos, de calidad, eficiencia y eficacia. El plano de lo comunitario conlleva considerar la comunidad como actor central de la intervención y con un rol protagónico de la comunidad como espacio - tiempo (físico, relacional y simbólico) que produce procesos de inclusión y exclusión (Machín, Velasco, Silva, Moreno, 2010).

El modelo ECO2 emplea las redes sociales como perspectiva teórico-metodológica para el diagnóstico, y también para el desarrollo e implementación de estrategias de intervención. Dicha intervención busca, dentro de una comunidad local, la articulación de una red de recursos, la creación de una red operativa (red social subjetiva comunitaria de las y los operadores de la intervención), y aumentar la complejidad efectiva de las redes sociales de las personas. Esta perspectiva de red se fundamenta en investigaciones y experiencias que han demostrado el importante papel que juegan las redes sociales en los procesos de salud/bienestar o enfermedad/ malestar, y como base del apoyo social.

La red social se entiende como:

El campo relacional que establece el espacio-tiempo-comunicación en que los sujetos/sujetas identifican-significan (las relaciones, la realidad, a otros sujetos/sujetas) y son identificados-significados (por las relaciones, la realidad, a otros sujetos/sujetas) en su contexto (Machín, 2010).

La red está formada por las relaciones que la conforman, cada relación es una distinción, pero ninguna existe independiente de la red. Adicionalmente, un elemento fundamental en el Modelo ECO2 es que el vacío es un elemento de

la red, es decir, la ausencia de relaciones es parte de la red. El vacío es un espacio-tiempo que no está ocupado por nodos o lazos.

El modelo ECO2 plantea que los operadores lleven a cabo unas iniciativas que permitan producir organización comunitaria: Diagnóstico de comunidad, Diagnóstico de personas, Red subjetiva comunitaria, Red operativa, y Red de recursos comunitarios. Éstas son las formas en que la comunidad local se organiza, y con las que se debe propiciar la reorganización de la comunidad en términos de una mayor complejidad efectiva.

El modelo contempla la organización de la información en el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SiDiEs), y el Sistema de Diagnóstico Terapéutico (SiDiTer) para cada comunidad. El SiDiEs incluye no sólo el análisis de la red de líderes de la comunidad, sino también una breve historia de la comunidad, el sistema símbolos, ritos y mitos, representaciones sociales sobre algunos temas, análisis de conflictos y fracasos, datos sociológicos, entre otros. Por su parte, el SiDiTer está conformado por la Hoja de Primer Contacto (HPC), anamnesis, diario clínico, y el instrumento de seguimiento de casos individuales (Machín, 2010).

El tratamiento de base comunitaria tiene como fin mejorar las condiciones de vida de las personas que están en situación de exclusión social, sin sacarlas de la comunidad local. Es un proceso que se vive en, con, por medio de la comunidad. Igualmente, la incidencia en representaciones sociales y la articulación de la red de recursos comunitarios están en el centro de la intervención.

Por último, cabe mencionar que el modelo ECO2 es el marco teórico y metodológico en que están formados más de 300 organizaciones en Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, y Panamá. Actualmente se está implementando en algunos países de Asia y Europa del este (Machín, 2010).

La participación de múltiples actores internacionales ha posibilitado sistematizaciones de las prácticas con un marco teórico y metodológico común, incluyendo instrumentos estandarizados para

registrar, organizar, sintetizar y analizar la información. De esta forma se contribuye a la generación de conocimiento científico, pero también a la incidencia en la generación de políticas públicas basadas en evidencia, como lo es el Modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas, vigente en Colombia.

Modelo de Inclusión Social

El Ministerio de la Protección Social del Estado Colombiano fundamentado en los principios del Estado Social de Derecho y la Dignidad Humana ha propuesto el Modelo de Inclusión Social para el consumidor de drogas y para las personas en situación de exclusión social y/o situaciones de vulnerabilidad.

El marco legal en el que se instaura el modelo de inclusión social es la Ley 789 de diciembre 27 de 2002, ésta promueve la disminución de la vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida, especialmente de los más desprotegidos. Las instancias de manejo y reglamentación en la destinación de los fondos del sistema de protección social para acciones de inclusión y apoyo laboral son las siguientes: Fondo de Protección Social (Artículo 1º). Fondo para apoyar al empleo y para la protección al desempleado. (Artículo 6º). Fondo de Subsidio al Empleo y al Desempleo. (Artículo 8º). Fondo para la Atención Integral de la Niñez y Jornada Escolar Complementaria (Artículo 16º, numeral 8). Fondo Emprender, su objeto exclusivo es financiar iniciativas empresariales que provengan y sean desarrolladas por aprendices o asociaciones entre aprendices, practicantes universitarios o profesionales cuya formación se haya hecho en instituciones reconocidas por el Estado de conformidad con las Leyes 30 de 1992 y 115 de 1994 (Artículo 40) (MPS, 2007)

El Modelo de Inclusión Social es una propuesta conceptual y metodológica que pretende articular diferentes actores para buscar soluciones al problema de la exclusión social de las personas consumidoras de drogas. La finalidad del modelo

es generar transformaciones sociales, económicas y políticas que construyan condiciones para que las personas que consumen drogas puedan vivir plenamente como sujetos de derechos, ser responsables de sí mismas y partícipes activas del desarrollo de su localidad y del país, reduciendo los niveles de exclusión social (MPS, 2007)

El objetivo general del Modelo de Inclusión es promover la movilización de diversos actores sociales e institucionales y la articulación de los recursos públicos, privados y comunitarios, con el fin de que las personas en situación o en riesgo de exclusión social por consumo de drogas, puedan acceder a bienes y servicios desde una perspectiva de derechos.

Para comprender el modelo es necesario tener en cuenta ciertas premisas:

- No es necesaria la abstinencia del consumo de drogas para acceder a los servicios planteados por el modelo, ya que éste debe contemplar opciones como la mitigación y la reducción del daño en las que la abstinencia no es un requisito.
- La atención de las recaídas es una estrategia eficaz para disminuir daños y el sufrimiento de los individuos y su entorno.
- Las representaciones sociales frente al consumo de drogas son importantes ya que determinan las actitudes y conductas de las personas frente a los consumidores de drogas. Por eso, es preciso desarrollar acciones que favorezcan la transformación de las representaciones sociales que estigmatizan y excluyen a las personas que consumen drogas.
- No busca crear nuevas estructuras sino articular los recursos existentes (financieros, institucionales, humanos, sociales y técnicos) para que den respuesta a las necesidades y demandas de las personas en situación de exclusión social, para disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los más desprotegidos.

A continuación se presentan algunos de los conceptos centrales para comprender la propuesta del Modelo de inclusión Social (MPS, 2007).

Mitigación. "reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya se han convertido en daños"

Inclusión social. Resultado esperado del proceso realizado entre diferentes actores sociales en el que buscan propiciar condiciones y posibilidades que generen procesos de integración a la comunidad local de las personas consumidoras de drogas o en situación de vulnerabilidad.

Reducción de riesgos: Minimizar las condiciones de riesgo relacionadas con el consumo de drogas. Reducir riesgo implica trabajar en la cotidianidad y generar espacios de atención de bajo umbral, en los que los requisitos para ingresar sean mínimos. Asimismo, es necesario propiciar que las instituciones públicas garanticen el acceso a servicios de salud y de justicia, y mediar en situaciones de conflicto.

Reducción de daños. Es una estrategia que no busca eliminar el consumo de drogas sino limitar los efectos negativos que ocasiona tanto en la salud como a nivel social. Algunos de sus objetivos son: Reducir la pérdida de la calidad de vida y la tasa de morbilidad. Estabilizar al consumidor problemático. Interrumpir el círculo vicioso entre farmacodependencia y conductas delictivas. Mejorar la calidad de vida de los consumidores problemáticos. Prevenir el uso problemático de sustancias entre los consumidores ocasionales. Realizar intervenciones con la comunidad local para fortalecerla y modificar representaciones sociales. Representaciones sociales. Son las construcciones, sentidos y significados que se hacen sobre la realidad y las diferentes dimensiones de la cotidianidad y constituyen el marco de referencia de todo comportamiento. Las representaciones sociales asociadas a los consumidores están relacionadas con degeneración, delincuencia, enfermedad, y dichas representaciones dan lugar a prácticas de discriminación e intolerancia que obstaculizan los procesos de inclusión.

Redes sociales: el tejido social se puede representar como una red de relaciones entre las personas, y entre estas y el entorno sociocultural, económico y político.

Red subjetiva:

Conjunto de personas y sus interconexiones que una persona identifica como importantes y significativas en su vida: relaciones de parentesco, afinidad, amistad, vecindad, trabajo. Hay mayor riesgo y vulnerabilidad social mientras más débil y homogénea sea ésta red.

Red subjetiva Comunitaria:

conjunto de personas de la comunidad local y sus conexiones con las cuales los operadores del proyecto tienen relaciones de "amistad".

Red de recursos comunitarios:

Conjunto de actores (personas, grupos, instituciones, organizaciones etc.) y de sus conexiones que pertenecen a la comunidad, contactados por los operadores durante el trabajo de campo en la comunidad, y que pueden ser integrados entre los aliados para apoyar el trabajo de inclusión.

Red operativa:

conjunto de personas (operadores) y sus conexiones, que conforman el equipo de trabajo para la inclusión social en una comunidad local.

Marco Estratégico del Modelo

El modelo de inclusión social comprende cinco líneas estratégicas (MPS, 2007):

Línea Estratégica 1. Prevención de riesgos de exclusión social. Integra tres estrategias: sensibilización, formación y comunicación. Busca difundir el modelo de inclusión social y generar un pensamiento social incluyente, lo que conlleva a generar transformaciones en las representaciones sociales frente al consumo de droga. Asimismo, busca incidir en los niveles de exclusión social de las personas que consumen drogas

en los diferentes contextos (familiar, comunitario, laboral y escolar).

Línea Estratégica 2. Desarrollo de un sistema de articulación local en red a través de la formación en la acción. Busca construir un sistema de redes y vínculos sociales en el que participen todos los actores comunitarios e institucionales de la comunidad para lograr procesos de inclusión sostenibles. La metodología de formación en la acción consiste en realizar un diagnóstico comunitario con los actores de la comunidad, que permita a su vez hacer un plan de acción con base en las necesidades y recursos de la comunidad.

Línea Estratégica 3. Desarrollo de servicios preferenciales y acciones positivas para generar oportunidades laborales y movilización social. Es un proceso de articulación, negociación y organización de los recursos locales existentes en la comunidad. Todas las comunidades tienen servicios y recursos, se busca utilizar los servicios de la comunidad, fortalecer los que sea necesario, y crear con los actores de la comunidad nuevos servicios cuando la necesidad no tenga respuesta en los servicios existentes. Este proceso comprende cinco áreas: formación, capacitación para el trabajo, salud, asistencia básica, y actividades lúdicas y recreativas.

Línea Estratégica 4. Desarrollo de un proceso de monitoreo y evaluación de la implementación del modelo. Desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación que permita el desarrollo de aprendizajes y el fortalecimiento del modelo en Colombia, partiendo del análisis de las prácticas llevadas a cabo y su documentación sistemática. Las estrategias para desarrollar esta línea son: definir instrumentos, registrar información de manera sistemática, hacer evaluaciones y ajustes, socializar los resultados con las comunidades.

Línea Estratégica 5. Desarrollo de un proceso de incidencia política. Se debe promover la movilización social y los procesos de abogacía para favorecer transformaciones normativas que sustenten y fortalezcan la implementación del modelo de inclusión. Las estrategias para desarrollar esta línea son: detectar vacíos legislativos, visibilizar las problemáticas de derechos humanos y movilizar voluntades políticas. Milanese (2009) define un centro de escucha como un servicio de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la derivación. Dentro del concepto de servicio engloba aspectos como el equipo, el programa operativo, los recursos para la operación, la sede operativa, el territorio

de trabajo, etc. El propósito del centro de escucha sería dar respuesta inmediata a las demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local que ha sufrido situaciones de exclusión, y en particular a aquellos miembros del grupo objetivo.

