

ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

**en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas,
Medellín y Armenia (Colombia):**

una mirada desde la interseccionalidad

Publicación:



Con el apoyo técnico y financiero:



Primera Edición: 2024

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea, el Programa COPOLAD III y Episteme Social. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de las autoras y autores, y en ningún caso compromete ni refleja la opinión de la Unión Europea

Autoras: Silvie Ojeda y Aura Roig

Investigación y redacción:

Análisis, recopilación y sistematización de información del documento base:

Angie Vanessa Gutiérrez Guzmán

Investigadora - Corporación Viviendo

Rubén Darío Muñoz Murillo

Profesional de apoyo – Corporación Viviendo

Apoyo en desarrollo de trabajo de campo en ciudades priorizadas:

Mónica Marín

Psicóloga – Corporación Surgir (Medellín, Antioquia)

Nisgleydi Contreras

Profesional de apoyo – Corporación Consentidos (Cúcuta, Norte de Santander)

Juan David Gómez

Practicante de psicología – Temeride (Pereira / Dosquebradas, Risaralda)

Enny Johana Tovar

Representante legal – Fundación Alfarero (Armenia, Quindío)

Orientación y revisión:

Equipo COLOPAD III: Inés Elvira Mejía M, Task force Acceso a servicios de calidad e inclusión social, COPOLAD III. David Pere Martínez Oró, Director Episteme Social.

Equipo Ministerio de Justicia: Jenny Fagua Duarte, Marcela Tovar. Subdirección Estratégica y Análisis, Dirección de Política de Drogas y actividades relacionadas. Ministerio de Justicia y del Derecho.

Revisión de estilo: Daniel Urquijo

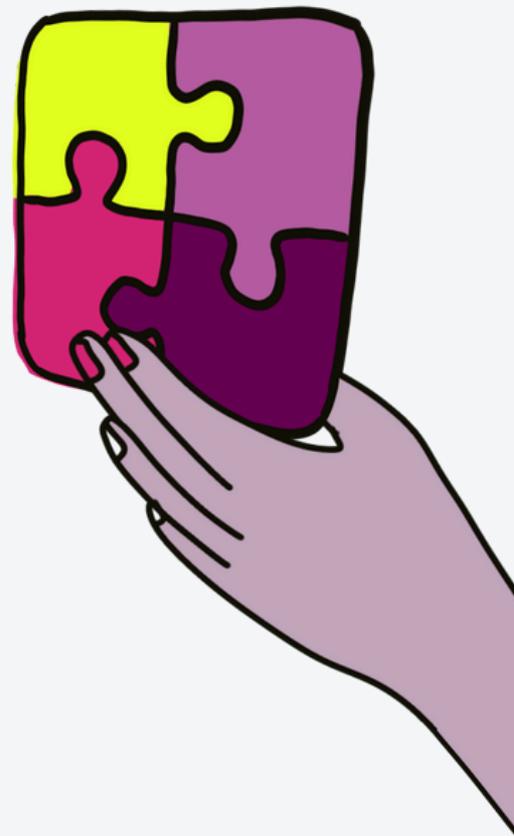
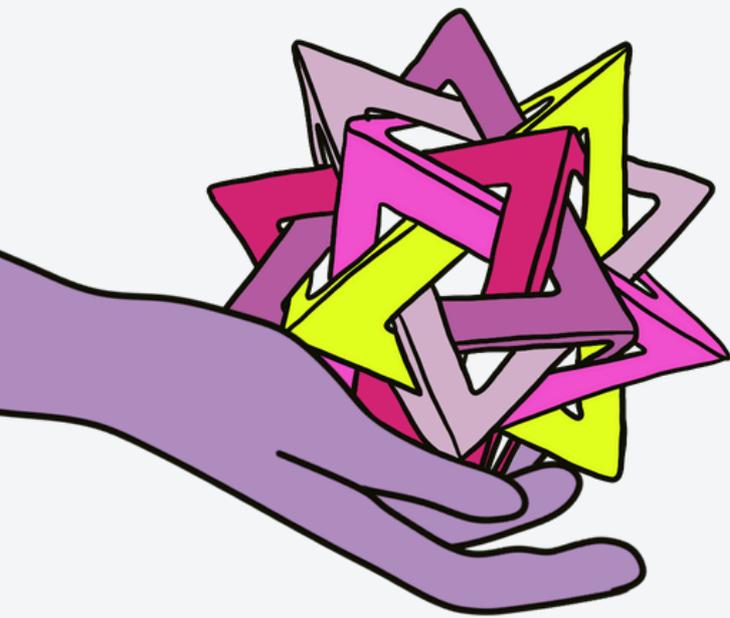
Diseño gráfico: Metzineres

