

**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA  
DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE  
ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE  
DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

**MED**  
TRANS-MET  
**BCN**



## **TRANS-MET Comunitarias Medellín-Barcelona.**

Mejora de la convivencia y mitigación de los riesgos asociados a la exclusión y la vulnerabilidad social a través del intercambio horizontal y transnacional de metodologías comunitarias para el fomento de la cohesión social en las ciudades de Medellín y Barcelona.

**EJECUTA**



**FINANCIA**



**SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA  
DE IMPLEMENTACIÓN DE UN CENTRO DE  
ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE  
DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

---

## **CRÉDITOS**

Ayuntamiento de Barcelona  
Programa de Cooperación para la Justicia Global  
Programa de Cooperación en Ciudad Específica

### **Corporación Surgir**

Margarita María Sánchez Villegas

**Directora de Surgir**

### **Equipo de Sistematización**

Coordinación

Silverio Espinal Bedoya

Jefe División Técnica Corporación Surgir, Sistematizador

Juan Carlos Betancur Ramírez, profesional de campo y Sistematizador

Mateo Gutiérrez, profesional de campo y Sistematizador

**Corporación Surgir**

**Calle 55 N° 45-30 Medellín, Colombia.**

**PBX: 408 72 66**

**[www.corporacionsurgir.org](http://www.corporacionsurgir.org)**

**Octubre 2020**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. PRESENTACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2. LA SISTEMATIZACIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>3. Pregunta de Sistematización y objetivos</b> .....	<b>9</b>
Objetivo General .....	<b>9</b>
Objetivos Específicos .....	<b>9</b>
<b>4. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>10</b>
Definición y modelo reducción de daños .....	<b>10</b>
Modelo ECO2 .....	<b>11</b>
El Modelo de Inclusión Social del Consumidor de SPA en Colombia .....	<b>13</b>
<b>5. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN - SISTEMA DE DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO - SIDIES</b> .....	<b>15</b>
5.1 Líderes de opinión y construcción de la comunidad .....	<b>15</b>
5.2 Buenas prácticas y fracasos: .....	<b>17</b>
5.3 Historia de la comunidad .....	<b>21</b>
5.4 Elementos sociológicos .....	<b>23</b>
5.5 Temas generadores .....	<b>26</b>
5.6 Estrategias de anclaje y de objetivación .....	<b>29</b>
5.7 Mitos rituales y costumbres .....	<b>30</b>
5.8 Conflictos de base en la comunidad .....	<b>31</b>
<b>6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO DE ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE</b> .....	<b>35</b>
6.1 METODOLOGÍA PLANIFICACIÓN .....	<b>35</b>
6.1.1 Aplicación SIDIEs .....	<b>35</b>
6.1.2 Indicadores RD en Metodología CE .....	<b>35</b>
6.1.3 Registro de actividad RD en medio abierto .....	<b>36</b>
6.1.4 Supervisión externa .....	<b>37</b>
6.2 ANIMACIÓN COMUNITARIA .....	<b>37</b>
6.2.1 La entrada en terreno .....	<b>37</b>

6.2.2	La movilización comunitaria	41
6.2.3	Las redes participantes	42
6.2.4	Articulación de servicios atención habitantes calle	47
6.2.5	Articulación Red Atención Desplazados	48
6.2.6	Actividades enganche	48
6.2.7	Trabajo con pares	50
6.2.8	Creación de minorías activas	52
6.2.9	Preparación y acompañamiento a Sistema Habitante Calle	53
6.3	INTERVENCIÓN INDIVIDUAL/CASOS	53
6.3.1	Intervención Breve	53
6.3.2	Reducción daños asociados y Educación para la Salud	55
6.3.3	Educación Sexual	62
6.3.4	Accesibilidad a sistema de salud	64
6.3.5	Atención específica a grupos minoritarios	66
6.3.6	Supervisión del consumo de SPA	70
6.4	REDUCCIÓN DE ESTIGMA	71
6.4.1	Lenguaje y prácticas no estigmatizadoras	71
6.4.2	Inclusión del Habitante de Calle en actividades comunitarias	73
6.4.3	Acercamiento ofertas de ciudad	74
6.4.4	Restablecimiento de derechos	75
6.5	EL CENTRO DE ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE EN EL MARCO DEL COVID-19	76
7.	<b>LECCIONES APRENDIDAS</b>	<b>81</b>
8.	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>85</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

# 1. PRESENTACIÓN

El presente documento es la sistematización del proceso de implementación de un Centro de Escucha para habitantes de calle de Medellín. Este proceso nace de un proyecto de colaboración técnica entre las Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) de Barcelona-España y la Corporación Surgir de Medellín-Colombia, financiado por el ayuntamiento de Barcelona. Así, a través de un proyecto denominado TRANSMET, en 2018 se generó como resultado el lineamiento técnico para la implementación de acciones de reducción de daños en Centros de Escucha para habitantes de calle, de donde salió una guía denominada "Guía de Buenas Prácticas para la implementación de Estrategias de Reducción de Daños de en los Centros de Escucha de Medellín (2018)". Ya para el periodo comprendido entre septiembre de 2019 y el mismo mes de 2020, este mismo ayuntamiento da sus aportes para la implementación de las acciones planificadas en dicha guía. Es importante resaltar la contribución de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín que previamente había dado inicio al primer Centro de Escucha para habitantes de calle de la ciudad, lo cual fue un insumo muy destacado para el desarrollo de esta experiencia y de esta sistematización de experiencias.

En este documento se muestra el contexto de la intervención a partir del diagnóstico realizado bajo la metodología SiDiEs y una descripción de los principales hallazgos con relación a las distintas

estrategias y actividades desarrolladas, teniendo en cuenta los aspectos relacionados con la reducción de daños que se incorporaron, así como al desarrollo del dispositivo comunitario. Se mostrará por supuesto, los principales aprendizajes que esta experiencia ha dejado, que sirven para la continuidad del proyecto, así como para intervenciones similares.

No resta si no dar agradecimientos al Ayuntamiento de Barcelona con su Programa De Cooperación para la Justicia Global, por haber posibilitado esta experiencia que ha beneficiado a los habitantes de calle de la ciudad de Medellín y ha generado grandes aprendizajes para la Corporación Surgir y la ciudad. También a ABD que siempre ha estado acompañando el proceso y entregando su saber y experiencias sobre reducción de riesgos y daños, fortaleciendo así el trabajo comunitario del Centro de Escucha. Y por supuesto a tantos actores que se han involucrado en esta experiencia (como podrá verse en la sección "las redes participantes") y aportado desde su quehacer en los procesos de inclusión social y salud de los habitantes de calle de Medellín.

## 2. 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).

### 3. Pregunta de Sistematización y objetivos

¿Cuáles han sido las prácticas que han permitido implementar la reducción de daños como herramienta esencial para la atención y seguimiento de las personas con uso problemático de SPA en el contexto del proyecto Centros de Escucha para habitantes de calle en la ciudad de Medellín?

#### Objetivo General

Identificar las lecciones aprendidas relacionadas con la implementación de estrategias de reducción de daños, en las prácticas del proyecto Centros de Escucha para habitantes de calle de la ciudad de Medellín.

#### Objetivos Específicos

- Identificar y analizar los procesos de gestión para la implementación del Centro de Escucha para habitantes de calle.
- Validar las acciones que se realizan con las estrategias propuestas en la guía de reducción de daños para Centros de Escucha con énfasis en habitantes de calle derivada del proyecto TRANSMET.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ver: Guía de Buenas Prácticas para la implementación de Estrategias de Reducción de Daños en los Centros de Escucha de Medellín. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

## 4. MARCO CONCEPTUAL

### Definición y modelo reducción de daños<sup>2</sup>

La International Harm Reduction Association (IHRA, 2010) define "reducción de daños" como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinadas a minimizar las consecuencias adversas sobre la salud, lo social y lo económico que ocasiona el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales sin necesariamente reducir el consumo de éstas. Desde el año 1973 el comité de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendaba la aplicación de políticas de reducción de daños como una alternativa viable para el control del consumo de drogas y sus consecuencias (WHO, 1974). Desde entonces se han sumado numerosos organismos tales como la Oficina contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015), la Organización Panamericana por la Salud (OPS, 2008) y el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2010) avalando y clamando por la aplicación de políticas de reducción de daños en todos los países como estrategia de protección de la salud, de los derechos humanos, de la dignidad y del bienestar de las personas que usan SPA.

Harm Reduction Coalition\* determina que los modelos de reducción de daños deben:

- Estar centrados en disminuir los daños y riesgos asociados directamente con el uso de SPA. Entender que el uso de SPA abarca diferentes comportamientos desde el abuso severo hasta la abstinencia total.
- Priorizar la calidad de vida individual y el bienestar comunitario como criterio, sin ser indispensable el cese de todo consumo de SPA.

- Proveer servicios y recursos a las personas que usan SPA y a las comunidades para reducir los daños que conllevan
- Garantizar la participación del usuario de SPA en la creación de programas y políticas considerándolo a él como principal agente en la reducción del daño y reconocer que las desigualdades sociales (pobreza, clase social, etnia, familia, orientación sexual y género...) afectan directamente a la vulnerabilidad del individuo como a su estado de salud.

### Combinando modelos: reducir daños y disminuir la desigualdad social

El modelo biomédico ha prevalecido históricamente como forma de comprender e intervenir no exclusivamente sobre el uso de SPA sino de forma global sobre la salud del individuo. Desde un punto de vista de salud pública este modelo aísla al individuo de sus circunstancias sociales y de su contexto no ofreciendo una respuesta integral a las necesidades que puedan surgir.

La OMS (2009) alerta que la desigualdad socioeconómica afecta a la salud. Define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud y sus prestaciones. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. La no equidad de estas circunstancias en todos los

<sup>2</sup> Tomado de: Aranda, E. Rovira, J. (2018). "Guía de Buenas Prácticas para la implementación de Estrategias de Reducción de Daños en los Centros de Escucha de Medellín. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).

\* <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

miembros de la población provoca desigualdades no solo en sus condiciones sociales sino también en su estado de salud. La OMS propone que se incorpore este modelo al modelo ya existente de atención a la salud, donde se debe incluir el acceso a una vivienda de calidad, el acceso de hombres y mujeres al empleo y al trabajo digno, la protección social a lo largo de todas las etapas de la vida y en circunstancias inesperadas (enfermedad, discapacidad, pérdida de ingreso y de trabajo) como medidas necesarias e indispensables si se pretende garantizar un buen estado de salud de toda la población.

Por lo tanto la conceptualización del modelo de reducción de daños debe incluir la perspectiva de desigualdades sociales en salud, donde se incorpore tanto la mejora de la calidad de vida individual como la mejora de las condiciones de su comunidad. Será así como se dé respuesta desde una perspectiva integral, holística y comunitaria.

La aplicabilidad del modelo de reducción de daños requiere en primer lugar determinar cuáles son los daños a reducir. Los daños que se asocian al uso de SPA dependen del tipo de sustancias usadas y de cómo se usan, quién las está usando y las configuraciones dónde se usan. Las diferentes formas en que estos factores pueden interactuar dan como resultado una amplia gama de escenarios posibles que están asociados con efectos en la salud de diversa gravedad. De la misma forma que estos factores varían entre territorios también el consumo de SPA y los problemas asociados pueden cambiar con el tiempo. Esto significa que no puede haber un plan único para abordar los problemas relacionados con las SPA, y que las personas encargadas de responder a los problemas relacionados con las SPA deben revisar periódicamente la provisión y adaptarse intervenciones existentes o desarrollar otras nuevas para satisfacer las necesidades dinámicas. También indica la necesidad de un enfoque sistemático, en el que la evaluación de la efectividad se integre en el desarrollo y la implementación de las respuestas a los problemas relacionados con las drogas (EMCDDA, 2017).

La combinación del modelo de reducción de daños que incluya la perspectiva de las desigualdades sociales en salud se presenta hoy por hoy como la mejor apuesta integral que reduzca las consecuencias del uso de SPA, que abarque todas las dimensiones de la problemática.

Esta propuesta de modelo además impulsa el empoderamiento del usuario de SPA en la defensa de sus derechos como consumidor así como en la lucha global contra el estigma que recae sobre este colectivo. Independientemente del territorio, históricamente tanto el sistema de salud y como el sistema jurídico han criminalizado los diferentes usos de SPA y no se ha garantizado la igualdad ni en la accesibilidad, ni en los programas, ni en las prestaciones, provocando severas desigualdades sociales y de salud.

## 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 SPA 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.

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 meta nivel, 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 meta nivel 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 ético y el comunitario. 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. Y 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 .

De acuerdo con Machín et al. (2010), la palabra ECO hace referencia también a la raíz griega “OIKOS” que significa “casa” y “OIKEIV” que significa “habitar” y “administrar”, de la cual se deriva sucesivamente “oikoumené”, en español ecumenismo, que significa “la tierra habitada” o “el mundo entero”, que incluye a todos en todas partes.

Es sobre la idea de tierra habitada e incluyente que diferentes organizaciones de Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá, y, desde hace unos años, Bangladesh, Afganistán, India, Pakistán y Europa del Este, han venido interviniendo sobre un amplio espectro de fenómenos complejos denominados de sufrimiento social en comunidades de alto riesgo. Entre las preocupaciones de su trabajo se destacan las situaciones críticas asociadas al consumo de SPA que las podríamos clasificar en dos grupos: los contextos de uso de SPA y el uso de SPA. En los contextos de uso encontramos el tráfico, la venta callejera, el encarcelamiento y las enfermedades de transmisión sexual. Y por el uso de SPA se destacan la explotación sexual, la trata de personas, el abandono escolar, el empobrecimiento, la fragmentación, los conflictos familiares y comunitarios, el estigma, la marginación y la condena pública, entre otros .

El actor que decida trabajar con usuarios de SPA en una comunidad de alto riesgo bajo el modelo ECO2 debe basarse en el estado de sus procesos y dinámicas relacionales, por ello no busca suspender la acción realizada por sus habitantes en sus diversas formas organizativas, ni sustituirla, más bien, acudiendo a la investigación acción, la estudia para mejorar la calidad de ésta. Esto implica, además, una participación activa y decisoria de los protagonistas de esta comunidad, lo que los convierte en objeto y sujeto de investigación al mismo tiempo . La intervención de procesos en curso puede generar espacios comunes para enriquecerse y transformarse recíprocamente. Se considera que es la investigación en la acción la herramienta o estrategia que favorece este proceso proceso (Machín, Velasco, Silva, & Moreno, 2010).

La investigación en la acción mantiene viva la pregunta por la comunidad como una entidad social. La palabra comunidad se deriva del latín “communitas”, “communitatis”, lo que la vincula con un sentido común. Las comunidades pueden definirse en función de “los lazos de parentesco, localización geográfica, intereses políticos, creencias religiosas, composición étnica o racial y características físicas o deficiencias psiquiátricas compartidas por una colectividad” (Milanese, Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo I, 2016). Es por ello que el sentimiento de comunidad ha sido descrito como una vivencia de pertenecer a una unidad. La conciencia que tenemos de intercambios y beneficios mutuos se originan en el hecho de pertenecer a un cuerpo común (Bonesio 2014, citado por Milanese, 2016).

El hecho de reunir a personas que tienen que ver con la vida de una comunidad local, sean estos líderes de opinión de un grupo de vecinos o administradores del gobierno de la ciudad, para producir algunos criterios comunes que permitan tener una idea de la identidad de ésta, es una manera concreta de construir comunidad, de construir algo común. La investigación en la acción nos permite entonces, encontrar y encontrarnos en

un sistema con actores, recursos, relaciones, gobierno, espacio y tiempo. (Milanese, Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo I, 2016).

Ahora bien, como una comunidad tiene su arraigo en un territorio geográfico, habitado y animado por relaciones y con liderazgos e intereses diversos, puede volverse como si fuera propiedad de alguien y por consecuencia un espacio de peligro y exclusión para otros, lo que por tanto afecta el sistema de relaciones de la comunidad. (Milanese, Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo I, 2016). De esta manera, se agudiza la vulnerabilidad de sus habitantes, especialmente aquellos que históricamente han sido estigmatizados como los usuarios de SPA y los habitantes de calle, entre otros.

Para profundizar sobre la comprensión de la comunidad como sistema complejo, y su potencial de transformación desde el modelo ECO2, daremos una mirada a los conceptos de sufrimiento social, exclusión/inclusión, sistemas, cibernética, redes sociales, teoría de las representaciones sociales y teoría de las minorías activas.

## El Modelo de Inclusión Social del Consumidor de SPA en Colombia

Este modelo es un avance hacia la materialización del Modelo ECO2 para el caso colombiano. El Modelo de Inclusión Social es la base para la generación de dispositivos comunitarios como los Centros de Escucha. También puede constituir un marco operativo para el desarrollo de dichos dispositivos en otros contextos.

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 SPA y para las personas en situación de exclusión social y/o situaciones de vulnerabilidad.

Esta 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 SPA. La finalidad del modelo es generar transformaciones sociales, económicas y políticas que construyan condiciones para que las personas que consumen SPA puedan vivir plenamente como sujetos de derechos, ser responsables de sí mismas y participen activas del desarrollo de su localidad y del país, reduciendo los niveles de exclusión social (Ministerio de la Protección Social, 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 SPA, 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 SPA 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 SPA son importantes ya que determinan las actitudes y conductas de las personas frente a los consumidores de SPA. Por eso, es preciso desarrollar acciones que favorezcan la transformación de las representaciones sociales que estigmatizan y excluyen a las personas que consumen SPA.
- 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.

## Marco Estratégico del Modelo de inclusión social del consumidor de SPA

El modelo de inclusión social comprende cinco líneas estratégicas (Ministerio de la Protección Social, 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 drogas. Asimismo, busca incidir en los niveles de exclusión social de las personas que consumen SPA 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 ésta línea son: detectar vacíos legislativos, visibilizar las problemáticas de derechos humanos y movilizar voluntades políticas.

## 5. CONTEXTO DE LA INTERVENCIÓN SISTEMA DE DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO - SIDIES

De acuerdo con el modelo ECO2, en la intervención de procesos de sufrimiento social es preciso acercarse a las modalidades que tienen las comunidades para comprender los fenómenos que las aqueja y las formas organizativas que construyen para afrontarlos o mantenerlos en el tiempo porque, en ocasiones, pueden generar beneficios para unos grupos específicos en detrimento de otros grupos.

Para el centro de escucha de habitantes de calle, el SiDiEs es una herramienta investigativa que permite construir conocimiento sobre las particularidades de los territorios intervenidos, con la participación de los actores locales, para organizar y desarrollar acciones de cambio que buscan mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas directa e indirectamente, en las cuales son fundamentales las redes comunitarias.

Puesto que los componentes o áreas de conocimiento del SiDiEs son interdependientes y complementarias entre sí, la realización de cada una de ellas constituye una manera de generar, organizar e interpretar la información. Esto significa que previamente se definieron unos focos o temáticas de indagación y algunas estrategias metodológicas para orientar las conversaciones y la observación participante en los sectores priorizados. Luego, de acuerdo con las características de la información disponible, se consignaron en las áreas de conocimiento correspondientes.

Vemos, entonces, ocho áreas de conocimiento acerca de tres comunidades de la ciudad de Medellín, en alto grado de vulnerabilidad y con

presencia de personas en situación de calle, que constituyen insumos esenciales para la acción comunitaria. Miremos cada una de ellas:

### 5.1 Líderes de opinión y construcción de la comunidad

Para este proyecto los líderes de opinión son importantes porque tienen el poder para reconocer y producir los contenidos y las dinámicas cotidianas. Estos se constituyen y ejercen su poder en función de las particularidades de sus territorios. Miremos, por sector priorizado, quiénes son, cuáles son sus principales opiniones y cuáles son los tipos de relaciones que establecen con sus comunidades y con el Centro de Escucha:

En el barrio Colón se logra identificar una mujer, no habitante de calle, en el sector conocido como la Corraleja<sup>3</sup>, que representa para las personas de su comunidad un referente de liderazgo comunitario, ya que su casa se presta para diversos encuentros con algunas ONG´s que acuden al sector a brindar servicios a las personas habitantes de calle o a la población general del barrio. Ella conoce de cerca la realidad de las personas habitantes de calle porque la Corraleja es un sitio común de consumo de estas personas. Cuenta que los fines de semana en las horas de la madrugada se logra observar una cantidad significativa de habitantes de calle que se reúnen para consumir SPA, alimentos, calor corporal, entre otras cosas.

Durante la primera actividad de enganche, esta líder de opinión, aprovechando su reconocimiento y la facilidad que tiene para producir comportamientos amables de las personas habitantes de calle, acompañó a los profesionales

<sup>3</sup> Las personas habitantes y no habitantes de calle de este sector tienen relaciones de intercambio con las personas habitantes y no habitantes de calle de los bajos del puente de San Juan en un lugar y después en el otro. La Corraleja y los bajos del puente de San Juan con la Oriental son dos lugares de encuentro de personas en situación de calle, ubicados en el barrio Colón. con la Oriental y sus inmediaciones. Para quienes habitan la calle en estos sectores es común vivir periodos de tiempo

del centro de escucha en un recorrido por el sector. Ella es cercana a algunos/as de ellos/as, lo cual favorece el encuentro y la comunicación asertiva. Además cuenta cómo son las dinámicas de consumo de SPA durante el día y la noche, evidenciando un alto gasto de tiempo y energía en la consecución del recurso para la compra de la SPA (principalmente basuco). Cuenta, además, que algunas personas de la comunidad del barrio Colón, brindan alimentos, ropa, calzado e implementos de aseo a algunas personas habitantes de calle, supliendo, de esta manera, algunas de las necesidades básicas de subsistencia del ser humano.

Durante la realización de una actividad de psicoeducación en salud sexual se identificó otra mujer que habita en el sector aledaño a los bajos del puente de la Av. San Juan con la Av. Oriental. Vive en un inquilinato<sup>4</sup> del sector. Ella quiso acompañar a los profesionales del centro de escucha durante la entrega de los refrigerios, invitando personas para que se acercaran. Conoce a muchos habitantes de calle, ellos y ellas la reconocen y la llaman "Cucha". Durante el proceso fue un enlace clave para enganchar a más personas a las actividades ya que conoce la realidad de muchos habitantes de calle, justo en ese momento se encontraba realizando un masaje a un habitante de calle, que según él se había "doblado el pie". La habilidad que tiene para "masajear" la pone en un lugar de referencia para la comunidad en temas de salud y bienestar. En las actividades del centro de escucha se logró intercambiar saberes con ella en torno a la práctica de hacer masajes y, en ocasiones, ayudó en la entrega de alimentos y preservativos.

En la rivera del Río Medellín, paralelo a la Avenida Regional se identificó otra líder de opinión. La relación con esta líder inicia con un conflicto entre ella y uno de los profesionales del centro de

escucha. En un recorrido de atención y seguimiento de casos, el profesional psicosocial del centro de escucha, al tratar de activar la línea de emergencia social 123, para el restablecimiento de derechos a un hombre habitante de calle, menor de edad, fue confrontado por esta líder, quien manifestó sentirse insegura e invadida con el teléfono celular. Con el tiempo manifestó tener conflictos con la ley, situación que la lleva a ocultar su verdadera identidad y a cambiar su nombre. Tiene una voz fuerte en la comunidad de habitantes de calle de este sector: de manera violenta y amenazante media en los conflictos que se presentan entre estos, por los modos que tienen de habitar los espacios o de consumir sustancias en las vías públicas. Una vez en un taller de parafernalia higiénica para el consumo de basuco, con un grito y una amenaza resolvió el conflicto de uno de los participantes con el resto del grupo por el acceso a la sustancia, este participante en un momento la dejó para sí y no la quiso volver a compartir. Ella es además una mujer que se relaciona fácilmente con los hombres de este territorio y participa en la cadena local de distribución de SPA, principalmente basuco. En varias actividades del centro de escucha, por voluntad propia, apoyaba las acciones logísticas: barrer el lugar antes para tenerlo limpio y hacerlo agradable y convocar personas para los talleres creativos y de parafernalia higiénica, luego participaba en estos de manera asertiva.

Para el sector ubicado detrás del Museo de Antioquia, cercano a Cúcuta con Zea, conocido como el Bronx, se identificó un líder de opinión hombre, vinculado, según él, con la "plaza" del sector. El primer día que los profesionales del centro de escucha realizaron una actividad de enganche en el sector, les sugirió que se ubicaran más lejos de la estación de policía, argumentando que él se encargaba de la seguridad de estos. Los

---

<sup>4</sup> Los inquilinatos son edificios o casas grandes, destinadas para la vivienda de personas en situación de pobreza extrema de diversas regiones del país (algunas en situación de desplazamiento), en los últimos meses se ha incrementado, de manera significativa, la población inmigrante de Venezuela. En algunos de estos inquilinatos convergen la ilegalidad, la explotación sexual infantil y el consumo problemáticos de SPA. Varios de estos inquilinatos ofrecen servicios de ducha y baño a personas habitantes de calle, son, además, los dormitorios de habitantes en calle del centro de Medellín.

profesionales acogieron esta recomendación y desde entonces todos los miércoles que se visitaba el sector, se encargaba de hacer desocupar y limpiar la zona para el desarrollo de las actividades, decía, además, que él se encargaba del cuidado de las pertenencias de los profesionales.

Por la gran cantidad de personas en situación de calle en el sector del Bronx, interesadas en la entrega de alimentos, eran comunes las fuertes discusiones y peleas entre estos, que ponían en riesgo, también, la integridad de los profesionales, los practicantes, los voluntarios y el mobiliario y materiales del centro de escucha. Ante estas situaciones, este líder de opinión, intervenía de manera represiva: les gritaba, les miraba y les amenazaba con la seguridad de un hombre armado. Este líder, temido por la facilidad que tiene para asesinar impunemente, media en la convivencia del sector y se adjudica el derecho a proteger las personas vinculadas al centro de escucha. Permanentemente hacía explícitas sus opiniones sobre la población habitante de calle, en las cuales los nombraba como personas inútiles, de poco valor, merecedoras de su destino desgraciado. Sin embargo, se preocupaba por que estos participaran en las actividades de asistencia, salud, educación y recreación del centro de escucha, disfrutaba ver como estos encontraban alivio, por lo cual se encargaba de hacer difusión local del centro de escucha, lo que también incidió significativamente en la acogida de este por parte la población en situación de calle del sector.

En la medida que las personas de los sectores priorizados se fueron acostumbrando a la presencia y los modos de operar del centro de escucha, que además les representaba beneficios como calmar la sed, contar con acciones para mejorar la salud física y mental y talleres creativos de tejido, moldeado, dibujo y pintura para fortalecer la motricidad fino-adaptativa, se hicieron posibles alianzas operativas con los líderes de opinión que implicaban, en algunos casos, la organización de los espacios y, en otros, la convocatoria de personas para participar en las actividades. Cuando los

líderes de opinión legitimaban la acción del centro de escucha con sus narrativas de la conveniencia y los beneficios obtenidos, se lograba mayor participación en los escenarios de conversación cotidiana y aceptación de las comunidades. Esto les permitió a los profesionales conocer las dinámicas relacionales y las formas de ejercer el poder en los territorios.

## 5.2 Buenas prácticas y fracasos:

El rastreo realizado ha permitido identificar gran cantidad de organizaciones que buscan atender poblaciones vulnerables como lo es la población habitante de calle. Sin embargo, estas respuestas no dan abasto a la gran demanda que hay en la ciudad de Medellín, ni siquiera contando con el sistema de habitante de calle, ya que el número de personas en esta condición son demasiadas. Por otro lado, la existencia de estas organizaciones y la articulación entre ellas, visibiliza el cúmulo de diferentes acciones que se integran y orientan para evitar la estigmatización, la segregación, la exclusión social y el abandono de las personas en situación de calle.

La revisión de buenas prácticas y fracasos implica, por un lado, el reconocimiento de la oferta (proyectos o iniciativas) pública y privada de la ciudad, de las organizaciones sociales y de los colectivos de voluntarios y donantes para las personas en situación de calle y, por el otro, la valoración de quienes la han implementado y quienes han sido sus destinatarios. Se destacan las siguientes:

### **El sistema municipal de atención a personas habitantes de calle de la secretaría de inclusión social**

De acuerdo con funcionarios del sistema, el programa Centro Día se le considera una experiencia exitosa porque capta, sensibiliza, interviene, caracteriza y georeferencia los movimientos de la población habitante de calle, para lo cual disponen de equipos itinerantes que realizan búsquedas activas en la calle con el fin de

acercar a la población a los servicios ofrecidos: alimentación (desayuno, almuerzo y cena), dormitorio, duchas, lavabos, lavaderos, cuidado personal y atención en salud por parte del personal de enfermería y de medicina.

Estos funcionarios reconocen que el programa no logra atender a un número importante de población habitante de calle de la ciudad porque disponen de cupos limitados y algunas personas no se adaptan a las normas de convivencia de la institución, por lo cual desertan o son expulsadas. Además, si una persona no cuenta con documentación, no vive en Medellín o no ha vivido en Medellín en el último año, si se encuentra sancionada por inadecuados comportamientos, o no aparece en las bases de datos de habitante de calle, no puede acceder a muchos de los servicios ofertados.

Las conversaciones con las personas habitantes de calle y algunos líderes de opinión de los territorios priorizados muestran también las valoraciones que se hace del sistema desde afuera. De acuerdo con algunos testimonios planteados por personas en situación de calle en los tres sectores priorizados, el programa Centro Día presenta una sobre-exigencia de requisitos que para ellos constituye una barrera para el acceso a los sistemas de salud y protección social.

Varios de ellos plantean lo mucho que les cuesta la permanencia en este componente del sistema porque deben dejar de consumir SPA o porque no logran adaptarse a las normas de convivencia.

Una habitante de calle, adulta mayor, del corredor del río, plantea, además, el temor a la interdicción que le generan los espacios y los funcionarios de Centro Día. En una gestión que se estaba haciendo para el acceso a un programa de albergue dice: "... no apa, yo no me voy para ningún centro día porque allá lo dejen encerrado a uno y no me dejan volver a ver al niño".

Un líder de opinión del sector del Bronx, vinculado a la red de microtráfico local, egresado del componente de resocialización del sistema, lo define como una muy buena alternativa para

superar la vida en calle y el consumo problemático de SPA: en múltiples ocasiones le ha planteado a los profesionales del centro de escucha que él es un caso exitoso del proceso, por lo cual lo recomienda a los habitantes de calle del sector. Agrega que se requiere de un gran esfuerzo que no todas las personas están dispuestas a asumir.

### **Fundación Visible.**

Se fundó el 12 de enero del año 2012 y tiene como misión hacer visible a la población vulnerable del centro de Medellín desde el reconocimiento de la diversidad y la dignidad, generando espacios de respeto y solidaridad. La Fundación Visible nace de una iniciativa colectiva estudiantil y profesional que, exaltada y conmovida por la indiferencia hacia ciertas poblaciones, se propone enfrentar algunas de las realidades existentes en su ciudad. Iniciando por recorrer las calles del centro de Medellín, se identificó la convergencia de dos problemáticas en un mismo contexto: la habitancia en calle y el desplazamiento forzado. Es así como se hace posible que un mismo ser humano, adulto o niño, reúna las características distintivas de ambas realidades, agravando su situación. A partir de allí iniciaron su trabajo con los niños del barrio Colón, en el centro de Medellín, y extendieron sus labores a otras áreas y poblaciones del Valle de Aburrá.

### **Moteros- Good Will.**

Esta organización empezó más o menos con cuatro personas repartiendo casi 50 sandwiches, luego de eso se unieron varias personas más y formaron un grupo más consolidado de al menos veinte personas. La idea principal del grupo es ayudar a la gente en situación de calle, pero al ver que son muchas las personas en situación de vulnerabilidad decidieron extender su ayuda a niños y adultos mayores.

### **Chocolate pa'l Compa de la Calle.**

Esta organización en su trabajo con la población habitante de calle busca lograr una re-inclusión social, activa y productiva, además de la visualización de las problemáticas a través de

dinámicas de trabajo con voluntarios, permitiendo conocer, entender e intervenir de manera directa e indirecta en los procesos cotidianos que tiene la población objetivo. Y con la niñez se busca, a través de procesos académicos, actividades lúdico-recreativas, artísticas, culturales, brigadas de promoción salud, y prevención intervenir en el proceso de desarrollo del ser en esta población.

### **Fundación la Nave de los Sueños.**

Se definen como una entidad sin Ánimo de Lucro; Su objetivo es la promoción de planes y programas alternativos para el mejoramiento de la calidad de vida y la integración social y productiva del habitante de la calle y otros públicos de interés como Adultos mayores y Niños. Lo anterior mediante la formulación y ejecución de proyectos en salud, educación, cultura, deporte, vivienda, donde prime el Amor A Dios. Trabajan en la promoción de programas, para el mejoramiento de la calidad de vida y la integración social del habitante de calle, adulto mayor y niño.

### **Fundación Semilla que Crece.**

La Fundación Semilla que Crece es una entidad sin ánimo de lucro que ha trabajado desde hace unos quince (15) años, inicialmente con personas con problemas de adicción a las drogas, en riesgo de explotación sexual y laboral en situación de calle de la ciudad de Medellín. Posteriormente, en el transcurso de los últimos tres (3) años, ha reorientado su labor hacia la población habitante de calle de la ciudad, bajo la premisa de "resocializar la gente de la calle, estando en la calle" y haciendo un énfasis muy especial en el manejo del anciano habitante de calle enfermo y abandonado. Las estrategias que se utilizan son el Acompañamiento Espiritual, Programa de internado, Programa ambulatorio personal, la Terapia familiar individual y grupal, la Atención psicológica, la Atención teo-terapéutica, Orientación para jóvenes y adultos, Participación en eventos académicos (seminarios, escritos, artísticos y culturales), Programa Ambiental, Emprendimiento eventos y logística y Terapia ocupacional

### **Fundación Aguapaneleros de la Noche- El Emmanuel.**

Tiene por objeto brindar ayuda integral a los habitantes de la calle, y demás personas desprotegidas y sacadas de la sociedad por causas de drogadicción, alcoholismo y también brindar ayuda a madres cabeza de hogar a partir de estrategias guiadas a lo religioso y espiritual.

### **Corporación Everyday Life**

La Corporación Everyday Life desarrolla diferentes acciones con la población habitante de calle, es una casa de innovación social creada con el fin de visibilizar y empoderar la población vulnerable y vulnerada, a través de la formulación e implementación de proyectos y estrategias sociales auto-sostenibles e innovadoras y el empoderamiento de líderes, empresas y entidades sociales desde un enfoque de cooperación. Dentro de sus acciones se destacan: visibilización de la comunidad sin techo y sin techo digno por medio de la fotografía, lo audiovisual, el arte y el periodismo, espacios de inclusión social entre los ciudadanos habitantes de calle y los voluntarios, los profesionales, las redes de apoyo y las entidades gubernamentales y no gubernamentales, adicional a eso, buscan generar redes de apoyo en torno a las personas sin techo y sin techo digno con el fin de empoderar, educar y ayudar a través de herramientas que fomenten la capacidad de gerencia de cada ser humano

### **Hogares Claret.**

Es una institución social y sin ánimo de lucro, donde se ofrece acompañamiento terapéutico - pedagógico a niños, niñas, adolescentes y adultos, afectados por la marginalidad, la violencia, el consumo de sustancias psicoactivas y/o problemas de conducta, para favorecerlos en la inclusión social, el restablecimiento de sus derechos y la construcción de un proyecto de vida. Ofrecen servicios terapéuticos para habitantes de calle en proceso de resocialización.

## **Fundación Solidaria Padre Alberto Ramírez**

La Fundación Solidaria Padre Alberto Ramírez es una entidad sin ánimo de lucro que busca servir a la comunidad en todo lo relacionado con la educación, promoción y desarrollo de personas marginadas de la sociedad, ayudándolos a restablecer el tejido social. Acompaña profesional y económicamente aquellos proyectos que permitan a los más necesitados superar sus condiciones de indigencia.

La Fundación está orientada hacia la construcción de un mundo incluyente, Posibilitando espacios de crecimiento personal y capacitación laboral para que las personas que se acercan a ella puedan ser agentes activos de la restauración del tejido social.