La propuesta de los centros de escucha surge asociada al modelo ECO2 y el tratamiento comunitario. Estos modelos tienen como característica fundamental que el proceso se lleva a cabo en la comunidad local, junto con la comunidad local, y por medio de la comunidad local. Consideran que la institucionalización de los "pacientes" no es necesaria, y buscan el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que usan drogas en situaciones de exclusión social, pero también el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades locales donde éstos viven y trabajan (Milanese, 2009).

Igualmente, el trabajo del centro de escucha no se limita a los casos de consumo de drogas, sino que es incluyente respecto a las demandas y necesidades de los diferentes miembros de la comunidad local.

Para que el centro de escucha llegue a entrar en funcionamiento, realizar una gestión de casos, y pueda buscar el cumplimiento de sus objetivos, primero se debe pasar por una serie de complejos procesos previos que debe realizar el equipo. Resumidamente, son: conformación del equipo, entrada en comunidad, conformación de una red operativa, Desarrollo del SiDiEs, hacer trabajo de calle y acciones de enganche, y conformar las redes: subjetiva comunitaria, de recursos comunitarios, y de líderes de opinión.

En la conformación de equipo se enfatiza la importancia de la formación común en los modelos teóricos y prácticos que guían los procesos. Al inicio del proceso y cada vez que entre una persona al equipo se debe realizar un proceso de formación para el manejo de situaciones de emergencia, sufrimiento o conflicto, y el modelo de acogida comunitaria y trabajo en red.

En el siguiente paso, la entrada en la comunidad, Milanese (2009) recomienda buscar una puerta de entrada por medio de las redes de líderes de opinión formales y no formales. Los líderes de opinión son aquellas personas y las conexiones que los miembros de la comunidad consideran referentes significativos en determinadas áreas de la vida de la comunidad. El objetivo de esta fase es la construcción del dispositivo de trabajo: es decir, las redes, la organización de recursos locales humanos y comunitarios, y una base física que concrete la presencia del servicio en la comunidad. En

algunas ocasiones puede suceder que haya equipos u organizaciones que ya hayan trabajado desde antes en el territorio, esto implica que hay que evaluarlos, sistematizarlos y armonizarlos con el trabajo propuesto.

El trabajo de calle es planteado como parte fundamental en la construcción del dispositivo. Éste implica vivir la comunidad local desde la calle, encontrar a quienes viven o trabajan en la calle, contactar las organizaciones y grupos, dueños de negocios, y referentes comunitarios, construir la red subjetiva comunitaria, establecer relaciones fuertes con los miembros del grupo meta, y conocer el territorio. El trabajo de calle busca ser parte de la comunidad, y contactar y mantener el contacto con todos los miembros del grupo meta.

Adicionalmente, las actividades de enganche consisten en realizar algunas acciones concretas de prevención o asistencia inmediata dirigida a personas del grupo meta, orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida. Entre estas se incluyen acciones en el área de la salud, de la educación no formal, animación y acciones culturales, y acciones de asistencia inmediata. Estas labores constituyen la base del trabajo de diagnóstico comunitario.

Sumado a lo anterior, una de las acciones centrales para el establecimiento del CE es el establecimiento de las redes que permitan que las acciones sean realizadas y que tengan resultados positivos no solamente para los beneficiarios inmediatos, sino también en la comunidad. Estas redes son sistemas de alianzas que favorecen y fortalecen las acciones concretas de los servicios. Para esto se deben identificar y contactar a los actores más significativos de la comunidad local. El objetivo es poder conformar las redes: subjetiva comunitaria, de líderes de opinión, de recursos comunitarios, de recursos operativos.

Luego de estas acciones el centro de escucha puede ofrecer servicios enmarcados en la escucha, orientación, derivación y acompañamiento de los beneficiados a las redes de servicios previamente constituidas, para de este modo facilitar la accesibilidad y la respuesta inmediata a las necesidades y las demandas de la comunidad. Por lo anterior, los CE permiten la articulación y fortalecimiento de las redes organizacionales estatales, privadas e independientes, para favorecer la atención de poblaciones vulnerables y en algún nivel de sufrimiento social en la comunidad local donde opera.

Centros de Escucha (CE)

Milanese (2009) define un centro de escucha como un servicio de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la derivación. Dentro del concepto de servicio engloba aspectos como el equipo, el programa operativo, los recursos para la operación, la sede operativa, el territorio de trabajo, etc. El propósito del centro de escucha sería dar respuesta inmediata a las demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local que ha sufrido situaciones de exclusión, y en particular a aquellos miembros del grupo objetivo.

La propuesta de los centros de escucha surge asociada al modelo ECO2 y el tratamiento comunitario. Estos modelos tienen como característica fundamental que el proceso se lleva a cabo en la comunidad local, junto con la comunidad local, y por medio de la comunidad local. Consideran que la institucionalización de los "pacientes" no es necesaria, y buscan el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que usan drogas en situaciones de exclusión social, pero también el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades locales donde éstos viven y trabajan (Milanese, 2009).

Igualmente, el trabajo del centro de escucha no se limita a los casos de consumo de drogas, sino que es incluyente respecto a las demandas y necesidades de los diferentes miembros de la comunidad local.

Para que el centro de escucha llegue a entrar en funcionamiento, realizar una gestión de casos, y pueda buscar el cumplimiento de sus objetivos, primero se debe pasar por una serie de complejos procesos previos que debe realizar el equipo. Resumidamente, son: conformación del equipo,

entrada en comunidad, conformación de una red operativa, Desarrollo del SiDiEs, hacer trabajo de calle y acciones de enganche, y conformar las redes: subjetiva comunitaria, de recursos comunitarios, y de líderes de opinión.

En la conformación de equipo se enfatiza la importancia de la formación común en los modelos teóricos y prácticos que guían los procesos. Al inicio del proceso y cada vez que entre una persona al equipo se debe realizar un proceso de formación para el manejo de situaciones de emergencia, sufrimiento o conflicto, y el modelo de acogida comunitaria y trabajo en red.

En el siguiente paso, la entrada en la comunidad, Milanese (2009) recomienda buscar una puerta de entrada por medio de las redes de líderes de opinión formales y no formales. Los líderes de opinión son aquellas personas y las conexiones que los miembros de la comunidad consideran referentes significativos en determinadas áreas de la vida de la comunidad. El objetivo de esta fase es la construcción del dispositivo de trabajo: es decir, las redes, la organización de recursos locales humanos y comunitarios, y una base física que concrete la presencia del servicio en la comunidad. En algunas ocasiones puede suceder que haya equipos u organizaciones que ya hayan trabajado desde antes en el territorio, esto implica que hay que evaluarlos, sistematizarlos y armonizarlos con el trabajo propuesto.

El trabajo de calle es planteado como parte fundamental en la construcción del dispositivo. Éste implica vivir la comunidad local desde la calle, encontrar a quienes viven o trabajan en la calle, contactar las organizaciones y grupos, dueños de negocios, y referentes comunitarios, construir la red

subjetiva comunitaria, establecer relaciones fuertes con los miembros del grupo meta, y conocer el territorio. El trabajo de calle busca ser parte de la comunidad, y contactar y mantener el contacto con todos los miembros del grupo meta.

Adicionalmente, las actividades de enganche consisten en realizar algunas acciones concretas de prevención o asistencia inmediata dirigida a personas del grupo meta, orientadas al mejoramiento de sus condiciones de vida. Entre estas se incluyen acciones en el área de la salud, de la educación no formal, animación y acciones culturales, y acciones de asistencia inmediata. Estas labores constituyen la base del trabajo de diagnóstico comunitario.

Sumado a lo anterior, una de las acciones centrales para el establecimiento del CE es el establecimiento de las redes que permitan que las acciones sean realizadas y que tengan resultados positivos no solamente para los beneficiarios inmediatos, sino también en la comunidad. Estas redes son

sistemas de alianzas que favorecen y fortalecen las acciones concretas de los servicios. Para esto se deben identificar y contactar a los actores más significativos de la comunidad local. El objetivo es poder conformar las redes: subjetiva comunitaria, de líderes de opinión, de recursos comunitarios, de recursos operativos.

Luego de estas acciones el centro de escucha puede ofrecer servicios enmarcados en la escucha, orientación, derivación y acompañamiento de los beneficiados a las redes de servicios previamente constituidas, para de este modo facilitar la accesibilidad y la respuesta inmediata a las necesidades y las demandas de la comunidad. Por lo anterior, los CE permiten la articulación y fortalecimiento de las redes organizacionales estatales, privadas e independientes, para favorecer la atención de poblaciones vulnerables y en algún nivel de sufrimiento social en la comunidad local donde opera.

Descripción del proceso de Gestión de casos en los Centros de Escucha

A continuación se muestra la forma en cómo típicamente se han gestionado los casos en el desarrollo de los centros de Escucha de Medellín, entendiendo que hay variaciones en cada uno de ellos; no obstante, algunos conceptos y procedimientos serán reevaluados durante la sistematización; por tanto esta no es una descripción sobre el deber ser de la gestión de los casos, sino la forma en cómo se han hecho hasta ahora.

La población objetivo de los Centros de Escucha son todos los miembros de la comunidad en la cual se encuentre ubicado el CE. Algunos de los casos

llegan a través de las actividades de enganche que se realizan con la comunidad, luego de éstas se acercan las personas de la comunidad solicitando una asesoría frente a una situación relacionada con lo que se trabajó en la actividad. En ocasiones, algunos casos son remitidos por un miembro de la red operativa o por alguna persona que hace parte de la red subjetiva.

Los motivos por los cuales acuden al CE son diversos: asuntos relacionados con problemáticas familiares, asuntos relacionados con el ingreso a una Institución educativa, crisis emocionales,

crisis con los padres, el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), pérdidas amorosas, intentos de suicidio, o personas habitantes de calle con consumo de SPA que quieren ser internadas. Otros casos llegan remitidos por uno de los miembros o líderes de la red operativa que se tiene en el barrio, ya que estos son los que logran identificar los casos en los que hay vulneración de los derechos y/o que precisan de alguna atención u orientación. Por ejemplo, un profesional de CE cita el caso de un presidente de la Junta de Acción Comunal que tiene mucha incidencia dentro del barrio, y por ser joven de alguna manera el trabajo que ha hecho ha generado confianza entre la comunidad, entonces le llegan muchos casos y los remite al CE. Otros casos aparecen desde las necesidades de instituciones que están ubicadas en el barrio, por ejemplo los funcionarios de Buen Comienzo, a veces remiten a un miembro de alguna familia que necesita orientación o asesoría frente a una situación relacionada con consumo de SPA.

Cuando llega el caso se le da una cita a la persona, o si en el momento se puede hacer la asesoría se abre el espacio, se busca un lugar cómodo dispuesto para la confidencialidad, en el que no se filtre la información a la comunidad, se busca que haya un espacio tranquilo que permita que la persona pueda hablar y contar lo que le está sucediendo. En cada caso se debe diligenciar la Hoja de Primer Contacto y hacer seguimiento de acuerdo a la respuesta que se haya dado a su necesidad o demanda.

A partir de la escucha activa se empieza a explorar con la persona las posibles soluciones a la situación encontrada. Sin embargo, generalmente surge de la misma persona la intención de recurrir a alguna ayuda además de la que se le puede proporcionar, entonces se le muestra algunas estrategias o herramientas con las que cuenta el CE, como pueden ser algunas instituciones, programas y proyectos que sirvan como red de apoyo para esa persona en esa situación determinada.