Contacto: metzineres@metzineres.org

Criterio de citación: Ojeda, Silvie. Roig, Aura. (2024). Estrategias de reducción de daños en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas, Medellín y Armenia (Colombia): una mirada desde la interseccionalidad. COPOLAD, MINISTERIO DE JUSTICIA DE COLOMBIA, METZINERES y EPISTEME SOCIAL

CONTENIDO

Introducción	6
Metodología.	7
Estrategias y técnicas de investigación	13
Conceptualización de reducción de daños	21
La reducción de daños en Colombia	25
La percepción de la reducción de daños por parte de los equipos profesionales	29
Enfoque y perspectiva de análisis de contexto	34
Medellín	34
San José de Cúcuta	50
Pereira y Dosquebradas	60
Armenia	73
Retos y fortalezas de la reducción de daños en las ciudades priorizadas	85
Uso de drogas entre múltiples formas de exclusión	86
Derribando barreras, haciendo comunidad	97
[De]Construyendo comunidad	105
Interseccionalidad para entender los territorios	123
Financiación y sostenibilidad	134
Un camino de posibilidades	140
Acompañar desde la evidencia	141
Ir a las causas estructurales	145
Recomendaciones	147
Bibliografía	153



INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de respuestas integrales a las problemáticas asociadas al uso de drogas y la evidente ineffectividad de la perspectiva prohibicionista y punitivista que ha prevalecido globalmente, se destacan los avances en el manejo de las drogas que ha tenido Colombia; avances que han posibilitado la transformación de discursos, apuestas e intervenciones políticas y sociales, enfocadas en abordar el cultivo, la producción y la venta de drogas, así como la población consumidora. Colombia lo ha hecho desde una perspectiva multidimensional, guiada por estrategias comunitarias, sociales y de salud que persiguen el restablecimiento de los derechos humanos.

Este estudio, que se da en el marco de las acciones adelantadas por COPOLAD y en colaboración con Episteme Social, pretende brindar una aproximación diagnóstica y analítica sobre la implementación de la reducción de daños de amplio espectro, para minimizar las diferentes problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, en cinco ciudades de Colombia: Medellín, Pereira, Dosquebradas, Cúcuta y Armenia, con el fin de dar respuesta a la necesidad expresada por el país, a través de su Ministerio de Justicia, a COPOLAD, de recibir asistencia técnica en la creación de planes de atención integral y reducción de daños con enfoque comunitario, para personas que usan drogas en condición de vulnerabilidad social, a través de la identificación de planes, programas y servicios de atención y reinserción sociolaboral como también de las redes de servicios sanitarios y sociales.

El presente estudio aporta información muy valiosa sobre cómo las diferentes organizaciones y personas clave de cada territorio conciben el consumo de drogas y cuál es el manejo dado para reducir los daños causados por un consumo desmedido. Igualmente, identifica las principales dificultades para el desarrollo de recursos y servicios, a la vez que proyecta los próximos pasos que deben tener en cuenta estas organizaciones y personas, a partir del conocimiento, la experiencia y la experticia de las personas implicadas en todo este despliegue investigativo, con el fin de mejorar la capacidad de respuesta comunitaria para acciones integrales de reducción de daños con enfoque de género que amplíen la perspectiva del abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.

No obstante, cabe aclarar que aquí no se pretende profundizar en la materia. Cada uno de los territorios analizados tiene un contexto particular. Los problemas relacionados con el consumo y las características de la población consumidora varían de un lugar a otro. También es diferente cómo se concibe la reducción de daños, quiénes son los agentes, cuáles son las instituciones y las entidades implicadas en su despliegue, así como en qué grado se da su implementación, monitoreo y evaluación. Además, se suman los factores de tiempo y recursos muy limitados para realizar el trabajo de campo y el análisis de los datos recogidos. Aunque esto ha supuesto una gran complejidad para diseñar las estrategias de investigación, hemos logrado disponer de un primer mapeo de actuaciones y agentes clave, detectar vacíos e identificar posibles líneas de investigación e intervención en un futuro cercano.

En este estudio, dedicamos un primer apartado a la metodología y a las técnicas de investigación. Posteriormente, detallamos las características de cada contexto territorial, incluyendo datos relevantes que contribuyen a entender los problemas relacionados con el consumo y las características de la población consumidora. Identificamos también las entidades e instituciones implicadas en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las estrategias de reducción de daños que estas tienen y presentamos un análisis diagnóstico en materia de reducción de daños de amplio espectro. Para finalizar, el estudio hace una propuesta

METODOLOGÍA

Este documento, escrito en el marco del proyecto de COPOLAD y con la colaboración de Episteme Social, presenta los resultados de un estudio exploratorio cuyo marco metodológico y conceptual se basa en el modelo de abordaje propio de Metzineres. Este modelo reconoce que las personas a las que se dirigen las acciones, los recursos y los servicios son las máximas expertas en sus propias realidades; por tanto, estas personas deben formar parte del diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de toda iniciativa. Dicho abordaje parte además de entender que la reducción de daños de espectro completo va más allá de la reducción de daños medicalizada y enfocada en el consumo de sustancias y trae fundamentalmente una perspectiva interseccional que enfatiza en las múltiples situaciones de vulnerabilidad de las personas.