## **Fundación Ciudad Refugio**

Proporciona ayuda humanitaria inmediata y eficaz a quienes no tienen acceso a la cobertura del gobierno y necesitan una luz de esperanza. Después de constituirse en el 2001, la fundación inició su trabajo en la seccional funeraria de Medellín, trabajando con hombres sin hogar e implementando su primer programa residencial de recuperación para hombres.

Este lugar es denominado en las calles como "el lugar de Douglas", el refugio para hombres sin hogar de ciudad Refugio proporciona seguridad y refugio a quienes viven en las calles de Medellín.

El refugio de Ciudad Refugio puede alojar hasta 100 personas cada noche, actualmente se han registrado un promedio de asistencia de 50 a 65 personas por noche.

Ofrece también un programa que denominan de restauración, con orientación religiosa que busca promover procesos de inclusión social y laboral.

## **Organizaciones religiosas en el Barrio Colón**

De acuerdo con una líder de opinión del sector de la Corraleja del barrio Colón, no habitante de calle, las actividades realizadas por las iglesias y

fundaciones religiosas tienen mucha aceptación porque resuelven necesidades básicas. Relata que todos los domingos van de parte de una iglesia protestante a prestar servicios de alimentación, barbería, ropa e insumos de aseo. Comenta, además, que a este tipo de iniciativas se suma la comunidad religiosa de San Antonio (Franciscanos), que también realiza actividades y encuentros educativos en los que se brinda alimentación, insumos de aseo, espacios de participación, esparcimiento e identidad. De acuerdo con esta líder, estas experiencias son exitosas porque ha permitido que muchos habitantes de calle encuentren un espacio de escucha y ayuda.

Todas las organizaciones manifiestan que las actividades que desarrollan con habitantes de calle son exitosas, ya que hay un reconocimiento por parte de ellos hacia las mismas. Consideran que las personas en situación de calle participan activamente de las actividades que se proponen, y que incluso atienden a veces a las recomendaciones que se hacen en relación al autocuidado, o al orden. Adicionalmente, consideran sus estrategias exitosas porque permiten un cambio en las dinámicas cotidianas de los habitantes de calle, y que esto reduce daños en la medida de que ellos se sienten parte de algo por medio de un abrazo, un compartir, o simplemente con que otros los escuchen. Cuando se pregunta por experiencias negativas o fracasos en las estrategias, las organizaciones no hacen referencia a esto, y consideran que todas las acciones que ejecutan son positivas para ellos como organización, como para las personas en situación de calle.

Seguido, es importante resaltar las posibilidades de integración con las organizaciones nombradas anteriormente, ya que la mayoría de estas hacen parte de la articulación llamada de Red de Calle. Por otro lado, ya se han desarrollado acciones en conjunto con Fundación Semilla que Crece y con Everyday Life, gracias al espacio de la Red Operativa que se da en Barrio Colón. Esto ha permitido proyectar más acciones conjuntas en el

futuro y así, beneficiar a las personas usuarias del Centro de Escucha con las actividades que se vayan a desarrollar, que van siempre en pro de mejorar su calidad de vida, y en la disminución del daño.

La percepción de la comunidad sobre estos proyectos es muy diversa, algunas personas expresan que este tipo de actividades no sirven, porque muchas organizaciones solo se limitan a dar comida y mercados y ya, no es algo que trascienda, y que sólo lo hacen para que la gente se distraiga. Asimismo, hay otra visión que es más positiva, pues son conscientes de que son personas que necesitan ayuda, y agradecen el hecho de que haya gente que quiera a la otra gente. Sin embargo, un habitante de calle del Bronx, manifiesta que a veces esas ayudas o procesos no se desarrollan por la misma grosería de algunas personas en situación de calle. Aun así, narran que es muy gratificante el hacer parte de estos procesos, ya que les permite reconocerse a sí mismos como ciudadanos y como personas que pueden acceder a sus derechos sin ningún tipo de reproche o limitación.

### 5.3 Historia de la comunidad

Para entender la situación de los habitantes de calle es necesario remontarse a la situación problemática de desigualdad y pobreza que ha azotado al país históricamente, donde las condiciones de vida de las personas y su calidad de vida han sido precarias. Una persona habitante de calle es el reflejo de una sociedad desigual y excluyente, también teniendo en cuenta el conflicto armado y de desplazamiento que ha mantenido al país en una inestabilidad política, económica y social constante. Además, se debe entender la habitancia en calle como una realidad compleja donde convergen diversas problemáticas asociadas a lo antes mencionado, como lo son el abandono estatal, conflictos familiares, drogadicción o sencillamente porque fue una decisión autónoma, es decir, ven la calle como una forma de vida y se de alguna manera se sienten

"cómodos" estando allí. Aroca, L., Herazo, F., Hoyos, R., Gómez, C., Granados, M. & Otero, M. (2013).

Por otro lado, es importante mencionar, que solo hasta el año 2013 el legislador colombiano mediante la Ley 1641, define al habitante de la calle: "Artículo 2. (...) "Habitante de la calle: Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar", (Ley 1641, Política pública social para habitante de calle, 2013). Esta definición es importante puesto que muchos años antes se les señalaba, eran nombrados de formas despectivas, se reducía su posición de seres humanos que gozan de derechos como el resto de la población, a un punto de totalmente deshumanizado.

Las problemáticas de país anteriormente mencionadas dejan como resultado un crecimiento urbano en Medellín teniendo su impacto más significativo desde finales de los años 60`s, en un crecimiento continuo y desigual. Simultáneamente, el despuntar la década de los 70`s, está acompañado del fenómeno de metropolización, pues el Valle de Aburrá concentraba ya el 44% de la población total departamental, de la cual, el municipio de Medellín representaba una tercera parte de ese total metropolitano (Restrepo, Agudelo, Hoyos, 2009, P5). Lo anterior significó un incremento del desempleo, la informalidad comienza a tomar fuerza, la inseguridad aumenta, falta de vivienda, el transporte y la contaminación que ya dejaba ver un poco el modelo de ciudad que se estaba forjando.

A todo esto, en la comuna 10 llamada La Candelaria, coincide con el centro histórico y funcional del área metropolitana del Valle de Aburrá, concentrando en su espacio gran parte de las problemáticas de la región La población en situación de calle y habitante de calle es precisamente un fenómeno social en el que la mayoría de las personas que lo integran provienen de fuera de Medellín, pero que observan en el centro de la ciudad las condiciones más propicias para su satisfacer sus necesidades individuales y llevar a cabo su forma de vida,

descargando en la Comuna 10 y sus pobladores históricos la mayoría de los costos sociales, económicos y ambientales que su reproducción implica (Restrepo, Agudelo, Hoyos, 2009, P5).

Los habitantes de calle en Medellín comienzan acrecentar en los años 80s en el barrio llamado Corazón de Jesús, mejor conocido en la ciudad como Barrio triste; una marca que predominó en el barrio no solo fue la violencia generada por el narcotráfico, sino también el consumo de sustancias psicoactivas y la mendicidad. En este barrio, se comienzan a crear las llamadas "cuevas", eran callejones donde llegaban a parar las personas con menos recursos, quienes eran ignorados y excluidos por una sociedad que no brindaba las mismas oportunidades a todos. En esos callejones también había inquilinatos, piezas que las personas pagaban para ir a consumir, las primeras personas que comienzan a vivir en Medellín como habitantes de calle eran conocidos como "indigentes" y "desechables", se dedicaban a reciclar, trabajar en chatarrerías rebuscando su diario para ir a las cuevas a consumir. De igual manera fueron llegando personas de otras ciudades, lo que fue aumentando poco a poco la población habitante de calle en la ciudad, y, que, de alguna manera, se fueron repartiendo por los diferentes sectores del centro de la ciudad. (Información recogida por medio de indagaciones con habitantes del sector)

Asimismo, en Lovaina, en los años 90s, se acrecienta el microtráfico, con la muerte de Pablo Escobar, queda este sector con muchas personas consumidoras de drogas. Ahí en Lovaina también se comienzan a activar las llamadas plazas de vicio, donde las personas llegaban a consumir; las plazas fueron el motor, como el núcleo donde las personas comenzaron a consumir el llamado basuco, la droga que la mayor parte de quienes habitan la calle comienzan a consumir para llevar sus nuevos estilos de vida. (Información recogida por medio de indagaciones con habitantes del sector)

En el pasar de los años, los habitantes de calle en la ciudad de Medellín se fueron separando y

distribuyendo en la ciudad, de tal manera que comienzan a habitar las plazas más reconocidas de vicio, una de ellas está ubicada desde el Hotel Nutibara hasta estación Prado, otra es en Barrio Antioquia y en el Barrio Colón, por último en la Avenida de Greiff existieron 3 casas, una de color rosado, otra azul, una chatarrería y un hotel de madera de 4 pisos; los habitantes de calle en ese sector comenzaban a llegar a esos lugares, dependiendo el interés o tipo de droga que querían conseguir entraban a las casas, ahí, adentro, compraban y consumían el llamado basuco y después continuaban con su día. Esos lugares, fueron demolidos, con la finalidad de acabar con esas casas de vicio. Al ser destruidas, los habitantes de calle se comienzan a ubicar en el llamado Bronx de Medellín, donde habitan hace más de un año y medio, y que es el punto de mayor concentración de habitantes de calle en la ciudad, constantemente se realizan operativos con espacio público y demás entidades que llegan a realizar limpiezas en el sector, pero que, en cuanto terminan, "la plaza" vuelve a estar llena de esas personas como si nada hubiese pasado. (Información recogida por medio de indagaciones con habitantes del sector).

En la búsqueda de la información en los diferentes territorios con mayor aglomeración de habitantes de calle, la conversación con los vecinos o habitantes del sector siempre se reducía a culpar a esas personas por estar viviendo de esa manera, incluso, de manera indiferente, sabiendo que conviven con ellos todos los días, hacen como si no estuviesen ahí. Al hacer preguntas como ¿usted cómo cree que comenzaron a habitar la calle las personas en la ciudad?, la gran mayoría con quien se sostuvo información decían que nunca se habían hecho esa pregunta, que no les interesaba, alguno solo les interesaba su bienestar económico, otros culpaban al Estado por el abandono a esas personas, pero en cuanto al surgimiento del habitante de calle, dicen que "eso siempre ha estado", y que no ha cambiado nada, "los habitantes de calle son un negocio, tanto para el Estado, como los dueños de la vuelta". Irónicamente, ésta búsqueda, da cuenta un poco del desconocimiento

histórico que se tiene de nuestro propio país, y que se quiera o no aceptar, el habitante de calle hace parte de esa historia.

## 5.4 Elementos sociológicos

Aunque la investigación sobre los elementos sociológicos que configuran el fenómeno de habitanza en calle en la ciudad de Medellín son escasos, se logró encontrar documentos de la política pública social para habitante de calle algunas cifras que muestran los factores de riesgo que generan y mantienen el fenómeno. Son diversos los factores por los cuales la gente habita en la calle: encontramos factores estructurales como la falta de vivienda, la falta de empleo e ingresos y los cambios económicos e institucionales de fuerte impacto social, entre otros. Están los factores biográficos como el consumo problemático de drogas legales e ilegales, las disfunciones de los lazos familiares, las enfermedades mentales, la pérdida de todos los bienes y los que deciden irse a vivir a la calle. Se encuentran, también, los desplazamientos causados por el conflicto armado del país tanto rural como urbano y los desastres en masa y/o naturales como inundaciones, incendios o terremotos. (Política pública, Ministerio de Salud, 2018).

Institución que realiza el instrumento	Nombre del instrumento	Población censada	Tasa por 10.000 hab.
DANE y Alcaldía de Medellín - Secretaría de Solidaridad	Censo sectorial habitantes de y en calle, 2002	3.483	14.0
DANE y Alcaldía de Medellín - Secretaría de Solidaridad	Censo de habitantes situación de calle, 2009	3.381	13.5
Alcaldía de Medellín	Censo de caracterización de habitante de la calle, de la ciudad de Medellín, 2014	3.250	13.0

Fuente: Política pública, Ministerio de Salud, 2018

En Medellín se han realizado tres censos (en 2002, 2009 y 2014). De acuerdo con la política pública social del ministerio de la salud, estos censos y otros estudios reportados se encuentran desactualizados y los universos estudiados han

sido disímiles, con metodologías de recolección de información distintas y en períodos desiguales, sin embargo los datos obtenidos de estos ejercicios permiten hacer una aproximación a la magnitud de la habitanza en calle.

### Factores de riesgo y algunas condiciones de la habitanza en calle

La habitabilidad de calle es un fenómeno multifacético que no se puede explicar desde una perspectiva unívoca y monocausal. Lo cierto es que vivir en la calle genera diversos factores de riesgo, así como son múltiples las realidades de la gente que vive en ella.

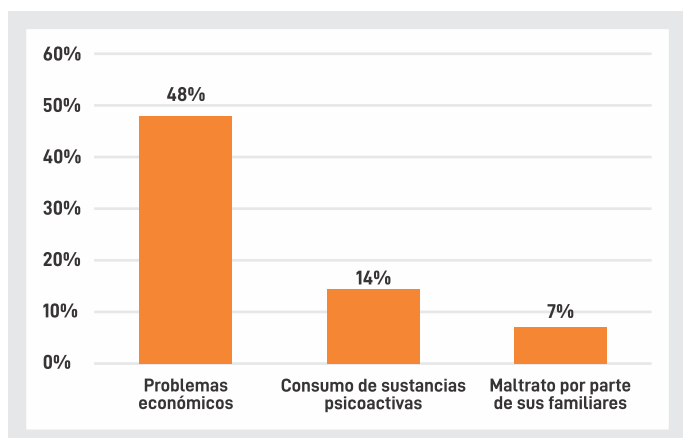
De acuerdo con la política pública del Ministerio de Salud, en un estudio realizado en el año 2016 en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga, se mencionaron como los principales factores de riesgo de la habitanza en calle:

- El consumo de otras sustancias psicoactivas diferentes al alcohol
- El deterioro de la red familiar como el abandono de personas mayores o con discapacidad.
- La falta de afecto
- La muerte de familiares significativos y la violencia intrafamiliar.

Adicionalmente, se describen como factores de ingreso a la vida en calle la búsqueda de subsistencia y el desempleo (Política pública, Ministerio de Salud, 2018).

Se encuentra, también, información sobre otros factores de riesgo de la habitanza en calle, factores de permanencia en calle, habitantes de calle que terminaron secundaria, afiliación al sistema de seguridad social, la situación de vivienda y el consumo de sustancias psicoactivas.

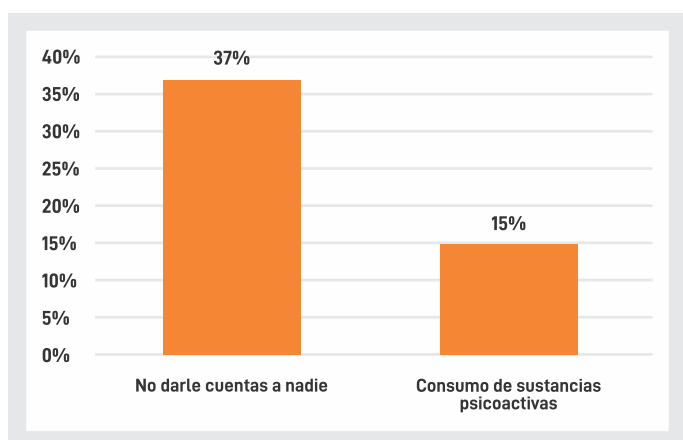
## Factores de riesgo de la habitanza en calle en Medellín



Fuente: Política pública, Ministerio de Salud, 2018

En la ciudad de Medellín la mayoría de las personas encuestadas (48%) consideran como principal factor de riesgo los problemas económicos. En segundo lugar se presenta el consumo de sustancias psicoactivas con un 14%, seguido del maltrato por parte de sus familiares en un 7%.

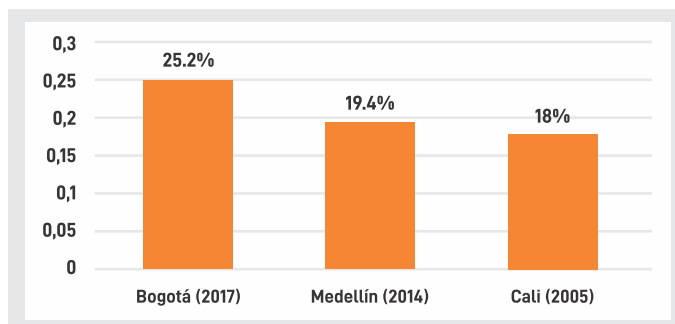
## Factores de permanencia en calle en Medellín



Fuente: Política pública, Ministerio de Salud, 2018

Además de los factores de riesgo de la habitanza en calle nos encontramos con los factores que hacen que estas personas permanezcan en ella. Un porcentaje significativo coincide con no darle cuentas a nadie, mientras el 15% refiere el consumo de sustancias psicoactivas.

## Habitantes de calle que terminaron secundaria



Fuente: Política pública, Ministerio de Salud, 2018

Los niveles más altos de escolaridad, de acuerdo con estudios realizados en distintos momentos citados en la política pública, están en Bogotá con un 25.2%, seguidos de Medellín y Cali con 19.4% y 18% respectivamente. El nivel educativo en las mujeres suele ser más bajo que en los hombres. En Medellín sólo el 9% había terminado la primaria.

## Afiliación al Sistema de Seguridad Social por tipo de afiliación

De acuerdo con la población identificada en las bases de datos analizadas por el ministerio de salud en 2017 y publicadas en la política de habitantes de calle, las cinco ciudades con mayor número de personas habitantes de calle afiliadas al sistema de seguridad social son Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla, 2017. La mayoría que corresponde al 59% están en el régimen subsidiado, un porcentaje significativo (22%) está sin afiliación, el 11% se encuentra en régimen contributivo y el 8% no fueron localizados en las bases de datos (Política pública, Ministerio de Salud, 2018).

## Situación de Vivienda

La situación de vivienda es precaria, casi nula: duermen en la calle, en las aceras, la mayoría duermen solos y envueltos en trapos y periódicos. Con frecuencia en la mañana son obligados de manera violenta a levantarse; para evitar este problema durante la noche prefieren dormir en zonas comerciales

Algunas veces establecen relaciones con los comerciantes a cambio de cuidar locales comerciales.

### **Nivel educativo**

El nivel educativo de los habitantes de calle es bajo. La mayoría no ha terminado la primaria, sin embargo se encuentran personas que han logrado hacer estudios de su secundaria. En muy pocas oportunidades participan en procesos de formación o capacitación (Política pública, Ministerio de Salud, 2018).

### **Consumo de sustancias psicoactivas**

El basuco, que es la droga de mayor consumo en habitantes de calle, es otra sustancia que genera preocupación. En un informe de la corporación Acción Técnica Social (Molina Menjura, 2014), que analizó muestras de basuco tomadas de ollas y zonas de consumo de Bogotá, encuentra que esta sustancia está hecha de pasta base de cocaína, fenacetina, cafeína y otras sustancias en menor proporción, algunas de ellas desconocidas. Este es uno de los pocos estudios de investigación que se ha realizado sobre esta droga en el país. Después de casi 50 años de su aparición, el basuco sigue siendo un enigma y las formas de abordarlo están basadas en supuestos. La adicción a esta sustancia se entiende como una patología psiquiátrica con un enfoque de desintoxicación hacia la abstinencia, donde su propuesta de tratamiento es el internamiento. Según el último censo del (DANE, 2020) el 66,1% consumen basuco, cifra inferior a lo encontrado por la atención de casos especiales por el Centro de Escucha, que llegó al 90%. Según el mismo DANE, otras cifras significativas son: 53% consumen marihuana, 37,8% alcohol, 24,7% cocaína, el 15,9% inhalantes, el 3,6% consumen heroína, 9,5% no consumen ninguna SPA.

### **Poca información de problemáticas que afectan a personas habitantes de calle**

Las actividades de enganche, realizadas con población habitante de calle en la ciudad, han

permitido observar muy de cerca, algunas formas consuetudinarias de nominar, domiciliar y agenciar la vida misma y la de los demás en la construcción de una sociedad aislada y excluida, que es en lo que se convierten estos nichos de habitación de personas en condición de calle. Con el acercamiento y el reconocimiento, se van analizando los elementos que estructuran algunas categorías sociales claves para la identificación de estas personas como sujetos inmersos dentro de un metabolismo social. Es claro que existe, también, poca información sobre las diversas formas de violación de los derechos humanos de esta población, que es preciso tener en cuenta para confrontar de manera efectiva e inclusiva el fenómeno de la habitación de calle. No se cuenta con información disponible de cuántas muertes se asocian a violencia contra la población habitante de calle: homicidios, feminicidios, riñas, hurtos o el denominado fenómeno de "Limpieza social". Se hablan de cifras según el instituto de Medicina legal, que se incluyen dentro de las cifras de desenlaces mortales de la población general. No se tiene información de muertes por sobredosis en la calle, derivadas del consumo de sustancias inyectables. Se cuenta con muy poca información de la realidad del consumo de inyectables en la población habitante de calle. No se tienen datos precisos de la cantidad de Habitantes de calle en la ciudad de Medellín (el último censo se realizó en el año 2009, ya casi diez años después es evidente que los datos han cambiado y aún se continúa trabajando con el censo de 2009).

### **Habitación en Calle, Género y diversidad sexual**

Otro de los fenómenos que se hace evidente no sólo en las condiciones de la habitación en la calle, sino en distintos escenarios de las realidades sociales de la Ciudad de Medellín, es la incapacidad institucional para atender con enfoque de género las situaciones que ponen en detrimento la dignidad y el buen vivir de las mujeres en la calle, esto se vuelve más dramático cuando pertenecen a una etnia no hegemónica en las relaciones sociales de la ciudad como lo son los grupos de Afrodescendientes y los grupos indígenas. La

política pública social para el habitante de calle, habla del enfoque de género como un ítem más, pero no transversaliza las acciones mediante el enfoque de género, por lo que se puede concluir que dicha premisa sólo abarca a las mujeres que acuden a buscar la ayuda institucional.

Las realidades cotidianas de las mujeres que habitan las calles no se acercan, ni en mínima medida, a las de los hombres en la misma condición. El tener que hacerse cargo de la gestación y la maternidad, de la menstruación, de la menopausia, de la dignidad y las representaciones sociales que existen sobre la mujer que abandona su rol social maternal para habitar en las calles, el riesgo de violencias y explotación sexual constante y latente, más el estigma de ser pocas dentro del conglomerado de la población habitante de calle, son condiciones que profundizan su vulnerabilidad social.

En estas múltiples maneras de ser mujeres, se encuentran en las calles las mujeres trans que son estigmatizadas aún más por su condición de género. Están las mujeres lesbianas que no cuentan con elementos propios de su orientación sexual para cuidar su salud sexual y reproductiva; algunas piensan que entre lesbianas no existen riesgos de transmisión de infecciones de transmisión sexual. Se encuentran, también, las mujeres adultas mayores, abandonadas y con consumos crónicos que deterioran notablemente su salud. Los métodos de planificación que se encuentran al alcance son escogidos por el personal de la salud que las atiende, en su mayoría son implantes subdérmicos, basados en la creencia que una mujer en estas condiciones no es sujeto de decisión en cuanto al método que desea usar, ni puede escogerlo ella misma, ni agenciarlo por sus propios medios.

No se tiene en cuenta, además, a las mujeres que son madres al momento de comenzar los tratamientos por consumo de SPA, para reconfigurar las relaciones de cuidado y maternidad, por el contrario se afianza la idea de la

incapacidad de una mujer consumidora de SPA y habitante de calle para ejercer la responsabilidad del cuidado y la maternidad.

## 5.5 Temas generadores

Los temas generadores para este proyecto tienen un valor estratégico porque muestran las situaciones de vulnerabilidad de la población habitante de calle de la ciudad de Medellín. Los acercamientos con esta población permitieron generar múltiples encuentros mediados por la palabra. En este caso las palabras situaron un universo referencial y una forma de relación con una población que también interpreta sus vivencias y las comunica. Los temas generadores, entonces, son la combinación de las interpretaciones hechas a partir de las interpretaciones de las personas habitantes de calle y de la observación participante. La observación participante es un escenario relacional e investigativo en el que se pueden advertir temas que aún no han sido percibidos ni verbalizados por los habitantes de los territorios. Miremos los principales temas generadores en los tres sectores priorizados.

### **Corredor del Río Medellín paralelo a la Avenida Regional**

Uno de los temas, en torno a los cuales giraron las conversaciones relacionados con el hecho de vivir en calle, tiene que ver con la idea compartida que tienen de las autoridades de policía y espacio público de la ciudad como actores generadores de violencia dirigida a la población habitante de calle. Previo al desarrollo de las actividades, las personas en situación de calle de los sectores priorizados narraban sus experiencias de desalojo y desmonte de "cambuches". Estas acciones, por su crudeza y el uso excesivo de la fuerza, ocasionaban traumas por violencia. Eran comunes las narraciones, acompañadas de llanto, por el sentimiento de ira, indignación e impotencia que los embargaba. Uno de los habitantes de calle del sector Avenida del Río, escribió con pintura en un tablón de una cama

desarmada: "zánganos los de espacio público". Sus dinámicas de trashumancia, de equipajes y parafernalias livianas, y desconfianza con los profesionales de la institucionalidad pública, son actitudes que se van convirtiendo en modos de vivir.

### **Sector del Bronx (Cúcuta con Zea)**

En este sector uno de los principales temas generadores tiene que ver con las graves afectaciones económicas de los comerciantes de la zona por la alta presencia de población en situación de calle. En los últimos dos años ha venido configurándose un malestar en la comunidad del sector aledaño a Cúcuta con Zea. Los habitantes de las casas manifiestan que se sienten enfermos y que sus familias no los han vuelto a visitar. Los comerciantes<sup>5</sup>, por su parte, dicen que se han visto obligados a perder ventas o a cerrar sus establecimientos comerciales. A esto se suma la preocupación generalizada por la creciente oferta de SPA ilegales en el sector a manos de pequeños "jibaros", lo cual produce enfrentamientos entre grupos armados y aumenta la población habitante de calle, que en ocasiones es utilizada por estas redes de microtráfico.

Otro tema generador en el Bronx tiene que ver con los efectos perturbadores de la integridad y la tranquilidad de la población en situación de calle por los operativos del Esmad<sup>6</sup>. Si bien este organismo fue creado para el control de disturbios, en la ciudad de Medellín es utilizado en los operativos de desalojo de personas habitantes de calle. En los meses de octubre y noviembre del 2019 y el mes de febrero del 2020, el equipo de profesionales, practicantes y voluntarios, vinculados al centro de escucha, se vieron obligados a sortear el riesgo público, propio de estos operativos, en cuatro oportunidades.

En estos operativos se utilizan gases lacrimógenos y bombas aturdidoras no letales que llevan a las personas habitantes de calle a correr por su protección y a defenderse con piedras y palos. En medio de estas situaciones se identificaron emociones y expresiones de miedo, ira, indignación, zozobra, impotencia y desconfianza, que, en ocasiones, fueron dirigidas en contra del equipo del centro de escucha. En uno de los operativos del 2019, varios habitantes de calle se acercaron de manera violenta a los profesionales del equipo para increparlos por estas acciones, decía uno de ellos: "...nosotros sabíamos que ustedes eran unos infiltrados... por culpa de ellos nos están persiguiendo".

A pesar del gran rechazo a estos operativos por parte de la población habitante de calle, algunos miembros del colectivo de comerciantes del sector se muestran a favor. Dice uno de ellos: "esta gente no merece nada, hay que sacarlos de acá para poder trabajar... mire cuenta plata hemos perdido. Si no se van por las buenas toca sacarlos a las malas. Nosotros estamos cansados".

### **Bajos del puente de la Avenida San Juan con la Avenida Oriental**

Uno de los temas generadores de este sector de la ciudad se asocia también con la acción de las autoridades de policía, espacio público y hasta los operarios de la empresa de aseo, conocidos también como recolectores de basura. Para el común de las personas en situación de calle de este sector, su mayor motivo de impotencia y reclamo tiene que ver con el maltrato continuo y sistemático que reciben de estos actores. Unas veces irrumpen a cualquier hora del día, incluidas las horas de la noche y la madrugada para desalojar o incautar sus pertenencias de manera arbitraria y

<sup>5</sup> En años anteriores un colectivo de comerciantes de los sectores aledaños a las avenidas Cúcuta con Zea interpuso una acción popular por la omisión del gobierno local frente a la problemática de concentración de población de habitante de calle en situación de alta vulnerabilidad. En respuesta a esta acción popular, para el año 2019 la alcaldía de Medellín define un plan de acción intersectorial e interinstitucional en el cual participó el centro de escucha de habitante de calle.

<sup>6</sup> Escuadrón móvil antidisturbios. El Esmad es un organismo creado por el Gobierno de Colombia en 1999, durante uno de los periodos más agudos de la guerra en el país. Depende de la policía y está adscrito al ministerio de Defensa. Su misión es el control de disturbios para restablecer el orden y la seguridad de los habitantes.

violenta, con lo cual se aseguran de causar un mayor impacto emocional.

Uno de los grupos poblacionales más afectados por esta problemática son las personas trans. Debajo del Puente de las avenidas Oriental con San Juan un grupo de mujeres trans han apropiado un espacio con paredes y techo, formado por las avenidas, para vivir. Allí tienen sus pertenencias y se organizan con roles diferenciados para la habitancia y la sobrevivencia en dicho espacio. Los profesionales de campo han sido testigos en múltiples oportunidades de los abusos y atropellos de la policía para intentar expulsarlas del lugar, y al no lograrlo, les incautan lo que tengan a la mano y las amenazan con palabras insultantes y despectivas. Un día en una conversación seguida de un operativo de este tipo, dijo una de ellas: "Yo no sé qué es lo que tienen estos malparidos contra nosotras, todos los días a todas las horas vienen a jodernos la puta vida... Yo le dije a un malparido de esos que si me iba a sacar de acá me tenía que dar una casa para vivir... yo no estoy acá porque me da la gana... entonces me quitaron la cartera y me gritaron eso le pasa por maricón".

A esta práctica cotidiana de violación a la intimidad, despojo y violencia se suma un nuevo actor victimizante: los recolectores de basura. En este sector los residuos sólidos de los establecimientos comerciales, las tiendas, los talleres y las casas de la comunidad, se acumulan para su disposición final cerca a los espacios de vivienda de las personas habitantes de calle, lo que las pone en contacto directo con los residuos y con los recolectores. Estos últimos han adoptado la costumbre de tomar los residuos y las pertenencias de los habitantes de calle, empacadas en costales y bolsas, parecidas a las de los residuos, para echarlas al carro de recolección. En algunos casos dejan los residuos y, de manera pernicioso, toman las pertenencias para lanzarlas al carro, aun después de escuchar los reclamos de los habitantes de calle. Cuenta uno de ellos: "Hermano ayúdeme con esto... mire lo que hacen estos hijueputas... siempre vienen a quitarle a uno todo... ropa, comida, cigarrillos, candela, plata... es que no

dejan nada... hasta los del camión de la basura también... a veces sabiendo cual es la basura le cogen las cosas a uno. Un día de estos no me aguanto más y termino dándoles a estos hijueputas"

## **Consumo de SPA en los territorios**

Las conversaciones derivadas de los procesos de educación en salud e intervención breve también van mostrando como el consumo de SPA constituye un tema generador en la población en situación de calle de los sectores priorizados. La consecución de la sustancia, la parafernalia y los lugares y hábitos de consumo configuran un conjunto de interacciones sociales, bajo las cuales gestionan gran parte de su tiempo y ponen en juego sus emociones. Una de las principales preocupaciones, a partir de las cuales definen sus tiempos para reciclar y vender tiene que ver con sus hábitos de consumo de SPA. Para la comunidad de personas inyectoras del sector del Bronx, la mañana es el momento de mayor angustia y tensión y cuando más invierten su energía física y creativa para obtener su primera dosis de sustancias inyectables, además de las transacciones que hacen para acceder a parafernalia o intercambiarla con otras personas. En uno de los recorridos territoriales decía una de las mujeres inyectoras, mientras caminaba de un lado para otro: "... es que necesito encontrar reciclaje para poder venderlo, comprar la sustancia y aliviarme".

En cuanto a las personas usuarias de basuco, una de las ideas compartidas que dinamiza los modos de interpretar y actuar en la vida en los tres sectores priorizados, tiene que ver con la seguridad de portar y consumir esta sustancia para mitigar varias de sus dolencias físicas y mentales y para compensar lo que podríamos llamar violencias estructurales como aguantar hambre o vivir la inseguridad de no tener techo. Manifestaba una de las personas abordadas en territorio: "... yo fumo menos basuco cuando la infección me duele menos". Con lo cual mostraba que mientras avanzaba en un tratamiento contra la escabiosis, le

dolía menos su cuerpo y sentía menos necesidad de usar esta sustancia. Esta reducción de consumo también se hacía posible cuando se alimentaba mejor.

## 5.6 Estrategias de anclaje y de objetivación

### Espacios públicos para la marginalidad por estigmatización - Corredor del Río Medellín paralelo a la Avenida Regional

La matriz del pensamiento estigmatizador separa las personas entre las que son deseables para la sociedad mayoritaria y las que tienen la etiqueta de indeseables, enfermos o delincuentes como los habitantes de calle. Esto es grave porque los despoja de su dignidad y la sociedad encuentra excusas para no ocuparse de ellos o hacerlo con desgano.

La manera como se construyen las ciudades y se organiza el acceso y goce de los espacios públicos nos muestra cómo se van configurando y manteniendo en el tiempo unos lugares de la marginalidad para unos grupos específicos que cargan con un estigma de merecer poca inversión, por lo cual no se construyen cosas nuevas o se realizan pocas labores de mantenimiento. Es decir, las decisiones en infraestructura ciudadana se toman desde los estigmas. Como una manera de profundización de esta problemática, que muestra la violencia directa derivada de la estigmatización, a estos lugares suele llegar con más inmediatez la cara represiva del estado. En la avenida regional entre los puentes de Colombia y la Oriental, en las inmediaciones del río Medellín existe un espacio (separador del río y la avenida) que ha sido apropiado por habitantes de calle u otras personas con alguna situación de vulnerabilidad por pobreza, desarraigo familiar, asuntos pendientes con la justicia penal, enfermedad física o mental y consumo problemático de SPA, el cual es habitado como una casa en la que duermen, se asean, consumen drogas y socializan. Aunque parecen sentirse seguros en este lugar por la intimidad que

tienen, frecuentemente son sorprendidos por los operativos de las autoridades de policía y espacio público, son víctimas de ahogo en el río y de accidentes de tránsito en la Avenida Regional. Además, reciben muy poca o ninguna intervención del sistema de salud y protección social.

### De la discriminación familiar y social a la discriminación entre habitantes de calle

Otro de los escenarios privilegiados para identificar las estrategias de anclaje y objetivación son las actividades de enganche (festivales itinerantes, talleres creativos y recorridos territoriales), en las cuales las personas habitantes de calle narran sus historias de estigmatización y exclusión social. Algunos relatos hablan de desarraigos familiares y comunitarios por tener trastornos psiquiátricos o trastornos por consumo de SPA, y otros de las ofensas que a diario reciben por llevar la etiqueta de los indeseables a nivel social.

Varios de los habitantes de calle de este sector están en la calle y sumidos en consumos crónicos de SPA, algunos con trastornos mentales. De acuerdo con sus narraciones fueron excluidos de sus familias: unos fueron expulsados de manera violenta o les cerraban las puertas impidiéndoles entrar a sus casas, y otros se aburrían y se iban porque tenían conflictos con todos sus familiares o porque no encontraban un entorno favorable para consumir. Vemos como las personas que consumen SPA, que habitan la calle y que tienen algún trastorno mental cargan con una etiqueta social (indeseable, inhabilitado moral, anormal, peligroso...) que justifica prácticas como la expulsión de los espacios familiares y de deliberación social, pues se les considera de poco valor o como una amenaza. Dice un habitante de calle del sector: "Yo me fui de mi casa porque ya no me aguantaba nadie... yo le robaba a mi papá o vendía las cosas de la casa para tirar vicio. Cuando me decían algo yo me ponía muy agresivo... hasta que no volví por allá".