Cuando la persona decide que sí requiere el apoyo y la atención, se continúa con la siguiente fase del proceso que es hacer el contacto, buscar el cupo, llenar el formato de remisión y se hace llegar la remisión a través de la persona. También se

hace acompañamiento por parte del CE cuando se requiere, y luego se hace el seguimiento. Se le pregunta a la persona cómo va, se le llama, visita y se le está motivando continuamente para que continúe dentro del proceso. Porque también se corre el riesgo de que la persona se desanime, y que no continúe con los procesos, por esto es importante en la gestión del caso hacer seguimiento y estar motivando permanentemente a la persona para que esté en el proceso.

Vale decir que la gestión de los casos depende de la disposición de los servicios que hacen parte de la red de servicios, se hace ésta aclaración porque aunque el profesional gestiona recursos con la red, en ocasiones las instituciones no dan respuesta a la demanda que se hace.

Para los operadores de los CE, los casos son parte integral del proceso, están de la mano con el trabajo que se realiza de sensibilización, acercamiento, de generar confianza y relaciones con la comunidad. El hecho de trabajar en temas de mitigación o de prevención de consumo de SPA no es ajeno a todas las situaciones que ocurren dentro de las familias y a nivel individual, que afectan de manera directa o indirecta a una comunidad. No se puede decir que un caso particular no tiene nada que ver con lo que ocurre dentro del barrio, sino que por el contrario lo que ocurre en las familias incide en lo que ocurre a nivel comunitario, porque las dificultades familiares pueden desembocar en dificultades a nivel vecinal y esto a su vez se puede volver un problema a nivel barrial. Asimismo lo que sucede dentro de los barrios afecta las familias.

Diagrama Gestión de casos en Centros de Escucha:



Categorías Descriptivas

Características de la población atendida en los Centros de Escucha (CE)

Dentro de las acciones que se realizan en los Centros de Escucha (CE) es muy importante el registro de las mismas. Para el contacto inicial con las personas, los CE disponen de una herramienta denominada Hoja de Primer Contacto (HPC) , y la Corporación Surgir diseña un diario de Campo en el que registra todos los contactos que tiene con los casos que acuden al CE. De estas dos herramientas se mostrarán a continuación algunos datos que permiten identificar las características de las personas atendidas, especialmente a partir de la demanda que hacen al CE y la respuesta de éste.

Según el Diario de Campo, desde el año 2013 hasta marzo de 2015 por los 6 Centros de Escucha han pasado 231 personas que entre todas han recibido 376 atenciones, las cuales van entre 1 y 9 atenciones, siendo mayoritaria las personas que han sido atendidas 1 sola vez con el 68%; 2 veces 20% y entre 8 y 9 solo 1.3%. Esto muestra la relación establecida de las personas con el CE que en la mayoría de los casos es para algo puntual y no se mantiene el contacto en el tiempo.

De la muestra de 184 personas atendidas en el CE, tomadas de las HPC, respecto a la situación que origina el contacto, es decir, los problemas con los cuales las personas acuden a los CE se encuentra:

Situación que origina el contacto	%
Apoyo económico	2,15%
Burocráticos	0,54%
Capacitación y formación	31,18%
Conductas antisociales	0,54%
Conductuales	6,45%
Crisis psicológica	4,30%
Enfermedades	2,15%
Escolares	5,38%
Exclusión Grave	0,54%
Legal, Burocráticos/Administrativos	0,54%
Otro	3,23%
Pobreza Extrema	0,54%
Psiquiátricas	0,54%
Redes Interinstitucionales	5,91%
Relacionales	6,99%
Sustancias/Alcohol	17,74%
Vida en la calle	1,08%
Violación	1,08%
Violencia Intracomunitaria	1,61%
Violencia Intrafamiliar	7,53%
(en blanco)	0,00%
Total general	100,00%

Fuente: Hoja de primer contacto (HPC)

Otro dato importante es el tipo de respuesta, pues esta se refiere a lo que el CE ofrece a las personas

Tipos de Respuestas	%
Acompañamiento	0,56%
Canalización/Derivación	15,08%
Consejo-Orientación	27,37%
Escucha inmediata/Manejo de crisis	1,12%
Indicaciones	1,12%
Otro	1,68%
Se da información	36,87%
Se da una cita	16,20%
(en blanco)	0,00%
Total general	100,00%

Fuente: Hoja de primer contacto (HPC)



Comparando el tipo de respuesta respecto a la principal situación que origina el contacto, encontramos:

Situación que origina el contacto	Tipos de Respuestas									
	Acompañamiento	Canalización/ Derivación	Consejo e- Orientación	Escucha inmediata/ Manejo de crisis	Indicaciones	Otro	Se da información	Se da una cita	(en blanco)	Total general
Apoyo económico	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,00%	1,68%	0,00%	0,00%	2,23%
Burocráticos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,56%
Capacitación y formación	0,00%	8,38%	2,79%	0,00%	0,00%	0,00%	17,88%	2,79%	0,00%	31,84%
Conductas antisociales	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,56%
Conductuales	0,00%	1,68%	1,68%	0,00%	0,00%	0,56%	1,12%	1,12%	0,00%	6,15%
Crisis psicológica	0,00%	0,56%	2,79%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	3,91%
Enfermedades	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,23%	0,00%	0,00%	2,23%
Escolares	0,00%	0,56%	0,56%	0,00%	0,56%	0,00%	2,23%	1,12%	0,00%	5,03%
Exclusión Grave	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Legal	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,56%
Otro	0,00%	0,56%	0,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	1,68%
Pobreza Extrema	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%
Psiquiátricos	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%
Redes Interinstitucionales	0,00%	0,00%	5,59%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	6,15%
Relacionales	0,00%	0,00%	2,23%	0,56%	0,00%	0,00%	0,56%	3,91%	0,00%	7,26%

Fuente: Hoja de primer contacto (HPC)

Nótese cómo en general las situaciones que origina el contacto con mayor porcentaje son Capacitación y formación (31,84%), seguido de Sustancias/Alcohol con 17,32%. En el primer caso la canalización/derivación y la información son las principales respuestas que se dan en los CE, y para el segundo es consejo orientación. Contrasta que la Canalización/Derivación sea tan alta para la situación de Capacitación y Formación respecto a la situación de Sustancias/Alcohol.

Comparando la relación del tipo de atenciones ofrecidas respecto a si la demanda tenía relación o no con Sustancias Psicoactivas (SPA), se encontró lo siguiente:

Rótulos de fila	Atendido por SPA	Relacionado con SPA	Relacionado con SPA pero atendido por otro motivo	Otros motivos	Total general
HPC-CANALIZACION/DERIVACION	3,31%	0,55%	3,03%	11,85%	18,73%
HPC-CONSEJO/ORIENTACION	4,13%	1,65%	1,93%	12,12%	19,83%
HPC- INFORMACION	0,83%	0,00%	1,65%	16,80%	19,28%
HPC-ACOMPANAMIENTO	0,55%	0,00%	0,55%	1,38%	2,48%
HPC-CITA	1,38%	0,00%	0,00%	0,28%	1,65%
HPC-ESCUCHA INMEDIATA/MANEJO DE CRISIS	0,28%	0,28%	0,28%	2,75%	3,58%
HPC-INDICACIONES, SUGERENCIAS OPERATIVAS	0,55%	0,00%	0,00%	0,28%	0,83%
HPC-OTRO	0,00%	0,00%	0,00%	1,93%	1,93%
SEGUIMIENTO	1,38%	0,55%	5,51%	11,57%	19,01%
SEGUIMIENTO TELEFONICO	4,41%	0,28%	0,00%	7,99%	12,67%
(en blanco)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total general	16,80%	3,31%	12,95%	66,94%	100,00%

Fuente: Diario de campo

Resalta como la mayoría de atenciones tienen que ver con motivos distintos al consumo de SPA (66.94%), lo que muestra que las personas ven al Centro de Escucha como una instancia que los puede ayudar ante diversas situaciones. Esto tiene que ver también con que en principio el CE ofrecía acompañamiento para diversas situaciones y solo octubre de 2014, Surgir tomó la opción de focalizar más en asuntos relacionados con SPA, para poder concentrar mejor sus acciones y no dispersarse tanto, haciendo que la demanda por otros motivos bajara al 38% respecto a dicho periodo.

Resalta también que las canalizaciones, consejo/orientación e información son las opciones de respuesta más comunes, tanto para quienes

acuden por motivos relacionados con las SPA como quienes lo hacen por otros motivos. También es importante destacar que los CE atienden a personas consumidoras de SPA, pero en ocasiones la atención no se relaciona con ello, pues no es la demanda que estas personas hacen, sino que se relaciona con otras situaciones problemáticas de sus vidas.

Comparando además si la situación tenía relación con SPA y la participación de la red, entendida como otros actores involucrados de alguna manera con el caso, se encuentra:

Participación de la red	Atendido por SPA	Otros motivos	Relacionado con SPA	Relacionado con SPA pero atendido por otro motivo	Total general
Si	9,57%	4,79%	1,06%	7,98%	23,40%
No	10,11%	59,84%	2,13%	4,52%	76,60%
Total general	19,68%	64,63%	3,19%	12,50%	100,00%

Fuente: Diario de campo

Puede notarse como en la mayoría de los casos (76.6%) no hubo participación de otros actores distintos del profesional asignado a cada CE, lo que muestra que aún hay un incipiente ejercicio de red para la gestión de los casos. También es notorio como en los casos en que si hubo algún involucramiento de otro actor, fue en situaciones relacionadas con SPA, mientras que en los otros motivos que no tenían que ver con SPA, la no participación de la red fue muy alta. Esta situación es compartida con las Zonas de Orientación Escolar.

El Modelo de inclusión social del consumidor de SPA en el desarrollo de la gestión de casos del Centro de Escucha

En esta parte se mostrará la relación entre el modelo de inclusión social del consumidor de SPA y la gestión de los casos. Es decir, cuáles fueron las situaciones de exclusión social identificadas, cómo se desarrolló un dispositivo en red para la gestión de los casos y cuáles fueron los servicios preferenciales gestionados desde el CE.

Situaciones de exclusión social.

A continuación se presenta un panorama general de las situaciones de exclusión social de los usuarios de los Centros de Escucha en diferentes ámbitos: En el ámbito educativo se observan algunos jóvenes con consumo de sustancias psicoactivas que presentan bajo rendimiento académico y esto hace que se encuentren en riesgo de exclusión del sistema educativo. También hay situaciones de autoexclusión, es decir que hay jóvenes consumidores que deciden abandonar el sistema educativo por su propia decisión, muchas veces

por causa del consumo de sustancias psicoactivas. Muchos jóvenes consumidores están en riesgo de desescolarización por causa del consumo de SPA debido que son estigmatizados por su consumo. Por otra parte, algunas personas consultan por motivos relacionados con la orientación vocacional, la formación técnica y tecnológica, y con la capacitación para el trabajo. También hay personas que se acercan porque no han terminado sus estudios y desean continuar con ellos. Algunos jóvenes por el contrario desean ingresar al sistema educativo pero se les dificulta conseguir un cupo en alguna institución educativa.

En el ámbito laboral, hay consumidores de sustancias psicoactivas que aunque son profesionales no tienen acceso a un empleo o son excluidos del ámbito laboral por causa de su consumo. Muchas personas consultan al CE para solicitar información y ayuda respecto a la capacitación para el trabajo. Otros usuarios se acercan al CE porque se encuentran desempleados, o porque no tienen unas condiciones dignas de empleo.

En el ámbito familiar, el consumo de sustancias psicoactivas es una situación que genera preocupación y sufrimiento en las personas que están alrededor del consumidor, esto se evidencia en que muchos de los casos de consumo que llegan al Centro de Escucha no son los consumidores directamente los que consultan sino que son los familiares quienes van. En ocasiones los familiares logran vincular al consumidor con el centro de escucha, y de ahí los derivan a servicios de tratamiento u otros servicios. Pero en otras situaciones los consumidores manifiestan definitivamente no estar interesados en acceder a estos servicios, en estos casos las acciones de los facilitadores del centro de escucha se restringen a informar y orientar a la familia sobre las rutas de atención que pueden seguir, en caso de que la persona decida ingresar a un servicio de tratamiento en otro momento.