El ingreso y permanencia en un territorio de la calle, una vez son excluidos o autoexcluidos de sus familias, esta mediado por relaciones comunitarias

de intercambio (unas afectivas y otra materiales) que muestran unas personas con mas redes sociales que otras. Se observa, también, como en estas comunidades de habitantes de calle, algunas personas, aun ocupando espacios físicos cercanos no se relacionan entre sí porque se perciben desde los estereotipos. Contaba un joven habitante de calle en uno de los recorridos: "Yo por acá no me junto con nadie... yo me cuido mucho... yo no me meto con cualquier puta, no fumo basuco y no hablo con estos manes que se mantienen por ahí tirados". Manifestaba emociones y pensamientos de asco, que separa a las personas entre sí y los vuelve intocables. Vemos, entonces, una clasificación prejuiciosa de las personas en situación de calle como algo repugnante y desechable. Esto aumenta, además la ocurrencia de conflictos de convivencia.

### **El Sector del Bronx (Cúcuta con Zea) un territorio vulnerabilizado y estigmatizado**

En este sector convergen múltiples problemáticas que enlazan temas económicos, políticos, sociales y ambientales. Está rodeado de talleres, establecimientos comerciales y parqueaderos, y en sus vías públicas habitan una gran cantidad de personas en situación de calle en alta vulnerabilidad por diversidad de enfermedades físicas y mentales y con consumos problemáticos de SPA legales e ilegales en un entorno completamente insalubre y con malos olores. Es el sector de la ciudad con mayor concentración de esta población. Además, está inmerso en dinámicas de control territorial y microtráfico de drogas por parte de grupos armados ilegales.

Por ser un lugar para la habitanza en calle, la venta y consumo de SPA y la ilegalidad, el Bronx ha sido estigmatizado en la ciudad de Medellín. Una de las principales recomendaciones del sistema de habitante de calle, cuando se pretendía implementar el centro de escucha en este sector, era no hacerlo por razones de seguridad. Decían que este era un lugar de alto riesgo por la compleja red de ilegalidad en la que no era posible garantizar la protección de los profesionales del centro de

escucha. Finalmente se implementó el centro de escucha y ha tenido muy buena acogida. Los profesionales, practicantes y voluntarios asisten semanalmente y nunca han vivido situaciones de hurto o agresión, por el contrario los respetan y los cuidan. Los procesos de etiquetamiento y estigmatización se extienden, también, a los territorios y las comunidades, lo que dificulta que las personas de estos territorios accedan a servicios y oportunidades. Al construir una representación de un lugar como peligroso, se encuentran las excusas para nunca intervenir o intervenir muy poco.

### **Estigmatización por parte de los prestadores de servicios**

La inapropiada creencia de no rehabilitación o desahucio biomedicalizado desde las instituciones de salud contribuye a la adopción de posturas de negligencia o poco esfuerzo de parte algunos profesionales de programas estatales que no realizan las gestiones necesarias para prestar un servicio a habitantes de calle.

Estas prácticas tienden a ser naturalizadas y las personas en situación de calle terminan creyendo que no tienen los mismos derechos que las personas que no son habitantes de calle, y por ello asumen actitudes como el aislamiento, o cuando se les ofrece algún servicio son reticentes. A manera de reclamo manifestaba una habitante del corredor del río, basada en experiencias previas con funcionarios de la ciudad: "Ustedes a qué vienen acá, si no hacen nada de lo que uno les dice, no sirven para nada" y se retira disgustada y lanzando insultos.

## **5.7 Mitos rituales y costumbres**

En la implementación del centro de escucha para personas habitantes de calle también es importante conocer los mitos desde los cuales se organizan las prácticas sociales. Muchas de las relaciones y de los intercambios de las personas habitantes de calle están mediadas por mitos que

tienen que ver con la vida, como las formas de la sexualidad y del comportamiento sexual y relación entre géneros, con la enfermedad y con los hábitos de consumo de SPA, entre otros. Las actividades de psicoeducación y educación para la salud en las que se abordaron las creencias que soportan las prácticas sexuales, de socialización y de consumo de SPA, muestran los siguientes hallazgos:

Algunas personas manifestaron no querer recibir preservativos porque según ellas: "No lo andan dando a cualquiera". Se aduce que, al tener una pareja sexual, no existen riesgos de transmisión de ITS. Igual, algunos hombres no quisieron recibir los preservativos ni la educación para la salud sexual y reproductiva porque según ellos, no sostienen relaciones sexuales activas. Este comportamiento permite evidenciar la creencia o la conformación de mitos con relación al uso de métodos de barrera para prevenir los embarazos y las ITS. Se considera aún un tema tabú o asociado a conductas de promiscuidad que son reprochables dentro de sus configuraciones morales del ámbito erótico-afectivo.

Es evidente que la práctica del consumo de SPA representa la mayor inversión de tiempo en la vida en la calle, lo cual genera un estado continuo de enajenación de la realidad de la ciudad. Esta práctica está soportada en rituales de consumo que entrañan riesgos como la utilización individual y compartida de parafernalia artesanal, elaborada con materiales tóxicos y sin las condiciones higiénicas adecuadas. El basuco, la sustancia de mayor uso en la ciudad por personas en situación de calle, acostumbra consumirlo en una pipa de tubo de PVC, con cubiertas de lapicero de plástico, monedas, aluminio de cocina o de recipientes de alimentos desechados como el yogurt. Ese es el modelo adoptado por la generalidad de la población habitante de calle de Medellín, que les permite un consumo eficiente sin desperdicio de sustancia, es de fácil portabilidad y resistente al uso continuado y los golpes por caídas. Además, permite la acumulación del residuo de la combustión en las paredes del tubo PVC, nombrado por ellos "recicle", el cual es reutilizado en una nueva fumada y produce un efecto más intenso. Aunque unos cuantos no tienen esta práctica, muchos de ellos lo

hacen y la definen como la sustancia del basuco y alimentan narrativas sobre su contradicción esencial: es altamente nociva pero generadora de placer, unas veces porque alivia y otras porque recrea.

Otra de las dinámicas rituales del habitante de calle, que además se vuelve un elemento diferenciador de este grupo poblacional son las prácticas de aprovechamiento de los residuos sólidos. Las personas que habitan las calles en los sectores priorizados por el proyecto, nos han mostrado que son precisamente los habitantes de calle quienes tienen un primer acercamiento a las basuras dispuestas por las comunidades para extraer todas aquellas cosas que puede tener un nuevo uso, entre ellas la comida. Este relacionamiento con la basura se convierte en un ritual de intercambio en el que hay algo por ganar, algo por reclamarle a la vida; no todo está perdido en el hecho de habitar la calle. Si bien, algunas personas se molestan cuando les intervienen sus basuras, algunas lo permiten y, en ocasiones, lo fomentan. En el sector de Colón el dueño de un taller sacó sus residuos para destino final en el carro recolector y le dijo a un habitante de calle vecino: "en esta basura saqué muchas cosas que le pueden servir, mírela antes de que pase el carro de la basura y se la lleve".

## 5.8 Conflictos de base en la comunidad

Los conflictos son connaturales a la vida en sociedad. En algunas oportunidades son fuerzas generadoras de crisis que movilizan transformaciones sociales y en otras producen tremendos procesos de exclusión y destrucción. En los territorios hasta ahora recorridos estos son los principales conflictos: conflictos entre habitantes de calle y la institucionalidad; conflictos de habitantes de calle con grupos armados ilegales y con la ley; conflictos entre personas habitantes de calle, usuarias de sustancias inyectables y otros actores sociales; y vínculos transpersonales y conflictos en la percepción de salud-enfermedad.

## **Conflictos entre habitantes de calle y la institucionalidad**

La participación en diversos escenarios del centro de la ciudad le permitió al centro de escucha articularse con otras entidades que trabajan en la atención de las personas que habitan la calle; aquellas que hacen de la calle su hogar y su fuente de subsistencia. En una ocasión se acompañó una jornada saludable en el sector estación Villa en una actividad que se realizó en los bajos del metro de la estación Prado. Esta fue organizada y coordinada por funcionarios de la Secretaría de Salud en alianza con otras subsecretarías de la alcaldía. El evento inició a las 10 de la mañana hasta las 3 de la tarde. Se ubicó en un lugar fijo, cercado por las vallas institucionales y el cuerpo de la policía, específicamente en la Cr 51c con la calle 67.

Desde el principio fue notable que la población habitante de calle no se quería acercar a la actividad, ni a participar de los eventos programados ni a conocer los servicios ofertados. Algunos de ellos y ellas manifestaron que estaban sucios, con mal olor o consumiendo sustancias con parafernalia, la cual es requisada e incautada por la policía: pipas, candelas y demás. Este primer encuentro pone de manifiesto un conflicto de base entre habitantes de calle del sector de la estación Villa y la institucionalidad. Se sienten estigmatizados e incluso excluidos de algunas acciones por su apariencia física. Este conflicto se hace, a su vez, barrera de acceso al ejercicio pleno de los derechos y la titularidad, ya que la percepción de rechazo y la actitud reacia de las personas habitantes de calle no promueven la comunicación asertiva y el encuentro humanizado mediado por la palabra y el desarrollo de las capacidades humanas.

En la reunión de evaluación de esta jornada saludable se generó una conversación sobre la situación y la política local de habitante de calle, resumida, esta última, en el programa de la secretaría de inclusión social Centro Día. Para la generalidad de los planificadores urbanos y de la política social de la ciudad, presentes en la reunión, Centro Día es la mejor opción para la ciudad. El representante del EDU, por ejemplo, piensa que

todos los habitantes de calle de la ciudad deben ser incorporados al programa. Este tipo de representaciones muestran una mirada del habitante de calle como alguien que perdió el control de su vida y necesita ser regenerado. Además, no reconocen el derecho a habitar y morar en el territorio que tienen las personas, sin distinción por las características personales o sociales.

Ante el imperativo de transformación arquitectónica y vial de la ciudad, el habitante de calle se convierte en un obstáculo, lo que genera conflictos, que en la mayoría de veces no se tramitan y terminan en acciones que profundizan la exclusión social y la vulnerabilidad de estas personas. Lo que hacen las personas habitantes de calle cuando las desplazan de un sector, generando rompimiento en sus redes sociales, es insertarse en otro con sus mismas problemáticas, en la cuales se corre el riesgo de encontrar dinámicas sociales y condiciones adversas a su integridad como la inseguridad o la insalubridad. En la medida que crecen los grandes proyectos urbanos de Medellín, la población habitante de calle ve más limitado su derecho a la ciudad y el territorio, lo que afecta significativamente la gestión de la salud y la vida.

## **Conflictos de habitantes de calle con grupos armados ilegales y con la ley**

Otro conflicto se evidenció a las afueras de este evento: un habitante de calle fue perseguido y golpeado por un hombre joven que, según comentarios de personas del entorno cercano, hace parte de los grupos armados ilegales del sector. Esta situación pone en el escalafón más bajo de la sociedad a la persona habitante de calle; la que no tiene elementos con qué defenderse de las armas y de los golpes. Este conflicto se agudiza cuando estas mismas personas son usadas por las estructuras organizativas del crimen en el centro de la ciudad de Medellín como "Carritos" "Jíbaros" o "Campaneros". Se narra, según un funcionario de la secretaría de Seguridad, que las capturas relacionadas con el microtráfico en el centro de Medellín tienen como resultado una cantidad considerable de habitantes de calle con grandes cantidades de dosis personales de "Basuco", "Perico" o "Marihuana". Estas personas son

procesadas por la justicia penal punitiva en la mayoría de los casos.

### **Conflictos entre personas habitantes de calle, usuarias de sustancias inyectables y otros actores sociales**

Este tipo de conflictividad se identificó en un recorrido de observación participante en el parque San Ignacio y el Barrio Colón, Por la Avenida San Juan y la Carrera 43 b, aledaño al colegio Héctor Abad Gómez. Este recorrido se enfocó, principalmente, en reconocer e identificar las personas inyectoras de sustancias en las calles, material de inyección descartado inadecuadamente en la vía pública o algún indicio de dicho consumo. Durante el recorrido por las calles mencionadas no se observaron personas inyectoras de sustancias, se observaron otros consumos en población general y en personas habitantes de calle como el cannabis, el basuco y la cocaína esnifada. Tampoco se logró evidenciar material de inyección descartado inadecuadamente, lo que hace pensar que el fenómeno se "camufla" bajo otras condicionantes sociales asociadas al consumo de sustancias inyectables.

Los vecinos del barrio Colón también tienen sus propias formas de comprender y comunicar el fenómeno del consumo de sustancias inyectables, que en ocasiones puede generar conflictos. Una persona del sector de los talleres mecánicos de barrio Colón manifestó "... los heroínos vienen de noche", se hacen cerca de un convento que se encuentra aledaño a la avenida San Juan, en un corredor vial, además de las carreras 43b, carrera 43, calle 46, cerca al parque de El Huevo. Los horarios de consecución de la sustancia, los lugares comunes de inyección y, a su vez, las horas permitidas de consumo, donde no hay muchos transeúntes y donde sólo convergen otras personas consumidoras, habitantes de calle y personas pertenecientes a combos delincuenciales, hablan de un conflicto que tiende a invisibilizar el uso de sustancias inyectables de las personas en situación de calle de la ciudad, con los enormes riesgos a la salud colectiva que ello implica.

En una pequeña entrevista con una señora operaria de barrido de la ciudad de Medellín, que trabaja en el sector delimitado en el recorrido, sobre la situación particular del consumo de sustancias inyectables, manifestó que, por lo general, de manera diaria, se puede encontrar un promedio de 5-8 jeringas en las horas de la mañana, que la mayoría de personas que consumen sustancias inyectables acuden a vender material reciclable y aprovechan el tiempo restante para inyectarse y continuar con sus ocupaciones.

Las personas, usuarias de sustancias inyectables, también encuentran conflictos permanentes en el sector del Bronx. Si bien en este lugar han encontrado un espacio-relacional, parcialmente tolerante con el uso de este tipo de sustancias, algunos actores de este sector no soportan las expresiones sintomáticas del síndrome de abstinencia tales como vómitos y diarreas en vías públicas. Esta situación suscita malestar en algunos comerciantes y en las personas vinculadas a la red de microtráfico local, quienes se encargan de mantener unos básicos de convivencia entre los habitantes para no alterar la clandestinidad del negocio de drogas. Decía una de estas personas durante un recorrido en el sector: "... yo estoy caliente con los heroínos... ellos por acá no pueden pasar. Yo se las tengo sentenciada que si se siguen vomitando y cagando en la calle los abro o los pelo". Como si se tratara de una sentencia, con el transcurrir de los días la relación de las personas inyectoras entre ellas mismas, con los comerciantes y con los líderes delincuenciales fue empeorando.

Durante los meses de junio a septiembre aumentaron los conflictos y riñas entre personas usuarias de sustancias inyectables por "la dosis". Una de las consecuencias notorias de la pandemia tiene que ver con una mayor precarización del trabajo informal, lo que dificulta reunir los recursos para comprar la heroína. Para mitigar esta situación, entre las personas inyectoras son comunes las compras en compañía de la dosis. Aunque esta práctica no está libre de problemas: en ocasiones, algunas de ellas se apropian de la dosis de su compañero de compra. Al hablar sobre el tema dice un usuario del sector del Bronx, después

de esperar más de 20 minutos a su compañera de compra: "porque, la dosis no se le roba a nadie. Eso es sagrado, uno sufre mucho".

Algunos de los comerciantes del sector se muestran muy incómodos con las aglomeraciones de habitantes de calle en las afueras de sus negocios. Este malestar aumenta cuando las personas inyectoras hacen sus deposiciones, pues le corresponde a los comerciantes el aseo de estos espacios. Durante los meses de junio a septiembre estuvieron muy vigilantes de que no les ocuparan los espacios de acceso a sus negocios, solicitándoles a las personas del sector y del centro de escucha que se retiraran.

Además de los ya mencionados conflictos con los líderes delincuenciales del sector por las consecuencias del síndrome de abstinencia, se suman los relacionados con los efectos de la sustancia: la disminución en la percepción de algunos riesgos como los carros que pasan a alta velocidad, junto con la pérdida del equilibrio, aumenta los accidentes de tránsito en el sector y con ello el ingreso de los servicios de emergencias y las autoridades de policía, bastante inconvenientes para las redes de microtráfico. Desde el mes de septiembre del presente año no se permite el ingreso de personas usuarias de sustancias inyectables en el sector de Cúcuta con Zea. De acuerdo con algunos líderes de opinión del sector, estas se trasladaron una cuadra más arriba (en la cancha sintética) y a la Avenida de Greiff (del Museo de Antioquia hacia el río Medellín).

Desde entonces el equipo del centro de escucha ha fortalecido su presencia en la Avenida de Greiff, especialmente en los alrededores del Museo de Antioquia. Allí ya se tiene contacto con algunos líderes de opinión, trabajadores de farmacias, vendedores ambulantes y personas habitantes y no habitantes de calle que frecuentan el sector y son usuarios de sustancias inyectables.

### **Vínculos transpersonales y conflictos en la percepción de salud-enfermedad**

El encuentro con las personas habitantes de calle permite un acercamiento cada vez mayor a la

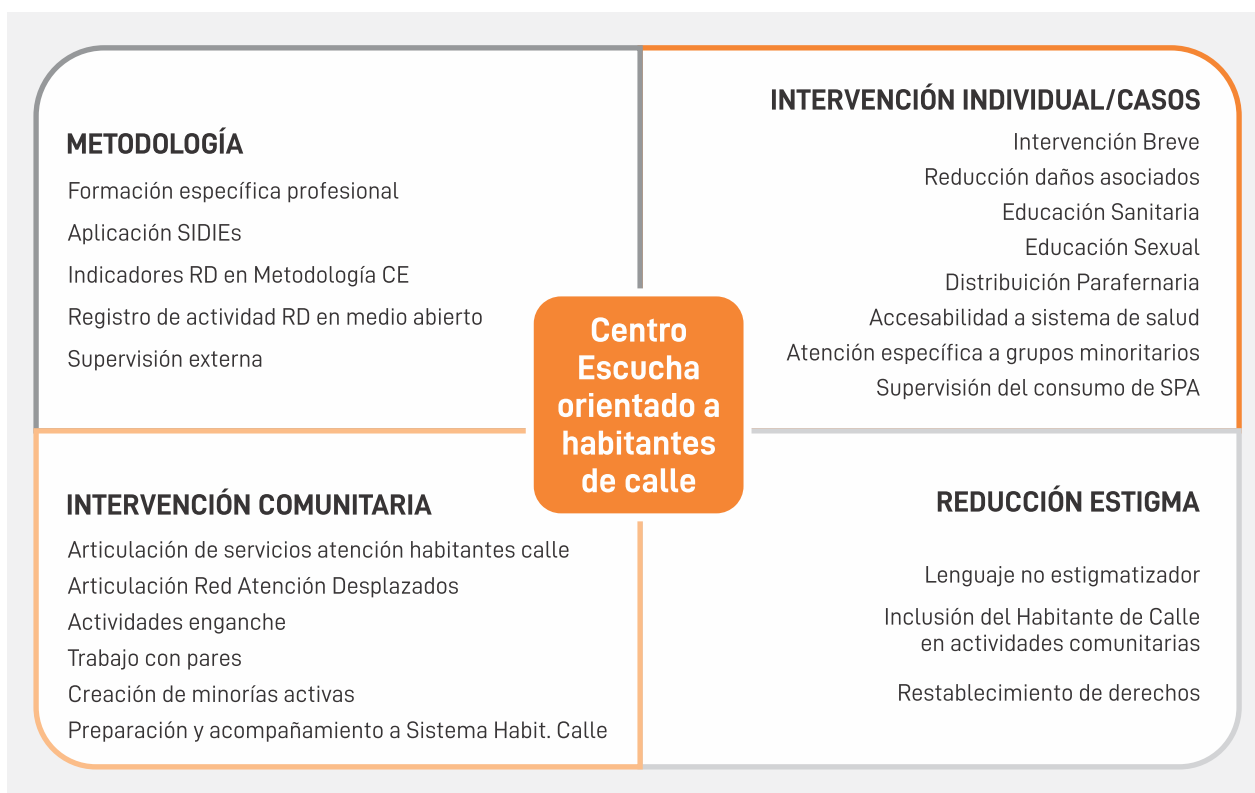
comprensión de su mundo, su realidad y a las formas consuetudinarias de sobrevivencia que tiene en las calles, lo que puede derivar en profundos conflictos relacionales en función de todas las esferas que componen la estructura humana y su lugar de enunciación, además de la elaboración, deconstrucción y fundamentación de un sí mismo/a que se encuentra en constante conflicto con una percepción de la realidad alterada por los efectos de los consumos crónicos y problemáticos de SPA, las patologías mentales de base, la desnutrición, el abandono, el aislamiento y la incertidumbre del diario vivir. En el barrio Colón se ha logrado identificar una población itinerante que se ha instalado en algunas esquinas, ha generado vínculos y relaciones con comercios del sector y han creado vínculos transpersonales que aseguran algunas cosas, claves para el mantenimiento de la vida en la calle, como los enseres básicos de los cambuches, los alimentos encontrados o recolectados, la parafernalia de consumo y las SPA, y en algunos casos el material reciclable recolectado en la jornada.

En estos vínculos transpersonales es muy notable la proclividad a la comunicación no asertiva, a los maltratos, a las manipulaciones transaccionales (sexo por SPA, microtráfico a cambio de seguridad, etc.). Allí se sustentan algunos conflictos de base de la comunidad de los habitantes de calle, que se manifiesta en la percepción sobre la salud/enfermedad. Al indagar por la percepción de la enfermedad, algunas personas manifestaron: "la adicción es la enfermedad" y "la falta de afectos" entre otras...

Varias de estas personas manifestaron, también, que no son escuchadas, que no se les permite hablar de algunas problemáticas que vinculan otros actores sociales, demostrando, de esta manera, un fuerte paternalismo, ejercido tanto por las fuerzas institucionales como por las fuerzas armadas ilegales del centro de la ciudad. Lo que queda de conclusión es que se agudizan aún más las distintas exclusiones que padecen los habitantes de calle, no se resuelven los conflictos de base y empeoran las condiciones de salud que atañen a sus vidas y colectividades.

## 6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL CENTRO DE ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE

Como ya se mencionó las estrategias aquí descritas fueron diseñadas técnicamente a partir del proyecto TRANSMET apoyado por el ayuntamiento de Barcelona y ejecutado por la Asociación Bienestar y Desarrollo de la misma ciudad y la Corporación Surgir. El siguiente cuadro muestra el planteamiento metodológico en el cual se basó la implementación del proyecto, y sobre el cual se hará la descripción de la mayor parte de las actividades ejecutadas.



**Fuente:** GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LOS CENTROS DE ESCUCHA DE MEDELLÍN. ABD, 2018

### 6.1 METODOLOGÍA PLANIFICACIÓN

#### 6.1.1 Aplicación SIDIEs

El diagnóstico comunitario se realizó aplicando el Sistema de Diagnóstico Estratégico (SiDiEs), herramienta basada en el modelo ECO2, que tiene como objetivo analizar 8 áreas de conocimiento sobre diversos aspectos de la comunidad y permite diseñar posteriormente un plan de acción adaptado a las necesidades explícitas e implícitas de esa comunidad. Los resultados de este diagnóstico se expusieron en el punto 4 de esta sistematización.

#### 6.1.2 Indicadores RD en Metodología CE

En este proyecto los indicadores son una medida cuantitativa o cualitativa para reconocer los procesos, los resultados y los impactos de las estrategias de reducción de riesgos y daños, articuladas en una comprensión de la salud desde las áreas del modelo de inclusión social del consumidor de SPA (Minprotección, 2007). Cada una de estas áreas constituye un bloque de series resumidas que va dando cuenta de qué tanto está operando e impactando el proyecto en los territorios priorizados.

Los indicadores, entonces, parten de una lectura operativa de las áreas del modelo de inclusión social que definen los procesos que deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de las actividades, tanto individuales como colectivas para generar resultados directos e indirectos en las comunidades como el acceso al sistema de salud o a oportunidades de trabajo, y transformaciones en las representaciones sociales de los actores de estas comunidades que permitan reducir el estigma. Este cuerpo de series resumidas se nutrió con las recomendaciones de la Guía de Buenas Prácticas para la implementación de estrategias de reducción de daños en los centros de escucha de Medellín (2018), elaborada por la Asociación de Bienestar y Desarrollo (ABD) de Barcelona, que propone indicadores, basados en otras acciones concretas en reducción de daños como el uso de parafernalia higiénica, la educación en salud, la salud sexual y reproductiva y el trabajo con agentes pares.

Los indicadores del modelo de inclusión formulados por Surgir y los sugeridos por ABD están incorporados en los Centros de Escucha, de tal manera que pudiera hacerse un seguimiento a los mismos. Esto facilita la organización de la información, el seguimiento de los procesos y la medición de los mismos en términos de procesos y resultados.

### **6.1.3 Registro de actividad RD en medio abierto**

En los proyectos que se realizan bajo la perspectiva ECO2 son fundamentales los ejercicios de construcción de conocimiento de los territorios y la reflexión permanente en torno a las prácticas profesionales que facilitan u obstaculizan la dinamización de dispositivos comunitarios para dar respuesta a las situaciones de sufrimiento social como las consecuencias adversas del uso problemático de SPA en contextos de alta vulnerabilidad y microtráfico de drogas. Por tal motivo es esencial contar con herramientas e instrumentos de recolección de información, de fácil manejo en campo abierto y que permitan la reconstrucción de las experiencias, surgidas en la

cotidianidad y en las actividades promovidas por el centro de escucha, y las posteriores reflexiones a la luz de las áreas de conocimiento del SiDiEs.

Para hacer operativo el proceso de registro se utilizó:

La hoja de primer contacto en la que se registra la información de identificación y las necesidades y posibles modalidades de respuesta de las personas atendidas como casos.

Una guía impresa con los indicadores, las acciones y los resultados de acuerdo con el modelo de inclusión social y la guía de reducción de daños para la atención de casos, que sirve para identificar los riesgos y daños asociados al consumo de SPA y las acciones que se implementarán en consecuencia para prevenirlos o reducirlos, las cuales, a su vez, se convierten en criterios de registro y organización de los datos en el sistema de información.

Formatos para recolectar información relacionada con grupos poblacionales en situación de alta vulnerabilidad y de las intervenciones realizadas.

Diario de campo para registrar, organizar y analizar la información surgida en los procesos de investigación en la acción. Este incluye campos para registrar la observación participante, los hallazgos de las acciones individuales y colectivas, y el trabajo de redes a la luz de las áreas de conocimiento del SiDiEs.

Algunos de estos instrumentos permiten cuantificar algunos aspectos de la intervención de forma indirecta, es decir, cuya información no está suministrada directamente por los usuarios, por la imposibilidad de hacerlo, sino que se obtienen a partir de la observación, estimación u otros medios indirectos para registrar a o información. Esto es particularmente útil para documentar acciones y observaciones en medio abierto donde se tiene contacto con muchas personas, pero no de forma personalizada. Así por ejemplo, registrar el número de jeringas y demás material de inyección

abandonada en calle, pues ser un indicador de esta problemática, o registrar datos de una actividad colectiva en la que se distribuye condones, da una idea del aporte que en materia de reducción de daños se realiza con una población determinada. En estos casos, la fuente de verificación oficial, que suele ser el listado de asistencia o recepción del servicio no funciona, lo que puede ser una falencia en términos desde el punto de vista de una interventoría, pero si son una fuente de información técnica muy valiosa.

#### **6.1.4 Supervisión externa**

La supervisión externa es un escenario virtual, creado para garantizar un seguimiento y acompañamiento técnico por parte de ABD a las estrategias de reducción de daños implementadas por el centro de escucha. Periódicamente (cada 15 días o en las fechas ajustadas a la disponibilidad de los y las profesionales de ABD y Surgir), se realizaron reuniones por Skype, de aproximadamente dos horas, para intercambiar experiencias y saberes sobre los siguientes temas: La coyuntura política y social del país y la ciudad de Medellín, que representa riesgos, obstáculos y desafíos para la implementación de políticas dirigidas a personas habitantes de calle y estrategias de reducción de daños por consumo de SPA con población en situación de alta vulnerabilidad.

Principales características territoriales de los sectores priorizados, que incluyen una mirada al perfil de vulnerabilidad de las personas habitantes de calle de la ciudad de Medellín.

Estrategias utilizadas para el ingreso a los territorios y para dinamizar escenarios educativos, de promoción de la salud, de asistencia básica, participación social e intervención individual, que incluye personas habitantes y no habitantes de calle.

Estrategias utilizadas con las personas usuarias de SPA, principalmente de pasta base de cocaína (basuco), heroína y otras sustancias inyectables para la reducción de riesgos y daños asociados al

consumo de estas sustancias en contextos de exclusión social grave, con personas habitantes de calle, que tienen consumos problemáticos de SPA, patologías duales, algunas formas de psicosis y diversidad de traumas. Aquí se incluyó la revisión y devolución de las profesionales de ABD a las guías de formación para agentes pares en salud dirigidas a población general y a personas que se inyectan sustancias.

Estrategias para la construcción y apropiación participativa de hábitos y parafernalia adecuada e higiénica para el consumo de basuco, heroína y otras sustancias inyectables.

Violencias estructurales, culturales y directas contra las mujeres y las personas trans habitantes de calle, especialmente las mujeres trans, que las pone en situación de especial vulnerabilidad. Esta problemática se profundiza con las múltiples barreras de acceso que tienen a los sistemas de salud y de protección social y las pocas estrategias que existen para educarse sobre el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

## **6.2 ANIMACIÓN COMUNITARIA**

### **6.2.1 La entrada en terreno**

Posterior a una indagación bibliográfica e histórica de la situación de calle en la ciudad de Medellín y a la observación participante previa al ingreso al campo que se realizó por algunas calles y carreras anexas a los puntos de referencia más mencionados en los hallazgos bibliográficos, el equipo del Centro de Escucha pudo comprender algunos de los procesos que convergen en la elaboración de una vida en calle y la construcción de un lugar común de habitanza para las personas que hacen parte de este grupo poblacional, como la elaboración de los cambuches, la consecución diaria de alimentos y SPA, la resolución de necesidades básicas como el saneamiento y la atención en salud, y analizar a su vez, los comportamientos epidemiológicos de mayor incidencia en la población con el fin de tomar decisiones frente a las acciones de promoción de la

salud que involucran las situaciones de mayor incidencia: Tuberculosis, violencias, VIH/SIDA, etc. Y prever las medidas de protección personal pertinentes, para atender a las personas usuarias en las acciones del Centro de Escucha sin poner en riesgo la salud y la integridad de las personas del equipo. En este sentido, el proceso de ingreso a los diferentes territorios priorizados estuvo fundamentalmente ligado a acciones de Atención Primaria en Salud.

El ingreso al territorio fue uno de los retos principales, como se ha narrado, ya que como principio fundamental del Centro de Escucha, el reconocimiento y la validez de los actores sociales y de la población en situación de calle, es menester para la búsqueda de aceptación y protección, ya que en estos espacios vulnerabilizados, conviven personas en situación de calle y actores ilegales que controlan las dinámicas territoriales bajo esquemas de violencia estructural, como lo puede ser el desplazamiento forzado interno (muy común entre personas en situación de calle), las amenazas y las violencias de tipo sexual y basadas en género.

Los primeros acercamientos en los territorios priorizados variaron de acuerdo a las características del campo, es decir, que cada territorio planteaba dinámicas particulares que los hacían muy distintos entre sí. Por cercanía a los procesos durante vigencias anteriores, el territorio en el que se iniciaron las acciones de campo fue Barrio Colón. Para ingresar a Barrio Colón, por ejemplo, se recurrió a una líder de opinión del sector, que hace parte de las redes de servicios del Centro de Escucha de Barrio Colón, quien llevó a realizar un recorrido por un sector denominado "La corraleja" al equipo, en donde se realizaron las primeras actividades de enganche. En "La Corraleja" vive además, una mujer perteneciente a la Red Operativa del Centro de Escucha de Barrio Colón. Durante el primer recorrido en compañía de la Líder de Opinión y la integrante de la Red Operativa, se observaron algunas dinámicas relacionales entre las personas en situación de calle, asociadas al consumo de basuco y al

expendio y distribución de SPA. El sector es altamente confluente por personas usuarias de SPA, personas en situación de calle, niños y niñas y demás personas de la comunidad. La primera actividad de enganche se realizó en "La Corraleja". La idea era generar motivación al respecto del juego y la lúdica como estrategia rompehielo para iniciar diálogos frente a otras situaciones de la vida. En este primer encuentro fue evidente la tensión de los actores ilegales del sector, que promovieron la desconfianza de las personas en situación de calle hacia el personal del equipo. Si no hubiese sido por la intervención de la líder de opinión, uno de los actores sociales ilegales, hubiera desplazado a los profesionales de campo.

En "La Corraleja" se ubican de 300 a 350 personas en situación de calle durante el día, número que puede aumentar a más de 500 personas en las noches de algunos fines de semana, según narraba la integrante de la Red Operativa. El sector es un espacio en el que era posible la integración de las acciones del Centro de Escucha, no obstante, al ver la hostilidad de los actores sociales ilegales, el Centro de Escucha tomó la decisión de ubicarse en el bajo de los puentes que se cruzan entre la Avenida Oriental y la Avenida San Juan. La segunda actividad de enganche en Barrio Colón se realizó en los bajos de estos puentes. El ingreso a campo era mediado por el compartir de jugo de fruta sin azúcar y una porción de fruta. En este sector habitan alrededor de 80 personas en situación de calle, algunas dedicadas al comercio de SPA, al trabajo sexual o a la mendicidad. Allí, el equipo al ingresar a campo, se vinculó con un grupo de mujeres trans en situación de calle mediante el compartir de preservativos y alimentos. Este primer encuadre, favoreció que el equipo del Centro de Escucha pudiera manifestar los objetivos del dispositivo comunitario y lograr desarrollar algunas acciones en temas de reducción de daños. No obstante, al igual que en "La Corraleja", en este segundo punto se ubicaba un expendio de SPA, por lo que fue preferible ubicar nuevamente el punto de referencia del Centro de Escucha. Así que de esta manera, el equipo se ubicó en la calle contigua, en

un muro de ladrillos anexo a una ebanistería, en donde sí logró generar la suficiente confianza con las personas en situación de calle para no tener que desplazarse hacia otro lugar, asistiendo todos los martes con el objetivo de promover un hábito de encuentro.

Allí en este punto de Barrio Colón se iniciaron las acciones del Taller Creativo gracias a que el Centro de Escucha logró enganchar a una mujer en situación de calle que se vinculó a la red operativa y a su vez, es una gran artesana. Las acciones del Taller Creativo, permitieron mediante el diálogo y la escucha abierta y atenta, enganchar usuarios nuevos y favorecer otras acciones como empezar a llevar música en una memoria USB que ambientara los encuentros en el territorio.

Para ingresar al territorio del corredor Vial del Río Medellín, el Centro de Escucha se acercó primero a los alrededores del río, esto es, las inmediaciones de la plaza de mercado la Minorista, en donde se observó la dinámica de consecución de alimentos de algunas personas en situación de calle y las relaciones que se han construido con comerciantes del sector. Además, se observó que aproximadamente 100 a 150 personas en situación de calle, viven en el corredor vial anexo al Río Medellín, pasando los seis carriles de la Avenida Regional, en un tramo comprendido desde la estación de Bomberos Libertadores hasta el final de la plaza de mercado. Para pasar a dicho corredor no hay puente peatonal y toca cruzar la avenida entre vehículos a alta velocidad, lo cual representa un peligro para la vida de todas las personas que la cruzan diariamente. El Centro de Escucha, cruzó la Avenida al igual que las personas en situación de calle y pudo observar las formas de vida de las personas de este sector, y mediante el compartir de jugo de fruta sin azúcar y una porción de fruta, pudo elaborar diálogos más cercanos y con mayor intimidad, que permitieron identificar algunas necesidades primordiales como la educación para la salud sexual y reproductiva, la reducción de daños asociados al basuco y la atención primaria en salud.

Una vez ubicados del otro lado de la avenida, el centro de escucha inició el trabajo de campo, aprovechando la geografía del sector, entre un tramo de 200 metros aproximadamente. El Centro de Escucha caminaba y con todas las personas sentadas en la orilla del río que se encontraba, trataba de entablar un diálogo mediado por el compartir de alimentos. Estos primeros acercamientos favorecieron la identificación de algunos líderes de opinión del territorio y de algunas personas que llevan viviendo allí varios años. Las visitas en el Río se realizaban todos los jueves y allí, gracias a la flora presente en la ribera del río y a la calma, que de alguna forma otorgan las aguas del río, se realizaron actividades como la celebración del Día del amor y la amistad o la Fiesta del Libro y la cultura (que se narrarán más adelante).

El último territorio al cual ingresó el Centro de Escucha fue el sector denominado "El Bronx" de Medellín. En la actualidad, este sector es habitado hasta por 500 personas en situación de calle y de diversos locales comerciales, que en vista del aumento de los conflictos asociados entre las personas en situación de calle y algunos actores ilegales (pertenecientes a las redes de microtráfico) y la misma comunidad, interpusieron una acción popular, cuyo proceso jurídico comenzó el 16 de mayo de 2019 ante el Juzgado 34 administrativo oral del circuito de Medellín que adujo "El derecho al goce de un ambiente sano, ya que está siendo vulnerado por culpa de la negligencia institucional". A partir de julio de 2019, se inician entonces, los recorridos de observación participante en compañía de funcionarios del sistema de atención al habitante de calle, ya que si bien en algunas ocasiones anteriores el Centro de Escucha trató de acercarse al sector a través de la realización de actividades de enganche unas cuadras más arriba, cercano a la estación "Prado" del Metro, alguna información recibida por parte de actores institucionales no permitió el ingreso sino hasta el mes de julio, ya que se nombraba el inminente riesgo de deterioro de la integridad de los profesionales que trabajasen allí, asociado a la ilegalidad y a tensiones territoriales.

Estos primeros acercamientos estuvieron mediados por el compartir de alimentos. Los funcionarios del sistema de atención al habitante de calle, acompañaron en una ocasión a los profesionales del Centro de Escucha, posteriormente, el dispositivo itineró en el territorio hasta su ubicación definitiva. La primera actividad de enganche realizada en este sector, se llevó a cabo un miércoles en la mañana en la Avenida León de Greiff, al frente de la I.E. San Benito. Allí, el Centro de Escucha, mediante el compartir de alimento y algunas propuestas del Taller Creativo, observó de primera mano, las dinámicas relacionales del sector. En algún momento llegó la policía motivando a las personas en situación de calle a circular, lo que no favoreció el intercambio esperado por el Centro de Escucha, por lo que la siguiente actividad de enganche se realizó en la calle 56 con la carrera 54 (Cúcuta con Zea). Allí, el dispositivo transitó por al menos tres esquinas, ya que los comerciantes del sector no validaron al principio, las acciones del Centro de Escucha con la población en situación de calle. La esquina definitiva, fue la que permitió el intercambio con un actor social del sector que se convirtió en integrante de la Red Operativa, en todo el cruce de Cúcuta con Zea.

El territorio del "El Bronx" representa un nivel de complejidad mayor en la medida de las situaciones de alta vulnerabilidad y exclusión grave en las que se encuentran estas personas. No es necesario profundizar en las valoraciones semiológicas para comprender que muchos de ellos/ellas se encuentran muy enfermos, con heridas complicadas que comprometen significativamente la calidad de vida. De esta manera, el inicio del acercamiento fue a través de la preparación de agua panela, y como los encuentros se debían realizar los miércoles en la mañana, se aprovecha la hora para ofrecer un trago caliente al estómago que acaba de pasar toda una noche a la deriva.

Posterior a estos primeros encuentros, donde al principio, el compartir agua panela mediaba casi

que todo los vínculos, se fueron ensanchando otras formas del dialogo conforme se propusieron otras estrategias, como el taller Creativo. En "El Bronx" mediante la integración de las redes comunitarias, se logra obtener el primer material audiovisual del trabajo de integración con las personas en situación de calle a través del Centro de Escucha: Unos videos en donde se observa a algunas personas en situación de calle tejiendo. No pasó mucho tiempo para iniciar el trabajo en salud que fue crucial.

En "El Bronx" fue donde más se realizaron procedimientos ambulatorios como las curaciones de lesiones de la integridad de la piel, la rehidratación oral en los casos de deshidratación leve-moderada, la entrega de preservativos y la realización de pruebas rápidas de VIH/SIDA, además del acompañamiento educativo a un grupo de personas inyectoras de sustancias que se vinculó al proceso. El acompañamiento educativo en reducción de daños y riesgos asociados al consumo de sustancias inyectables fue una labor que requirió de varios elementos para la concreción de un trabajo educativo que permitiera la adhesión de acciones de reducción de daños en las prácticas de consumo de sustancias inyectables.

El tiempo fue uno de estos elementos, pues al principio las personas inyectoras no quisieron acercarse, ya que son un grupo que dentro de la misma estructura social elaborada en la calle, son vistos como los que "Han tocado fondo", por lo tanto, el primer encuentro educativo, que luego tuvo una periodicidad semanal, fue con una joven de 22 años, con la que se conversó la posibilidad de compartir materiales como el agua destilada, las toallas de alcohol, el torniquete, las curitas para prevenir hemorragias y preservativos. Esta persona fue trayendo más y más personas inyectoras, hasta un total de 38 personas inyectoras atendidas inicialmente, con quienes se adelantó un trabajo psicoeducativo en reducción de daños y riesgos y en identificación de problemas como la sobredosis en calle, la hemorragia pos-punción y la infección del sitio de punción.

En este apartado es preciso aclarar, que el compartir de alimentos, más que una práctica asistencialista, fue y es un medio para el trabajo comunitario sustentado en la solidaridad, la compasión y la empatía. La "acción sin daño", como premisa metodológica, permite comprender el contexto en los que se desarrollarán las acciones para orientar e intencionar el trabajo de base comunitaria y no suplir una necesidad de manera paternalista, por el contrario, potenciar las capacidades humanas mediante un encuentro, que sustentado en el cuidado humano, permita el agenciamiento de las condiciones de vida que motiven los procesos de transformación, equidad e inclusión social.

### 6.2.2 La movilización comunitaria

Como plantea el modelo de Tratamiento Comunitario (Milanese, El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario , 2016), la efectividad y el éxito de las acciones que movilicen a las comunidades debe surgir de un proceso de recepción de la demanda de ayuda. Esta demanda nace, precisamente del acercamiento previo a los líderes de opinión, a las personas integrantes de la comunidad que constituyen las personas en situación de calle de los territorios priorizados, además de los comerciantes que habitan durante el día y la noche los sectores del centro de la ciudad y las personas que viven en inquilinatos, piezas o apartamentos.

Si bien, como lo plantea Milanese (Milanese, El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario , 2016) en algunas ocasiones "implantar y articular servicios a una comunidad" se convierte en un proceso vertical o "de arriba hacia abajo" más que de forma horizontal; es preciso reconocer las dinámicas de la intimidad comunitaria para no imponer una forma de hacer, sino trabajar juntos/as con los elementos que existan; el trabajo sensible durante el ingreso a los territorios priorizados, permitió entonces, reconocer los recursos comunitarios de base para fortalecer el trabajo que favoreciera el mejoramiento de las condiciones de vida y los

modos de vida en la equidad, que según la determinación social de la vida y la salud (Breil, 2010) promueven las prácticas de cuidado de la salud colectiva, previenen las prácticas de riesgo y reducen las brechas de la inequidad en las poblaciones vulnerables.

Se había comentado, que el compartir jugo de fruta sin azúcar, permitió a su vez, elaborar los diálogos que dieron pie a los principales temas generadores. En el territorio de Barrio Colón, por ejemplo, el equipo se dio cuenta de la importancia de la educación en derechos sexuales y reproductivos, ya que se identificó a un grupo de mujeres trans en situación de calle que ejercían el trabajo sexual de manera riesgosa, por lo tanto, para engancharlas a ellas a las actividades psicoeducativas, se propició la entrega de preservativos y la realización de pruebas rápidas de VIH durante las jornadas de trabajo a campo abierto, esto entonces, las motivaba a participar de las demás acciones del centro de escucha como el Taller Creativo Itinerante (Del que se hablará más adelante).

Es de esta manera, que para la experiencia del Centro de Escucha para personas en situación de calle, había que partir de la motivación de participar en los encuentros educativos, ahora bien ¿Cómo convocar a la población en situación de calle a un encuentro psicoeducativo, sabiendo que en muchas ocasiones, los consumos crónicos de SPA, el hambre y las demás carencias dificultan el interés de participación social?

Precisamente es esta la base de la movilización comunitaria en la experiencia del Centro de Escucha con esta población: La Motivación. Y este hallazgo fue posible gracias a la identificación de temas generadores que surgieron de las demandas de la población beneficiaria y a las estrategias de animación comunitaria entretejidas por el Centro de Escucha, lo que permitió un espacio en calle, en donde todos y todas lograsen conectarse con algo, ya fuera la música que sonaba durante los encuentros, ya fuesen las estrategias del Taller Creativo Itinerante (del cual hablaremos más

adelante) ya fuese el compartir de alimentos u otros insumos de asistencia básica o en salud (se compartían compresas higiénicas con las mujeres, se realizaban procedimientos ambulatorios, se entregaban preservativos y se brindaba educación para la salud sexual y reproductiva) ya fuesen los talleres de consumo supervisado o de reducción de daños enfocados al consumo de cocaína fumable con la propuesta de elaboración de una pipa artesanal que redujese los daños o los talleres de inyección higiénica y de menor daño para las personas inyectoras de sustancias.

En este sentido, además de promover la motivación y la participación, la consolidación de una relación mediada por la confianza fue vital, incluso, para la preservación de la integridad de los profesionales de campo y de las personas usuarias del Centro de Escucha, ya que como lo narra la determinación social de la vida y la salud (Breil, 2010) (Arribas-Ibar, 2019) los conflictos constantes en la comunidad pueden llegar a romper el frágil vínculo que se concreta entre las personas que habitan espacios vulnerabilizados y la institucionalidad. Es así, que ese "Hacer juntos y juntas" del que habla Milanese (Milanese, El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario, 2016), se sustenta en una base segura que propicia tanto, la generación de acuerdos comunes de respeto y confianza para las personas operadoras del proyecto como para los y las participantes. Además, la participación conjunta de otras personas de las comunidades aledañas, que comparten espacios comunes de la exclusión y la precariedad permitió ese encuentro entre realidades que si bien, pareciesen distar (el fenómeno de la vida en calle vs las familias de los inquilinatos o comerciantes de los sectores) poseen semejanzas y rutas compartidas como la del estigma, la precarización de la vida y la exclusión grave. Para permitir el encuentro mediante la movilización comunitaria de las personas de la comunidad fueron claves algunas líderes de opinión del sector. La líder que se nombró al principio del ingreso a Barrio Colón, por todos los años que lleva de experiencia en trabajo comunitario en el barrio, es reconocida por muchas

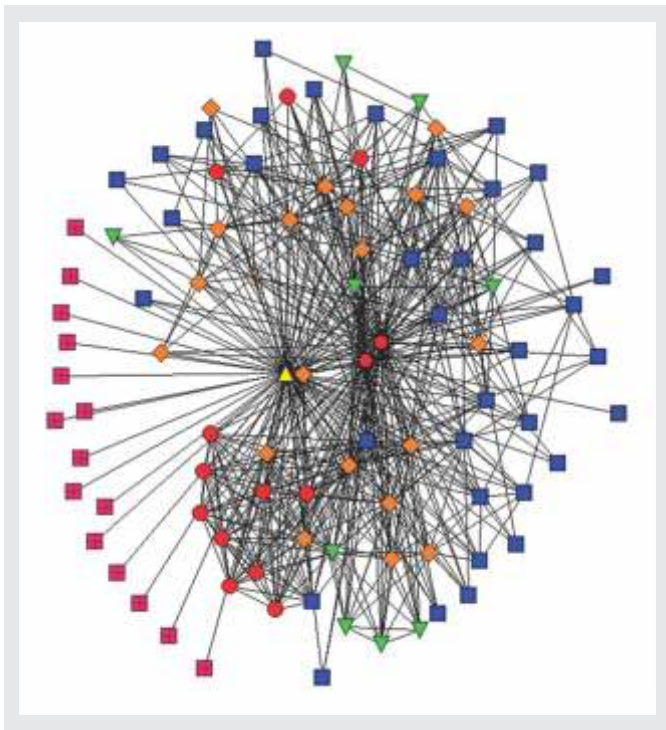
personas. Ella y otras mujeres que la acompañan, favorecieron el acercamiento, manejo, acompañamiento y derivación en algunos casos, de las personas usuarias que nos son habitantes de calle. A su vez, el trabajo en vigencias anteriores en el territorio, generó redes de recursos y redes subjetivas comunitarias en lugares como fundaciones e inquilinatos, donde habitaba o era atendida la población de la comunidad.

Para la construcción de encuentros a nivel comunitario, es precisa la participación de los agentes sociales vinculados a los procesos comunitarios, es decir, debe ser una elaboración colectiva, mediada por el diálogo y la experiencia de las personas participantes, para no cometer errores que puedan romper la fragilidad de las redes tejidas con la comunidad y permitan el sustento de dichos vínculos con el pasar del tiempo.

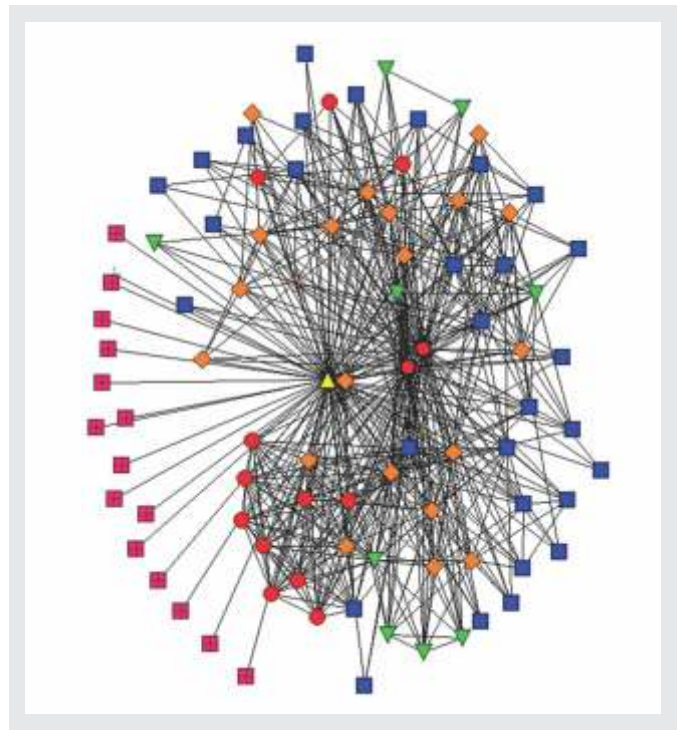
### **6.2.3 Las redes participantes**

Parte fundamental del tratamiento comunitario es el trabajo en redes. Para Milanese (Milanese, El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario, 2016) es "el momento mismo en el que se establece el contacto con la comunidad" es decir, que en el preciso momento de la entrada en terreno, se establecen redes que operan durante la interacción del Centro de Escucha y las personas de la comunidad, estableciendo lugares comunes, más allá de espacio físicos, espacios virtuales donde se conforman los lineamientos de la estructura social de la comunidad y con la cual, en el Centro de Escucha se establecen rituales de encuentro, acuerdos éticos, morales y pedagógicos como base de sustento del trabajo y tratamiento comunitario.

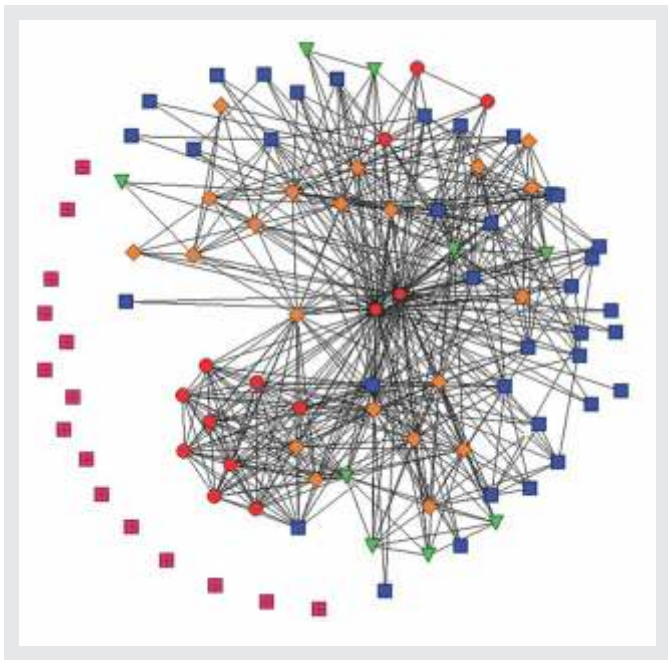
Para cualquier Centro de Escucha el trabajo de identificación y movilización de redes es fundamental y la base para conseguir los objetivos de inclusión social de los usuarios. Para el caso del Centro de Escucha para habitantes de calle se identificaron 96 nodos de red, como puede observarse en la siguiente gráfica:



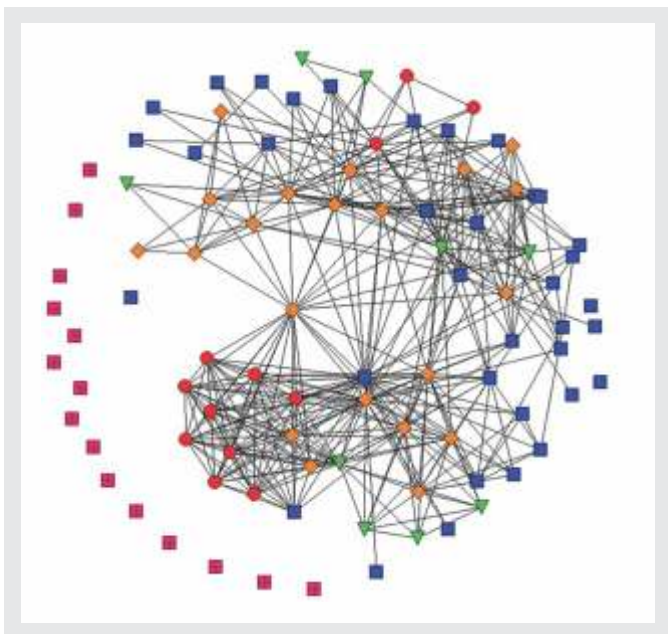
Los círculos rojos (14) representan la red operativa y el equipo de profesionales del CE. Los cuadros azules (37) son la red de recursos, distintos actores que de forma personal o institucional han prestado su servicio en la atención de un usuario o para el desarrollo de las actividades del Centro de Escucha. Los triángulos verdes (9) representan la red subjetiva comunitaria, que son distintos actores de la comunidad, habitantes y no habitantes de calle que han apoyado las acciones del CE. Los rombos naranja (20), son los líderes de opinión, que son personas que tienen algún nivel de influencia en algún grupo de la comunidad. Cuadros fucsia (16) son la red subjetiva de los casos especiales atendidos, que son en su mayoría familiares o personas con vínculos de amistad con ellos. Finalmente, están los casos especiales representados por un triángulo amarillo que fueron en total 90 personas habitantes de calle que recibieron los servicios del Centro de Escucha y para lo cual se requirió de mucha colaboración de otros actores, sin los cuales habría sido muy difícil la gestión. Esta colaboración puede visualizarse en el siguiente gráfico:



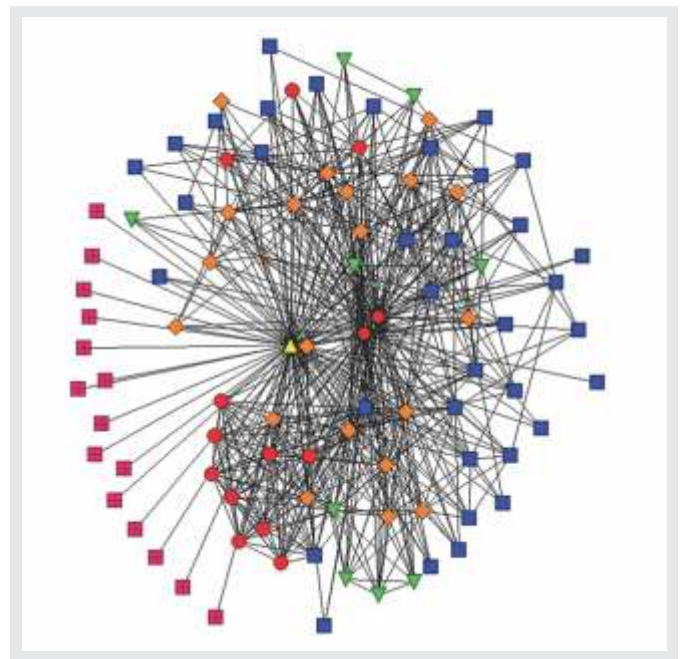
A simple vista podría apreciarse que es casi igual a la red completa, pues muchas de las gestiones del CE giran en torno a los casos; sin embargo también hay otras relaciones que no se tejen alrededor de estos y que han sido de mucha ayuda para la implementación del CE en otros aspectos. Gracias a este otro tipo de relaciones los profesionales del centro de escucha pudieron ingresar y permanecer en los territorios de manera segura, contar con insumos de asistencia (alimentación, ropa, acceso a energía) y acceder a equipos y mobiliario, necesarios para algunas de las actividades comunitarias. Con el apoyo de estas redes se buscaba, también, facilitar el acercamiento a otras personas claves en la gestión del centro de escucha: vecinos y líderes de opinión. Si quitamos los casos del gráfico de red se pueden apreciar esas otras relaciones.



Otro aspecto que llama la atención es el entretreído de la red sin el equipo técnico, es decir, sin el proyecto, donde puede apreciarse las relaciones preexistentes y por tanto la conformación de red de comunidad. Estas relaciones preexistentes dan cuenta de iniciativas previas de las comunidades para dar respuesta a situaciones de sufrimiento social o simplemente para ayudarse mutuamente. Otro aspecto clave en estas relaciones es la tendencia a mantener lazos o intercambios en diferentes aspectos de sus vidas como puede apreciarse en el siguiente gráfico:



Pero al volver a visualizar los operadores del proyecto, se logra observar la dinamización de la red para activar acciones en función de la reducción de daño y la inclusión social de las habitantes de calle. Estas activaciones facilitan las condiciones para la realización de las acciones y el surgimiento de actitudes de cooperación y ayuda de vecinos, comerciantes y líderes de opinión con las personas en situación de calle. De esta manera se evidencia el aporte del proyecto a la red comunitaria. En el siguiente gráfico puede apreciarse esta situación:



Durante esta experiencia, la red operativa fue clave para el desarrollo de las actividades de enganche, para el acompañamiento en campo, para la defensa en ocasiones donde otros actores ilegales increparon a los profesionales de campo con respecto a su presencia en los territorios. Esta red operativa de personas en situación de calle se logró generar gracias a la visita semanal a cada territorio y a las actividades que acercaban los recursos institucionales a la población, como la realización de la identidad plena, el tamizaje para VIH/SIDA, acceso a servicios educativos y recreativos. Esta red operativa fluctuó en el tiempo, ya que la población en situación de calle es altamente itinerante, esquiva en algunas ocasiones y que requiere de un tiempo considerable para generar lazos de confianza.

Mientras transcurrían las primeras fases de las cuarentenas obligatorias en la ciudad para contener la propagación de la pandemia, se interrumpió el contacto con las personas en los territorios. Al retornar, las dinámicas comunitarias, las redes de líderes de opinión y los temas generadores eran distintos. Ahora las preocupaciones se centraban, principalmente, en cómo resolver sus necesidades de asistencia y salud, los conflictos con las autoridades de policía por las restricciones en la movilidad y el uso obligatorio de tapabocas. En la medida que se fue conteniendo la pandemia y se fue liberando la economía y la movilidad en vías públicas se fueron restableciendo las relaciones entre las personas de las comunidades y las comunidades con el centro de escucha.

En este nuevo período se fue haciendo más significativa para la red operativa la participación de las mujeres en las actividades del centro de escucha, especialmente en aquellas que fortalecen los liderazgos comunitarios de las mujeres habitantes y visitantes del barrio Colón. En estas se realizaron diferentes reuniones de sensibilización en las que se generó como primera acción la sensibilización a las integrantes: mujeres en situación de calle, mujeres vecinas del sector que NO están en situación de calle, operadores comunitarios, mujeres de otros colectivos que se unen a la propuesta y el equipo territorial del centro de escucha como facilitadores del proceso. Luego se realizó una serie de encuentros que permitieron la participación activa y el empoderamiento comunitario en temas relacionados con la reducción de riesgos y daños, la reducción del estigma y la exclusión social, y la activación de rutas de atención. Estas reuniones fueron, también, espacios de planificación y evaluación de las actividades del centro de escucha en las que participaron.

El centro de escucha logró, también, construir un entramado de redes de recursos institucionales sólido, que acompañó procesos comunitarios, como los Festivales Itinerantes por la Vida y la Salud y las Actividades de enganche. Cabe aclarar que las redes de servicios institucionales, en su mayoría acompañaron las actividades de enganche

y algunos casos. Por lo tanto, las redes de recursos institucionales brindaron insumos para fortalecer las actividades del Centro de Escucha, como la consecución de alimentos, el préstamo de extensiones eléctricas, sillas, mesas, carpas, realización de pruebas rápidas de VIH/SIDA, acompañamiento psicosocial a personas en contexto o ejercicio de prostitución, etc.

Es de resaltar, que de los mayores retos y a su vez, mayores logros, fue la construcción de una red subjetiva comunitarios efectiva, continua y eficaz para atender los procesos de mayor detalle en el Centro de Escucha. Por ejemplo, en el Territorio de El Bronx, desde el ingreso del Centro de Escucha, el gremio de comerciantes formales e informales se encontraba altamente molesto por la presencia del Centro de Escucha en el sector. Manifestaban que era "Una alcahuetería" por parte de la institucionalidad, brindar apoyo en salud y psicosocial a las personas en situación de calle. Ellos y ellas manifestaron, algunos hasta el final de la vigencia, que "Deberían llevarselos en un carro". Por eso, cuando se logra entablar una conversación sobre las acciones del Centro de Escucha, algunos comerciantes se sensibilizaron frente al proceso: un negocio de Hidro-lavadoras siempre conectó las extensiones eléctricas para conectar el sonido y la música, un parqueadero siempre dio el agua para la preparación de la hidratación del refrigerio que se compartía en territorio. Esta interacción constante del dispositivo Centro de Escucha con la comunidad aledaña, promovió que en un momento dado, incluso las personas participaran en actividades donde sólo había personas en situación de calle, como los Talleres Creativos y algunos Festivales Itinerantes. Esta elaboración de la Red subjetiva comunitaria fue un engranaje paulatino de las voluntades de las personas que viven aledañas a los territorios priorizados y que representaron un continuo encuentro con una matriz del pensamiento estigmatizador elaborada a partir de años y años de reproducir ideas y comentarios estigmatizantes y excluyentes. El trabajo de sensibilizar a dichos actores para hacerlos parte de la red subjetiva comunitaria, planteó la elaboración de estrategias de visibilización de la realidad de las personas en situación de calle para la construcción del tejido en

red. Un ejemplo de lo anterior puede ser la experiencia que tuvieron los profesionales de campo durante la realización de una actividad de enganche en uno de los Territorios. Durante un momento dado, se inició de manera sorpresiva, un operativo de la policía contra los actores ilegales del sector. Los profesionales de campo se vieron inmersos entre dos aguas, ya que por un lado, algunas personas pensaban que se relacionaban directamente con el operativo, mientras que otras los defendieron y resguardaron de ataques. Desde ese día, los profesionales de campo decidieron cambiar la insignia institucional, por un pañuelo blanco bordado con la expresión "SOMOS TERRITORIO DE PAZ". Posterior a ello, tres comerciantes del sector se acercaron para manifestar que deseaban para ellas una pañoleta.

La red Subjetiva de algunos Casos también se hizo presente en el desarrollo de las actividades del Centro de Escucha. El acompañamiento de algún familiar, mientras se llevaba a cabo la actividad, permitía un espacio de diálogo y contención frente a las demandas y necesidades de la persona usuaria y su red subjetiva, que en algunos casos era una hermana, la madre, un hermano o un amigo. Estos acercamientos, favorecieron el acceso a atención en salud de algunos casos, permitieron a su vez, conocer las dinámicas familiares que giran en torno a la vida en calle de el/la usuario/a, y promovieron en algunos casos, la reducción del uso de lenguaje estigmatizador y de prácticas estigmatizantes frente a la población en situación de calle.

Continuando con las redes, la red de líderes de opinión ha ido configurándose conforme se van fortaleciendo las relaciones del Centro de Escucha con los actores territoriales. Las personas que hacen parte de ella en este momento son actores sociales, algunos llevan más de 20 años trabajando en los territorios, otros llevan 10 o más años de vida en calle. En los tres sectores priorizados se realizó trabajo con estos líderes.

En el Bronx y los alrededores del museo de Antioquia se identificaron personas que trabajan para las redes de microtráfico de Medellín

(habitantes y no habitantes de calle), quienes regulan la convivencia en el territorio y distribuyen las drogas, y algunos tenderos estacionarios que son familiares o amigos de los habitantes de calle. En Colón se identificaron habitantes de los inquilinatos aledaños, mecánicos locales, dueños y encargados de mueblería y parqueadero, y algunas personas (habitantes y no habitantes de calle) vinculadas a las redes de microtráfico. En el Río Medellín los líderes de opinión son personas habitantes de calle con diferentes roles: unos son mecánicos y saben reparar artefactos electrónicos como radios, algunos venden cigarrillo y otras drogas, están los artesanos y artistas y los que alquilan o venden sus pertenencias (pipas, plásticos, carpas).

Para sensibilizar a los líderes de opinión de los territorios priorizados en temas como la reducción de los daños y el estigma dirigida a la población habitante de calle, usuaria de sustancias (basuco, heroína e inhalantes) y la prevención de la propagación COVID-19, se realizaron conversaciones formativas in situ con las personas. Unas surgían como parte del componente de educación en salud derivada de los procesos de salud ambulatoria, otras estaban enmarcadas en las acciones de reducción de daños de basuco y heroína y el resto tenían que ver con la apuesta del centro de escucha por generar mayor conocimiento y estrategias de autocuidado y cuidado del otro frente al COVID-19.

En los territorios donde se priorizó la atención de las personas usuarias de sustancias inyectables como los sectores del Bronx y los alrededores del Museo de Antioquia, los líderes vinculados a las redes de microtráfico pactaron con los profesionales del centro de escucha un día y unos horarios para que las personas usuarias de sustancias inyectables pudieran estar tranquilamente en el sector y recibir atención de reducción de daños y distribución de parafernalia higiénica, en ocasiones encargaban a sus amigos para que los buscaran. En los meses de octubre y noviembre del 2019, uno de estos líderes realizó acciones como agente par en salud: recolección de material de inyección (jeringas) y atención de un caso de sobredosis con inyección de naloxona.

Gracias al conocimiento e información oportuna que tienen los líderes locales de los grupos delincuenciales de las dinámicas de ilegalidad del sector, se identificó un propietario de una farmacia que les estaba comprando a las personas inyectoras, habitantes de calle, los materiales del kit de parafernalia higiénica que recibían del centro de escucha y del hospital La María para revenderlos. Esto dio lugar, además, a una sensibilización sobre la responsabilidad de las farmacias en la salud de las personas inyectoras y la salud colectiva con farmaceutas de los sectores del Bronx y los alrededores del museo de Antioquia. Sin embargo, es importante reconocer que desde el mes de septiembre de 2020 estos mismos líderes, vinculados a las redes delincuenciales, se encargaron de expulsar de la esquina de Cúcuta con Zea a las personas usuarias de sustancias inyectables.

En el barrio Colón y El Río Medellín, los líderes de opinión han actuado como una red subjetiva comunitaria que ha permitido mayor seguridad de los operadores del centro de escucha y más acercamiento de éstos con las personas habitantes de calle para facilitar el desarrollo de actividades de educación y reducción de daños, tanto colectivas como individuales. De septiembre de 2019 a febrero de 2020 fueron claves en las convocatorias y en algunas acciones logísticas de los festivales itinerantes. Del mes de marzo a septiembre de 2020 algunos se han comprometido desde sus roles a prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual como el que entrega preservativos, que fueron dispensados por el centro de escucha, a las personas que alquilan su carpa en el Río para tener relaciones sexuales, y las mujeres que se han animado a invitar a amigas y conocidas a las actividades del colectivo de mujeres, los jueves en Colón.

#### **6.2.4 Articulación de servicios atención habitantes calle**

La articulación del Centro de Escucha para personas en situación de calle con el Sistema de Atención al Habitante de calle, fue una ruta de partida para comprender los contextos de la atención. Al principio de la implementación de las acciones del dispositivo comunitario, se tuvieron

algunas reuniones de articulación con el sistema de atención al habitante de calle de la ciudad, de donde surgieron algunas premisas para comprender la contención del fenómeno de habitanza “en” y “de” calle en la ciudad. Se habla entonces de personas “Habitantes de calle” cuando hablamos de una persona que tiene su domicilio y su fuente de obtención de recursos en la calle, sin redes de apoyo familiar o social. Se habla de “Habitantes en calle” de aquellas personas que permanecen gran parte del día en la calle y que probablemente consigan su sustento de la calle, pero que tienen un lugar donde dormir y otras necesidades básicas “satisfechas”. Vale aclarar que el sistema se centra en atender a las personas habitantes “de” calle (para un contexto mucho más amplio de la comprensión del fenómeno, el Centro de Escucha hizo uso del término “persona en situación de calle” (Arribas-Ibar, 2019))

Durante el acercamiento a la institucionalidad, se evidencian las rutas de atención que favorecen las respuestas socio-sanitarias para los/las personas en situación de calle, en tanto personas con derechos asociados a la titularidad que implica el ser ciudadano de una nación y que representa un conglomerado de acciones integradas y orientadas a evitar la exclusión social, la estigmatización, la segregación y el abandono social.

El Centro Día del sistema de atención al Habitante de Calle, representa el componente de básicas dentro del eje del sistema de respuesta al habitante de calle. De allí surgen, precisamente, la mayoría de las acciones que estipula la institucionalidad, como garantes del restablecimiento de derechos a la población Habitante de Calle. Es decir, Centro Día capta, sensibiliza, interviene, caracteriza y georreferencia los movimientos del habitante de calle dentro de sus dinámicas de trashumancia en el espacio geográfico de la ciudad y además brinda acompañamiento en salud, educativo, para el trabajo y el emprendimiento en granjas productivas, la identidad plena y lo que se denomina “autocuidado” que es la ducha para el baño diario, los insumos de higiene personal y el área de básicas que incluye alimentación y alojamiento diurno y nocturno.

Es importante señalar que para que sea posible la atención, se deben cumplir unos requisitos, que en su gran mayoría, giran en torno al documento de identidad, la sustancia de consumo de mayor impacto, estar o no afiliado al SGSSS, vivir en Medellín o tener un tiempo específico de vida en calle. Si una persona no cuenta con documentación, no vive en Medellín o no ha vivido en Medellín en el último año, si hace parte de la afiliación al régimen contributivo, si no supera los seis meses de vida inicial en calle o si tal vez ha accedido a los servicios pero se encuentra sancionado por "inadecuados comportamientos", no puede acceder a los servicios ofertados.

Esto ha permitido identificar algunas barreras de acceso para la población beneficiaria. Durante los ejercicios en campo, se manifestaba a las personas que acudieran a Centro Día para recibir los beneficios de la atención. Algunos de los usuarios derivados no fueron clasificados como habitantes de calle a pesar de vivir en calle y ser captados por el Centro de Escucha, otros no contaban con una experiencia positiva con el sistema de atención y se abstuvieron de ingresar, otros fueron atendidos por el sistema y fueron catalogados como habitantes de calle, ingresando así, a los demás servicios ofertados por el sistema de atención al habitante de calle.