Otras situaciones de exclusión a nivel familiar tienen que ver con que algunas personas contemplan la idea de echar de la casa al miembro de la familia que consume. En algunos casos se ha logrado sensibilizar a las familias sobre las consecuencias que esto tendría y hacerlas replantear esta decisión. En otros casos las familias terminan expulsando al sujeto consumidor porque su presencia causa más problemas, por ejemplo puede causar problemas de seguridad en la medida en que la situación no sea solo de consumo sino también involucramiento con el tráfico de sustancias.

En el ámbito comunitario algunos consumidores tienen temor a ser excluidos y por esto no aceptan participar de los grupos que se forman en la comunidad, ya que no tienen confianza en sus vecinos y sienten que si entran a estos grupos serán estigmatizados por su consumo. Asimismo hay problemas de convivencia a nivel comunitario. Es importante señalar que, en ocasiones no se trata solo de situaciones de consumo de drogas sino también de asuntos relacionados con micro tráfico asociadas a bandas, en muchos de estos casos los consumidores no muestran interés por vincularse con el Centro de Escucha, sino que la demanda surge de uno de sus familiares.

Si bien, el objetivo principal de los Centros de Escucha hace referencia a las situaciones de

exclusión social causadas por el consumo de drogas, la demanda que la comunidad hace a los Centros de Escucha es más amplia, en la medida en que muchas veces las situaciones de consumo de drogas se cruzan con diferentes problemáticas, que hacen que aumenten la situación de vulnerabilidad de las familias. Se hace referencia a problemáticas tales como: violencia intrafamiliar, violencia de género, abuso sexual, bullying, anorexia infantil enfermedades médicas, personas con familiares en situación de discapacidad (que muchas veces están en situación de exclusión en la medida en que no tienen garantizados sus derechos o que el cuidador no les puede proporcionar la ayuda adecuada) intentos de suicidio, personas desescolarizadas, personas indocumentadas, jóvenes que no tienen resuelta su situación militar, dificultades económicas para cubrir las necesidades básicas (incluso algunos refieren no asistir a los procesos de tratamiento porque esto implica un gasto en transporte que no pueden cubrir), situaciones de desplazamiento, orientación vocacional y capacitación para el empleo, jóvenes que solicitan información acerca de programas de formación técnica y tecnológica, problemas conductuales respecto a la norma en niños y jóvenes, dificultad en el acceso a los servicios en salud, condiciones de hacinamiento en vivienda, entre otras condiciones de vulnerabilidad.

Construcción de un dispositivo en red

En la construcción de un dispositivo en red identifican actores, pero con poco involucramiento en la gestión del caso, se mencionan actores formales y no formales, tales como: Unidad Hospitalaria del 12 de Octubre y de Santa Cruz, HOMO, COMFAMA, ICBF, Iglesia Cristiana, la Junta de Acción Comunal, el grupo de manualidades, y el grupo de tercera edad, la Fundación Sumapax, (su función fue remitir casos al CE, Jefe de Núcleo en casos de desescolarización), Parque Biblioteca, La línea única de la Alcaldía de Medellín, Cerfamí, Jóvenes por la Vida, Programa Ser Capaz de la Alcaldía de Medellín, Sanidad de la Secretaría de Salud, articulación con la Red de Salud Mental de la Comuna 2, la Personería de Medellín y también articulación con la Zona de Orientación Escolar de

la I.E Ramón Giraldo. Algunos casos el coordinador de la I.E mostró preocupación por el consumo de unos jóvenes y psicóloga institucional: fue quien lo motivó a solicitar la ayuda al CE. Algunos casos señalan que a través del CE, la red operativa, los líderes, la comunidad, y la familia se genera condiciones para la atención.

Red Subjetiva

En algunos casos hay varios miembros de la familia (abuela, mamá, hermana, tía, hija) quienes proveen acompañamiento, apoyo y consejo, pero en la mayoría de los casos hay poco involucramiento en la gestión del caso. También hay personas que pertenece al CE, cuya función es hacer seguimiento al apoyo que se le brinda. Hay un caso en que red la subjetiva está conformada por los vecinos y la red operativa, ya que la persona vive sola y no se le conocen parientes cercanos. En cuanto a la red subjetiva de algunos consumidores la madre es la que solicita ayuda y acompaña a su hijo a la cita y al proceso de intervención.

Desarrollo de servicios preferenciales

Área de tratamiento

Respecto a los servicios de tratamiento las personas que tienen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y desean entrar en un tratamiento se les remite a instituciones como: Hogares Claret, la E.S.E CARISMA, también hubo un caso que fue remitido a Centro Día. Sin embargo, a pesar de que a veces los consumidores son los que hacen la demanda no asisten a las citas, o a veces no hay continuidad en los tratamientos ambulatorios.

Área de capacitación para el trabajo y oportunidades laborales

En algunas comunidades la necesidad primordial es crear servicios preferenciales en cuanto a la capacitación para el trabajo y las oportunidades laborales. Desde los Centros de Escucha no se hace capacitación para el trabajo, pero sí dan información sobre donde se hace la capacitación, y ya el paso siguiente podría ser remitir a esos servicios.

Las respuestas del CE a los jóvenes que demandan asesoría respecto la capacitación para el trabajo han sido: vincularlos con la Fundación Apoye, sugerir llevar la hoja de vida a la Junta de Acción Comunal de su barrio, ya que en ésta tienen un banco de hojas de vida; ofrecer información sobre las formaciones del SENA. Asimismo han tenido un acercamiento con el CEDEZO, y también hubo un convenio desde Surgir con el Censa para dar respuesta a la necesidad de capacitación para el trabajo.

Área de Educación

Muchos jóvenes solicitan asesoría en cuanto a la orientación vocacional, información respecto a la formación técnica y tecnológica, la respuesta de los CE es ofrecer información en relación a los programas del SENA. También muchas personas se acercan porque no han terminado sus estudios y desean hacerlo, en estos casos se remite a Instituciones Educativas del Barrio, y en caso de que haya dificultad para que los reciban se les remite hacia el Jefe de Núcleo para tratar de conseguirlo por este medio. También se han hecho remisiones al Colegio CENCAL. En algunos casos también hay muchas personas que hacen la demanda pero finalmente no hacen nada para lograr el acceso al servicio.

Área de la Salud:

En relación a los asuntos de salud se ha hecho remisiones a: la EPS, Unidad Intermedia de Metro Salud, hubo un caso que fue remitido desde la Unidad Intermedia al Hospital Mental de Bello, también se ha hecho derivación al programa Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes.

Área lúdica y recreativa:

En primer lugar cabe aclarar que las acciones en el área lúdica y recreativa no se realizan en torno a un caso específico sino que se realizan actividades en grupos o con minorías activas, partiendo de los intereses de la comunidad o articulándose con otras instituciones que están en la comunidad, articulándose con el Inder o con fundaciones.

Categorías analíticas: el Centro de Escucha desde el Modelo de Inclusión

Situaciones de exclusión social.

Según el Modelo de Inclusión Social para el consumidor de sustancias psicoactivas la Exclusión social se entiende como:

"Un fenómeno complejo y multicausal, al que se suman diversas formas de interpretación y al que corrientemente se suman otros fenómenos identificados bajo conceptos como marginación, segregación, desviación y aislamiento. Debilita los vínculos entre los individuos y la sociedad, entendidos como relaciones de tipo económico, político, sociocultural y espacial. A mayores vínculos rotos la persona se encuentra en condiciones de mayor vulnerabilidad social" (MPS, 2007).

"La exclusión social incide en el incremento de la vulnerabilidad social del individuo y de los grupos afectados por el consumo de drogas, e incluso propicia el incremento del consumo" (MPS, 2007). En primer lugar, cabe señalar que desde la información registrada en las HPC una de las situaciones que más originan la demanda son Capacitación y formación (31,84%), de lo cual se puede deducir que las situaciones de exclusión en el ámbito educativo formal y/o no formal son las que más presentan los usuarios de los CE. Las principales respuestas a esta situación han sido canalización/derivación y la información, respuestas que resultan coherentes con la demanda, ya que se deriva a los usuarios hacia alguna institución de educación o de formación para el trabajo, o se le brinda información sobre éstas.

La otra situación que origina mayor demanda en los CE es Sustancias/Alcohol con 17,32%, para ésta la principal respuesta es consejo/orientación, cabe preguntarse si esta respuesta es la más adecuada en esta situación; se podría decir que en algunos casos puede ser pertinente, sin embargo puede no ser suficiente según las necesidades del usuario. Esta respuesta también puede obedecer al hecho de que en muchas ocasiones quienes consultaban por este motivo no eran directamente los consumidores, sino alguna persona de la red subjetiva de estos, por tanto la respuesta se restringía a dar consejo sobre el manejo del caso, ya que no contactaban a los consumidores, o si se hacía, estos pocas veces aceptaban algún servicio. Según los facilitadores de los Centros de Escucha, la exclusión social del consumidor de drogas se empieza a gestar desde el círculo familiar, ya que en general las personas no quieren convivir con consumidores de drogas, y esto a nivel familiar es un factor que precipita la expulsión o la salida de los consumidores del hogar. Hay unos mecanismos expulsores, sutiles, que van persuadiendo a la persona para que esté lejos de la casa cada vez más, y esto se da porque en la casa no encuentra apoyo, sino que encuentra rechazo y estigmatización.

La exclusión, es un proceso que a veces no es manifiesto, sino que es un mecanismo sutil que va expulsando a los consumidores de los diferentes contextos: familiar, comunitario, académico y laboral, en tanto tienen unas actitudes y unos comportamientos diferentes a lo aceptado socialmente.

Para llegar a la exclusión se pasa por mecanismos muy sutiles: el prejuicio, el estigma, el rótulo, la etiqueta, y esto finalmente se concreta en el acto como tal, en la exclusión que es manifiesta, en el aislamiento, pero antes de eso se recorre un camino que pasa por situaciones de prejuicio y moralidad. Eso se hace extensivo a la institución educativa, a la participación en grupos culturales en la comunidad, y a todos los espacios de la vida social, entre esos, incluso lo laboral y lo académico.

Las situaciones de exclusión de algunos de los casos que se atendieron en los centros de escucha, estaban relacionadas en mayor medida con la dificultad en el acceso a instituciones educativas y con falta de oportunidades laborales, y en menor medida con el acceso a los servicios en salud, asistencia básica y tratamiento. Algo que es importante nombrar es que las rutas de acceso a los servicios en salud y educación son intrincadas, y las personas se pierden en el proceso de activarlas, porque a menudo se encuentran con barreras que no saben cómo eliminar.

En esencia, lo que subyace a las situaciones de exclusión, es una vulneración de los derechos fundamentales: salud, educación, accesibilidad de empleo, entre otros. El modelo de inclusión social, plantea que se deben generar acciones positivas para disminuir las situaciones de vulnerabilidad, y posibilitar el ejercicio de los derechos de las personas que se encuentran desfavorecidos en términos de derechos humanos, lo que significa la canalización de recursos y servicios en las áreas de salud, educación, vivienda, formación para el trabajo, incorporación sociolaboral, participación, recuperación de redes relacionales, entre otras (MPS, 2007).

Sin embargo, en la lógica de generar acciones positivas para garantizar el ejercicio de los derechos, es necesario tener en cuenta diversas circunstancias que posibilitan o impiden que esto se lleve a cabo: por ejemplo, es importante tener presente el principio de corresponsabilidad de diferentes actores, tanto de los actores institucionales que representan la sociedad, como de los individuos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Adicionalmente, es importante aclarar que el centro de escucha es un servicio, pero este servicio por sí solo no puede implementar el Modelo de Inclusión social en su totalidad, para ello es necesario involucrar diferentes sectores y actores, que permitan disminuir la vulnerabilidad y garantizar el cumplimiento de los derechos de todos los sujetos.