A partir del mes de marzo, cuando se declaró la emergencia sanitaria y social por COVID- 19 en el país, se hizo necesaria la reorganización de los servicios del sistema de habitante de calle y con ello se inició un nuevo ciclo de relaciones. Se decide, entonces, una relación de doble vía. Los profesionales del centro de escucha desarrollaron un proceso de intervención enfocado en el manejo de la ansiedad y otras prácticas de cuidado en los escenarios de confinamiento y posconfinamiento y una capacitación en reducción de daños al equipo de calle del sistema. El equipo de calle, por su parte, con mayor fuerza en los meses de agosto y septiembre de 2020, acompañó la realización de las actividades de enganche en el Bronx y la avenida de Greiff (Museo de Antioquia) y ayudó con la verificación de información de inscripción de usuarios, el transporte de algunos de ellos al

sistema de salud y la activación de la línea de emergencia social 123.

### **6.2.5 Articulación Red Atención Desplazados**

Durante el proceso de atención individual de casos, se identificaron algunas variables que otorgaban aun mayor sentido al proceso de comprensión del fenómeno de vida en calle por parte del Centro de Escucha. Una de ellas fue el fenómeno de desplazamiento forzado, tanto rural como intraurbano. Si bien muchas de las personas participantes en las actividades de educación en salud y reducción de riesgos y daños del centro de escucha son desplazadas, de los 90 casos atendidos solo 5 reportaron haber sido desplazados de zonas rurales hacia la ciudad y de territorios dentro de la misma ciudad. La vulnerabilidad de las personas desplazadas, que también son habitantes de calle, se profundiza ante la imposibilidad estructural para acceder a la atención específica con enfoque diferencial.

Indagando por el acercamiento al sistema de atención a víctimas del desplazamiento forzado, ninguno había tenido un acercamiento efectivo y eficaz y algunos no se identificaban como víctimas de desplazamiento, así contarán la anécdota del desplazamiento, y narrarán el origen de la acción en el marco del conflicto armado colombiano.

Este hallazgo permite comprender la importancia de atender un fenómeno que es invisibilizado al lado de otras determinantes de la vida en calle y que requiere de mayor atención por parte del estado a la hora de atender a una persona en situación de calle, teniendo en cuenta que el país se encuentra atravesando un proceso de pos-acuerdo y que exige reparación y no repetición para todas las víctimas de desplazamiento del conflicto armado colombiano.

### **6.2.6 Actividades enganche**

Las actividades de enganche fueron un viro crucial para el desarrollo del dispositivo como tal en los territorios priorizados. Se narró la experiencia del acercamiento inicial durante el compartir jugo de fruta sin azúcar. A esto se le sumaron otras acciones que fueron ampliando la capacidad de

respuesta del dispositivo comunitario en los diferentes territorios. Al principio, las actividades de enganche se realizaban en esquinas de alta afluencia de personas en situación de calle, inicialmente se compartía un refrigerio acompañado de jugo de fruta sin azúcar. Posterior a la entrega se abría el diálogo sobre el estado actual, la situación personal de salud, la historia de vida particular y así muchas variables que alimentaron la elaboración de los temas generadores y que permitieron que cada actividad de enganche se vinculara a las demandas realizadas por los usuarios.

Fue preciso en este momento, plantear los "acuerdos éticos para el encuentro", llamados así por los profesionales de campo, ya que se evidenció que la vida en calle propone la elaboración de una ética desvirtuada, es decir, del "retaque", del "robo" y del "rebusque" en donde muchas veces, la consecución de elementos como alimentos, SPA, ropa, etc., se convierte en una lucha personal y no en un conflicto colectivo (Rincón Henao, 2018). Para evitar dichas situaciones en donde se evidenciaron algunas riñas e insultos por parte de la población beneficiaria, se establecieron dichos acuerdos, en donde se decía por ejemplo: "Debemos priorizar al que se encuentra más desfavorecido" esto permitió que así elementos como la ropa, que fue compartida en algunos momentos, se entregara a las personas que la necesitaban más urgentemente, así todos y todas tuvieran dicha carencia. Al igual con el alimento y algunos insumos de higiene personal, ya que las existencias no alcanzaban para todos en algunas ocasiones y se deseaba evitar riñas o conflicto. Otros de los acuerdos fueron la compasión, la solidaridad, la empatía, el respeto y la afectividad.

De esta manera surge el Taller Creativo Itinerante. Durante los diálogos con algunas personas en situación de calle, el equipo profesional se da cuenta de las capacidades creativas de las personas que viven en calle, que reutilizan materiales de descarte para dibujar mediante la utilización de elementos que se encuentran en la basura, el tejido con restos de hilos, la pintura en superficies reutilizadas como pancartas de

entidades, publicidades o recortes industriales de cerámica o metales.

Este hallazgo fue muy significativo para el Centro de Escucha, pues se sumaron a la vida nómada e itinerante de las personas en situación de calle para llevar una estrategia móvil, de fácil transporte a los territorios y de fácil acceso para la población beneficiaria. Se denominó Taller, pues éste es el espacio simbólico dispuesto para la creación, ya que no necesariamente era una sala con mesas y herramientas, sino que era la esquina, las aceras, el pavimento mismo; cualquier lugar donde alguien quisiera crear, se tornaba en taller. Era creativo pues promovía la creación mediante una variedad moderada de materiales y técnicas para el aprendizaje y la creación, allí se compartieron hilos de diversos colores para las exploraciones textiles y la elaboración de tejidos con puntos básicos, se llevaron masas para el modelado y colorantes minerales para amasar y crear formas según cada quien deseara, se compartieron pinturas y pinceles para realizar obras plásticas, se llevaron telas y agujas para incursionar en la costura y el bordado, estas acciones creativas permitieron observar el nivel del deterioro del neuro-desarrollo asociados al consumo crónico de SPA, a la malnutrición por déficit, al abandono y aislamiento social y a la falta de acompañamiento terapéutico. Y se denominaba Itinerante ya que como ellos y ellas, transitaba los espacios de habitación y no censuraba la posibilidad de crear a un solo lugar, por el contrario, expandía sus horizontes a cualquier cambuche o rincón donde alguien deseara crear.

El Taller Creativo Itinerante fue un eje vital de las actividades de enganche, pues atrajo a muchas personas por la variedad de materiales y permitió que el dispositivo comunitario tuviese un logo de reconocimiento: El tejido de ojos de dios. Durante cada actividad de enganche, todos los ojos de dios que se tejieron se dejaban colgados de las paredes o los árboles del territorio. Esto permitió que se identificase el dispositivo más adelante en la comunidad.

Para ahondar en las metodologías del Taller Creativo, es preciso decir, que todas las estrategias

utilizadas fueron realizadas bajo un marco simbólico que permitiera el encuentro educativo en torno a temas como los valores (los principales tratados fueron la empatía, la solidaridad, el amor, la paz, la compasión) durante la celebración de algunas fechas o eventos de ciudad, las habilidades para la vida (el diálogo, la escucha activa, la resolución pacífica de conflictos) en torno la importancia de fortalecer las estrategias de integración social y la salud y la vida (la prevención de la ESCNNA, la prevención de la trata de personas, de las violencias basadas en género, las ITS) mediante la entrega de preservativos, la educación para la salud sexual y reproductiva y la celebración de eventos de ciudad relacionados con la salud de la población. En este orden, el tejido del ojo de dios permitió al equipo, configurar un símbolo que representa protección y buenas energías para las culturas originarias de América Latina, como emblema del trabajo del dispositivo del Centro de Escucha. Algunas otras de las estrategias realizadas fueron los quitapesares (creados con cabuya e hilos de colores), Yara La Señora Palabrera (artefacto Animado que permitió el trabajo de expresión de emociones y la reflexión sobre el proyecto de vida a corto y mediano plazo), los abrazadores como estrategia para promover el afecto y las flores de porcelanacrón.

Otro de los ejes fundamentales durante la realización de las actividades de enganche, fue la atención en salud brindada por el profesional de enfermería. Bajo los lineamientos de la estrategia de atención primaria en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), se elabora una estrategia de atención básica en salud para contención y atención de situaciones reales o potenciales que pudieran afectar la salud y la vida de las personas en situación de calle. Mediante la preparación de los insumos de atención, previa identificación de las necesidades en salud más significativas, se logra consolidar un equipamiento que favoreciese la atención y educación para la salud sexual y reproductiva mediante la entrega de preservativos y la realización de pruebas rápidas de VIH en contextos extramurales, la realización de curaciones ambulatorias dada la alta incidencia de lesiones de la integridad de la piel asociadas a riñas con materiales corto punzantes o durante las

acciones de reciclaje al no usar elementos de protección personal. Ante las demandas tan altas de atención en salud, el Centro de Escucha se plantea de manera mensual, la realización de un Festival Itinerante por la Vida y la Salud, en donde se ofertaban además, otros servicios como la entrega de prendas de vestir y se ampliaba la respuesta en salud. Se realizaron jornadas de desparasitación, se entregaron preservativos femeninos conseguidos mediante el trabajo en redes y se educó a algunas mujeres en situación de calle en su uso, además de hablar sobre derechos sexuales y reproductivos.

De esta manera las Actividad de enganche, propiciaron el acercamiento de las personas en situación de calle al Centro de Escucha. Así, además, se logró articular a las redes de recursos para brindar acompañamiento y facilitar insumos para las instalaciones.

### **6.2.7 Trabajo con pares**

Uno de los objetivos de la experiencia fue la formación de agentes pares para favorecer la atención de las personas en situación de calle. Si bien representó algún grado de complejidad, dadas las circunstancias de las personas en la calle, se lograron procesos formativos con 9 personas en los territorios priorizados. Además, se contó con la participación de dos ex habitantes de calle: uno que estuvo de febrero a marzo (antes de la emergencia por la pandemia) y otro que acompañó el proceso hasta septiembre y 2 practicantes de trabajo social. El primer paso fue identificar a las personas con las actitudes y aptitudes necesarias para ser formados como agentes pares. Estas actitudes y aptitudes en su mayoría se centraban en: Saber leer y escribir, demostrar actitud de servicio, ser reconocido/a como líder para su propia comunidad, tener capacidad para la toma de decisiones y tener continuidad en el proceso que llevaba el Centro de Escucha en los territorios.

Para tal fin, se elaboró una guía para la formación de los agentes pares en salud, en ella se evidenciaba primero la importancia de reconocer los procesos de salud colectiva en la población de personas en situación de calle para de esta manera, reconocer y priorizar las situaciones en salud que se presentasen en la calle. Esta guías a su vez,

dialogaba con el aspirante a agente par; según pasaban los ítems de formación el aspirante debía responder a algunas preguntas formuladas para interiorizar los aprendizajes. El objetivo era que la persona en formación tuviera los elementos básicos y necesarios para atender situaciones en la calle que tuviesen que ver con los principales problemas identificados por el equipo: Problemas de la piel, problemas digestivos, problemas respiratorios, problemas asociados a la violencia, problemas asociados al consumo de SPA, problemas nutricionales, enfermedades infecto-contagiosas, vectores, alteraciones de la salud mental, identificación de mujeres gestantes, atención al adulto crónico y promoción de la salud.

Otra vertiente de la formación de agentes pares fue con el grupo de personas inyectoras en la comunidad. Se realizó una guía específica para el acompañamiento de las personas inyectoras y la educación en cuanto a la inyección de menor riesgo y daño, la identificación de una sobredosis, la atención de una sobredosis y la adecuada técnica de inyección para evitar problemas como la flebitis y las infecciones vasculares de mayor grado. En este sentido, la formación que más dio frutos fue la realizada a agentes pares inyectoras de sustancias, ya que permitió el diálogo de saberes en torno a la utilización de materiales higiénicos para la inyección, el no compartir elementos como las jeringas, la limpieza del sitio de punción, la contención de hemorragias, el reconocimiento de una sobredosis, la administración de naloxona (el antídoto para la sobredosis de opioides) y la prevención del contagio de ITS como el VIH/SIDA.

También se formaron agentes pares en salud y reducción de daños para la atención ambulatoria primaria de heridas sea por elementos corto punzantes o por enfermedades agudas en piel que requieran tratamiento, tales como nacidos, flebitis por mala técnica inyectora, descamaciones en piel, etc. Para esto se lleva a cabo un estudio sobre las partes del cuerpo, la toma precisa de pulso, el reconocimiento de urgencias para generar remisión (Enfatizando la ruta de atención). Además de proporcionar un kit con los elementos necesarios y requeridos para llevar a cabo dichas intervenciones.

Otra de las tareas de estos agentes pares en salud es la recolección de material de inyección en botellas plásticas: algún material se recoge en las vías públicas y otro es entregado por las personas que se inyectan en el sector. Este movimiento se fortaleció en los meses de julio, agosto y septiembre del 2020.

Se elaboraron además otras guías para atender otras situaciones que afectan a los habitantes de calle; estas fueron: Reducción de estigma, Reducción de daños asociada a inhalantes, Reducción de daños basuco y Salud sexual y reproductiva. Todas las guías sirvieron además para los diversos procesos educativos que desarrolló el equipo del Centro de Escucha.

La participación de los pares ex habitantes de calle (uno resocializado del sistema de habitante de calle y el otro usuario de heroína inyectable) facilitó el reconocimiento de las dinámicas territoriales y la cercanía con las personas en situación de calle para hablar sobre los riesgos y los daños asociados al consumo de SPA. Aportaron, también, en el registro de las actividades en campo abierto y en la preparación y organización de materiales de formación e insumos de salud.

Se contó, también, con la compañía de dos practicantes de trabajo social con la formación para cumplir a cabalidad el rol de agente par en salud. Sus funciones fueron

- Participar en la realización de actividades de enganche en sus distintas modalidades (festivales itinerantes, taller creativo y recorridos territoriales) para la prevención y la mitigación del consumo de drogas dirigidas a personas en situación de calle de la ciudad de Medellín.
- Elaborar guías metodológicas de reducción de riesgos y daños asociados al uso de pasta base de cocaína (basuco), y de educación en derechos sexuales y reproductivos (con enfoque diferencial), dirigidas a personas en situación de calle.
- Actualizar dos categorías del SiDiEs: historia de la comunidad de habitantes de calle y análisis de fracasos y de buenas prácticas.

- Realizar informes y registros de las actividades de acuerdo a los instrumentos dispuestos por la corporación.

### 6.2.8 Creación de minorías activas

Una Minoría Activa es, según la teoría "un colectivo organizado, conformadas por quienes, sea por trasgresión a la norma o por incapacidad para conformarse a ella, son objeto de tutela o marginación" (Machin, Velasco, Silva, & Moreno, 2010). En este orden, los procesos sociales que no se adhieren a mayorías políticas o culturales, y que por el contrario, se generan desde una relación particular con un fenómeno social que desencadena en la exclusión de un grupo minoritario en términos políticos, económicos, culturales o sociales, asociados a alguna condición de clase, de sexo o de raza, promueven la consolidación de grupos activos social y políticamente en sus territorios, con capacidad de incidir activa o pasivamente en la toma de decisiones políticas o en sus comunidades (Machin, Velasco, Silva, & Moreno, 2010).

Desde el modelo ECO2 en relación a la teoría de las Minorías Activas, se dice que éstas "son una herramienta para la acción social" (Milanese, El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario, 2016), en este sentido, la conformación de minorías activas para el Centro de Escucha para personas en situación de calle, partió desde el reconocimiento de intereses comunes que permitieran el encuentro de una colectividad. La vida en calle, permea a las personas en situación de calle de un grado de desconfianza hacia sus congéneres y hacia la institucionalidad, derivado, como se ha narrado antes, de la elaboración de una ética desvirtuada que sustenta la sobrevivencia en calle, y de las narrativas personales de las diferentes vulneraciones de los derechos y la dignidad humana. De esta manera, para iniciar el proceso de consolidación de Minoría Activa, se realizó un diálogo previo con las personas sobre el asunto de los derechos civiles básicos, lo que fue derivando a otras necesidades comunes y a diálogos abiertos sobre temas relacionados con las consecuencias de la exclusión grave en la vida en calle y el abandono social.

De esta manera, se inició con la incorporación de las personas en situación de calle al proceso del dispositivo comunitario mediante la realización de actividades de enganche, de allí, se identificaron gustos afines o lugares comunes de la convivencia. Así, se lograron identificar y sensibilizar tres Minorías Activas. Una de ellas, además, realizó acciones de cuidado de la vida y la salud en el territorio.

Una en Barrio Colón, que fortaleció las estrategias del Taller Creativo Itinerante y se convirtió en un momento de encuentro para expresar sentimientos, crear materiales que pudiesen ser vendidos para adquirir dinero, realizar actividades terapéuticas para el fortalecimiento del afecto, el diálogo abierto y la escucha activa. Esta primera minoría Activa fue formada con personas en situación de calle que empezaron a esperar a los profesionales cada semana para participar del Taller Creativo, esto dio pie a la consolidación del espacio para dicha minoría y así, fueron 5 encuentros de sensibilizaciones en donde se tocaron temas asociados a la vida en calle, a los derechos y al estigma social.

Reconociendo la importancia de un adecuado descarte del material utilizado en el consumo de inyectores, se activó la otra minoría activa en los sectores del Bronx y la avenida de Greiff, cerca al museo de Antioquia. Con esta se realizó un ciclo de sensibilizaciones sobre la no reutilización de jeringuillas y el descarte seguro de las mismas por el contacto directo que estas tienen con fluidos corporales.

La minoría inició con el compromiso regular de 4 personas en situación de calle, parte de la comunidad inyectora, sensibilizados y cuestionados por el descarte inseguro. Se les hizo entrega de botellas de plástico con el rotulo de "*Riesgo Biológico*", en los cuales recolectaron jeringuillas propias y de la comunidad que luego entregaron de vuelta al equipo territorial para generar el descarte final y seguro de las mismas. El hecho hizo que se generara transmisión de información consciente y seguimiento de la conducta, lo que llevó a que cada día se sumaran

más personas a dicha movilización de recolección y devolución de las jeringuillas usadas.

La tercera Minoría llevó a cabo la organización de un grupo portador de Naloxona en el que participaron 5 personas, que además del entrenamiento en reconocimiento y atención a la sobredosis, también se formaron en administración segura de medicamentos intramusculares, que es la vía más segura para la aplicación del medicamento anteriormente nombrado.

Las personas de esta minoría activa tienen clara la responsabilidad frente a la comunidad inyectora y por tanto están atentos al momento de presentarse eventos como estos, además de reconocer las rutas de atención (Información que se entrega a toda la comunidad de personas en situación de calle) para ser activadas una vez se esté bajo dicha la situación.

### **6.2.9 Preparación y acompañamiento a Sistema Habitante Calle**

A partir de la atención individual de casos se desarrolló la estrategia para preparar y acompañar a los usuarios al ingreso al sistema de atención al habitante de calle. Es decir, la preparación y el acompañamiento fueron priorizados según la situación en la vida y la salud de las personas. En este sentido, se encontraron familias conformadas por Madre e hijo en la calle, personas con diagnóstico de VIH/SIDA sin atención ni tratamiento, personas con patologías duales sin tratamiento, mujeres gestantes y personas con requerimientos de atención en albergues y cuidados paliativos. El mecanismo principal para la preparación de los usuarios al ingreso al sistema fue activar la ruta social establecida por la institucionalidad. La ruta consiste en el llamado al 1-2-3 social, donde se narran los hechos de una manera descriptiva.

Durante el 2019 dicha ruta se activó en diversas ocasiones sin frutos, ya que no llegó la móvil de atención, lo hizo al otro día o no contaba con una respuesta eficaz en el momento, evidenciando las falencias del sistema con respecto a la atención a

las personas en situación de calle, ya que en algunas ocasiones no se habló un lenguaje común, lo que generó fallas en el proceso, fallas en la comunicación y retrasos en la atención.

Para el 2020, en la emergencia sanitaria y social por COVID-19, la relación mejoró significativamente. Además de algunas activaciones con habitantes o visitantes de los territorios, algunos con síntomas respiratorios o de intoxicación, 10 personas accedieron a programas de tratamiento para enfermedades infectocontagiosas.

Ante las experiencias de usuarios que no fueron exitosas con respecto al ingreso al sistema de atención, el Centro de Escucha trató de gestionar mediante las redes de articulación con el sistema de atención, el ingreso de algunos usuarios con problemáticas específicas. Como por ejemplo, narrar el caso específico con la trabajadora social de Centro Día o comentar el caso directamente a coordinación del área encargada dentro del sistema de atención, fuese a básicas o a otra área de resocialización. Esta experiencia de diálogo directo otorgó mejores resultados para las personas usuarias del Centro de Escucha.

Aunque para el año 2020 seguía siendo difícil tramitar algún servicio en el sistema de habitante de calle, se fortalecieron significativamente las relaciones entre los profesionales del sistema y los del centro de escucha. Esto permitió la realización de actividades conjuntas de salud ambulatoria, captación y atención de casos en territorio y la activación rápida de la ruta de emergencia social 123 a través de la coordinadora del equipo de educadores de calle.

## **6.3 INTERVENCIÓN INDIVIDUAL/CASOS**

### **6.3.1 Intervención Breve**

La intervención breve, utilizada tradicionalmente en la atención primaria de salud, es una entrevista motivacional que articula un proceso de cambio

para modificar la conducta que tienen las personas en relación con la sustancia más frecuentemente usada o la que les causa la mayoría de los problemas (OMS,2011). Para este proyecto, la intervención breve fue un espacio relacional construido por las personas habitantes de calle y el centro de escucha, en el que surgen las narrativas de la vulnerabilidad asociadas al uso problemático de SPA y a la exclusión social grave, y las alternativas personales para prevenir mayores riesgos y reducir las consecuencias adversas sobre la salud física y mental y las relaciones sociales, causadas por el consumo crónico y continuado, en contextos donde, además, se aguanta hambre, frío, calor, abandono, se vive la inseguridad y se sufre diversidad de enfermedades físicas y psiquiátricas.

Cada que se realizaba alguna actividad de vinculación y enganche, se generaban múltiples oportunidades de encuentro entre las personas habitantes de calle y el centro de escucha. Una de las modalidades de encuentro transcurría en torno a las conversaciones sobre las conductas de riesgo asociadas al consumo de SPA. En algunos casos las personas se acercaban buscando ayuda para reducir los impactos negativos del consumo de SPA o para ingresar a programas de tratamiento. Y en otros casos, los profesionales se acercaban a aquellas personas en las que se evidenciaba un alto grado de vulnerabilidad y aislamiento y se les ofrecía el servicio de reducción de daños, ligándolo a oportunidades de asistencia básica, salud, educación, trabajo, recreación y cultura y deliberación social.

Una de las particularidades en los procesos de atención en calle en los territorios priorizados tiene que ver con la practicidad de las acciones. Es común que las personas estén interesadas en recibir ayuda, pero quieren una atención rápida y clara que les permita continuar con sus actividades, unas veces vinculadas al trabajo y a otras labores de supervivencia, y otras a la consecución y consumo de SPA. Para algunas de estas personas es importante abstenerse de consumir mientras recibe los servicios del centro de escucha, ya sea porque no quieren generar

incomodidad en quienes no consumen, porque les consideran algo íntimo o porque les da vergüenza. De todas formas esta particularidad genera una tensión en los procesos de atención que se resuelven con procesos rápidos, en los que, en ocasiones, es necesario sensibilizar a las personas para que compartan un poco de su tiempo.

La intervención breve tiene como punto de partida una valoración previa de riesgos y daños a través de la aplicación de la prueba de detección ASSIST. En este proceso, por las razones expuestas anteriormente, las entrevistas en medio abierto, en las cuales se daba la conversación sobre los riesgos y daños por consumo problemático de SPA, no se iniciaba con la aplicación de la prueba sino que se intentaba tejer narrativas en torno a la sustancia y las diversas problemáticas que esta ha causado en la salud, a nivel familiar, social y económico a lo largo de la vida y en las última semanas. Para este efecto, el profesional del centro de escucha planteaba preguntas en torno a los hábitos de consumo: tipo de sustancia, dosis, frecuencia, efectos deseados y no deseados, problemas derivados del consumo, antecedentes psiquiátricos, espacios para el consumo, personas con las que consume, parafernalia, rituales, riesgos asociados como la marginalidad y la delincuencia. Mientras las personas relataban sus experiencias y hábitos de consumo, el profesional tomaba nota, sirviéndose de una hoja en blanco y una tabla de apoyo. En la mayoría de los casos en una sola conversación no era posible abordar todos estos temas, por lo cual se repartían en varios encuentros.

En la vigencia de este proyecto se realizaron 77 acciones de intervención breve, claves para que éstas construyeran una noción de cuidado, interpelaran sus conductas de riesgo y, en algunos casos, demandarán el acceso a programas de tratamiento por consumo de SPA. Para la evolución de estos procesos de cambio era fundamental el acompañamiento familiar con estrategias asertivas y amigables que facilitarán la gestión de riesgos y daños y la contención emocional de las recaídas.

### 6.3.2 Reducción daños asociados y Educación para la Salud

La reducción de riesgos y daños es una manera de pensar el fenómeno de las drogas libre de prejuicios y sin el sesgo de las lógicas del pensamiento prohibicionista que ha promovido modelos de abstinencia como única opción. Se trata de un enfoque pragmático y humanitario respetuoso con los principios de salud pública y de derechos humanos, que propone políticas de salud indistintamente de si las personas consumen o no drogas, y se manifiesta en oposición a cualquier proceso discriminatorio y de estigmatización por la opción o condición de consumo de drogas, sean estas legales o ilegales. (Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., y Gómez-Arnau, J., 2018)

Como ya lo vimos, las estrategias de reducción de daños no pretenden la eliminación del uso de drogas, sino favorecer por medio de estrategias planificadas y articuladas un uso de estas que ocasione los mínimos daños posibles en las personas y la sociedad. Para hacerlas posibles, una de las estrategias del centro de escucha fue la educación para la salud. Con esta se buscaba la modificación de actitudes y comportamientos de salud de las personas habitantes de calle a partir de las situaciones de vulnerabilidad identificadas por consumo problemático de drogas y exclusión social grave.

Los procesos de educación en salud orientados a la reducción de daños, se realizaron en el marco de los recorridos territoriales realizados por el centro de escucha. Primero, los profesionales se acercaban a una persona o a un pequeño grupo, que previamente participó en las actividades del centro de escucha y con quienes se tenía confianza, y presentaban el servicio de reducción de daños como una acción para mejorar la salud. Luego se les pedía formar un pequeño círculo en el lugar en el que ellos se sientan a socializar (espacio utilizado para consumir y descansar) y se les proponía conversaciones en torno a las sustancias, la calidad de estas, la dosis, la frecuencia, los efectos deseados y no deseados. En la medida que los participantes daban cuenta de conductas de

riesgo o cuando finalizaban las conversaciones, los profesionales realizaban aportes basados en la evidencia científica y establecían, con las personas interesadas, metas de reducción de consumo y condiciones de riesgo, a las cuales se les hacía seguimiento en posteriores encuentros.

Las prácticas de consumo no seguras son uno de los factores de riesgo más asociados a la transmisión de enfermedades como el VIH y la Hepatitis C entre la población usuaria de Sustancias Psicoactivas (SPA). Por ello dentro de las prácticas de reducción de daños se realizó distribución higiénica de parafernalia que tuvo como propósito reducir las conductas de riesgo que facilitan la transmisión de infecciones (compartir la parafernalia con otra persona, utilizar materiales no higiénicos), facilitar el acceso de esta población a los servicios de reducción de daños y de atención socio-sanitaria, reducir el número de material contaminado en espacios públicos de la comunidad y monitorear las necesidades, demandas y contextos de consumo (Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., y Gómez-Arnau, J., 2018).

Para el centro de escucha, la distribución de parafernalia es una acción vinculada al variado y diverso campo de la reducción de daños. En este sentido la utilización de parafernalia segura e higiénica constituye una reducción en la ocurrencia y gravedad de enfermedades asociadas al consumo de SPA. El Centro de Escucha se ocupó con mayor profundidad de la parafernalia utilizada por los usuarios de basuco y heroína y otras sustancias inyectables no identificadas.

Se realizaron, entonces, encuentros individuales y colectivos con personas habitantes de calle, usuarias de SPA, principalmente pasta base de cocaína (basuco), heroína y otras sustancias inyectables, en sus espacios vitales (bajos del puente de San Juan con la Oriental, la esquina de Cúcuta con Zea y el andén del Río Medellín, paralelo a la avenida Regional). Estos son los principales hallazgos en torno a dos de las sustancias consumidas por las personas atendidas: basuco y heroína.

## Basuco

El basuco es una sustancia usada por 81 de las 90 personas atendidas como casos especiales por el centro de escucha, vinculada a los rigores de vivir en la calle, por ello es muy usual que se utilice como medicina para mitigar los dolores corporales, para disminuir el apetito, para vencer la fatiga, para llenarse de valor y no sentir miedo en la noche, para tomar distancia de las historias y las condiciones de vida que les perturba, para socializar con otras personas, para regular los efectos de una sustancia depresora como la heroína que les produce sueño o para recrearse día a día de una manera "barata".

Existen enfermedades psiquiátricas, asociadas al uso problemático de basuco: en unos casos por patología dual y en otros por una larga y continua trayectoria de consumo, que, en ocasiones, produce formas de psicosis.

En casi todos los casos, el uso de esta sustancia es mezclada con otras sustancias como el alcohol, el sacol o la marihuana. En el sector del Bronx es muy común mezclarlo con heroína.

Algunos usuarios de esta sustancia incurren en conductas de riesgo como no alimentarse bien ni dormir lo suficiente. Uno de las personas atendidas manifestó periodos altos de consumo en los que dura hasta seis días sin dormir.

### Acciones de reducción de daños de basuco

Para abordar las problemáticas planteadas en los hallazgos, el centro de escucha, en estos mismos espacios de encuentro y conversación, desarrolló sesiones de consejería y orientación y acciones de educación en salud, articuladas a otras acciones del modelo de inclusión social que permitieron:

Mantener vigente la conversación sobre las características farmacológicas y farmacodinámicas de la sustancia y las características físicas y psicológicas de las personas para identificar los efectos físicos y psicológicos y asumir actitudes de cuidado frente a potenciales daños.

Conocer las motivaciones que producen el consumo, las que lo mantienen en el tiempo y las que lo disminuyen o aumentan.

Construir y contextualizar las nociones de dosis y frecuencias del uso de la sustancia para establecer acciones de mantenimiento o reducción de consumo y de prevención de la sobredosis, que en ocasiones provocaron la solicitud de acceso a programas de tratamiento.

Reflexionar en torno a los estilos de vida saludable y la manera como pueden asumirlo en el tipo de vida que tienen para reducir daños ocasionados por el consumo continuo de SPA.

### Educación y entrega de Parafernalia para consumo de basuco en habitantes de calle

El basuco, nombrado también en la calle como birra, es pasta base de coca, un paso intermedio en la elaboración del clorhidrato de cocaína (el famoso polvo blanco). A comparación del polvo, la pasta base es más barata de producir y a diferencia del clorhidrato, se puede fumar. Esto hace que sus efectos se sientan de manera más potente, casi inmediata y seguidos de un brusco bajón (Serrano, 2017). Aparte de ser una sustancia más tóxica que la cocaína normal, en Medellín el basuco se fuma en pipas que lo hacen aún más dañino.

Los recorridos y actividades realizadas en diversos sectores de la ciudad con población habitante de calle, permitieron identificar en casi todas las personas observadas y con las que se tuvo algún contacto un modelo estandarizado de pipa que ellas mismas fabrican con las siguientes características:

- Un trozo de tubo PVC, nombrado como tatuco (una especie de cámara), en el que se deposita y se va combustionando la sustancia, mezclada con ceniza de cigarrillo para hacer posible su combustión. Sin la ceniza de cigarrillo, la pasta base no puede fumarse.
- Uno de los extremos del tatuco se cierra con una tapa de envase de jugo o gaseosa desechada, de tal manera que forma una cámara.

- En el otro extremo del tatuco se pone papel aluminio de cocina o de los que se usan para tapar el yogurt, desechados, para servir como una especie de membrana fenestrada (llena de pequeños huecos hechos con alfiler), adherida al tatuco con una banda de caucho o con cinta de enmascarar o aislante, para poner la sustancia mezclada con ceniza y quemarla. En la medida que se quema, se inhala, y el residuo atraviesa los huecos del aluminio y terminan en el fondo del tatuco.
- El tubo de combustión que se conecta con el tatuco es el cuerpo vacío de un lapicero. Con este se inhala el humo cuando se quema y se volatiliza la sustancia.

Este diseño satisface varias de las necesidades específicas de los consumidores: se puede desarmar y esconder por partes ante una eventual requisa, es virtualmente irrompible y tiene una mayor capacidad que las pipas pequeñas y baratas utilizadas para fumar marihuana.

Este diseño es el modelo adoptado por la generalidad de la población habitante de calle de Medellín, que les permite un consumo eficiente sin desperdicio de sustancia, es de fácil portabilidad y resistente al uso continuado y los golpes por caídas. Además, permite la acumulación del residuo de la combustión en las paredes del tubo PVC, nombrado por ellos "recicle", el cual es reutilizado en una nueva fumada y según ellos produce un efecto más intenso.

Los materiales de este modelo no están diseñados para calentarse y al hacerlo liberan sustancias que son aún más neurotóxicas que el propio basuco. Algunas investigaciones acerca del PVC y los demás plásticos que usan las personas habitantes de calle para hacer sus pipas, muestran que al ser expuestos al fuego liberan sustancias tóxicas como cloruro de hidrogeno, que es un irritante, y monóxido de carbono, que es asfixiante, y otra docena de tóxicos (Serrano, 2017). Además, la falta de higiene de estos materiales y su permanente reutilización pueden generar enfermedades por bacterias.

El centro de escucha realizó asesorías y talleres participativos de parafernalia higiénica, ajustados a las características de las personas y los territorios intervenidos. Para ello, los profesionales se acercaron a personas o a pequeños grupos que ya habían participado en las actividades del centro de escucha y presentaron el servicio de reducción de daños asociados al uso de parafernalia como una acción para mejorar la salud, luego se les solicitó un tiempo de 15 minutos para conversar sobre los riesgos y daños asociados al uso de parafernalia inadecuada. Tal como estaban dispuestas las personas o los grupos, en el lugar que se encontraban, se les invitó a tener una conversación sobre los materiales utilizados para el consumo de basuco.

En la experiencia de implementación del centro de escucha de habitantes de calle, la educación y distribución de parafernalia fue una estrategia itinerante utilizada para modificar, de manera participativa, elementos de la parafernalia del consumo de basuco que permitían reducir riesgos y daños. En primer lugar, las personas de los territorios ponían a disposición del ejercicio la sustancia y su parafernalia, luego los profesionales invitaban a la discusión de cada uno de los materiales de la parafernalia, indicando porque es valioso su uso y cuáles son los riesgos que entraña. En la medida que se hablaba del material usado, se presentaba el material propuesto (menos tóxico) para ser probado y comentado, de tal manera que se fuera construyendo colectivamente, mediante confrontaciones y negociaciones, un nuevo diseño de pipa de menor riesgo.

Se puso a prueba un modelo de pipa elaborada con tarro de polipropileno, jeringa de 1ml y un trozo de manguera de plástico transparente silicona (boquilla) para consumo de basuco recomendada por la organización ABD de Barcelona. Estas fueron las principales discusiones:

- El tarro es muy grande, le dicen "estrambótico", lo que le resta el carácter de portabilidad y practicidad a la pipa. Se plantea, también, como objeción que el tarro al ser de un plástico especial

evita la acumulación del recicle (la resina resultante del proceso de combustión del basuco que se adhiere fácilmente al tubo de PVC). Se habló, entonces, de los riesgos implicados como la repotenciación del componente psicoactivo de la sustancia y la mezcla tóxica que tiene con PVC derretido, además del efecto irritante que puede producir la requema de la sustancia. Se comprende la importancia de reducir dicha práctica y a su vez reconocen, que, para muchos, es lo más importante y esperado del consumo de basuco. Dice un participante: "... el recicle es la sustancia... muchos fuman basuco nada más por el recicle". Otra de las observaciones al tarro de polipropileno tiene que ver con su textura blanda. Prefieren un material más sólido (grueso) que facilite la abertura del orificio para el tubo de combustión y en general el proceso de armado.

- Para reducir la temperatura y con ello el riesgo de quemaduras a los labios y el sistema respiratorio, se propuso poner agua en la cámara de combustión (un poco menos de la mitad). No funcionó por dos razones. El agua le quita toda la potencia a la sustancia y, también, se plantean situaciones que tienen que ver con su motricidad. Dice una participante: "... nosotros somos muy torpes y esa agua se nos riega y nos moja la sustancia. Acá no pega".
- Para reemplazar el tubo de inhalado, el diseño del tubo de jeringa (propuesto, también, por ABD) les parece adecuado. El problema surge frente a la diversidad de tamaños de los agujeros de los tatuco, elaborados por los habitantes de calle, en unas ocasiones se queda pequeño frente al hueco de la cámara de combustión (tatuco), lo que genera fugas y de inmediato rechazo rotundo.
- Adjunto al tubo de combustión, se presentó la boquilla: un trozo de manguera de plástico transparente de silicona que se puede poner y quitar y sirve para protegerse de infecciones derivadas del intercambio de parafernalia. Aunque en un principio se le recriminó porque implica un esfuerzo adicional a la hora de inhalar, les gustó, les pareció práctica, de sabor

agradable al contacto con la sustancia y una forma de prevenir enfermedades transmisibles. Se les entregó a cada uno para que la ajusten a sus diseños.

- Con el tiempo esta boquilla, disponible como material entregable del centro de escucha, ante la posibilidad de conseguirla en varios espesores y tamaños más largos que el cuerpo de lapicero y la facilidad para adherirla al tatuco, evitando todo tipo de fugas, fue adoptada como tubo de inhalado. Sin embargo, algunas personas le objetaron su textura flexible que permitía que se quemara más rápido que el cuerpo del lapicero, lo que implicó que se tuvieron que distribuir periódicamente. También se optó por utilizar este tubo de silicona como extensión del tubo de lapicero propiciando así mayor área de enfriamiento del humo y la posibilidad de intercambiar esta extensión habitualmente.

Estas asesorías y talleres permitieron la incorporación en los hábitos y rituales de consumo de pequeñas acciones de autocuidado como:

Cambiar el tubo de inhalado de cuerpo de lapicero a un trozo de manguera de plástico transparente de silicona (o adherirlo como extensión de la boquilla de lapicero). Para adherirse a los tamaños de los modelos, se contaba con tres trozos de tamaños distintos en su anchura y más largos que el cuerpo de lapicero plástico (entre 10 y 15 cm), de tal manera que previnieran quemaduras de los labios por la corta distancia entre el tatuco y la boca. Para hacer sostenible esta acción cada semana los profesionales entregaban nuevos trozos de manguera a los casos atendidos. Aunque la manguera representa un consumo más limpio y menos tóxico, al ser flexible se quema muy rápido, razón por la cual debe cambiarse periódicamente o algunas personas no lo aceptan.

Otro de los materiales aportados fue un aluminio que no liberaba plomo al entrar en contacto con el fuego, suministrado por las profesionales de ABD de Barcelona. Durante la realización de las asesorías y talleres se habló de los riesgos relacionados con el uso del aluminio de cocina o de

yogurt por la liberación de plomo al entrar en contacto con altas temperaturas. Este metal cuando no es excretado permanece en el cuerpo por periodos prolongados y se intercambia entre la sangre, los huesos y los dientes. También puede llegar a otros tejidos como el hígado, los riñones, los pulmones, el cerebro, el bazo, los músculos y el corazón. Para mitigar esta problemática se entregaron fragmentos (cuadritos), libres de plomo a varias de las personas atendidas. Fueron muy bien recibidos e incorporados de inmediato. Al final se agotaron y no se siguieron entregando porque no fue posible encontrarlas en el mercado en Medellín.

Se habló de un de los accidentes más comunes de las personas consumidoras de basuco, que combina la falta de cuidado con una parafernalia inadecuada que se calienta muy fácil: las quemaduras. Estas quemaduras también se producen por no mantener la distancia adecuada del fuego y por prolongadas exposiciones al sol y falta de hidratación. Una contribución para sanar estas heridas e hidratar los labios es la manteca de cacao. Después de hablar de este tipo de daños y de las propiedades restaurativas de la manteca se les entregaba de a una, tipo chapstick, para hidratar los labios lesionados por quemaduras.

Aunque no se ha incorporado ningún material que reemplace el PVC, uno de los artesanos, habitante de calle, propuso un frasco de perfume de aproximadamente 8 cm de largo, de vidrio grueso resistente a caídas, que podría ajustarse al tipo de pipas utilizadas por las personas habitantes de calle. Está pendiente su concreción.

Teniendo en cuenta lo anterior, se generó un espacio de encuentro y dialogo de saberes entre especialistas y usuarios con el objetivo de estudiar el comportamiento de los materiales empleados en las pipas, explorar otros elementos menos riesgosos y construir un dispositivo que se adapte a las condiciones de seguridad, sin que altere significativamente la técnica de consumo y en esta medida, se espera una menor resistencia en su incorporación.

El proceso de investigación participativa comunitaria liderada por el Centro de Escucha se encuentra en la fase de exploración de los elementos idóneos a partir de materiales reciclables y/o de fácil acceso y ha contado con la participación, en distintos momentos, de personas habitantes de calle interesadas, el equipo interdisciplinario de profesionales del Centro de Escucha, dos ingenieros mecánicos y una bioingeniera (voluntarios).

El desarrollo de esta primera fase se ha centrado en un primer momento en la recolección de los componentes utilizados en la fabricación de las pipas y la búsqueda por parte de las personas habitantes de calle de materiales alternativos a su alcance, también se avanzó en el levantamientos de información tanto dimensional como de diseño y prosiguen las pruebas de temperatura para determinar cuándo y en qué lugares del dispositivo los elementos pueden ser más tóxicos en la combustión. Los resultados de estas pruebas también tendrán el alcance de confirmar o no algunas de las ideas sobre el impacto de la pipa en el consumo de basuco.

Frente a la opción de transformación de la pipa a una más segura se generó el análisis de los diferentes elementos usados para la construcción de esta. Bajo el acompañamiento de los ingenieros mecánicos y la bioingeniera se logró identificar los riesgos que estos tienen en el uso prologado para la salud. Este análisis permitió identificar, también, que elementos son menos dañinos para la construcción del uso de la pipa. Teniendo en cuenta estos conocimientos se hizo una búsqueda activa con las personas en situación de calle y se construyó en conjunto pipas mas seguras desde el conocimiento adquirido por el centro de escucha y la experiencia de consumo de estos, generando un dialogo horizontal y permitiendo el reconocimiento de los diversos riesgos que se toman al consumir basuco de esta forma. Finalmente se logró la construcción de pipas de bambú, que evitan el pegar del "recicle" y la combustión del plástico y permiten disfrutar de el "sople" sin ninguna diferencia de efecto.

Durante los talleres se contó con la compañía de Javier, líder de opinión del territorio el Río y artesano de crecimiento. Este hace un gran trabajo al construir diferentes pipas, con diferentes medidas, diferentes materiales, brindando la posibilidad de hacer una búsqueda amable para la forma de vida de las personas en situación de calle, una pipa resistente, que se pueda desarmar y que genere el menor daño posible.

La parafernalia es una posibilidad de acercamiento, dialogo, concertación y compromiso de parte de la persona que esta en situación de calle, con ello logra identificar las buenas intenciones del equipo de trabajo y reconoce que no se le está juzgando ni por la condición de calle, ni por la condición de consumidor activo de SPA.

### **Heroína inyectable**

El uso de heroína o cualquier otro tipo de sustancia inyectable en los espacios públicos de la ciudad de Medellín entraña dos tipos de riesgos en la integridad de las personas habitantes de calle. Uno de ellos tiene que ver con las notables condiciones de morbilidad y salubridad de los sectores donde se concentra su consumo y las pocas estrategias de autocuidado y autorregulación, además de las múltiples barreras de acceso al sistema de salud. Y el otro, con la estigmatización social que viven las personas inyectoras en situación de calle, que las hace víctimas de desplazamientos y violencias de parte de las comunidades, las autoridades de policía y espacio público y de los grupos armados ilegales de la ciudad.

La falta de autocuidado y autorregulación y las barreras de acceso a servicios de salud y educación en salud son variables que aportan en la configuración de un escenario de vulnerabilidad en el que son comunes los casos de sobredosis que en ocasiones terminan en la muerte. Además, varias de estas personas, empujadas por la dependencia y la pobreza extrema en la que viven, incurren en acciones delictivas para financiar su consumo, lo que les pone en una situación de clandestinidad y riesgo permanente por lo que pueda sucederles o por las represalias que se puedan tomar contra ellas.

### **Acciones de reducción de daños heroína inyectable**

Tal como se planteó en las estrategias de reducción de daños para basuco, con las personas usuarias de sustancias inyectables también se realizaron procesos educativos individuales y colectivos durante los recorridos territoriales o los festivales itinerantes, en los cuales se les pedía formar pequeños círculos en los lugares en los que se sientan a socializar (espacio utilizado para consumir y descansar) y se les proponía conversar sobre las consecuencias derivadas del uso de estas sustancias. Cuando las personas hablaban de sus prácticas de riesgo o cuando se terminaban las conversaciones se les hacía aportes basados en la evidencia científica. En estas conversaciones fue posible:

Hacerse la pregunta por el tipo de sustancias que se están inyectando y los impactos que esto puede tener en la salud y en su actual patrón de consumo. La mayoría de estas personas en el sector del Bronx no tienen conocimiento de la calidad y la procedencia de las sustancias que están comprando y se están inyectando.

Reconocer y nombrar el impacto físico y mental generado por el consumo y la abstinencia de estas sustancias y cómo estos afectan su capacidad para tomar decisiones en el cuidado del cuerpo, las relaciones sociales y la salud sexual y reproductiva.

Expresar las motivaciones que producen los consumos, las que los mantienen en el tiempo y las que los disminuyen o aumentan.

Algunos usuarios de estas sustancias adquirieron estrategias de reducción de riesgos y daños como contar sus dosis diarias, determinar la cantidad o gramaje, identificar motivaciones que reducen o aumentan el consumo para prevenir casos de sobredosis.

Reflexionar en torno a los estilos de vida saludable y la manera como pueden asumirlas en el tipo de vida que tienen para reducir daños ocasionados por el consumo continuo de SPA.

## Educación y entrega de parafernalia para consumo de heroína inyectable en habitantes de calle

Debido al importante riesgo que comporta el inyectarse sustancias en vías públicas sin una técnica adecuada y sin las condiciones mínimas de seguridad e higiene, una de las principales acciones que se recomienda es la distribución de parafernalia necesaria para el consumo higiénico de SPA por vía parenteral (jeringuillas, toallita de alcohol, agua estéril, entre otros).

En el sector del Bronx, lugar en el que se encontraron y realizaron las actividades con las personas habitantes de calle, usuarias de sustancias inyectables, se identificaron las siguientes problemáticas:

Las personas no utilizan los materiales suficientes y necesarios para la inyección. Son comunes los casos en los que no se usa el torniquete, ni pañitos de alcohol, ni curitas, solo usan la jeringa, que se reutiliza y se comparte, y agua contaminada y de canilla no hervida en el mejor de los casos.

Técnicas inadecuadas de inyección intravenosa que han ocasionado flebitis en diversas zonas de los dos brazos y los pies, su principal síntoma es la inflamación del interior de las venas, lo cual les ha ocasionado enrojecimiento de las zonas, dolor a la palpación, salida de material purulento, abscesos y nacidos. Además, se comparte la parafernalia como jeringas, cazoletas y candelas, y las inyecciones no se realizan en espacios adecuados y limpios.

La distribución de parafernalia en este caso, requiere entrega periódica de materiales adecuados e higiénicos, acompañados de acciones educativas. El centro de escucha se enfocó en la entrega de agua estéril, pañitos de algodón, curitas y torniquetes, en un principio, posteriormente se incorporó también la jeringuilla. Esto último directamente por el Centro de Escucha y a través de algunas redes que se vincularon al centro de escucha en calidad de voluntarios y se encargaron de forma autónoma e independiente de entregarlas

y recibir las usadas en un guardián para desecho final. En la medida que las personas usuarias de sustancias inyectables se acercaban al punto de referencia del centro de escucha en el sector del Bronx porque ya tenían información previa del desarrollo de acciones de parafernalia higiénica, los profesionales orientaban y modelaban la técnica para lograr una inyección higiénica y de menor riesgo, teniendo en cuenta las características de la vida en calle y las situaciones de vulnerabilidad y riesgo que han manifestado las personas atendidas.

La entrega de material higiénico de inyección por parte del Centro de Escucha no se constituyó en un programa de intercambio de jeringuillas, pues no se contaba con los recursos para ello, sino como estrategia educativa para fomentar cambios en el cuidado de sí mismos. Para ello cuando se entregaban los kits de inyección higiénica se le explicaba al usuario el correcto uso de estos elementos.

Las personas que aun conservaban las jeringas usadas, después de recibir parafernalia nueva, las depositaban a los contenedores dispuestos por el centro de escucha. Cuando no se lograba gestionar las jeringas, se entregaba el material restante. En ocasiones por la falta de recursos ante la alta demanda de material higiénico, se entregaban solo algunas cosas como agua esterilizada o se entregaba a pocas personas.

Con el material utilizado se hizo una campaña en la que ellos mismos recogían las jeringuillas usadas, las depositaban en un recipiente de plástico reciclado y las entregaban al Centro de Escucha para su disposición final.

Estas fueron las recomendaciones impartidas para evitar complicaciones relacionadas con una inadecuada técnica de inyección:

- Tener las manos lo más higiénicas posible.
- Contar con material de inyección higiénico. No se recomienda reusar ni compartir las jeringuillas.
- Limpiar muy bien el área de inyección.
- Para puncionar las venas, la aguja de la jeringa debe estar en un ángulo de 25 grados.

- Se recomienda usar el torniquete para ejercer presión sobre la vena a puncionar.
- Liberar el torniquete al momento de terminar la inyección.
- Ubicar la curita sobre el sitio de punción para evitar hemorragias.
- Es preferible, siempre tener las manos limpias o si es posible, lavarlas con jabón y agua.
- Limpiar el sitio de punción mínimo tres veces en círculos con toallitas humedecidas con alcohol.
- Insertar la jeringa con el bisel (punta diagonal) mirando hacia la persona. Inyectar y confirmar que está en la vena por el retorno de sangre.
- Ubicar la curita que detiene las hemorragias.

Estas acciones, que constituyen a su vez modalidades de reducción de daños, permitieron que las personas inyectoras incorporaran estrategias de autocuidado para consumos más higiénicos. En el sector del Bronx, por ejemplo, todas de las personas inyectoras atendidas usan el agua esterilizada para una inyección de menor riesgo cada que la reciben y algunas de ellas las compran con recursos propios, es decir, comprendieron la importancia de su uso y realizan esfuerzos económicos para comprarla cuando no se les entrega.

También se registraron casos en los que se ha dejado de compartir las jeringas y se ha reducido su reutilización. Si bien estas prácticas están estrechamente vinculadas a la situación de vulnerabilidad y alta dependencia de estas personas y son la norma en el sector, algunas de ellas, principalmente quienes cuentan con redes de apoyo y las que mostraron mayor motivación durante los procesos de intervención breve y de educación en salud y en parafernalia higiénica, asumieron el compromiso de no prestar ni pedir prestadas las jeringas y han disminuido el número de veces que utilizan una misma jeringa.

Se realizaron también capacitaciones sobre el manejo de sobredosis y uso de Naloxona, entregando algunas dosis de estas para ser utilizadas cuando fuera necesario.

Durante la ejecución de este proyecto, se atendieron 45 personas en situación de calle,

usuarias de heroína o cualquier otra sustancia inyectable no identificada. Una de ellas usa la heroína o su sustituto desconocido utilizando la jeringa y el agua de solución por vía nasal, y otra de ellas manifestó que en ocasiones consume metadona de manera recreacional cuando no logra conseguir heroína.

Se entregaron 322 kits con jeringuillas, agua estéril, toallitas con alcohol y banditas redondas. También se entregaron torniquetes de acuerdo con las demandas de los usuarios y usuarias. La entrega se generó una o dos veces por semana.

### 6.3.3 Educación Sexual

La experiencia educativa en calle ha permitido evidenciar que es muy importante generar espacios de diálogo específico en temas relacionados a la educación para la salud sexual y reproductiva. Los recorridos iniciales en los territorios permitieron observar situaciones como gestaciones en mujeres con policonsumos de sustancias duras como basuco u heroína, personas con la infección por el VIH/SIDA sin información al respecto de la transmisión del virus, sin tratamientos, sin métodos de barrera, sin espacios de educación en torno a la sexualidad humana, y en el caso de las personas inyectoras, sin un servicio de intercambio de jeringuillas y/o educación en inyección de menor riesgo, se identificaron además diversos episodios de violencias basadas en género entre las que destacaba la violencia sexual, además de un escaso o casi nulo en conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Al respecto de estas situaciones, el Centro de Escucha comenzó a proponer, como una estrategia de enganche a procesos de educación para la salud sexual y reproductiva, la entrega de preservativos entre la población en situación de calle. Esta acción permitió la identificación y acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos de un grupo de mujeres trans en situación de calle, además favoreció el intercambio de saberes en torno a métodos de planificación familiar con algunas mujeres en situación de calle lo que incluso derivó

en que en una celebración de un Festival Itinerante, se compartieran 50 preservativos femeninos, gestionados mediante las redes de recursos, con su respectiva educación en cuanto a su uso, haciendo especial énfasis en la decisión privada de las mujeres en acceder o no a los encuentros sexuales en la calle, de manera que se previnieran violencias, embarazos no planificados o transmisión de ITS con enfoque de género.

El trabajo en campo ha permitido manifestar variadas situaciones que ponen en detrimento la vida y la salud de las personas en situación de calle, en lo relacionado con la sexualidad y la reproducción, que se encuentra en un grave estado de deterioro, en tanto que prácticas como el trabajo sexual en esta población, se aleja por años luz de ser una práctica medianamente segura o consensuada y representa uno de los puntos críticos de contagios de ITS, violencias basadas en género y morbilidad en la población en situación de calle.

La educación a este respecto ha sido de suma importancia, en la medida del acercamiento del Centro de Escucha a actores sociales claves, que han permitido la elaboración de encuentros educativos en torno a la prevención de las ITS, la prevención de los embarazos no planificados, la prevención de la trata de personas, la prevención de la ESCNNA, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, además que se han generado espacios de inclusión para las personas sexualmente diversas, en donde se comparten estrategias educativas como la ronda de la palabra en grupo, para evitar y reducir el uso del lenguaje estigmatizador y de las prácticas excluyentes y estigmatizantes.

En relación al consumo de SPA, en el medio de la calle, este asunto se encuentra fuertemente ligado a la vida sexual de las personas en situación de calle. El equipo del Centro de Escucha ha sido testigo de situaciones como riñas entre hombres y mujeres por incumplimiento de tratos en relación a intercambios sexuales mediados por SPA, ofrecimientos de servicios sexuales que incluyen un cambuche destinado sólo para ese fin en donde

también se ofrecen SPA, se han observado mujeres que ejercen el trabajo sexual directamente para la consecución de SPA, se han escuchado historias sobre violaciones o ataques sexuales hacia mujeres o personas sexualmente diversas mientras se encuentran intoxicadas a causa de consumos crónicos de sustancias duras como el basuco, la heroína o algunos inhalantes; es de esta manera, que la educación para la salud sexual y reproductiva ha transversalizado las estrategias de reducción de daños y riesgos asociadas al consumo, como medida eficaz para la prevención de transmisión de ITS, a su vez, la educación en derechos sexuales y reproductivos reduce las brechas de inequidad de género en la distribución de los espacios y recursos en calle, que siempre ponen a las mujeres y los cuerpos femeninos o disidentes como los de las personas trans, en detrimento en la estructura del poder que se establece en la calle en las relaciones estrechas que se tejen con la ilegalidad.

De esta manera, se vinculan estrechamente el proceso de acompañamiento en salud sexual y reproductiva y las estrategias de reducción de daños y riesgos asociados al consumo, promoviendo el acceso a los derechos que plantea la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en el país (Ministerio de salud y protección social, 2010), y a su vez, generando espacios de diálogo y escucha intencionada para reducir prácticas de riesgo que involucran consumo de SPA e intercambios sexuales.

En este sentido, son muy importantes los procesos educativos realizados con personas en situación de calle con perfil de inyectores de sustancias, ya que se ha evidenciado intercambio de material de inyección, inadecuadas prácticas higiénicas al momento de la inyección y relacionamientos erótico/afectivos entre ellos y ellas. De esta manera, se han realizado talleres sobre educación sexual y reproductiva, en donde se han compartido preservativos, además se han realizado Festivales Itinerantes donde en articulación con redes de recursos, se han realizado pruebas rápidas de VIH/SIDA y consejo y orientación en temas relacionados con el VIH/SIDA.

El Centro de Escucha, en búsqueda de dar respuesta inmediata a problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, ha buscado la forma de proveer test rápidos de embarazos entre mujeres en situación de calle, preservativos masculinos a disposición de los usuarios, se han adelantado gestiones para portar test rápidos de VIH/SIDA y Sífilis, además de fortalecer la educación en temas relacionados como la prevención del Cáncer de seno, la prevención de la transmisión de ITS, la prevención de violencia sexual y basada en género y el goce de una sexualidad libre de agresiones y riesgos.

#### **6.3.4 Accesibilidad a sistema de salud**

La observación participante y las conversaciones con las personas en su cotidianidad o durante el desarrollo de las actividades del centro de escucha han permitido identificar una gran diversidad de afectaciones a la salud, relacionadas con los modos de vida en calle (algunas personas tienen enfermedades crónicas, previas a la vida en calle). Esta situación se profundiza por la extrema exclusión social en la que viven, que tiene como consecuencia una limitada o discontinua oferta de los sistemas de salud e inclusión social que se adecue a las condiciones de vida, perfil de vulnerabilidad e intereses de las personas.

Entre las comunidades de habitantes de calle de los territorios priorizados es muy usual encontrar personas emprendedoras con gran capacidad de trabajo que no están dispuestas a vivir procesos de internamiento institucional para recibir servicios de asistencia, salud y oportunidades educativas y laborales. Para este tipo de personas el sistema de habitante de calle de Medellín ofrece el servicio de Básica, en cual pueden higienizarse, alimentarse y salir sin necesidad de internarse. Sin embargo, su acceso es limitado y muchas personas no cuentan o con la capacidad o el deseo consistente para desplazarse desde sus lugares de vivienda hasta el único patio de la ciudad.

En este contexto surgen, se mantienen y se cronifican las diversas formas de la enfermedad física y mental por los consumos crónicos, la pérdida de líquido corporal por vía digestiva y

respiratoria (Vómito, diarrea, humidificación de vapores inhalados y exhalados), además por la exposición continua a los rayos del sol, las personas habitantes de calle se encuentran deshidratadas en algún grado (Grado I,II,III). Son comunes, entonces, los síntomas respiratorios y de piel y algunas afecciones gastrointestinales con muy pocos mecanismos establecidos para prevenir las complicaciones y los contagios de algunas enfermedades de interés en salud colectiva.

En el sector La Corraleja del barrio Colón, la población observada presentaba un mal estado de salud, discapacidad física y psíquica, marginalidad social, inadecuadas condiciones de higiene, desnutrición, larga trayectoria de habitar la calle. Algunos son usuarios de marihuana y sacol (pegante), otros de alcohol medicinal, pero la mayoría tienen signos evidentes de alto y continuado consumo de basuco, quienes se sientan en el suelo en pequeños grupos, algunos comparten sus pipas. La parafernalia utilizada no disponía ni de los materiales aptos para el manejo humano (tubos de PVC, cubiertas de lapiceros plásticos, monedas, aluminio de cocina y yogurt) ni de las condiciones higiénicas mínimas para garantizar un consumo sin riesgos ni daños asociados. La mayoría de personas duermen en las aceras.

En las relaciones que se entretienen en el día a día de las personas habitantes de calle del Barrio Colón, es evidente que la práctica del consumo de SPA representa la mayor inversión de tiempo en la vida en la calle, lo cual genera un estado continuo de enajenación de la realidad de la ciudad. Además, existen prácticas alimentarias precarizadas por la consecución de alimentos de basureros, sobras o alimentos en descomposición, la deshidratación, los estados nomopatológicos (tanto a nivel mental con los diagnósticos duales, tan comunes en la población habitante de calle, como físicos con las diferentes alteraciones a nivel orgánico) y las violencias continuas. Estos son sustratos propicios para la abulia y la anhedonía, dos circunstancias evidentes en las dinámicas de participación social de los habitantes de calle. Muchas veces, la búsqueda de respuestas estatales se torna compleja y restringida por la misma abulia que

genera el estado de exclusión y las representaciones sociales respecto a las posibilidades de ser escuchadas/os, de participar activamente en las diferentes actividades civiles, y la pérdida de interés en otras actividades de impacto social como la formación educativa o para el trabajo, los procesos de Salud/Enfermedad/Muerte, la revinculación social y la reconfiguración de los lazos familiares.

El ocio, el tiempo libre y la convivencia con los animales son una necesidad humana. Se observa durante los recorridos, que a causa de los consumos crónicos, mucho tiempo libre se dedica a dormir o a consumir. Algunas personas juegan con lúdicas que se recrean en el cotidiano (elementos creados a partir de una caja de fósforos o una candela usada). En el corredor vial del Río Medellín, hay personas habitantes de calle que tienen bicicletas, lo cual favorece que muchas personas se monten y se den un "vuelton". En este mismo sector muchas personas habitantes de calle tienen animales domésticos que los acompañan; en su mayoría perros y en menor medida, gatos con crías. La atención veterinaria de estos animales es una necesidad evidente.

La falta de hábitos de vida, como el alimentarse en colectividad, los hábitos de higiene periódica, los ciclos de sueño-vigilia, la percepción de sí y el concepto de sí, son irrumpidos por las dinámicas instintivas relacionadas a las necesidades humanas de subsistencia y protección. Por lo tanto, la configuración de los rituales de vida, tan importantes para el desarrollo de la personalidad en colectividad y para el fortalecimiento de vínculos asertivos, no se realiza por, precisamente, el deber de solucionar lo inmediato. Por lo tanto, es un tanto difícil que las personas habitantes de calle se acerquen de manera voluntaria y motivada a buscar ayuda o a participar en actividades realizadas por los profesionales de campo, no obstante, la comprensión de dichos relacionamientos, es a su vez, la clave para el trabajo del Centro de Escucha en las calle.

Este universo de vulnerabilidades y características territoriales ponen un reto a la red de servicios de

salud. Para los profesionales del centro de escucha comprender el modo de vida itinerante y la extrema desprotección de algunas personas con limitada capacidad de agencia fueron claves a la hora de construir y desarrollar las actividades de prestación de servicios de salud y asistencia. La estrategia nodal del centro de escucha para descentralizar estos servicios fue el Festival Itinerante por la Vida y la Salud: una estrategia relacional y educativa que busca generar el encuentro igualitario y respetuoso entre los habitantes de la comunidad y el acceso de las personas en situación de calle a servicios básicos de asistencia, salud, educación, deliberación social, lúdica y recreación, gracias a una red de recursos comunitarios e institucionales.

De acuerdo con los hallazgos del SiDiEs en los cuales se va mostrando las particularidades y necesidades de los territorios y las capacidades organizativas de los colectivos vinculados al C.E. (redes operativas, de líderes de opinión, subjetivas-comunitarias, de recursos, y minorías activas), los profesionales del centro de escucha gestionaban las redes de instituciones locales y nacionales, en las cuales se incluyen los programas del estado y la oferta de empresas privadas y las organizaciones sociales y comunitarias. Minutos antes de iniciar los festivales, los operadores del C.E. realizaban un recorrido en los territorios circundantes para convocar a las personas de la comunidad: habitantes de inquilinatos o pequeños vendedores informales y a los habitantes de calle. Vale resaltar que bajo la estrategia de recorridos territoriales para el abordaje de casos individuales o pequeños grupos también fue posible la prestación de servicios de salud ambulatoria y la educación en salud.

El mobiliario (carpas y mesas) del festival se organizaba de acuerdo con las instituciones vinculadas, de tal manera que se generaran las condiciones de acceso y conversación con las personas encargadas de las instituciones. Cada institución se identificaba con un pendón y un letrero en el que se indicaba el servicio ofertado.

Entre los principales logros surgidos de estos festivales se destacan el clima de relaciones

respetuosas, igualitarias, solidarias y flexibles que permitieron la realización de acciones de promoción de la salud como curaciones en la piel, suministro de sales hidratantes, analgésicos, pruebas de VIH y pruebas de embarazo.

Las dificultades en este componente de la atención en calle surgieron cuando se solicitaron los servicios especializados de salud como los tratamientos de enfermedades, los exámenes, los controles prenatales, las hospitalizaciones o los programas por consumo de sustancias psicoactivas. Para la población habitante de calle estos servicios estaban centralizados en el sistema de habitante de calle que comprende el patio, los albergues, las granjas y las entidades prestadoras de servicios de salud con las que tienen convenios, y para las cuales se exige el registro en la base de datos del sistema. Esto implicaba dos problemas, por una lado las personas que no estuvieran en las bases de datos como los habitantes en calle, los habitantes de calle que no se han registrado, los desplazados, los inmigrantes o las personas que vienen recorriendo y habitando las calles desde otros municipios y regiones del país no logran el acceso; y por el otro, muchas personas no estaban sintonizadas con estos servicios o no se sentían seguros y cómodos en ellos.

Los pocos servicios de salud especializada a los que pudieron acceder las personas atendidas fueron gracias al acompañamiento de las familias o redes subjetivas en la gestión de rutas de acceso al régimen subsidiado de salud con las personas que estaban activas en el Sisbén<sup>7</sup>. Otros intentaron acceder a este Sisbén sin éxito porque la normatividad nacional exige mínimo 10 días de residencia en un domicilio fijo, una condición muy costosa para una persona en situación de calle y para sus familias que se ven limitadas a la hora de ampliar los cupos de su ficha domiciliaria. Para ellos, solo quedaba el listado censal que los reconociera como personas en situación de calle y vulnerabilidad para quedar protegidos por los sistemas de salud y protección social. Mediante la

coordinación del proyecto se formalizó comunicación con las secretarías de salud e inclusión social de una listado de las personas que requerían afiliación al sistema de salud y documento de identidad y nunca se recibió respuesta.

### **6.3.5 Atención específica a grupos minoritarios**

Las diversas actividades del centro de escucha, ya fueran en un contexto de observación participante o en la realización de recorridos territoriales o festivales itinerantes, nos mostró una presencia importante en los territorios priorizados de grupos minoritarios en situación de calle o vulnerabilidad social.

Es común encontrar mujeres que conviven solas o en grupos con otras mujeres u hombres. Entre estas existen mujeres embarazadas sin ningún tipo de acceso a controles prenatales, servicios de salud o educación sobre derechos sexuales y reproductivos que favorezcan la planificación familiar. También hay mujeres en avanzado estado de gestación por enfermedad física o mental, con traumas y que han sido víctimas de violencia basada en género. Otras han vivido episodios de agresión mutua entre mujeres por conflictos, muchos de ellos vinculados a la vida erótico-afectiva.

Los profesionales del centro de escucha han estado muy atentos a las necesidades específicas de este colectivo y han acompañado en la contención emocional, la intervención breve, la educación en salud sexual y reproductiva y las acciones de reducción de daños, entre otras. En los momentos que fue necesario se les prestó servicios ambulatorios de salud y se hicieron derivaciones al sistema de protección social, tal como sucedió con una mujer joven del corredor del río Medellín que estaba embarazada: el centro de escucha activo la ruta de atención a través de la línea de emergencias 123 social. Es importante

<sup>7</sup> El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas.

anotar que aun existen barreras para la garantía del derecho a la salud y la protección social de este colectivo cuando se es habitante de calle. Para poder favorecer el acceso de una señora adulta intermedia del sector del Bronx, al parecer con una enfermedad coronaria con riesgo de muerte, al sistema de salud fue necesario acudir a la personería municipal, después de agotar los mecanismos institucionales establecidos en la ciudad.

El colectivo de mujeres trans que habitan estos sectores, entre las múltiples problemáticas que las aquejan, han manifestado dos: las violencias de las que son víctimas por estigmatización social y la falta de educación sobre el cuidado de sí y de los demás para promover la vida y la salud colectiva de su núcleo convivencial. Para responder a ello, los profesionales del centro de escucha las han hecho participes de sus diversas actividades: desde vincularlas a los talleres creativos (en los cuales hablan sobre sus experiencias de violencia y estigmatización, sus sueños y exploran sus capacidades artísticas y creativas), hasta priorizar en ellas los procesos de educación en derechos sexuales y reproductivos, que implican la entrega de preservativos. Aunque el contacto con hombres trans ha sido más limitado, algunos de ellos se han acercado a preguntar por los servicios del centro de escucha y, también, han participado en los talleres creativos. Para este colectivo, que además vive en situación de calle, no existe una propuesta de inclusión social de la ciudad que se ajuste a sus características personales y perfil de vulnerabilidad.

Según los estudios realizados en algunas partes del mundo (En la península ibérica, en Latinoamérica y EUA), los consumos crónicos de SPA, se asocian directamente a la manifestación de diagnósticos mentales de base o, que si bien, se agudizan por la presencia del consumo. Esta interrelación entre consumo y enfermedad mental, es un factor determinante que incide en la habitanza en calle, no obstante, la percepción de la sociedad civil frente a la persona habitante de calle, que sumado al asunto del consumo de SPA, manifiesta alteraciones mentales en su convivencia social

consuetudinaria, resulta aberrante, inmanejable y es allí, donde se torna cada vez más complejo abarcar la multiplicidad de experiencias de vida que se configuran en los diagnósticos de patologías duales.

El aislamiento social que arrastra una existencia humana al abandono en la calle, agudiza además, los pródromos psíquicos de los problemas mentales de base que favorecen los imaginarios sociales sobre el estigma y la discriminación. Algunas de estas personas son internadas en centros especializados para el manejo de los trastornos duales, otras (gran parte) no logran un manejo terapéutico efectivo y abandonan tratamientos, promoviendo así los desequilibrios orgánicos, espirituales, sociales que se encarnizan en las condiciones de la vida en la calle. Por lo tanto, un sujeto, que deja de lado sus responsabilidades sociales (familia, trabajo, educación, salud, entre otras) para habitar la calle y que a su vez, expone en sus vínculos sociales, alteraciones mentales de base o propias del consumo (estupor alucinatorio) se convierte en una "amenaza" para la configuración colonizadora y occidentalizada de la territorialidad y la convivencia que han elaborado algunos gobiernos de la América Latina.

En esta configuración se ensancha, a manera de mandato social oculto (esa fuerza constituida por las representaciones sociales con respecto a las dinámicas de las diversas exclusiones) el imaginario de la peligrosidad de las personas habitantes de calle con diagnósticos duales y a su vez, la inapropiada creencia de no rehabilitación o desahucio biomedicalizado desde las instituciones de salud.

Para la atención de estas personas, con una marcada presencia en el corredor del Río Medellín, los profesionales se situaron en el lugar de la escucha, de tal manera que sintieran la tranquilidad y la libertad de acercarse, preguntar y participar. Unas veces se vincularon a los talleres creativos con actividades de modelado, lo que les permitió experiencias de narración sobre sus historias de vida o sus delirios (relatos con conexiones lógicas que solo tenían sentido para

ellos y ellas). Esto les ayudaba a mejorar la comprensión que sobre sí mismos tenían y a solicitar ayuda al centro de escucha. En ocasiones era un puente para que pudieran socializar con otras personas del territorio. Algunas de las personas con patología dual, que ya sentían confianza con los profesionales, participaron en varias actividades del centro de escucha: unas se acercaron a los talleres de distribución de parafernalia, y participaron de las actividades de educación en salud sexual y reproductiva y de reducción de riesgos y daños por consumo de SPA.