Si bien, es importante que haya disponibilidad de los servicios para garantizar el cumplimiento de los derechos, en ocasiones garantizar o no esos derechos fundamentales, también está condicionado por unos factores subjetivos, factores como la falta de voluntad o deseo para acceder a la oferta que se le está proponiendo; esto se evidencia en los casos en que, si bien se hace una derivación a un servicio para disminuir la vulnerabilidad de la persona, ésta no accede al servicio. En este sentido, es importante señalar que el modelo de inclusión social, también rescata que el individuo como sujeto de derechos es corresponsable del problema y su solución, pero muchas veces las personas no asumen su responsabilidad en la solución, lo cual se sale de las manos de aquellos que ejecutan acciones en pro de la inclusión social.

Es importante señalar que, no solo debe ser un asunto de corresponsabilidad por parte del sujeto, ya que en ocasiones los usuarios señalan que un factor que impide el acceso a los servicios a los cuales son canalizados, es la falta de recursos económicos, en casos en los que acceder al servicio implica desplazarse a otro lugar.

Por otra parte, los facilitadores señalan que una posible causa de exclusión respecto a la formación educativa y las oportunidades laborales de las comunidades en general, está relacionada con la falta de acceso a la información de ofertas en estos ámbitos. Aunque brindar información es un servicio del centro de escucha a los casos en particular, algunos profesionales consideran que la difusión de ésta información se debería hacer de forma masiva, y con ayuda de la red operativa.

Respecto a la formación para el empleo y las oportunidades educativas, es importante el acceso a la información de ofertas, pero cuando se trata de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, no basta solamente con difundir una

información, con dar a conocer la información de los cursos, la ruta de acceso, y con que el curso sea asequible en términos económicos, sino que se tienen que generar unas condiciones necesarias para que los chicos, jóvenes y adultos, en general puedan acceder y permanecer en dichos servicios.

Eso significaría, entonces, diseñar metodologías muy específicas para un trabajo con chicos que tienen otros hábitos, otras concepciones, una cantidad de situaciones diferentes. Por ejemplo, se tendrían que hacer adecuaciones de algunos pensum, y flexibilizar horarios, generar condiciones que se ajusten a las dinámicas de vida de estos sujetos. Ya que, posiblemente no los excluyan de manera objetiva y formal del sistema, porque justifican: "vea aquí tiene el cupo, vea que se le está ofreciendo un horario..." pero las condiciones que les ofrecen no se ajustan sus dinámicas de vida, sino que por el contrario los sujetos son los que se tienen que ajustar a las propuestas que hay en el medio.

Lo anterior está en consonancia con lo que plantea el Modelo de Inclusión respecto a las acciones que se deben gestionar en el área de educación, esto es: "Construir alternativas no formales que faciliten el acceso a las personas que no logran ajustarse a las formas regulares o formalmente constituidas del sector educativo" (MPS, 2007). Sin embargo, en la cotidianidad esto es difícil de ejecutar, porque tal como se mencionó anteriormente, las personas son las que se tienen que ajustar a las dinámicas institucionales existentes, y esto difícilmente se da, por tanto se perpetúa la situación de exclusión y vulnerabilidad.

Las situaciones de exclusión del consumidor de drogas en los diferentes ámbitos, inicialmente se gestan por medio de actitudes de estigmatización y de rechazo, esto se evidencia en todos los contextos, desde el familiar y comunitario, hasta el académico y el laboral.

La estigmatización, también se observa por medio de las dificultades en las relaciones personales, porque hay exclusión hasta de los padres, de la familia, de las personas para convivir y habitar los mismos lugares en los que se encuentran las personas que están en situación de consumo,

hay rechazo, y esto se puede dar por miedo o desconocimiento. En este sentido se hace necesario el trabajo en las representaciones sociales sobre los consumidores de drogas

Es importante señalar que aunque el centro de escucha plantea la implementación de una estrategia de mitigación, aún ésta estrategia no tiene aceptación en las comunidades. Esto se evidencia en el hecho de que las demandas de tratamiento son hechas por parte de las personas de la red subjetiva del consumidor, es decir que aún se tiene como ideal, y casi como condición para ser incluido y aceptado en la comunidad, que el consumidor esté en un proceso de tratamiento y rehabilitación, y pocas veces el consumidor se engancha con estos procesos, ya que esto no parte de su deseo sino que es lo que le impone la sociedad para ser incluido.

Articulación en red en la gestión de los casos

La articulación en red consiste en la conformación de una organización más amplia de grupos y/o instituciones que persiguen un objetivo común en torno a un tema definido y/o una referencia geográfica determinada (Milanese, Merlo y Machín, 2000). En primer lugar, se trata de identificar y convocar los nodos para anudar o tejer una nueva red. En segundo lugar, la articulación implica la creación de instancias que permitan la organización del trabajo y la comunicación; es decir la creación de comisiones, la asunción de roles y tareas. En tercer lugar, en la articulación en red los nodos buscan constituirse como un actor colectivo para conformar un discurso y una práctica común. Desde el punto de vista sociológico, las redes se organizan para dar respuesta a problemáticas o conflictos sociales (Milanese, Merlo y Machín, 2000).

Hay algunos asuntos importantes a tener en cuenta en la construcción de un dispositivo en red, que se visualizaron en los CE:

Cuando se trata de construir vínculos el tiempo es un factor determinante, ya que de alguna manera las constantes interrupciones del proyecto impiden

fortalecer los lazos que se están generando con los actores formales e informales.

El trabajo en red va más allá de una derivación a una institución; para lograr un trabajo en red es necesario que las instituciones se organicen para generar una práctica común que dé respuesta a las problemáticas sociales, y en este caso a las necesidades de los casos particulares. Cabe aclarar que, en el trabajo en red no solo se trata de articular actores formales sino también actores informales que puedan asumir roles y tareas dentro de la atención a casos. Sin embargo, en la práctica ha predominado una visión de trabajo en red desde lo formal, y cuando los tiempos de ejecución de los diferentes proyectos no coinciden no se logra el objetivo de gestionar casos en clave de red.

Para gestionar un caso en clave de red, es necesario trascender la forma típica de trabajo en la que solo los profesionales tienen el saber y la responsabilidad para hacer la gestión, desde Modelo de Inclusión Social, la atención de los casos no se debe hacer desde una perspectiva clínica, en la que el profesional escucha y hace un tratamiento individual del caso, sino desde una perspectiva comunitaria, lo cual implica que se deben involucrar otros actores para que apoyen al profesional en la gestión de recursos comunitarios e institucionales, ayudando a que las personas accedan a diferentes recursos y puedan ejercer sus derechos, repercutiendo estas acciones en la inclusión social de los consumidores de drogas. Como se vio en el análisis descriptivo en el 76,6% de los casos no hubo participación de un actor distinto al profesional del proyecto, por lo que la gestión en red es todavía un reto grande. Para ello, es necesario entonces que el CE se articule con otros actores tanto formales como informales, se deleguen responsabilidades y se confíe en lo que otros actores pueden hacer.

En palabras de uno de los facilitadores de los Centros de Escucha, "para trabajar en red es clave generar espacios de interlocución, de articulación, de creación de sinergias para generar un bloque que trabaje un tema específico, el reto de trabajar en red implica que haya canales de intercomunicación, objetivos comunes, distribución de tareas". Lo anterior coincide con lo planteado anteriormente

por Milanese et. al (2000) sobre la articulación en red. Si bien, puede haber claridad sobre el modelo teórico metodológico de intervención comunitaria desde las redes, todo esto es difícil de lograr en el trabajo en campo, porque aunque se emprenden iniciativas para trabajar en red, a menudo las personas se encuentran con obstáculos para lograrlo, a continuación se nombran algunos de estos obstáculos:

Un asunto que puede dificultar el trabajo en red con actores formales tiene que ver con los tiempos contractuales de los diferentes proyectos, teniendo en cuenta que no todos los proyectos están activos al mismo tiempo, y esto implica que en el tiempo en que algunos de los proyectos no estén activos, no habrá respuesta de los servicios que se ofrecen desde estos.

Otro asunto que dificulta el trabajo en red, tiene que ver con el cambio constante de profesionales en estos proyectos, ya que cada vez que ingresa alguien nuevo, de algún modo se pierde el proceso que se había construido, y se tiene que comenzar de nuevo a reactivar los nodos de la red.

De las dificultades que los profesionales señalan que encuentran en el trabajo en red, se genera una reflexión sobre la concepción de trabajo en red orientada a pensarlo casi exclusivamente con actores formales e institucionales, y se contempla poco la posibilidad de un intercambio informal; en este sentido se restringen las acciones de articulación en red a la participación en una mesa o a la posibilidad de respuesta de otros agentes institucionales, con todas las limitaciones que ello implica, en relación a los tiempos contractuales y los cambios de profesionales constantes en los diferentes programas mencionados anteriormente. Se contempla poco la articulación informal, con actores sin ninguna filiación especial, pero que pueden estar dispuestos a generar un aporte a su comunidad y a personas en particular, orientado a la gestión de los casos.

Red subjetiva de los usuarios del Centro de Escucha

"Una red subjetiva es un conjunto de personas y sus interconexiones que un sujeto identifica como importantes y significativas en su vida: relaciones de parentesco, vecindad, trabajo, afinidad y amistad. Mientras más débiles son y homogéneas son las redes subjetivas de las personas, mayor es el riesgo y la vulnerabilidad social" (MPS, 2007).

Situaciones de exclusión social. Red subjetiva (relaciones de parentesco)

Cuando la red subjetiva está constituida por familiares, ésta tiene una función en la gestión de casos dependiendo de quién acude al Centro de Escucha, cuando el que acude es un familiar, se puede decir que hay un trabajo con la red subjetiva, porque ésta participa en el proceso desde que comienza, es decir que los que inician en esa demanda continúan en la respuesta. Pero, en ocasiones, no se logra hacer el contacto con el consumidor, por lo cual, lo que se logra hacer se restringe a un trabajo de orientación y acompañamiento con la red subjetiva.

Una posible dificultad para articular la red subjetiva, en principio puede obedecer a la concepción de que la red subjetiva se restringiera a las relaciones de parentesco. Y muchas veces las redes subjetivas no son precisamente los familiares, ya que estos no son los que brindan apoyo y acompañamiento, ni con los que los sujetos tienen mejores relaciones; porque incluso en el contexto familiar se generan situaciones de rechazo y exclusión, que dificultan que sea ésta la red subjetiva que ayude en la gestión del caso. En este sentido, cuando se tiene la concepción de que la red subjetiva únicamente es un familiar, y se percibe que es débil o inexistente, no se articula la red subjetiva para la gestión del caso.

Sin embargo, cuando se tiene una comprensión de la red subjetiva mucho más amplia, se logra trabajar con personas diferentes a la familia, que se constituyen como red subjetiva; por ejemplo,

casos en los que la red subjetiva era un profesor o un grupo de amigos.

Otra dificultad para activar la red subjetiva, es cuando quien consulta al Centro de Escucha es el consumidor, y de entrada exige la confidencialidad de la información, esto dificulta activar la red subjetiva, porque hacerlo iría en contra de la voluntad del sujeto.

Red subjetiva (relaciones de amistad)

Como se señaló en el apartado anterior, la red subjetiva no solo se establece con personas con relaciones de parentesco, al respecto uno de los facilitadores de los Centros de Escucha señala que se debe superar el tema de que la red subjetiva tiene que ser siempre la familia; la red subjetiva se constituye también en un amigo, un profesor, es decir, con una persona con la que se tenga confianza. El profesional debe tener la habilidad para identificar quién es parte de la red subjetiva de la persona, y activar los nodos que la conforman para que lo apoyen en la gestión del caso. Los profesionales señalan que hay experiencias exitosas de trabajo en red, a partir de redes subjetivas que apoyan mucho, y a través de las cuales se generan cambios. Por ejemplo, uno de los consumidores señala que sí tiene familiares pero no representan ningún apoyo para él, en cambio el facilitador del centro de escucha y las personas que conforman la red operativa se han convertido en un apoyo para él.

Hay casos en los que la red subjetiva es un grupo de amigos. Por ejemplo, en un caso el facilitador del CE para fortalecer la red subjetiva ubicó a las personas con las que la persona se sentía cómoda, a quienes escuchaba y atendía, referentes que podían influenciarla de manera positiva, y encontró que era un grupo de amigos, muchos de ellos consumidores, pero estos tenían prácticas de mitigación. Es decir, el nivel de consumo, las dosis y la periodicidad en el día no era tan altos, y los lugares en los que se ubicaban a consumir no los ponían en riesgo. En este caso, la red subjetiva no era la familia, porque en el acercamiento que

el profesional tuvo con ella, observó que tenían prácticas que intentaban expulsarlo de ella.

Una profesional señala que tenía siete casos, que finalmente podría decir que es un caso. Era un grupo de jóvenes, uno de ellos llegó al profesional y fue referenciando a sus amigos para que se acercaran al profesional del CE. El profesional al interactuar con ellos, observó cómo se apoyaban entre sí, internamente ellos eran un apoyo el uno para el otro, porque carecían de acompañamiento familiar. En estos casos la red subjetiva no era la familia, sino el grupo de amigos, que eran los que se acompañan realmente.

Pero para poder darse cuenta de quién realmente hace parte de la red subjetiva de las personas, es importante haber establecido una relación de empatía y confianza con los sujetos, compartir con ellos en diferentes espacios, mantener una escucha activa, en la que se van identificando las necesidades y demandas de los sujetos, sin necesidad de que se tenga que hacer de manera explícita. En este sentido, el facilitador del centro de escucha también llega a ser un nodo de esa red subjetiva.

El facilitador del Centro de Escucha como parte de la red subjetiva

Los profesionales señalan que un elemento relevante, es que ellos se convierten en parte de la red subjetiva para los usuarios del CE, y es importante porque es esa relación de confianza, la que facilita que los usuarios hagan las diferentes demandas, y así poder generar acciones positivas para dar respuesta a las necesidades y demandas, en vías de disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de los usuarios del centro de escucha.

A veces los jóvenes no quieren internarse, no quieren ir a grupos, no quieren trabajar con psicólogos, sino que quieren otro tipo de acompañamiento, quieren ser escuchados, entonces se empieza a establecer una relación de confianza con el profesional, y en esa medida éste se empieza a constituir como nodo de la red subjetiva.

En ocasiones, que el facilitador haga parte de la red subjetiva puede verse como una dificultad, pero esto sucede en los casos en los que se percibe que él es el único nodo de la red subjetiva, en tanto no hay garantía de la permanencia de los profesionales como red subjetiva, pero cuando los facilitadores logran darse cuenta de esto, intentan fortalecer la red subjetiva vinculando a otras personas en esa red.

Sin embargo, pocas veces se vincula a miembros de la red subjetiva, esto en parte tiene que ver con que algunos de los profesionales suelen tener la visión de que la red subjetiva son los miembros de la familia, y que en ocasiones no es conveniente vincularla porque las personas no tienen buena relación con ésta; en otros casos en que lo han intentado la red no muestra interés. Es de anotar que la gestión para intentar vincular la red subjetiva fue poca, por lo que aún existen pocas argumentos y ejemplos para mostrar otras razones de su poca participación.

Red Operativa

Respecto a la función de la red operativa en la gestión de los casos, éstos identifican casos y los remiten al profesional, pero no se involucran más en el proceso; en parte porque se considera que para que hagan la atención de casos necesitarían formarse más en ello.

En cuanto a la gestión de casos, se puede hablar de dos grandes momentos: El primero es la identificación del caso, y luego un proceso de acercamiento, empatía, confianza y de tejer vínculos. El segundo momento, sería la operacionalización del caso, que tiene que ver con la búsqueda de soluciones orientadas a superar las dificultades de inclusión social de las personas consumidoras de SPA (especialmente); esto en algunos casos puede implicar la remisión y la derivación, y siempre el acompañamiento.

En el segundo momento, es en el que se han encontrado las dificultades más grandes en la red operativa en particular. La principal consideración que surge del equipo de profesionales del proyecto

es que ello implica formarlos mucho en el tema de gestión, lo que no abarca solamente el conocimiento de una ruta, que incluso para ellos siguen siendo intrincadas, complejas y muy enmarañadas. Entonces esa formación de trabajo de gestión del caso implica un tiempo con la red y hacerlo en conjunto.

Vale la pena cuestionar cuál es el tipo de formación que deben tener las redes operativas y si su participación depende de dicha formación. Sobre el nivel de especialización que debe tener la red operativa, en general, en el proyecto se ha creído que esa formación especializada es una condición, porque se concibe en muchos casos que se trata de delegarles el caso; es decir que el integrante de la red se ocupe de la gestión; aquí se observa nuevamente la dificultad de asumir un trabajo en red, donde cada cual aporta desde sus posibilidades; donde, para este caso, el integrante de la red operativa puede tener roles muy importantes en la gestión, sin que él se responsabilice totalmente del mismo y sin que deba tener una formación muy especializada sobre el modelo y sus herramientas.

Por tanto se desconocen otros niveles de implicación de la red sin un nivel de exigencia y de conocimiento tan alto, pues no siempre es con acciones complejas como tamizajes, intervención breve, etc., sino también con cosas sencillas que no requieren sino de la voluntad de la red, tales como gestionar una cita, recordarla a la persona, hacer una averiguación sobre una gestión, hacer un contacto etc.; para otras asuntos más especializados, la formación obviamente será un prerrequisito.

Sumado a lo anterior, es importante resaltar el hecho de que según se observa en el análisis descriptivo, la participación de la red operativa fue muy baja, y de la red subjetiva, mucho menos. Puede decirse que en ocasiones se observa una visión de la atención de los casos desde una perspectiva clínica, es decir como algo de manejo de un profesional experto que debe guardar la confidencialidad, y cuesta dificultad asumir que el manejo de casos debe darse en clave de red, es decir con la participación de otros; por supuesto en cierta medida debe guardarse confidencialidad y no todos los actores de la red deben estar enterados

de muchos detalles del caso, pero no saber todo no debe implicar su no participación. Por ejemplo, si a alguien de la red subjetiva se le pide colaboración para que ayude a alguien a conseguir una cita, no tendría por qué saber detalles íntimos de esa persona, pero no obstante puede ayudarlo. La incompreensión de esta forma de proceder por la comunidad, y especialmente de la persona beneficiada, se convierte en un obstáculo para el desarrollo del modelo.

Para algunos integrantes de las redes operativas, la falta de recursos económicos también impide que hagan un acompañamiento a los casos, porque esto implica que si se tienen que trasladar a otra parte se les debe dar los pasajes. Si bien, el proyecto da un incentivo económico a las redes operativas, especialmente a los operadores comunitarios, con el fin de apoyar las acciones del Centro de Escucha, la realidad es que, en algunos casos no lo usan para dicho fin. Lo anterior, indica que el objetivo con el que se había pensado el incentivo no se está logrando en la mayoría de las redes operativas.

Además, de que el incentivo no está cumpliendo la función para la que fue pensado, causa un efecto contraproducente en la implementación del modelo, pues en ocasiones dificulta la expansión y el fortalecimiento de la red operativa, porque las personas que hacen parte de ésta desde el comienzo del proceso, no permiten que otros ingresen porque esto implica que el dinero del incentivo, que en ocasiones era distribuido entre los miembros de la red operativa fuera menor mientras más personas hicieran parte de la red.

Hay otros asuntos importantes de considerar respecto a la participación de la red operativa. El primero tiene que ver con la rotación de las redes operativas. Cuando se suspende el proyecto por motivos contractuales es común que en ese periodo se vayan integrantes de la red operativa; también sucede en el transcurso del proyecto por diferentes motivos: algunos consiguen trabajo, otros se cambian de lugar de residencia, otros pierden el interés, otros no tienen tiempo, etc.

Esta situación implica que tanto para la gestión de casos en particular, como para el desarrollo del Centro de Escucha en general esta situación implica reprocesos. Por consiguiente esta es una situación con la que deben contar los CE, en donde los liderazgos, por diferentes razones se renuevan constantemente, lo que puede implicar que haya algún mecanismo constante de relevo en el cual no se pierda el proceso que ya se ha avanzado.

Un segundo asunto tiene que ver con la vinculación de la red operativa al CE como voluntarios, lo que implica que las tareas que desarrollan las hacen por una motivación personal o de servicio comunitario, pero no están obligados a responder por productos o funciones ni a sostenerse en el tiempo en el apoyo que prestan. También surge un cuestionamiento por si las personas de la red operativa pueden tener la misma motivación para trabajar sobre mitigación del consumo de SPA así como la tienen para otros asuntos comunitarios. Es decir, las comunidades se organizan para resolver la carretera, el acueducto, el trabajo, etc, pero será esto posible para que ayuden a mitigar el consumo de SPA de otras personas. Esta situación quizás no se haya motivado tanto en los CE, por lo que es difícil saber si hay resistencias o no a ello, pero es una pregunta que vale la pena tener presente para pensar si la condición que propone el modelo de Inclusión social, sobre la participación comunitaria, para el caso de la mitigación del consumo de SPA es o no un escenario posible.

Desarrollo de los servicios preferenciales

El desarrollo de servicios preferenciales desde el Modelo de Inclusión social se define de la siguiente manera:

"Desarrollar Servicios preferenciales para generar oportunidades laborales y de auto sostenimiento es el producto del proceso de articulación, negociación y organización de los recursos locales; apunta a fortalecer procesos de desarrollo social. Se despliega a partir de 5 áreas: área de asistencia básica y tratamiento, área de capacitación para el trabajo y oportunidades laborales, área de educación y empoderamiento, área de la salud, y el área lúdica y recreativa" (MPS, 2007).

"Cuando se dice Construir servicios con la comunidad se quiere subrayar el hecho de que la participación de los actores comunitarios en cada una de las fases de producción de estos servicios es imprescindible y uno de los criterios de calidad y buen éxito de estos tipos de iniciativas. El proceso no consiste en transportar a la comunidad local estrategias y servicios experimentados en la comunidad terapéutica, en hospitales o en otras formas institucionalizadas de asistencia, sino en detectar, reunir, organizar fortalecer, educar y trabajar juntos con los recursos presentes en la comunidad" (MPS, 2007).

El desarrollo de servicios preferenciales, se refiere a que cuando las personas beneficiadas por el proyecto requieran un servicio cualquiera, sean atendidos preferencialmente. Los servicios preferenciales no hacen referencia a los servicios preferidos por la comunidad, sino a que la atención sea preferencial. Para que haya una atención preferencial, es necesario que haya un trabajo de una red operativa y de otros actores comunitarios hacia a aquellas personas que desarrollan los servicios. Entonces tiene que ver con establecer unas relaciones adecuadas con aquellos entes, personas, organizaciones que prestan un servicio para que cuando se requiera haya una atención preferencial.

Si se asume que lo preferencial tiene que ver con una atención prioritaria, no se podría decir que los servicios que se gestionan desde el Centro de Escucha son preferenciales, porque si bien los facilitadores realizan acciones positivas con el fin de disminuir la vulnerabilidad y aumentar la inclusión, también se enfrentan con las mismas barreras de acceso que los demás ciudadanos. En este sentido, es importante la labor del facilitador y de las redes para ayudar a mantener el interés de las personas para acceder a los servicios, mientras se logra el acceso. Para ello desde el centro de escucha se debe tener el conocimiento de las rutas de acceso, y de los mecanismos de participación y exigibilidad que pueden emplear para exigir el cumplimiento de los derechos de los ciudadanos, lo que sin embargo, no garantiza la atención prioritaria, porque igual los diferentes sistemas presentan múltiples barreras de acceso.