Dada la casi nula atención especializada que recibe este colectivo, es de vital importancia, la identificación y manejo integral de las personas habitantes de calle con diagnósticos duales desde estrategias institucionales y comunitarias que descentralicen y flexibilicen los servicios, pues confrontar el consumo problemático es crucial para el manejo de las patologías de base (patologías mentales). Es importante, también, reducir el estigma y la discriminación que fortalecen el aislamiento social, es una forma (De las tantas posibles) para incluirles a todos/as en los procesos de rehabilitación social, de restablecimiento de derechos y potencialización de las capacidades humanas con miras al desarrollo a escala humana.

En la población en situación calle asentada en los territorios priorizados se encuentran los grupos étnicos y afro, que además son personas desplazadas de diferentes regiones del país, principalmente de Urabá y el Choco. Están, también, las personas desplazados de un sector urbano o rural de la ciudad a otro sector por acción de los grupos armados, que no pertenecen a ningún grupo étnico o afro; una práctica muy común para que los habitantes de calle abandonen sus lugares de vivienda en lugares o barrios en los que generan incomodidad. Muchas de estas personas han manifestado tener traumas y alteraciones psicológicas, presentan consumos crónicos de basuco, lo que altera su salud física y mental; algunas presentan cuadros psiquiátricos, que, en ocasiones, exhiben comportamientos de alegría extrema: un hombre afro del corredor del Río

Medellín, por ejemplo, al recibir un juego agradeció a los profesionales del centro de escucha con gritos, besos y brincos de manera reiterada.

Como forma de reconocimiento a la dignidad y la diversidad cultural de los territorios colombianos que también entran a formar parte de las dinámicas urbanas de la ciudad de Medellín, el centro de escucha ha realizado los festivales itinerantes temáticos, que se adecuan a las particularidades personales o culturales de los colectivos que se quiere reivindicar. En una oportunidad en las afueras del SENA, al frente del río Medellín se realizó el festival afro con músicas afro para que las personas de este colectivo se sintieran identificadas y se acercaran a participar en las actividades del centro de escucha. Este tipo de estrategias era muy favorable a la hora de identificar personas en situación de riesgo o vulnerabilidad por consumo de SPA o exclusión social severa y de vincularlas a procesos de atención y seguimiento individual.

En todos los territorios priorizados es notable la presencia de adultos mayores con enfermedades respiratorias y gran deterioro de su cuerpo, sin ningún tipo de asistencia ni apoyo de redes familiares o institucionales, lo cual se torna más complejo por el uso permanente y continuo de basuco. Estas personas también deben enfrentarse a la multiplicidad de barreras, nombradas por los funcionarios de las instituciones del estado como requisitos, para acceder a programas de dormitorio y asistencia. En una oportunidad, una usuaria adulta mayor del corredor del río Medellín solicitó acceso al programa de dormitorios, asistencia y atención para adultos mayores de la secretaría de inclusión social (AMAUTA). Los profesionales activaron la ruta sin éxito porque la usuaria no aceptó las condiciones ofrecidas por la institución: ella quería ingresar de manera directa al programa de adultos mayores y la institucionalidad le exigía como requisito desintoxicarse previamente en uno de los patios del sistema de habitante de calle, junto a otras personas en situación de calle de diversas edades y con problemáticas asociadas al consumo problemático de SPA (lo que indica, además, que no existen procesos específicos para adultos

mayores). Ante esta opción, ella desistió de su solicitud argumentando que ha vivido experiencias de maltrato en este lugar e irrespeto a su autodeterminación, afirma que allí tratan muy mal a las personas y la dejarán encerrada en contra de su voluntad y no podrá volver a encontrarse con su hijo, con quien vive en el río.

Frente a este tipo de situaciones que muestran desprotección de las personas adultas mayores que habitan la calle y como forma de mitigar el problema, los profesionales del centro de escucha, de manera preferencial, prestan servicios ambulatorios de salud, asistencia y atención psicosocial, acompañados de procesos educativos de higiene, salud y reducción de daños, entre otros, con un lenguaje no estigmatizador y ajustado a personas que deben reforzar sus cuidados por el momento vital en el que se encuentran.

Otro de los grupos minoritarios en situación de alta vulnerabilidad es el colectivo de las personas pospenadas. Es común encontrar en los territorios priorizados personas recién salidas de la cárcel, sin redes subjetivas y sin ningún de apoyo de parte del estado que ayude en la transición a la vida en libertad.

Una de las problemáticas de este grupo tiene que ver con su aseguramiento en salud: cuando ingresan a la cárcel, los afilian al sistema de salud del INPEC y una vez terminadas las condenas los desafilian; muchas de estas personas por sus trayectorias de consumo y delincuencia han roto los vínculos con sus familias por lo cual salen de las cárceles y van a parar a las calles, lo que vuelve más problemático el hecho de no tener acceso al sistema de salud. En un recorrido territorial comentaba una persona habitante de calle recién salida de la cárcel que antes de ser detenido estaba incluido en la encuesta Sisbén, y cuando entró a la cárcel fue excluido de esta porque cambió su situación domiciliaria, en adelante era beneficiario del INPEC. Ahora fuera de la cárcel no recibe los beneficios del INPEC y tampoco se le ha ingresado nuevamente al Sisbén, es decir, no cuenta con acceso al sistema de salud. Y como si fuera poco, de acuerdo con la normatividad nacional, para acceder

nuevamente al Sisbén requiere certificar al menos 10 días de vivienda en un domicilio.

Frente a esta situación el centro de escucha generó un vínculo con la madre de esta persona para que lo acompañara en la gestión de ingreso al Sisbén. Ella lo acompañó a hacer el trámite sin conseguir ningún resultado porque no lo pudo incluir en la ficha Sisbén del domicilio en el que vive, para ello requiere el permiso de la dueña de la casa y esta no se lo concedió. La otra alternativa que le queda es ser incluido en un listado censal de la ciudad que reconoce a las personas en situación de calle o de alta vulnerabilidad social. El centro de escucha hizo la gestión ante las secretarías de salud e inclusión social y hasta el momento no se ha recibido ninguna respuesta. Este es un caso paradigmático de lo que le sucede a muchas personas en la ciudad que han sido privadas de la libertad y por sus condiciones de vida llegan a ser habitantes de calle.

Otra situación de vulnerabilidad de este colectivo tiene que ver con el consumo de drogas. Muchas de estas personas antes de perder la libertad eran consumidoras problemáticas de SPA y una vez ingresados a la cárcel se ven alterados sus patrones de consumo. Si bien algunos manifestaron que existe un mercado interno de sustancias en las cárceles, su acceso es restringido. Esto genera riesgos de sobredosis cuando recuperan la libertad porque vuelven a encontrar la amplia oferta de SPA en las calles y aumentan de inmediato su consumo en un momento en el que la tolerancia está más baja por la abstinencia obligatoria del encierro. Los profesionales han educado sobre esta situación ajustando los objetivos de las acciones de reducción de daños en la prevención de sobredosis, además del acompañamiento en la afiliación y acceso a los sistemas de salud e inclusión social.

Muy cercano a este colectivo nos encontramos con las personas evadidas de la justicia. Su principal característica es la desconexión con familiares, amigos y con los sistemas de protección social, lo cual los deja por fuera de los tradicionales servicios de salud, asistencia y oportunidades de educación y trabajo de la ciudad. Para este colectivo han sido

fundamentales las acciones soportadas desde el modelo de itinerancia que descentraliza los servicios y recursos y los pone en los territorios de una forma amigable, libre de barreras de acceso por documentación o cualquier otra razón; las personas pueden participar de las actividades sin necesidad de revelar sus datos personales.

Y finalmente están los colectivos de inmigrantes. Si bien se han identificado personas de Ecuador y otros países de América y Europa en situación de calle, la mayoría son inmigrantes de Venezuela: unos viven en inquilinatos (pagan el día) y otros viven en la calle. Las migraciones de estas personas a Colombia y otros países del mundo han aumentado en los últimos dos años, tiempo que se coincide con el agravamiento de la crisis económica y social de Venezuela.

Aunque algunas personas de Venezuela han logrado vincularse socialmente y acceder a oportunidades de trabajo en la ciudad, muchas entraron a formar parte de los cordones de miseria de la ciudad y viven en casas hacinadas y con precariedad de servicios públicos en barrios vulnerabilizados, cuando no se han visto obligados a vivir en la calle. Para financiar sus necesidades básicas trabajan como venteros informales en la calle y en los buses, o piden limosna (algunos siempre están acompañados de sus grupos familiares que incluyen niños, niñas y bebés). A veces realizan actividades delictivas como el hurto o la venta de drogas.

En este colectivo también se identifican las personas usuarias de SPA ilegales con consumos crónicos en situación de extrema vulnerabilidad, principalmente quienes viven en la calle. En el sector del Bronx hay un hombre joven, habitante de calle, usuario de sustancias inyectables que lleva dos años en Colombia exponiéndose a todo tipo de riesgos para conseguir y consumir heroína, cuenta que cuando vivía en Venezuela estaba en un tratamiento de sustitución con metadona y en Colombia, al no poder conseguirla, se reengancho en el consumo de heroína y otras sustancias inyectables, no identificadas, sin acceso a parafernalia higiénica y al sistema de salud y con prácticas como el intercambio de jeringas.

Sus principales solicitudes cuando se acercan a los puntos de referencia del centro de escucha tienen que ver con la tenencia de una identificación y un permiso de permanencia que les permita acceder a servicios de salud, asistencia y oportunidades educativas y laborales. Las personas que se han abierto a hablar sobre los riesgos y daños de las sustancias que consumen, especialmente las personas usuarias de sustancias inyectables, han expresado su necesidad de recibir educación y orientación frente a la problemática y participar en iniciativas de distribución de parafernalia higiénica. Algunas han solicitado, incluso, el acceso a programas de tratamiento por consumo de drogas, lo cual ha sido imposible porque no existe ninguna política en el país que les garantice el acceso de manera gratuita a este tipo de servicios.

Para responder a estas solicitudes el centro de escucha ha realizado dos tipos de actividades: los festivales itinerantes y los recorridos territoriales. En los festivales itinerantes se han vinculado instituciones como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) para que gestionaran el permiso especial de permanencia (PEP) de manera fácil y rápida y recibieran asesoría sobre sus derechos y las rutas de acceso. En estos festivales también pudieron beneficiarse de acciones de asistencia, salud ambulatoria, educación y recreación. En los recorridos territoriales se les prestó servicios de atención a necesidades vitales como la contención emocional por su situación de desarraigo, la higiene y la educación en salud, ajustada a lo que significa la vida en calle y el consumo de SPA, diferenciado por sustancia, sin necesidad de presentar documentación.

### **6.3.6 Supervisión del consumo de SPA**

Si bien, en Colombia no ha sido posible la instalación de Salas de consumo supervisado como espacios de protección y promoción del bienestar social de las personas usuarias de SPA y en situación de calle, sí existe el sustento normativo que avala en términos de salud pública la prestación de los servicios que se derivan de las salas de consumo supervisado y se regulan las acciones como el intercambio de jeringuillas o la

administración de naloxona durante la sobredosis por opioides (MINSALUD, 2016) (Ministerio de Salud y protección social, 2017). Esto ha representado un reto para las principales ciudades del país, ya que el consumo de SPA en calle ha derivado en la propagación de un sinnúmero de prácticas inseguras y riesgosas de consumo, especialmente, entre aquellos usuarios/as más vulnerables. La ciudad de Medellín, aún no cuenta con espacios integrales de supervisión de consumo de SPA, por lo que el Centro de Escucha, como dispositivo comunitario, ha desarrollado estrategias en calle de supervisión de los consumos de SPA, mediante el enganche de los usuarios en actividades colectivas como los talleres en salud, los talleres creativos, las intervenciones individuales o los encuentros lúdicos y recreativos.

En ese ámbito, han sido variadas las acciones que se han desarrollado directamente ligadas a la supervisión de los consumos en calle de las personas en situación de calle asociadas a estrategias de reducción de daños y riesgos, como por ejemplo, las acciones enfocadas a la atención de la población de calle con perfil de inyectora. En diversos encuentros educativos realizados en El Bronx, las personas inyectoras del sector, se concentraron en el lugar donde se ubica el dispositivo comunitario, para participar de las actividades planteadas por el Centro de Escucha y a su vez, sentirse en un lugar tranquilo para inyectarse. De esta manera, los profesionales del Centro de Escucha captaban los usuarios para el compartir de hidratación o participar en alguna actividad del Taller Creativo y a su vez, intercambiaban saberes en torno a técnicas más adecuadas de inyección, se compartía material higiénico de consumo, se compartían preservativos, incluso en variadas ocasiones se realizó la formación en atención de sobredosis por opioides en calle mediante la entrega de unidades de naloxona, educación al respecto de la inyección y descarte del material de inyección en espacios de la calle, además se prestaban los servicios primarios de salud con relación al manejo de hemorragias pos-punción y a la orientación en venopunción para evitar punciones desafortunadas o riesgosas.

En relación al consumo de otras sustancias sucedió igual; en diversas ocasiones, varias personas consumidoras de basuco, se reunían en torno al compartir alimentos y a consumir, por lo que los profesionales del Centro de Escucha aprovechaban la ocasión para generar diálogos sobre uso de parafernalia higiénica de consumo y se discutían algunas modalidades de creación de pipas para reducir los daños asociados a la vez que se compartían mantecas de cacao para la protección de los labios, boquillas de plástico de calidad médica para evitar compartir el mismo tubo de combustión y se fortalecían las prácticas de consumos menos riesgosos, todo mientras las personas consumían su sustancia. Igual en relación a los inhalantes como el pegamento, de uso común entre las personas en situación de calle.

Si bien las Salas de Consumo Supervisado involucran una variedad más amplia en la oferta de servicios para la población beneficiaria, las acciones en el marco del trabajo en calle que han girado en torno a la supervisión de los consumos en calle, permiten elaborar diálogos de confianza entre las personas usuarias de sustancias y las organizaciones de trabajo comunitario para posteriores diálogos con la institucionalidad en cuanto la habilitación de las SCS en el departamento y en el país.

## 6.4 REDUCCIÓN DE ESTIGMA

### 6.4.1 Lenguaje y prácticas no estigmatizadoras

Como se ha dicho, las condiciones socio-históricas que han cuajado el corpus material y simbólico de las representaciones sociales alrededor de las personas en situación de calle, han dejado un estela tan palpable y visible de una matriz del pensamiento estigmatizador que ha dejado a esta población, en espacios abyectos, aislados, reducidos e incluso deslegitimados de la condición humana (Correa Arango, La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle, 2007) (Ruíz, 1999) (Arribas-Ibar, 2019)

Se conoce la historia de "Comanche", el primer líder y vocero de la población de personas en situación

de calle de la ciudad de Bogotá en entrar al recinto del consejo y dar una alocución con respecto a la situación de las personas de la calle. En su discurso, cargado de dolor y profundo abandono, Comanche manifiesta que "La única arma que tiene un habitante de calle es la mugre" y esto entonces, permite comprender que la condición de la vida en calle representa una desintegración de lo humano e ingresa al terreno de lo grotesco, de lo que nadie quiere ver ni tocar, de lo que nadie quiere hacerse cargo (Ruíz, 1999)

Es así, que alrededor de la figura de la persona en situación de calle, se configuran lenguajes de la exclusión que usan diversos códigos en el mensaje que se dice, por ejemplo, no se suele mirar a los ojos a una persona en situación de calle, se les llama "Los loquitos", "Los gamines". Se desconfía de sus intenciones, se aduce que se encuentra en la calle por "Que le dio la gana". Todos estos elementos han sido percibidos por el Centro de Escucha durante los trabajos de campo llevados a cabo en los territorios. Estos lenguajes se dan la mano con las prácticas estigmatizadoras que reducen el horizonte de porvenir de las personas en situación de calle y los ubican en los lugares del desasosiego, la angustia y el sufrimiento social.

Parte del trabajo del Centro de Escucha fue reinventar las maneras del encuentro. Esto, en particular, se inició "Desde Casa", es decir, se comenzaron las sensibilizaciones frente al uso del lenguaje estigmatizador entre las mismas personas en situación de calle, ya que algunas de ellas, replican las violencias estructurales dentro de sus formas de consolidar comunidad nómada en los espacios de la calle. El llamado amoroso a no nombrarse desde el error, a reconocer las fortalezas y cualidades del otro/a, fue y ha sido una forma de elaborar una pedagogía para la paz en el espacio mismo de la calle.

Si bien se requiere de mayor acompañamiento en el tiempo, el resultado esperado durante la vigencia del Centro de Escucha fue exitoso en la medida de la reincorporación de prácticas no estigmatizadoras y en el uso de un lenguaje construido desde el respeto y el amor en las

personas en situación de calle. Por ejemplo, durante las actividades de enganche, como se narró anteriormente, se establecieron unos "acuerdos éticos para el encuentro", que promovieron un uso de un lenguaje diferenciador: El agradecer, el solicitar comedidamente, el nombrar desde el deseo del otro/otra sin denigrar su condición física, mental o sus decisiones de género o con respecto al sexo. Durante los encuentros grupales, se solicitaba respetar la palabra de los demás, por lo que estas prácticas fueron replicadas, al menos durante los momentos de compartir en el dispositivo comunitario.

A su vez, el otro "Muro" que debió franquear el Centro de Escucha fue el estigma y el uso de lenguaje estigmatizador que las personas de las comunidades aledañas ejercían sobre las personas en situación de calle. Esto en particular, fue un trabajo riguroso, ya que había que narrar todo el tiempo los componentes y las acciones del Centro de Escucha, con el fin de dar claridad a comerciantes que se acercaban a llamarles "alcahuetas", "Ellos comen mejor que uno", "No les da miedo de los locos", etc. Incluso, con el transcurso del tiempo, los profesionales de campo encontraron estrategias de comunicación como las pancartas con mensajes alusivos a la integración social, la elaboración de las pañoletas insignias con el mensaje "SOMOS TERRITORIO DE PAZ" y la realización de talleres creativos donde en variadas ocasiones, participaron niños y niñas con alta permanencia en calle, algunos hijos/hijas de los comerciantes o habitantes de los sectores.

Y aquí es preciso parar un momento para contar la experiencia del encuentro entre personas en situación de calle y los niños y las niñas, ya que podría ser una propuesta metodológica para trabajar la integración social y la rehabilitación basada en comunidad. Durante la realización de algunos talleres creativos, especialmente en Barrio Colón, se acercaron niños y niñas a escuchar las indicaciones para la realización de la estrategia de tejido "ojos de dios". Una persona en situación de calle que a su vez hace parte de la red operativa de Barrio Colón, lideró el proceso de enseñanza en un círculo de la palabra con los niños y las niñas

quienes le escucharon con mucha atención. Durante ese momento, la persona en situación de calle que lideró el proceso de enseñanza no consumió ninguna sustancia, no utilizó ningún vocabulario soez ni estigmatizador, el trato hacia los niños y las niñas fue amoroso y el producto terminado fue agradecido con un abrazo. Otro de los encuentros fue en el territorio del Corredor vial del Río Medellín, en donde en una ocasión con el fin de celebrar el día del Amor y la Amistad, los niños y las niñas de una escuela pública del municipio de Sabaneta escribieron cartas para las personas en situación de calle, donde se expresaban cosas como: "Espero que salgas de la calle" "Te quiero mucho" "No quiero que pases hambre y frío". La entrega de esta correspondencia abrió una calzada hacia el acercamiento humano y afectivo durante el resto de encuentros. Así que, de esta manera, el encuentro que tuvo lugar entre niños y niñas y personas en situación de calle, favoreció que afloraran emociones y sentimientos como la ternura, la sinceridad, el amor y la reciprocidad, situaciones que generan fortalecimiento de los lazos humanos y que facilitan que procesos complejos de rehabilitación social, puedan ser realizados como acciones prácticas en intervenciones colectivas.

Estas experiencias de encuentro entre personas habitantes y no habitantes de calle, en un primer momento, facilitaron condiciones de acceso a agua y energía eléctrica para hacer posibles las actividades de enganche y atención, lo que les ha llevado a integrarse en la red subjetiva-comunitaria del centro de escucha.

Con la declaratoria de emergencia por la pandemia, el trabajo de reducción del estigma con las personas no habitantes de calle cambió por completo. En adelante no fue posible el desarrollo de actividades de encuentro comunitario (festivales itinerantes). Sin embargo, para no perder este contacto, se realizaron acciones de sensibilización puerta a puerta que combinaron temas de reducción del estigma con educación sobre COVID-19.

Estas acciones se realizaron en el Bronx, lugar en el que encontramos personas de la mesa de habitantes de calle de la ciudad: se destacan los residentes del edificio Cucuta (administradora y copropietarios), personas vinculadas a los servicios de cafetería (líquidos, café, aromática y cigarrillos) y propietarios y encargados de establecimientos destinados a la litografía y la reparación de motores de uso casero como tinas o hidrobombas.

De estas acciones también podemos decir que sirvieron para fortalecer las relaciones de los profesionales del centro de escucha con las personas de la comunidad, lo que permitió algunas concesiones con la población habitante de calle como cubrirse con las carpas o techos externos de los establecimientos comerciales en días muy soleados o de lluvia; los mismos lugares en los que se realizaron los procesos de atención.

De todas maneras, aún queda mucho por trabajar en lo relacionado con el uso del lenguaje y las prácticas estigmatizadoras, no obstante, la cercanía afectuosa, la ética como eje del vínculo y la seguridad, han permitido fortalecer las acciones para reducir notablemente el estigma en la población beneficiaria.

#### **6.4.2 Inclusión del Habitante de Calle en actividades comunitarias**

Si bien, durante los trabajos de campo en los territorios priorizados, el Centro de Escucha propuso estrategias como los Festivales Itinerantes por la Vida y la Salud, que eran a su vez espacios de integración comunitaria, y las actividades de enganche estuvieron acompañadas todo el tiempo por las diversas redes del Centro de Escucha, la mayoría de actividades fue realizada para las personas en situación de calle y en algunas ocasiones, resultó algo dispendioso integrar a las comunidades aledañas a participar de las actividades. Esto en parte, como se ha dicho en apartados anteriores, obedece una matriz del pensamiento estigmatizador que genera ciertas precauciones a la hora de acercarse a una persona en situación de calle o de hacerle parte de una actividad comunitaria. Parte del trabajo del Centro

de Escucha durante la vigencia, era integrar a las personas en situación de calle lo más posible en las acciones del Centro de Escucha, es decir, siempre se les solicitaba que acompañaran a un profesional a conseguir el agua para la hidratación y la traían en compañía, a recoger la basura posterior a cada encuentro, a ubicar las mesas, sillas y demás enseres, y esto favoreció que en los territorios priorizados, algunas personas de las comunidades aledañas empezaran a acercarse de manera más frecuente a las actividades realizadas por el dispositivo comunitario, confiando en los profesionales del Centro de Escucha y observando la actitud respetuosa de las personas en situación de calle.

El trabajo es dar continuidad al fortalecimiento de las acciones y actividades comunitarias que tengan en cuenta de manera más sensible a las personas en situación de calle y no meramente, como en algunas ocasiones se observó, desde el asistencialismo nocivo de algunos ciudadanos, de pretender llegar en un vehículo a repartir porciones de panes o natilla con buñuelos al montón, como si fuesen animales hambrientos e irse sin ningún intercambio de saberes o de palabras. Es preciso educar a la población general en cuanto la importancia de comprender que el acompañamiento afectuoso y solidario, permiten en verdad, espacios de integración social, y a su vez, acompañar a las personas en situación de calle en un proceso pedagógico de cuidado de sí, de los demás y del entorno, de manera que ciertas prácticas contaminantes o que deterioran el espacio físico, la integridad física de las personas o la relación pacífica que debe existir en la convivencia humana durante la resolución de los conflictos, sean dejadas de lado para dar lugar a acciones que promuevan el bienestar y la integración social, para aportar entre todos y todas a la construcción de comunidad libre de estigma y barreras.

### **6.4.3 Acercamiento ofertas de ciudad**

Otro de los principales hallazgos del proceso de implementación de un dispositivo Centro de Escucha para personas en situación de calle, fueron las constantes barreras de acceso para la población beneficiaria a los servicios

institucionales o a las ofertas de ciudad. Es decir, esa ciudad para "Los otros", no hace parte de las programaciones culturales y recreativas de la ciudad oficial. Tal pareciera, que las personas en situación de calle no representan, en este sentido, un público digno y merecedor. Ante tal escenario de exclusión, el Centro de Escucha tomó cartas en el asunto, y comprendieron como dice el refrán que "Si mahoma no viene a la montaña, la montaña viene a mahoma".

Se iniciaron entonces, las celebraciones colectivas en conmemoración de los eventos y ofertas de ciudad. Las experiencias en este sentido fueron exitosas y representaron hitos claves para el trabajo del dispositivo con la población beneficiaria. La primera celebración de ciudad que se celebró en los territorios priorizados fue la celebración del día de la Afrocolombianidad, ya que se evidenció que existe una población considerable de personas afrocolombianas en situación de calle. Por lo tanto, la experiencia fue acercar al territorio, expresiones artísticas como la música del pacífico colombiano, sensibilizar frente a la discriminación y propiciar a través del alimento, la expresión de la identidad afrocolombiana como parte de la composición de la identidad de la nación. En el territorio del Corredor Vial del Río Medellín, se celebró la fiesta del Libro y la Cultura, ya que por esa semana se desarrollaba dicho evento en la ciudad. Como no es fácil que las personas en situación de calle ingresen a los espacios del evento por el estigma y la exclusión, el Centro de Escucha llevó la fiesta del libro y dicha celebración se tomó el corredor del Río. Se ubicaron en los árboles de la rivera, barcos de origami y ojos de dios con fragmentos de poemas de Gabriela Mistral, Wislawa Zimbyorska, Eduardo Galeano, Gioconda Beli, etc. Estos elementos permanecieron en los árboles mucho tiempo, para contemplación y lectura de todas las personas que desearan leerles. Otro de los eventos de ciudad que se celebró en Barrio Colón, fue la celebración del día internacional contra la trata de personas, en donde se logró el trabajo en articulación en redes de recursos que realizaron pruebas rápidas de VIH/SIDA, sensibilizaron frente a la explotación sexual comercial y sobre el ejercicio del trabajo

sexual bajo condiciones de riesgo, se compartieron prendas de vestir, alimento, preservativos y música. El evento permitió reconocer que un porcentaje alto de mujeres en situación de calle son víctimas de violencias, explotación sexual comercial, abusos sexuales y trata.

En el corredor Vial del Río Medellín, también se celebró el día del Amor y la Amistad, como se narró anteriormente, mediante la entrega de una correspondencia escrita por los niños y las niñas de una escuela pública del municipio de Sabaneta hacia las personas en situación de calle del sector. La última celebración de evento de ciudad en el territorio fue el día internacional de la eliminación de la violencia contra las mujeres, celebrado en el Bronx y en donde participaron redes de servicios institucionales, se sensibilizó a la población frente al fenómeno de la violencia contra las mujeres y hubo un compartir de prendas de vestir e insumos de higiene personal.

En este apartado también es preciso decir, que se requiere de mayor trabajo para vincular a las personas en situación de calle a las ofertas de ciudad, ya que de esta manera, damos paso al siguiente ítem, el reconocimiento de los derechos y la titularidad de la que también son merecedoras las personas de la calle.

#### **6.4.4 Restablecimiento de derechos**

Las personas en situación de calle, como se ha analizado a lo largo del presente documento, por diversas causas socio-históricas, han elaborado a su alrededor, una conciencia casi que nula en lo relacionado con el ejercicio pleno de los derechos que les otorga su condición humana y ciudadana dentro del territorio nacional, es decir, desde los derechos más básicos como la atención en salud, el acceso a la educación, la vinculación familiar etc., como los más especializados, relacionados con la participación social, el goce de espacios culturales o el ejercicio de la libre expresión, entre otros.

En este contexto socio-cultural de la vida en calle, el Centro de Escucha identificó la importancia del reconocimiento inicial de la dignidad humana como base para la elaboración de diálogos posteriores con los usuarios/as sobre el

restablecimiento de los derechos y sobre las acciones enmarcadas en la formación y acceso a los derechos planteadas por el Centro de Escucha. La política pública social para habitantes de calle es clara al respecto (Ministerio de salud y protección social, 2018) y ha representado un avance conceptual y metodológico en la concreción de algunos objetivos en relación al acceso a los derechos humanos de las personas en situación de calle. Allí se manifiesta la ingente necesidad de vincular a las personas usuarias a un sistema que sea cercano a sus necesidades básicas y que de respuesta inmediata a situaciones relacionadas con la salud, la educación, la integración social, la atención terapéutica, el tratamiento por abuso de sustancias, albergues, alimentación, atención veterinaria para mascotas, entre otras.

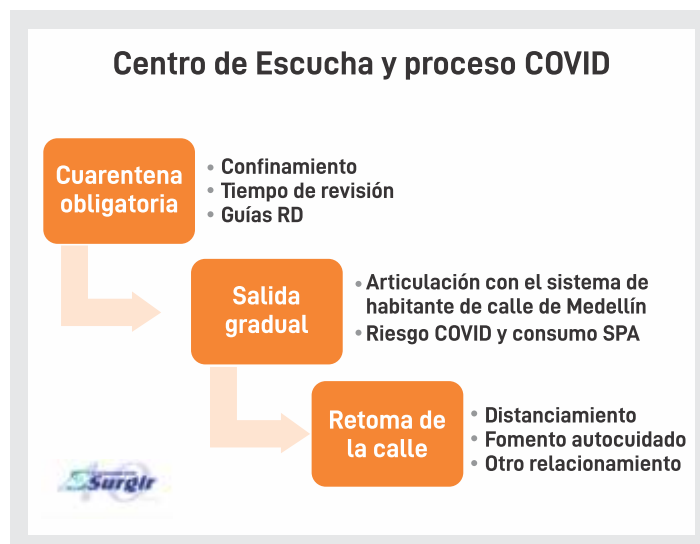
Las acciones del Centro de Escucha, desde un principio se vincularon a los procesos de restablecimientos de derechos, tales como las rutas de atención social y en salud de la ciudad y las demás redes de articulación de servicios institucionales y comunitarios que permitieran dar respuesta a la situación en vulneración de derechos humanos en la población beneficiaria en situaciones complejas de la cotidianidad observadas durante el trabajo en campo, como por ejemplo la presencia de menores en espacios vulnerabilizados, las mujeres en gestación, adultos mayores o personas con discapacidad, violencias de cualquier tipo. La línea estratégica tres del modelo de inclusión social para las personas consumidoras de SPA, manifiesta la importancia del acompañamiento e integración de las siguientes acciones en el restablecimiento pleno de los derechos de los ciudadanos usuarios de SPA: La asistencia básica y el tratamiento, la educación, el acompañamiento al trabajo y el emprendimiento, la salud, la lúdica y la recreativa, la deliberación y participación social (Ministerio de protección Social, 2007). De esta manera, se trató de dar respuesta a estas acciones de la línea estratégica, mediante el trabajo articulado en redes de recursos y comunitarias que permitieran la adecuada activación de rutas y el acompañamiento durante el proceso de atención.

Uno de los trabajos del Centro de Escucha fue potenciar el ejercicio de los derechos en la población beneficiaria. Desde la asistencia básica hasta la atención ambulatoria en salud y la formación en derechos como parte fundamental de las acciones psicoeducativas. Durante la vigencia se realizaron diversos Festivales Itinerantes con temáticas relacionadas al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, los derechos culturales, la soberanía alimentaria y el acceso a la salud y a la educación, además de acompañamientos específicos a grupos minoritarios como personas trans, o personas en contexto o ejercicio de prostitución. La articulación en redes mediada por el Centro de Escucha, favoreció el acercamiento de ofertas como la documentación, el acompañamiento a población con perfil migrante, el acompañamiento en trámites de salud, el acercamiento a ofertas laborales y educativas y el acceso a tratamientos por abuso de SPA.

La elaboración de un lenguaje cercano al ejercicio pleno de los derechos, también hace parte de las estrategias de reducción del estigma, ya que permite el reconocimiento de sí mismo/misma como sujeto/a garante de un conjunto de derechos irrevocables y como agente de la dignidad de sí mismo/misma y del entorno en los contextos de la calle.

## 6.5 EL CENTRO DE ESCUCHA PARA HABITANTES DE CALLE EN EL MARCO DEL COVID-19

Debido a la emergencia sanitaria y social por COVID-19, a partir del mes de marzo el centro de escucha debió adaptar sus actividades al nuevo contexto para atender algunos de los impactos más significativos que esta situación trae sobre las personas en situación de calle, usuarias de SPA. Frente a ello se pasó por 3 procesos como se ilustra en la gráfica siguiente:



El primer momento, de cuarentena obligatoria en el país, se aprovechó para ajustar algunos elementos metodológicos para el desarrollo del Centro de Escucha y en especial para la mitigación de los riesgos de COVID.

En el segundo momento, y tras conversaciones con el Sistema de Habitante de Calle se analizó la pertinencia de apoyarlo en relación a consumo de SPA y COVID para los habitantes de calle que habían aceptado el confinamiento en algunos hoteles bajo la responsabilidad del Sistema. Se decide, entonces, construir una propuesta de intervención enfocada en el manejo de la ansiedad y otras prácticas de cuidado en los escenarios de confinamiento y posconfinamiento, configurados a partir de la emergencia en la ciudad de Medellín, e implementarla en alianza con funcionarias y funcionarios del sistema de habitante de calle.

Después de varias gestiones y reuniones para hacer posible la articulación entre el Centro de Escucha y el Sistema de Habitante de Calle, durante el mes de mayo se realizaron acciones en la red de hoteles (Marquesa, Samaritano, Maracaná y Aburrá) y el patio de Centro Día, adscritos a los componentes de Resocialización y Básica del sistema con el objetivo de Reducir el impacto negativo derivado del síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas con personas en situación

de calle en el marco del plan de contingencia para la prevención del COVID-19 en la ciudad de Medellín.

Ya en terreno y de acuerdo con los protocolos de bioseguridad y distanciamiento físico, construido por ambas entidades, y teniendo en cuenta las acciones, el acompañamiento de educadoras y educadores y las condiciones de espacio de los hoteles y el patio del sistema de habitante de calle, se realizaron las actividades relacionadas con el manejo de la ansiedad durante el confinamiento, la reducción del estigma como mecanismos para identificar y nombrar las discriminaciones y violencias dirigidas a colectivos minoritarios (habitantes de calle, personas usuarias de SPA, personas trans y artesanos) y la prevención de riesgos asociados al consumo de SPA que contribuyen con la propagación del COVID-19 en periodos de desconfinamiento transitorio o permanente. Las conclusiones y hallazgos de esta intervención se resumen en:

### **Manejo de la ansiedad en la experiencia de confinamiento**

El confinamiento para las personas que han consumido drogas ha resultado ser una experiencia dolorosa y retadora. Dice un usuario confinado en uno de los hoteles del sistema de habitante de calle: "estar tanto tiempo encerrados se torna estresante y, en ocasiones, dan ganas de salir corriendo". Esto produce una sensación de inadecuación en el espacio que, en ocasiones, afecta la convivencia y pone en duda los propósitos de los usuarios: "a veces le provoca a uno consumir para evitar el aburrimiento".

La infraestructura juega un papel importante en la ansiedad, la percepción de encierro, el cumplimiento de los protocolos y las posibilidades de generar actividades grupales. Los espacios son pequeños, poco ventilados, llenos al tope, donde no es posible el distanciamiento físico, y los espacios abiertos están expuestos a la variabilidad del clima. El diario vivir en los hoteles está estructurado principalmente alrededor de la llegada y despacho de alimentos.

Después de 4 semanas de acompañamiento pudimos observar como la cuarentena y la abstinencia obligatoria permitió movilizar en algunos usuarios la conciencia sobre su situación en relación al consumo de SPA y la habitancia en la calle, motivando la solicitud de ayuda. En otros el confinamiento, la percepción de encierro, la falta de autonomía, la incertidumbre, así como el craving han comenzado a expresarse en su deseo de salir.

La elaboración del tejido del "Ojo de dios" y de otros productos artesanales en los talleres creativos liderados por los usuarios fue una forma de enseñar a manejar la ansiedad a través de la exploración de sentimientos apremiantes que pueden incitar al consumo y evasión del confinamiento. Además, es una habilidad que las personas usuarias adquirieron con el taller y que puede seguirse utilizando a lo largo de la experiencia de encierro en los hoteles como estrategia de contención de la ansiedad y mitigación del aburrimiento.