Áreas de servicios

Desde el Modelo de Inclusión Social, los servicios preferenciales en el área asistencia básica y tratamiento se definen como:

"Proveer y articular servicios de mitigación de situaciones de alta vulnerabilidad presentes en el territorio como duchas, dormitorios, hogares de paso, servicios ambulatorios, comedores comunitarios, comunidades terapéuticas; con el fin de contener los efectos negativos de la exclusión, estabilizar a las personas en situaciones de consumo grave y mejorar la capacidad de respuesta de los servicios y las redes de atención... Es necesario establecer y articular servicios diferenciados para los distintos niveles de vulnerabilidad (alta, media y baja) que presentan las poblaciones" (MPS, 2007)

En cuanto al concepto de asistencia básica en el equipo se generó una reflexión, señalando que no hace referencia solo a la satisfacción de las necesidades básicas, sino que la asistencia básica tiene que ver con lo mínimo que necesita cada persona para poder iniciar un proceso cualquiera, y no necesariamente tiene que ser una necesidad básica sino que puede estar relacionado con el acceso a otros servicios.

Lo anterior está en consonancia con lo que plantea el Modelo de Inclusión Social respecto a BAJAR EL UMBRAL: es importante centrar la organización de las acciones de asistencia básica y tratamiento en las demandas y necesidades de las personas, así como construir intervenciones diversificadas y flexibles (MPS, 2007).

En los centros de escucha se ha identificado que las necesidades o situaciones que originan los primeros contactos según la información de las HPC tienen que ver con Capacitación y formación (31,84%), seguido de Sustancias/Alcohol con 17,32%. En general, las respuestas que más se han dado son: información en 36,87% de los casos, consejo/orientación en 27,37% y canalización/derivación 15,08%. Esas respuestas las brinda el CE, pero es necesario cuestionar si esto es lo que la gente más requiere o es lo que el CE puede

ofrecer en términos de capacidad de respuesta inmediata. Dicho de otra manera, es probable que las necesidades excedan las capacidades del Centro de Escucha en términos de capacidad de su red, habilidad de gestión, involucramiento de diversos actores, disponibilidad de recursos, capacidades de su equipo de trabajo, etc. Por tanto sería necesario, de un lado poder aumentar dichas capacidades, y reorientar las respuestas para que sean más acordes a las demandas de las personas usuarias en clave de que puedan tener un mejor proceso de inclusión social.

Solo en uno de los centros de escucha se identifica la necesidad de la asistencia básica y tratamiento como un área en la que sería necesario generar servicios preferenciales, entendiendo por asistencia básica la satisfacción de las necesidades básicas, porque de la población con la que trabajan, muchas son personas en situación de calle o personas que viven en inquilinatos, y que fluctúan entre la calle y en piezas. Sin embargo hay otros niveles de lo básico que se evidencia en los otros CE.

Si se entiende por básico, lo mínimo que necesita cada persona, de acuerdo a su nivel de vulnerabilidad (alto, medio, bajo), en los otros Centros de Escucha, la necesidad básica tiene que ver con generar servicios preferenciales en el área de oportunidades laborales y educativas, e incluso tratamiento, pero con personas que tienen un nivel de vulnerabilidad distinto a quienes habitan en la calle o en inquilinatos, como es el caso de CE señalado.

Por consiguiente, lo básico debe definirse en función de las necesidades de cada contexto, y así el modelo de inclusión defina unas áreas de lo básico éstas pueden y deben variar según cada contexto. El caso de Medellín es singular en este sentido, pues se ha implementado el modelo en contextos que podríamos llamar de mediana vulnerabilidad, distinto a otras experiencias de CE que se han centrado en los habitantes de calle, por ejemplo. En Medellín se ha trabajado en diferentes barrios, con cierto nivel de satisfacción de necesidades básicas, y por tanto lo básico sube de umbral, es decir ahora son otras las necesidades que se hace necesario resolver.

Respecto a los casos remitidos al servicio de tratamiento se encuentra que pocas personas asisten a las citas o continúan en procesos; surge entonces la pregunta sobre ¿de dónde sale la necesidad o demanda de tratamiento? Una respuesta para esto, puede ser que muchas veces esa demanda surge a partir de la presión de otros, y no precisamente del deseo de la persona que consume. Entonces la demanda de tratamiento no surge a partir del deseo del consumidor, sino de lo que la comunidad le impone al consumidor como proceso para poder ser incluido: "Te incluyó pero si empiezas a rehabilitarte".

Sin embargo, los CE no pueden aliarse con esta representación, si en su respuesta solo buscan tratamiento para los casos de consumo están repitiendo esta fórmula. Desde la perspectiva de mitigación el que se abandone o no se inicie un tratamiento no es un fracaso; si la persona lo desea y hay otras opciones el CE le puede ofrecer otras cosas, lo puede vincular con otros servicios, ya sea de salud, educación, formación para el trabajo, o con opciones lúdicas y recreativas para que emplee el tiempo libre. Esta es otra forma de tratamiento o de gestión de casos. De hecho aunque la persona fuera a tratamiento, allí no terminaría el acompañamiento del CE.

De otro lado hay que señalar que los casos con necesidades de tratamiento son más difíciles porque hay pocos centros que den respuesta a eso, muchos son privados y tienen un costo y no hay como cubrir el costo, otros son públicos como CARISMA pero, realmente no hay un convenio establecido con ello que permita una atención inmediata; además actualmente el acceso esta entidad debe ser a través de la EPS.

Los otros servicios que quedan son públicos y son muy pocos, los que atienden esa demanda tienen que ver con los psicólogos clínicos que hay en las instituciones que atienden el caso, por ejemplo los psicólogos de Buen Vivir en Familia, pero si lo que quiere es un proceso de tratamiento y rehabilitación ese no es ese el camino.

Si lo preferencial se refiere a establecer prioridad en la atención, realmente el único convenio que se ha establecido y que ha durado en el tiempo,

con el que ha sido efectiva la respuesta y se ha mantenido, ha sido la relación con la Fundación Hogares Claret. Esta Fundación atiende menores de 18 años, en atención extra clases, sin desescolarizarlos, sin sacarlos de su hogar. Pero hay unos límites: no atiende chicos que no tienen el acompañamiento de sus padres, y no atiende chicos que sean mayores de 18. Este es un buen ejemplo y es una muestra de lo que se ha hecho respecto a los servicios preferenciales pero tiene sus limitantes.

Es necesario aclarar que principalmente se remite algunos de los casos para tratamiento y rehabilitación, no porque en la comunidad haya muchos casos, sino porque en el proyecto se focalizaron los casos de consumo, pero la comunidad en general tiene otro tipo de necesidades diferentes a las de tratamiento para los consumidores.

Respecto a las otras áreas en las que el modelo plantea que se deben generar servicios preferenciales, es decir en las áreas de salud, educación, trabajo, y en lo lúdico y recreativo, en la gestión de casos, lo que se observa es:

En el área de salud, si bien se ayuda a las personas en la gestión de trámites y se informa sobre el acceso, los profesionales suelen encontrarse con las mismas barreras que los demás ciudadanos.

En los casos de educación, se acuden al Jefe de núcleo del barrio con el fin de conseguir los cupos para que las personas puedan estar incluidos en el sistema educativo. Si bien, se pueden conseguir los cupos, no hay adecuaciones para garantizar la permanencia de las personas que tienen otras problemáticas, tal como se mencionó en la categoría de las situaciones de exclusión. Además de entrada están estigmatizados por su consumo, y todo el tiempo están vigilados.

Focalización de casos en los Centros de Escucha

Respecto a la focalización de los casos en el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran pro y contra; de un lado la focalización podría ir en contravía de la inclusión social y de lo que plantea el Modelo Eco2, de otro lado, permite direccionar mejor el trabajo. A continuación se ilustran ambas situaciones:

El Modelo Eco2 se ha utilizado en la intervención en una gran variedad de contextos sociales (incluyendo los considerados de exclusión social grave), con objetivos de prevención, reducción de daños y riesgos asociados, y para el tratamiento basado en la comunidad de diferentes situaciones de sufrimiento social, tales como el consumo problemático de sustancias psicoactivas legales y/o ilegales, situación de calle, menores infractores, violencia de género, explotación sexual comercial infantil, etcétera (Machín, 2010). Esta posibilidad de implementar el Modelo en el tratamiento de diferentes situaciones genera confusión, pues se puede interpretar que el Modelo ECO2, propone atender todas las situaciones sin focalizarse en una específicamente. Es importante aclarar que, el modelo sí busca atender situaciones de sufrimiento social, pero no todas en un solo proyecto, cada proyecto define qué situación, además porque en la práctica es difícil dar respuesta a todas las situaciones.

Por otra parte, se considera que focalizar los casos es pertinente, en el sentido de que el profesional debe direccionar y empezar a priorizar los casos con consumo de sustancias psicoactivas. Se reconoce que en cualquier programa siempre van a llegar diversas demandas, en estos casos se debe orientar a la población que hace una demanda diferente, pero sí deben centrarse en el quehacer

como centro de escucha, porque si no se focaliza, no se logran los objetivos específicos.

La focalización ha sido positiva en términos de que saben cuáles son los límites en los que se debe intervenir. Pero en el orden de ideas de la viabilidad del proyecto, en términos prácticos, la focalización complica el asunto, porque en comunidad es difícil encontrar exclusivamente casos de consumo.

Por otra parte, se considera que el riesgo que se tiene al focalizar, es reforzar la estigmatización, ya que en las comunidades reconocen que el profesional con el "chaleco azul" es el que trabaja con los drogadictos o con los consumidores problemáticos. Hasta cierto punto, es inevitable que el proyecto haga un reforzamiento a la estigmatización, por la manera en la que ingresan los profesionales a las comunidades, entonces como eso no se puede evitar, hay que mitigar la estigmatización que el mismo proyecto está produciendo.

Antes de tomar la decisión de focalizar los casos de consumo se borraba la identidad del proyecto: "la inclusión social del consumidor de drogas", y de alguna manera, en algunos casos se evadió el problema del consumo, por el temor a estigmatizar, pero esto también puede ser por el temor a enfrentar el problema. No se debe confundir la estigmatización con el ocultamiento del problema.

Lecciones aprendidas

- Es difícil implementar el Modelo de Inclusión Social y el Modelo Eco2 en campo, más aún cuando las prácticas sociales en intervención se han caracterizado por ejecutar acciones individuales y asistenciales. Dicha complejidad se convierte en sí misma en una dificultad para el proceso, pues rompe con esquemas tradicionales de intervención que son difíciles de asimilar, tanto para la comunidad como para los equipos técnicos que trabajan con ella. Así entonces el modelo implica un reto en su comprensión teórica y en la aplicación práctica; es decir comprender e implementar una visión de trabajo sistémico y de redes no ha sido tarea fácil.

- A partir de la complejidad de la puesta en práctica del Modelo de Inclusión, se identifican otros elementos que incrementan el nivel de complejidad y es el tiempo real de trabajo de campo que realizan los profesionales y que generalmente es discontinuo, lo cual hace más difícil la asimilación de conceptos complejos propuestos en el modelo y de su aplicación en los CE.

- Una de las hipótesis generadas frente a la dificultad del trabajo en red es la poca cultura que hay en esta línea, lo que trae como consecuencia grandes limitaciones para abordar este enfoque. Esta dificultad se ve tanto desde los programas y proyectos como desde los mismos profesionales.