El trabajo y la conversación en torno al tejido generaron también, preguntas y expectativas sobre el futuro al corto, mediano y largo plazo. Manifiestan sentirse a gusto con el sistema de habitante de calle y esperan que les brinden oportunidades laborales y de formación en algún arte u oficio para construir una mejor calidad de vida.

### **Estigma, exclusión y consumo de SPA**

Para abordar este tema que hace parte de la vida cotidiana de las personas que habitan la calle, se realizaron en el mes de mayo tres conversatorios: espacios de diálogo para la expresión tranquila de la palabra y el intercambio de conocimientos. Cada una de estas conversaciones contaron con mediaciones artísticas y pedagógicas como el "quitapesares" y el tejido de manillas, lo que facilitó la motivación para el trabajo, la movilización de emociones y la expresión de experiencias, posturas y opiniones.

Todos y todas han padecido el estigma debido a su decisión de consumir drogas, tanto a nivel familiar, como social. Se destaca el caso de tres

participantes trans en quienes el estigma ha recaído con mayor intensidad por su condición de disidencia sexual.

Los conversatorios permitieron la expresión de sentidos atribuidos al estigma como una marca que le ponen a la gente o las señales con las que la identifican y relacionan, lo que conlleva a actitudes discriminatorias y violentas contra una persona por tener esta marca o señal: entre ellas está el sentirse rechazados, mirados como delincuentes o estorbos, generar asco y ser expulsados de algunos lugares, la mayoría de las veces, por agentes de policía. Todas estas formas de estigmatización les obstaculiza sus oportunidades de interactuar en sociedad y de acceder a oportunidades laborales, y les lleva a la automarginación, el aislamiento y la profundización del consumo problemático de SPA. Procesos de desestigmatización/auto-destigmatización como estos son útiles para promover espacios de liderazgo en los usuarios que posibiliten la práctica y desarrollo de habilidades sociales como la comunicación, la resolución de conflictos, la solidaridad y los vínculos respetuosos.

### **Consumo de SPA, confinamiento y posconfinamiento por COVID-19**

En las circunstancias de pandemia existen una serie de riesgos importantes, relacionados con el modo de vida y los hábitos de consumo de SPA de las personas habitantes de calle, que de no ser gestionados de manera cuidadosa facilitan la propagación del virus en la ciudad. En este contexto se realizaron talleres creativos y conversatorios sobre consumo de SPA, confinamiento y posconfinamiento en los hoteles y el Patio del sistema de habitante de calle.

Los y las participantes presentaron un panorama de las preocupaciones y riesgos asociados al consumo de SPA en periodos de confinamiento y posconfinamiento que, en algunos casos, aumentan la probabilidad de contagio de la población habitante de calle en la ciudad de Medellín. Es común encontrar grupos de personas consumiendo en un mismo lugar, sin ningún tipo de distanciamiento físico; las SPA están más costosas;

hay oferta de SPA de mala calidad por mezclas entre sustancias y la utilización de componentes adulterantes; sentimientos de incertidumbre y, en ocasiones, angustia por riesgo de sobredosis después de un largo periodo de encierro sin usar sustancias; riñas por acceder a las sustancias si no se dispone del dinero para su consecución; y alta probabilidad de contagio del COVID 19 por la mayor circulación de personas en las calles.

Como estrategia de apoyo y contención, los facilitadores enfatizaron sobre la necesidad de apropiar medidas no sólo de higiene personal y social, sino de consumo seguro de SPA para prevenir riesgos de contagio en la pandemia. Entre otras, se destacan el lavado frecuente de manos con agua y jabón, el uso de tapabocas cuando se está en contacto con otras personas, mantener el distanciamiento físico, higienizar y no compartir parafernalia de consumo, limitar el número de intercambios para conseguir droga y administrarla en pequeñas dosis.

Las narrativas de las personas participantes, surgidas en sus experiencias como habitantes de calle, nos muestra las múltiples barreras para lograr un consumo de SPA seguro e higiénico que ayude a prevenir la transmisión del COVID-19. Manifiestan enormes dificultades e imposibilidades para encontrar donde lavarse las manos, mantener el distanciamiento físico porque los lugares donde se consume drogas en la calle son muy concurridos, y para regular el consumo en pequeñas dosis. Existe una cultura y actitudes, entre personas habitantes de calle, de rechazo al consumo solitario en las calles. Además, advierten que los efectos del consumo de drogas producen el contacto con otras personas. Pese a lo anterior, para la finalización de esta sistematización (octubre de 2020) no se había reportado ningún caso de habitantes de calle contagiados por COVID-19 en la ciudad.

A raíz de la cuarentena se observó un aumento del consumo problemático del cigarrillo, que no es percibido cuando existe simultáneamente el consumo de otras sustancias, especialmente ilegales. Pero cuando estas no se encuentran, el cigarrillo ha tomado un protagonismo en los

usuarios en el manejo de la ansiedad. Son el consumo de cigarrillo y marihuana las drogas que durante la cuarentena aparecieron ante la abstinencia de otras drogas, sumados al consumo de azúcar, para tramitar la ansiedad.

Casi todos los participantes expresaron su inconformidad por tantos días de confinamiento: "yo no quiero seguir más tiempo encerrada", "quiero ir a visitar a mi familia", "el lunes que salga de aquí me voy a ir para la calle del pecado a tirarme un "cripudo" y relajarme", "me voy a ir para una manga y me tomo unos chorros y me trabo", "aquí uno se aburre mucho con tanto tiempo encerrado", fueron las voces que se escucharon frente a la situación que estaban viviendo. Expresaron, también, que querían recibir otro tipo de ayuda que no fuera "el encierro". Les gustaría, por ejemplo, salir "aunque fuera a algún parque".

En el tercer momento, ya hacia el mes de junio y habiéndose la posibilidad por parte del gobierno nacional y local de retomar algunas actividades, dentro de ellas las de asistencia humanitaria, se decide retomar la actividad en las calles, lo que supuso cambios en las dinámicas de relación, y por supuesto, de toma de precauciones de bioseguridad para realizar las intervenciones. Fue así como se tomaron decisiones tales como evitar las aglomeraciones y desarrollar las actividades de animación comunitaria e intervención de casos ya mencionadas en apartados anteriores, pero con pocos usuarios a la vez, incluso privilegiando las actividades individuales. De esta experiencia puede mencionarse las siguientes conclusiones y hallazgos:

### **Sobre promoción de la salud en tiempos de COVID**

El equipo de trabajo del Centro de Escucha retornó a las calles para seguir construyendo con las comunidades de los territorios priorizados formas de cohabitar en paz y de proteger la vida y la salud en tiempos de pandemia.

El COVID-19, en lo que logra identificarse inicialmente, no se ha manifestado en la vida de quienes habitan la calle en estas comunidades. La

generalidad de las personas con las que se ha conversado, manifiestan no haber padecido enfermedades respiratorias; tampoco familiares, amigos o vecinos. Algunas han presentado síntomas gripales ya superados.

Aunque las valoraciones de buena salud con relación al COVID-19 planteadas por habitantes de calle, es una buena noticia, en algunas ocasiones puede representar riesgos. Nos encontramos, entonces, con personas que se sienten ajenas a esta realidad y deciden no asumir los cuidados necesarios con su vida y sus hábitos de consumo de drogas, bajo la consigna: "el coronavirus no enferma a los habitantes de calle porque ya tenemos muchas defensas".

En las actuales circunstancias de pandemia existen una serie de riesgos importantes, relacionados con el modo de vida y los hábitos de consumo de SPA de las personas habitantes de calle, que de no ser gestionados de manera cuidadosa facilitan la propagación del virus en la ciudad.

Para responder a esta situación, el sistema de habitante de calle ha mejorado el acceso a fuentes de agua y baños mediante la implementación de carpas con baños, lavamanos y duchas en diversos sectores de la ciudad con presencia de personas en situación de calle. Por su parte el Centro de Escucha, generó educación sobre la forma de prevención del COVID-19, destacándose la higienización del cuerpo (con mayor frecuencia las manos) y la higienización de la parafernalia de consumo que prevenga la propagación del COVID-19 y otras infecciones.

También se realizaron actividades para educar a los usuarios sobre los riesgos del consumo de SPA cuando culmine el periodo de confinamiento. Esto implicó abordar con ellos situaciones como el distanciamiento social y el consumo de SPA, los riesgos de sobredosis por la deshabitación a las SPA que han tenido durante el confinamiento y la posible variación de la calidad de las sustancias, así como las situaciones de violencia a que podrían estar expuestos para acceder ellas.

Como estrategia de contención, se enfatizó sobre la necesidad de apropiarse de medidas no sólo de higiene personal, sino también de consumo seguro de SPA. Entre otras, se destacan el lavado frecuente de manos con agua y jabón, el uso de tapabocas, mantener el distanciamiento físico, higienizar y no compartir material de consumo, limitar el número de intercambios para conseguir SPA y administrarla en pequeñas dosis.

Pese al reconocimiento de los habitantes de calle de estas medidas, destacan las múltiples barreras para lograr un consumo de SPA seguro e higiénico que ayude a prevenir la transmisión del COVID-19, tales como la dificultad para encontrar donde lavarse las manos frecuentemente y que los lugares donde se consume drogas en las calles son muy concurridos.

Estos encuentros de educación en salud fueron espacios privilegiados para profundizar conocimientos en torno al virus, aumentar la percepción de riesgo y asumir algunos compromisos de cuidado personal y colectivo. Muchos de ellos no saben qué es el coronavirus, cuáles son sus síntomas, qué hacer en casos de contagio y cómo prevenir su propagación.

### **El derecho al agua en la calle**

Durante la emergencia por el COVID los servicios de Centro Día y la solidaridad de algunos ciudadanos y comerciantes fueron una solución para muchas personas. El sistema de habitante de calle habilitó varias carpas con servicios de baños, duchas y lavamanos en diferentes sectores de la ciudad, logrando disminuir las barreras de acceso al agua. Se escuchó decir a un usuario después de utilizar el servicio de duchas, acompañado de una expresión de júbilo en su cara: "que chimba, esto sí es vida". El agua entonces, no sólo restituye la dignidad y facilita la higiene, sino que, además, genera momentos de goce y placer, fundamentales en el balance de la salud física, mental y espiritual.

Por su parte el Centro de Escucha realizó sensibilización sobre la importancia del agua en el logro de estilos de vida saludable, en la reducción

de riesgos y daños por consumo de drogas y en la prevención de la propagación del COVID-19. Esta sensibilización ha sido acompañada con información sobre la ubicación de las carpas y la invitación a usarlas todos los días.

Esta situación ha dejado en evidencia las dificultades para el acceso al agua que tienen los habitantes de calle de Medellín, servicio que es considerado un derecho básico, pero que para ellos ha sido poco considerado, mostrándose entonces la necesidad de poder tener servicios permanentes para ellos todo el tiempo, lo cual es ya de por sí una acción humanitaria y de reducción de daños. Ya se había identificado por ejemplo como para los consumidores de basuco el mero hecho de poder contar con agua potable para beber ayudaba a paliar los riesgos del consumo de esta sustancia y en general, poder evitar la deshidratación y poder asearse con más frecuencia; dos de las acciones más básicas para el cuidado de la salud en cualquier ser humano.

### **Educación COVID en todas las actividades del Centro de Escucha**

Al retomar las actividades en calle, la protección frente al COVID tomó un papel relevante, tanto para el equipo, como para los usuarios. Por ello, además de las medidas de precaución frente al contagio, previo a todas las actividades se realizaba toma de temperatura y un cuestionario de tamizaje COVID para identificar posibles síntomas; esto servía además de pretexto para entablar la conversación con los usuarios acerca del conocimiento que tenían sobre este virus y la forma de cuidarse, pudiéndose generar un espacio educativo. También se hizo esta actividad con personas que sin ser habitantes de calle, son residentes de las zonas en que estos se mantienen, encontrándose que en ellos también existía muchas dudas acerca de la prevención del COVID; esto además sirvió de oportunidad para acercarse a la comunidad, conocer sus impresiones sobre el fenómeno de la habitancia en calle, de cara a pensar acciones para la reducción del estigma hacia el habitante de calle.

## 7. LECCIONES APRENDIDAS

Pese a que en la ciudad de Medellín existen diversas estrategias orientadas a la atención de habitantes de calle, siendo la más fuerte el sistema de habitante de calle, quedó evidente la necesidad de servicios de bajo umbral de acceso para esta población, que en muchas ocasiones y por diversas circunstancias, no asisten a los servicios con mayor nivel de exigibilidad, como lo es el sistema de habitante de calle. El bajo umbral de acceso es entonces una estrategia complementaria y necesaria, pues no se trata de quitar los servicios de mayor exigencia sino tener alternativa según las necesidades y motivaciones de la población, e incluso que sirvan como puente para la entrada a servicios de mayor exigencia, que en muchas ocasiones no son muy valorados por los habitantes de calle, en parte por su nivel de exigencia o por experiencias negativas con estos. Además, que el centro de escucha para habitantes de calle haya invertido gran parte de sus esfuerzos en atender las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en calle, desde una perspectiva de reducción de daños, mostró ser una herramienta necesaria que en la ciudad estaba en mora de ser implementada, pues ayuda a mitigar muchas complicaciones que esta población puede tener al no disponer de información y recursos que les ayudaran a prevenir complicaciones indeseadas del consumo de sustancias psicoactivas, lo que redundaría en una mejor calidad de vida para ellos.

Precisamente este tiempo en que se ha implementado el centro de escucha para habitantes de calle ha coincidido con una mayor apertura de muchos actores de la ciudad hacia la reducción de riesgos y daños como una alternativa de atención al consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín que venía siendo necesaria hace mucho tiempo, y que complementa otros modelos de atención que ha sido abordado desde hace mayor tiempo atrás. La reducción de daños es

así reconocida como una forma de generación de cuidado de la salud aún dentro la decisión de mantener el consumo de sustancias de muchas personas. La experiencia de centro de escucha para habitantes de calle, que no puede decirse que sea lo único que ha influido en este cambio de pensamiento, si tuvo un aporte muy significativo pues mostró ya no de manera teórica, si no practica que era posible llevar a cabo este tipo de estrategias, disipando algunos temores motivados por concepciones morales que existían y existen aún hacia la reducción de riesgos y daños.

La apuesta por metodologías vivenciales que privilegian las experiencias sensibles como estrategia para activar el ámbito de las emociones, movilizar la palabra, construir confianza y aprendizajes fueron una gran herramienta para el Centro de Escucha. Estas técnicas artísticas y lúdicas fueron especialmente importantes, de un lado para generar un acercamiento con los habitantes de calle y de otro para ofrecerles una alternativa al uso creativo del tiempo, frente a lo cual tiene pocas opciones. Esto muestra de alguna manera una ventaja técnica de esta estrategia frente a las estrategias clásicas de Educación en salud que ofrecen información a las personas de manera directa. El arte así se convierte en una posibilidad de intercambio no sólo de información sino también de facilitación de un vínculo interpersonal que fortalece la posibilidad de mantener un trabajo más continuo y la mayor disposición de los usuarios para recibir indicaciones acerca de su cuidado personal. Técnicas como el tejido de El "Ojo de dios" fueron especialmente útiles para explorar emociones y estados corporales y trabajar hacia un mejor cuidado de sí para no precarizar las condiciones de vida. La elaboración del muñeco "quitapesares", contribuyó a la exploración de miedos y preocupaciones y la construcción de una alternativa creativa para la gestión emocional de

los mismos. La observación de fotografías, como forma de comprender contextos de vulnerabilidad y comportamientos de riesgo a los que se exponen las personas en situación de calle, son algunos ejemplos de lo que el trabajo artístico posibilita.

Desde el planteamiento del proyecto Transmet se proponía la necesidad de tener unos indicadores específicos de reducción de daños y riesgos para incorporar en los centros de escucha en general, y en particular para el de habitante de calle. Esta fue una idea muy acertada, tanto como sistema de monitoreo como herramienta para evidenciar resultados tangibles a partir de las intervenciones realizadas y poder recopilar los datos en medio abierto (la calle). Estos indicadores pueden mostrar mejoramientos en calidad de vida de los usuarios, donde a partir de lo que se sabe sobre las implicaciones de la reducción de riesgos y daños, puede mostrarse los aspectos en que las personas usuarias obtuvieron un mayor bienestar o disminuyeron la exposición al riesgo por las sustancias que consumían y otras situaciones asociadas; esto es, qué pudo evidenciarse el mayor acceso a material higiénico de consumo, la mayor información acerca de los riesgos de las sustancias y de la forma de cuidarse, el acceso a una mejor condición de higiene que repercute en la situación de salud en general, entre otras situaciones que se monitorearon y que dan cuenta de aquellos riesgos que se evitaron o mitigaron para esta población.

Aunque en sus inicios la relación del centro de escucha con el sistema de habitante de calle no fue tan fluida, poco a poco se fue escalando en el mejoramiento de esta relación para el beneficio, por supuesto de los usuarios, pero también de ambos programas. El centro de escuchas reconoce la importancia del sistema en la ciudad para atender esta población y su capacidad de gestión y atención, que por supuesto es muy superior a la del centro de escucha, y que por tanto posee unas capacidades que son muy útiles para el desarrollo del centro de escucha en algunas áreas en el que a éste le queda muy difícil incidir. Por su parte, y volviendo al tema del pago umbral de acceso y a la reducción de riesgos y daños sobre el consumo de

sustancias psicoactivas en medio abierto, podría decirse que este es un gran aporte del centro de escucha para el sistema habitante de calle pues de una parte les plantea herramientas que ellos mismos pueden utilizar y de otra realiza una gestión que complementa la misionalidad del sistema.

El trabajo con pares y con minorías activas, como forma de involucramiento de la población para que fuera un agente activo de cambio en beneficio de sí mismos y de las otras personas que comparten su situación de vida en calle, es una apuesta de trabajo que pese a las dificultades mostró su potencialidad. Aunque por las circunstancias de vida de las personas que habitan la calle no es fácil mantener una constancia en una actividad formativa, si se pudo evidenciar un interés significativo en muchos de ellos hacia el bienestar de las personas con las que comparten la calle; el interés de algunos inyectores de heroína por aprender el manejo de sobredosis, la disposición final del material higiénico de inyección para evitar funcione de ellos mismos u otras personas, el interés de algunos consumidores de basuco en compartir lo que saben acerca de la fabricación de las pitas de fumado para llegar a un mejor diseño de las mismas, son ejemplos de intereses altruistas y de la existencia de un sentido de vida en comunidad que varios habitantes de calle son capaz de liderar para el beneficio de sí mismos y sus pares. También es de resaltar el trabajo de personas que aunque no son habitantes de calle, sienten una preocupación por mejorar la calidad de vida de quienes si habitan la calle y ponen al servicio de ellos sus habilidades y conocimientos, cómo fue el caso de un grupo de mujeres preocupas por ayudar a sus congéneres que viven en la calle.

Este centro de escucha, en lo que respecta al consumo de sustancias psicoactivas, privilegió trabajar sobre el basuco por ser la sustancia más consumida entre habitantes de calle y la heroína inyectada, que aunque no es la sustancia más usual, sí está haciéndose visible y generando unos impactos negativos en esta población. Allí se hizo un trabajo de reducción de daños en dos vías: Lo que

tiene que ver con la parafernalia de consumo y el mejoramiento de condiciones de salud y sociales de los habitantes de calle. La primera vía, que era quizás la menos explorada en la ciudad, dejó lecciones de practicidad a la hora de hacer intervenciones eficaces que evitarán complicaciones y riesgos a futuro, es decir que existen acciones concretas y sencillas para evitar por ejemplo el VIH, enfermedades respiratorias, de la piel, por mencionar algunas, intervenciones que no vienen dadas desde el modelo clásico de educación, que aunque útil es insuficiente, sino desde el generar acceso a elementos físicos que faciliten el cuidado de sí. Es decir, por poner un ejemplo, la educación sobre no intercambiar jeringuillas entre consumidores de heroína debe estar acompañada de la entrega de las mismas. Además, en general puede decirse que el proveer cuidados en salud, aunque fueran muy básicos, fue una excelente estrategia de enganche con los usuarios, pues a partir de allí se generaron confianzas para propiciar el encuentro en otros temas.

La segunda vía, tiene que ver con el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que consumen sustancias psicoactivas, pues se logró observar, sobre todo en el consumo de basuco, que su uso en muchas ocasiones también está relacionada con formas de enfrentar y resolver algunas situaciones relacionadas con las condiciones de vida en calle. Y es que se encuentra una estrecha relación de su consumo con la búsqueda de solución de necesidades como el hambre, el frío, el miedo, la enfermedad y pasar el tiempo de ocio, es decir entre menos encuentren soluciones a estas situaciones mayor es el consumo de basuco, pues esta sustancia suele usarse como una forma de paliar el sufrimiento. Algunos incluso saben que si fuman esta sustancia mezclada con marihuana el efecto es menos dañino, pero se crea el conflicto de que esta segunda sustancia les da hambre y si no tienen como saciarla, prefieren no hacer la mezcla o solo cuando tengan buenas provisiones de alimento.

Por consiguiente la reducción de daños de esta sustancia, puede estar muy estrechamente ligada a la resolución de dichas necesidades, pues si los consumidores encuentran opciones para su manejo, probablemente reducirán su consumo pues encontrarán otras alternativas para el manejo del sufrimiento derivado de la vida en calle.

Respecto al consumo de heroína, no son pocos los retos en la ciudad de Medellín con las personas que habitan las calles. En los sectores de Cúcuta con Zea y en los alrededores del museo de Antioquia, muchas de ellas se inyectan sin los cuidados ni la higiene necesarias, o deben vivir episodios permanentes de sobredosis con un altísimo riesgo de muerte, sin rutas claras de ayuda y atención en las comunidades que habitan. Como si fuera poco, estas personas son estigmatizadas por su consumo y terminan siendo víctimas de violencias y desplazamientos por parte de la ciudadanía, las autoridades de policía y los grupos armados de la ciudad.

En este sentido, un gran aprendizaje del Centro de Escucha ha sido la pertinencia de integrar acciones ambulatorias de salud y actividades de educación en salud, reducción de daños, intervención breve y parafernalia higiénica con personas inyectoras, de modo que tengan un mayor acceso a condiciones que mejoren su calidad de vida, aun en la condición de vida en calle. Por supuesto que hace falta muchas otras acciones, sobre todo aquellas que puedan integrar a los actores de salud y social para aportar servicios como tratamiento, suministro de metadona en medio abierto, atención en salud en diferentes temas (por ejemplo VIH) y mejoramiento de condiciones que propicien la inclusión social, objetivo que el Centro de Escucha se propuso, pero frente al cual hubo variadas frustraciones, pues aun no existen condiciones óptimas en la ciudad para una suficiente oferta e integración de servicios socio-sanitarios, con accesibilidad para las personas habitantes de calle.

Otra de las actuaciones que fueron necesarias para reducir la vulnerabilidad sanitaria y social de este

colectivo, tiene que ver con la construcción de alianzas con los líderes de la comunidad para que las personas inyectoras puedan estar en el sector, sin sentirse amenazadas y comprometidas con los procesos educativos del centro de escucha. Esto le suma otro factor, pues dadas las condiciones de seguridad del territorio de intervención, donde la autoridad no está liderada precisamente por el Estado, se hace necesario construir ciertas alianzas que permitan la operatividad del proyecto y por tanto el beneficio de los usuarios.

También se destaca el involucramiento de usuarios como agentes de salud, ingrediente que le aporta en gran medida el matiz comunitario del Centro de Escucha. El trabajo con varias personas inyectoras de heroína, que tienen plena conciencia y conocimiento sobre su consumo, permitió proponerles la estrategia de recolectar las jeringuillas propias y de compañeros en botellas desechables, aprender sobre manejo de sobredosis, entre otras, generó motivación porque es una medida que ellos pueden replicar con los demás consumidores por medio del voz a voz, además porque se visibiliza la problemática. Es como un pequeño movimiento callejero que están movilizando a las personas en la cotidianidad. También fue una forma de reducir el estigma al poder ser mirados de otras maneras: como personas con actuaciones responsables, higiénicas, autónomas de llevar un consumo más consciente, pensando también en el otro.

La reducción de estigma fue otra tarea del Centro de Escucha. En este ejercicio, una buena práctica fue la generación de conversaciones con vecinos (habitantes de las viviendas y comerciantes) del sector de Cúcuta con Zea, conocido también como el Bronx de Medellín, en el barrio Estación Villa, con el objetivo de conocer sus impresiones sobre la

situación de habitancia en calle, pues ellos son directamente afectados por ello. Para lograr esto es importante encontrar pretextos para iniciar la conversación; uno de ellos fue el tema de COVID-19 y habitancia en calle, para lo cual se visitaron a residentes y comerciantes para brindar información sobre los síntomas, las vías de transmisión, los modos de prevención de la transmisión y qué hacer frente al posible contagio del virus. Esto permitió identificar falsas creencias en torno al COVID-19 y reconocer algunas posturas discriminatorias acerca de la vida en la calle. Pero lo importante de este ejercicio y de otros similares, es poder mantener el contacto con las personas no habitantes de calle, de alguna manera hacerlos beneficiarios del Centro de Escucha y encontrar maneras de intermediar o mitigar los problemas se generan en la convivencia, reduciendo así el estigma hacia los habitantes de calle, lo que se traduce en cambios de lenguaje, acciones de cuidado y preocupación por el bienestar hacia ellos.

Finalmente, no puede pasarse por alto las implicaciones que el COVID tuvo en la estrategia. En un momento en que la virtualidad se convirtió en la principal forma de relación, no fue esta la alternativa para los habitantes de calle, evidenciándose otra forma de exclusión: la digital. Otra dificultad derivada fue la disminución de las redes que aportaban al Centro de Escucha derivadas del confinamiento al que todas estuvieron expuestas y por tanto su disminución en la capacidad de acción. No obstante, el COVID implicó un nuevo relacionamiento desde la presencialidad y un pretexto más para acercarse a las personas que habitan la calle, desde el cuidado de sí y de los otros en un momento en que tanto lo necesitaban y en que en virtud del virus, sus hábitos de vida se convertían en un riesgo de contagio.

## 8. RECOMENDACIONES

Como ya se ha mostrado los servicios sociosanitarios de la ciudad de Medellín para atender a la población habitante de calle son insuficientes y además los existentes no están articulados entre ellos. En la implementación del Centro de Escucha mediante acciones desde el bajo umbral de acceso, llegan momentos en los que se requiere acudir a umbrales superiores encontrándose en muchos de los casos un freno para acceder a ellos. Esta es una situación de poca gobernabilidad de parte del Centro de Escucha, pues el mejoramiento de dichos servicios recae en gran medida sobre actores gubernamentales. Por tanto, como recomendación para la ciudad está la necesidad de fortalecer los servicios y de generar una verdadera red socio sanitaria integrada que permita transitar dentro de ella con facilidad para los distintos actores que intervienen con habitantes de calle. Para el Centro de Escucha su actividad de gestión política, mostrando la viabilidad de muchas de las acciones que antes no se llevaban a cabo y dialogando con los distintos actores gubernamentales y no gubernamentales para aportar en las soluciones al problema de habitantes en calle en Medellín.

El trabajo comunitario es la base fundamental sobre la que se construye un centro de escucha, sin embargo el sentido de comunidad en los sectores donde se intervino es bastante fragmentario, lo que ha dificultado desde sus inicios la movilización comunitaria. De un lado están los habitantes de calle que guardan relaciones muy marcadas entre ellos, aunque diferenciadas por subgrupos o sectores y que tienen una relación distante y conflictiva con otros actores con los que conviven. Por ello la gestión de redes tiene sus particularidades en comparación con otras comunidades; particularmente la red operativa y la

red subjetiva comunitaria suele ser muy dinámica y la permanencia de sus miembros fluctúa con el tiempo, lo que hace necesario hacer el ejercicio constante de anudar y desanudar actores de la red. Esta es una realidad con la que se debe contar, máxime cuando se aspira a que muchos de los nudos de estas redes sean en muchos casos habitantes de calle que tienen liderazgo con sus pares, por lo que una continua labor de motivación hacia estos líderes es una tarea fundamental, así como la identificación de nuevos líderes que vayan generando relevo.

Teniendo en cuenta que el fenómeno de habitancia en calle no afecta sólo a aquellos que directamente viven en la calle sino también a toda la comunidad, se debe procurar un cierto equilibrio en las acciones para que todos ellos se vean beneficiados de las iniciativas del proyecto, pues desde una perspectiva de trabajo comunitario como la que plantea el ECO 2, desde una visión sistémica así lo amerita. Desde una perspectiva de sufrimiento social están tan afectados quienes habita en la calle como quienes residen en las zonas usadas para la vitalicia en calle, por consiguiente encontrar soluciones implica una visión de conjunto de todos los actores implicados.

La continuidad del proceso es fundamental para obtener resultados a largo plazo, por lo que se requiere consolidar un trabajo de red articulado con todas las organizaciones que se ha establecido coordinación hasta el momento, fortalecer el trabajo de incidencia política a partir de continuar conociendo la realidad del habitante de calle, que según últimos datos oficial llegan a más de 3.700 personas y visibilizando su situación y las respuestas que debería dársele con las autoridades y organizaciones pertinentes; también mejorar las

acciones dirigidas a mujeres que habitan la calle, que presentan una vulnerabilidad mayor y donde la respuesta institucional y privada no suele tener en cuenta diferenciaciones de género.

Finalmente, continuar fortaleciendo las acciones de reducción de daños con el acompañamiento de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), institución cuya experiencia ha sido muy valiosa en la implementación del enfoque de reducción de daños en este Centro de Escucha, y cuyo acompañamiento resulta de vital importancia para consolidar procesos de largo aliento, que fortalezcan las políticas públicas en esta materia en la ciudad de Medellín.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aranda, E. Rovira, J. (2018). "Guía de Buenas Prácticas para la implementación de Estrategias de Reducción de Daños en los Centros de Escucha de Medellín. Barcelona: Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD).
- Arribas-Ibar, E. (2019). Consumo problemático de drogas y daños asociados en población en situación de calle: atención integral. Buenos Aires: COPOLAD.
- Arroyave Mejía, A. (2016). El problema público de habitante de calle en Medellín 2012-2015 . Medellín: Universidad EAFIT.
- Bailón Corres, M. J. (2009). Derechos humanos, generaciones de derechos, derechos de minorías y derechos de los pueblos indígenas; algunas consideraciones generales. Derechos Humanos México, 103-128.
- Berbesi, D., Agudelo, A., Segura, Á., & Montoya, L. (2012). VIH en Habitantes de Calle de Medellín. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 310-315.
- Breil, J. (2010). Las tres 'S' de la determinación de la vida tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos Nogueira, Determinación social de la salud y reforma sanitaria (págs. 87-125). Río de Janeiro: CEBES.
- CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN –CEO. (2009). Realización del Censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Correa Arango, M. E. (2007). La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Trabajo Social, 37-56.
- Correa Arango, M. E., Orozco, M. M., Uribe, M. T., Barraza, T., Zapata, A. M., Villa, C. M., y otros. (2012). HABITANTES DE LA CALLE Y TUBERCULOSIS: UNA REALIDAD SOCIAL EN MEDELLÍN. Eleutheria, 101-126.
- DANE. (Febrero de 2020). dane.gov.co. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/medellin-am-2019.pdf>
- Espinal, J.S. Betancur, J.C. (2018). Guía de Buenas Prácticas para la Implementación de Estrategias Comunitarias en los Centros de reducción de Daños (Cas) de Barcelona. Medellín: Corporación Surgir.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Harm Reduction: Evidence, Impacts, and Challenges [Internet]. EMCDDA. 2010. 1-468 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Harm+reduction:+evidence,+impacts+and+challenges#0>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Health and social responses to drug problems. 2017.
- Fraguas Madurga, L. (2015). El concepto de derechos fundamentales y las generaciones de derechos. Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud, 117-136.
- International Harm Reduction Association (IHRA). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. Int Harm Reduction Association [Internet]. 2010;44(0). Available from: <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
- Machín, J. (Noviembre - Diciembre de 2007). Redes sociales en la intervención en situaciones de sufrimiento social. LiberAddictus(100).
- Machín, J., Velasco, M., Silva, E. J., & Moreno, A. (2010). ECO2 ¿Un modelo de incidencia en políticas públicas? Estudio de caso de la REMOISSS. México: Cáritas.
- Machin, J., Velasco, M., Silva, E., & Moreno, A. (2010). ECO2 ¿Un modelo de incidencia en políticas públicas? Estudio de caso de la REMOISSS. Mexico: Indesol.
- Milanese, E. (2016). El encuentro con la comunidad en Tratamiento comunitario . Brasil: Secretaría nacional de política sobre droga.
- Milanese, E. (2016). Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo I (Segunda ed.). Sao Paulo: Asociacao de Formacao e Reducao Lua Nova.
- Ministerio de Salud y protección social. (2017). Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Ministerio de salud y protección social. (2018). política pública social para habitantes de calle. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de protección Social. (2007). Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de SPA. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Ministerio de salud y protección social. (2010). Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud. Bogotá: Gobierno de Colombia.

- MINSALUD. (2016). LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS POR USO DE DROGAS POR VÍA INYECTADA. Bogotá: Gobierno de Colombia.
- Molina Menjura, J. A. (2014). echelecabeza.com. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de <https://www.echelecabeza.com/investigacion-sobre-el-bazuco-en-bogota-componentes-adulterantes-y-residuos/>
- Oficina de las Naciones unidas contra la droga y el delito. (2008). La inclusión Social una respuesta frente a la drogodependencia. Bogotá: Gobierno de Colombia CONVENIO UNODC / Mps.
- Oficina de Promoción Social Grupo de Gestión Integral en Promoción Social (2018) Política pública social para habitante de calle.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Intervención Breve: Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias. Washintong: OPS - Catalogación en la fuente.
- Pan American Health Organization World Health. 50th DIRECTING COUNCIL. World Heal Organ. 2010;(October):2008-10.
- Pena-Trapero, B. (2009). La medición del Bienestar Social: una revisión crítica. E STUDIOS DE ECONOMÍA APLICADA, 299-324.
- Puerta, A. (1997). Evaluación y Sistematización de Proyectos Sociales. Una metodología de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Plan de Desarrollo local/ Comuna 10 La Candelaria. Tomado de: [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano\\_2/PlandeDesarrollo\\_0\\_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA10\\_LA%20CANDELARIA.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/Shared%20Content/Documentos/comunas/COMUNA10_LA%20CANDELARIA.pdf)
- Rovira Guardiola, J., Cortés, E., Vidal Giné, C., Aranda Rodríguez, E., Balaguer Armengol, G., Calzada Álvarez, N., y otros. (2018). El concepto de la Reducción de Daños en la Intervención con Drogas. En RIOD, La reducción de daños y riesgos en la Intervención con Drogas "Conceptos básicos" (págs. 11-15). Barcelona: RIOD.
- Rincón Henao, L. E. (2018). Parchando la calle, haciendo una vida más allá del habitante de calle. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Ruíz, J. O. (1999). LOS CITADINOS DE LA CALLE, NOMADAS URBANOS.. Nómadas, 172-177.
- Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Programa de Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Bogotá, Colombia: Instituto colombiano para el fomento de la educación superior.

- Serrano, S. (14 de Julio de 2017). ¿Hay una forma "segura" de fumar basuco? El Pacifista, págs. 1-2.
- Tirado Otálvaro, A. F., & Correa Arango, M. E. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. Investigaciones andina, 23-35.
- United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) presents Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art of Harm Reduction. International Journal of Drug Policy. 2015;26(February):48.
- Universidad Externado de Colombia Centro de Investigación sobre Dinámica Social (2007) Ciudad, espacio y población: El proceso de urbanización en Colombia.
- Who. WHO Expert Committee on Drug Dependence. World Health Organization Technical Report Series [Internet]. 1974;787:1-32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2555972>
- World Health Organization. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62.14. 62a Asamblea Mundial de la Salud. 2009;1-5.

Social Sinergia Inclusion

Social Sinergia Inclusion

Social Sinergia Inclusion

Social Sinergia Inclusion

Social Sinergia Inclusion