- La gestión de casos en clave de red es quizás uno de los asuntos más importantes en el desarrollo de un CE. También ha sido lo más difícil de implementar, como ya se ha analizado en las categorías analíticas. Esas dificultades, que se relacionan con la posibilidad de que las redes se vinculen a la gestión, que los beneficiarios comprendan y asuman esta forma de trabajo y

que los equipos técnicos se asuman igualmente en esta tarea, son los puntos cruciales sobre los que es necesario poner atención para lograr verdaderamente un desarrollo del centro de escucha de acuerdo a sus lineamientos metodológicos. De este modo se pasaría a un modelo, que en la práctica se ha centralizado sobre la gestión del profesional del CE, a uno descentralizado y comunitario, con participación de diferentes actores en la gestión del caso; participación que suma sinergias y que no es, como a veces se ha creído en el desarrollo del proyecto, una asignación de casos a la red operativa o una participación de ésta solo si tienen conocimientos especializados.

- A propósito de esto último, se evidencia una visión reducida de la función que puede tener la red operativa y los operadores comunitarios en la gestión de casos, pues solo han estado presentes cuando remiten un caso a los profesionales del proyecto y se ha considerado que no se han capacitado lo suficiente para que se apropien de los procesos de gestión de casos. Este reduccionismo limita generar otras opciones de participación de la red de acuerdo a sus posibilidades y motivaciones. Es decir, el manejo de un caso en perspectiva de red y de inclusión social requiere una serie de tareas, mucha de ellas del cotidiano, que pueden ser asumidas por la red operativa y que podrían ser un acompañamiento muy significativo para resolver una situación de exclusión social. Desde el modelo se espera que esta red con el tiempo vaya asumiendo tareas más especializadas (ejemplo tamizajes), pero en el tiempo transcurrido del proyecto aún no se ha observado una madurez suficiente de las redes operativas para ello y está en cuestión, como ya se ha dicho, si la participación comunitaria opera de forma similar en la mitigación

del consumo de drogas, como en otros problemas comunitarios.

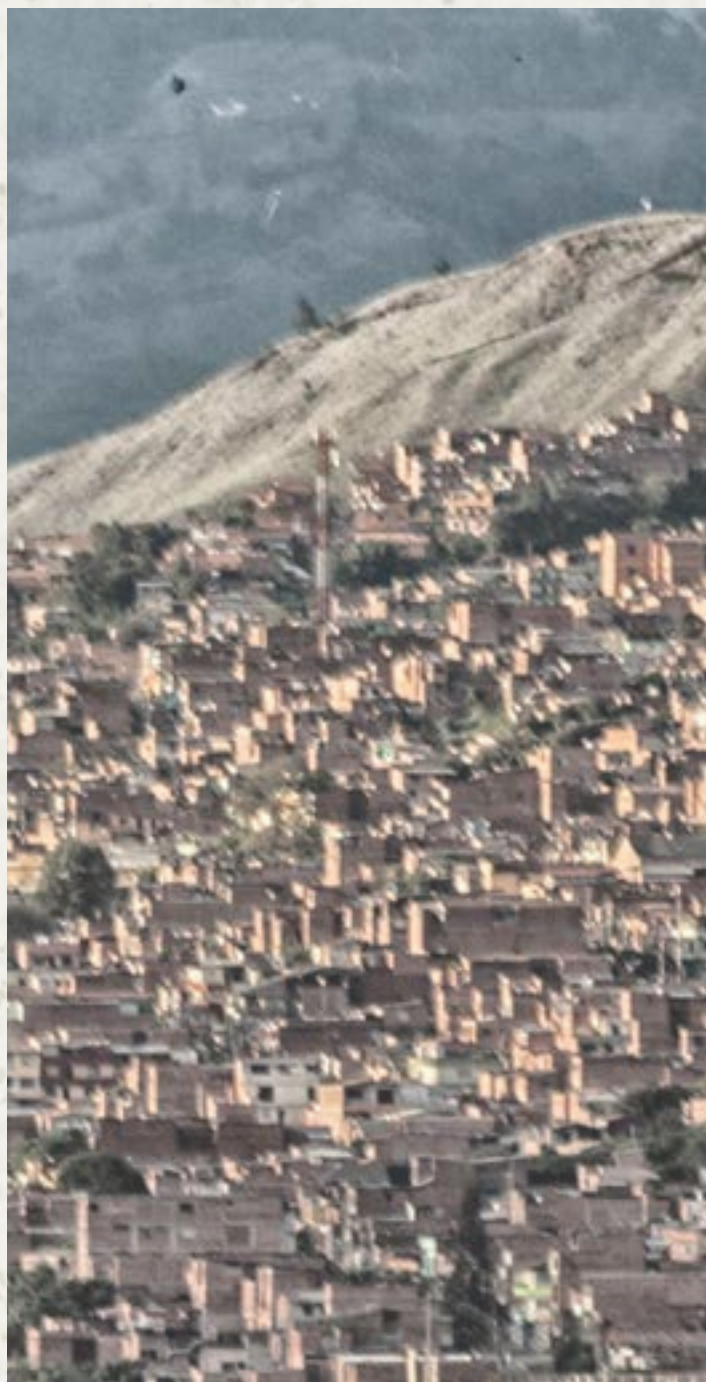
- Algo similar sucede con la red subjetiva, ya no por la formación que puedan tener, sino por poca identificación del potencial que puedan tener en la gestión de los casos. El acompañamiento que actores clave como familia, amigos y demás relaciones del beneficiario del CE pueden tener se convierte en un recurso poco explorado y que vale la pena incluir en la gestión de los casos.

- Respecto a los objetivos de intervención en términos de mitigación, se considera que aún no son aceptados o comprendidos a cabalidad en las comunidades, ya que prevalece una representación de que para incluir a los consumidores de drogas, estos deben someterse a un proceso de rehabilitación. Por consiguiente pensar en otras formas de acompañar a los consumidores de drogas sin la premisa de que deban dejar de consumir, es todavía, en la mayoría de los casos, un asunto que atenta contra la moral pública; lo que podría hacer más difícil la vinculación de actores como los de la red operativa, pues la forma de proceder de la mitigación puede ir en contravía de sus principios morales. El modelo de inclusión social prevé esta situación cuando habla de la reducción de la estigma que recae sobre los consumidores, por lo que esta sigue siendo una tarea que los centros de escucha tienen, si quieren hacer posible la acción en red, pues es difícil que actores atravesados por prejuicios morales quieran sumar voluntades hacia la mitigación del consumo de drogas.

- De otra parte, también se percibe la existencia de un concepto limitado de mitigación, pensado sobre todo en la reducción de los riesgos y daños causados directamente por la sustancia, y por tanto pensando en prácticas relacionadas con la disminución de consumos, de drogas de mayor impacto, etc. Sin embargo el concepto puede ser mucho más amplio, más aún cuando está asociado al de inclusión social del consumidor de SPA; por consiguiente acciones orientadas a la garantía de derechos de los consumidores y la mejora de la calidad de vida en general, son también prácticas de mitigación, que incluso pueden resultar moralmente más aceptables y por

tanto más fáciles de asimilar y apoyar por la red operativa, subjetiva y de servicios.

- La focalización de casos sobre consumo de SPA ha permitido que se centren los esfuerzos y los recursos para la intervención, además que permite dejar claras las expectativas de la población frente a la estrategia. Aunque se reconocen los riesgos que esta postura pueda traer, los beneficios encontrados los superan, por lo que es una práctica que se reconoce por sus beneficios. Pensar en volver a ampliar el espectro de problemas a intervenir supondría ampliar la capacidad de respuesta que en la actualidad es limitada.



Recomendaciones

- El Modelo de Inclusión Social y ECO2 se convierten en una plataforma teórica y metodológica compleja en el momento de la aplicación de parte de los profesionales. Esta situación se evidencia en la operativización de conceptos clave, como el de red. Se hace necesario entonces, hacer seguimiento a la implementación del modelo para verificar si “a priori” su complejidad dificulta su puesta en acción.
- La ampliación y mejora de la comprensión de la gestión de los casos, desde una perspectiva de red, es un trabajo inminente y continuo en la formación del equipo de facilitadores de los CE, de modo que no se restrinja dicha gestión solo a remisión, sino también de forma integrada a otras opciones que el modelo propone o incluso otras que puedan emerger de la necesidad de cada caso en particular. Este esfuerzo por un cambio de representación debe hacerse extensivo a la comunidad y las diferentes redes que rodean el CE.
- A partir del perfil de los usuarios, también se determina una variación en los servicios preferenciales necesarios para dar respuesta en un CE. De esta forma, se plantea la necesidad de leer los servicios preferenciales a la luz del contexto en el que se realice la intervención, donde es muy posible que se necesiten servicios de mayor umbral dependiendo del contexto barrial en el que trascurren los CE, donde lo básico no siempre coincide con la propuesta inicial del Modelo de Inclusión Social del consumidor de drogas.
- Es importante trabajar con las personas beneficiadas en la sensibilización sobre la importancia de contar con personas cercanas para un mejor acompañamiento de su situación, de modo que no sea visto el trabajo en red como una amenaza, sino como una posibilidad.
- Es necesario reconsiderar en la práctica de la gestión de los casos el rol de las redes operativas y subjetivas, de modo que tengan una participación desde sus posibilidades, sin limitarlas solo a tener o no un manejo técnico de algunas herramientas del CE.
- Debido a las características de los tiempos del proyecto, específicamente en lo relacionado a la discontinuidad en la implementación de las acciones, se ha generado la necesidad de que se implementen estrategias adicionales de fortalecimiento de la red operativa. En este sentido, se sugiere incrementar el trabajo con los integrantes de esta red para encuadrarlos, inicialmente, sobre el sentido del apoyo económico que se les brinda y, de manera posterior, para incentivar mayor participación en la gestión de los casos.
- Se identifica como necesidad imperante, que los profesionales incrementen la motivación de los integrantes de la red operativa para que ellos se empoderen del rol que decidieron asumir en el proceso del CE. En este sentido, su intención de hacer parte activa de esta red, con todo lo que ello implica, debe estar lo suficientemente motivada como para que estén en todo el proceso de la gestión de los casos. También hay que tratar de hacer que los lapsos de tiempo entre contrato y contrato no afecten mucho la conformación y actividades de la red operativa y que su participación en la gestión de los casos no necesariamente sea en asuntos especializados como la aplicación de tamizajes o el diligenciamiento de formatos complejos.

- Para que la red operativa pueda realizar la gestión de los casos y un acompañamiento al respecto, se debería invertir más tiempo en la capacitación a sus integrantes, donde se les enseñe no sólo a identificar, sino también a generar empatía y generación de vínculos para, finalmente, dar paso al acompañamiento en la solución de la necesidad del usuario.

- En el proceso de la gestión de los casos, se hizo evidente la dificultad de la articulación de la red subjetiva y operativa. Si bien esta dificultad se presentó por diversos motivos, se hace necesario resignificar su rol, y promover su participación activa.

- Dar fuerza y continuidad a las acciones que buscan transformar las representaciones sociales acerca del consumidor de drogas, teniendo como base los planteamientos del Modelo de Inclusión Social; es importante hacer énfasis en los diferentes tipos de intervención posible, aclarando que la rehabilitación no es el único camino, ampliando el espectro de opciones de tratamiento, dando a conocer aquellas que proponen como objetivo la mitigación, la reducción del daño y la inclusión social del consumidor de drogas.



Bibliografía

Machín J., (2003) La prevención de las farmacodependencias en el Modelo ECO2. *Liberaddictus*. 10, 4-6.

Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18, 306-325.

Machín, J. Velasco, M. Silva, E. Moreno, A. (2010). ECO2. ¿Un modelo para la incidencia en políticas públicas? Estudio de caso REMOISSS. México

Milanese, E. (2009). Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. México, D.F.: Plaza y Valdés.

Milanese, E.; Merlo, R.; Machín, J. (2000). *Redes que previenen*. México. Instituto Mexicano de la Juventud.

Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas*. Bogotá, Colombia.

Puerta, A. (1996). *Evaluación y Sistematización de Proyectos Sociales. Una metodología de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.



 **Corporación
Surgir**


Medellín
todos por la vida


Alcaldía de Medellín