Conscientes de las fuertes limitaciones, prácticas y éticas propias del territorio, así como de dirigir este proceso de investigación a distancia, desde sus inicios y a lo largo de todas sus etapas, hemos considerado necesaria la participación de la Corporación Viviendo que aporta su conocimiento sobre el territorio colombiano, gracias a una amplia experiencia en intervención comunitaria y un largo recorrido en la implementación de iniciativas innovadoras en el abordaje de poblaciones consumidoras de drogas, atravesadas por múltiples y complejas situaciones de vulnerabilidad. La Corporación Viviendo ha jugado un papel fundamental en identificar e implicar a las entidades aliadas de cada territorio, aplicar los instrumentos de investigación y contribuir a su sistematización y análisis.

Además de la Corporación Viviendo, hemos contado en cada ciudad con una entidad aliada, de reconocimiento institucional y comunitario, que, además de contribuir con su experiencia y conocimiento en el ámbito local, han hecho de puente de comunicación con las administraciones locales y otras entidades de interés para el estudio, en especial, para el levantamiento de la información. A su vez, estas entidades aliadas han garantizado que agentes vecinales y personas clave de la comunidad (incluyendo personas que usan drogas y son participantes de sus espacios) puedan contribuir a esta investigación. Las entidades aliadas para este estudio se detallan en la tabla 1.

CIUDAD PRIORIZADA**ENTIDAD REFERENTE****APOYO EN LA APLICACIÓN DE ENTREVISTAS**

Armenia	Fundación Alfarero	Enny Johana Tovar
San José de Cúcuta	Corporación Consentidos	Nisgleydi Contreras
Medellín	Corporación Surgir	Mónica Marín
Pereira / Dosquebradas	Corporación Temeride	Juan David Gómez

GENERALIDADES DEL ESTUDIO

Objetivos

General:

Fortalecer el desarrollo de estrategias de reducción de daños de amplio espectro¹ en relación con los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de género y derechos humanos con enfoque interseccional, en las ciudades de Cúcuta, Pereira y Dosquebradas, Medellín y Armenia (Colombia).

Específicos:

- * Reconocer y ubicar estrategias de reducción de daños existentes en las zonas de Cúcuta, Pereira y Dosquebradas, Medellín y Armenia (Colombia).
- * Realizar un análisis diagnóstico de estrategias de reducción de daños en las ciudades de Pereira y Dosquebradas, Medellín, Cúcuta y Armenia (Colombia).

1. Para Metzineres, La "reducción de daños de amplio espectro" es una estrategia integral y comprensiva que reconoce la diversidad de las experiencias de las personas que consumen drogas y busca ofrecer opciones de apoyo adaptadas a sus necesidades individuales, fomentando la inclusión, el establecimiento de lazos sociales y el acceso a servicios que contribuyan al derecho a una vida digna y libre de violencias.

- * Identificar buenas prácticas y lecciones aprendidas de procesos existentes tanto a nivel nacional como internacional.
- * Hacer un informe técnico con propuesta estratégica en reducción de daños que brinde o fortalezca la capacidad instalada de las ciudades de Cúcuta, Pereira y Dosquebradas, Medellín y Armenia para el abordaje al consumo de sustancias psicoactivas desde una perspectiva integral y comunitaria.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio:

El presente estudio exploratorio involucra el uso de métodos de investigación primaria y secundaria, donde la obtención de información y consecución de datos se da a través de revisiones bibliográficas, rastreos virtuales, entrevistas a informantes clave, observación y diligenciamiento de formularios.

Ámbito:

La ejecución de este proceso se da en el ámbito municipal de las ciudades de Medellín, Pereira, Dosquebradas, Cúcuta y Armenia, las cuales fueron priorizadas con antelación partiendo de la identificación de eventos asociados al uso de drogas y la necesidad de fortalecer procesos de reducción de riesgos y daños en los territorios.

Por lo anterior, en el estudio se identificarán las entidades, organizaciones y/o personas vinculadas al desarrollo de procesos de reducción de daños, de índole público o privado, a la vez que se integrará la perspectiva de quienes tienen problemas asociados al consumo de sustancias y están vinculados a dichos procesos. También abordará la perspectiva de agentes vecinales de los diversos territorios.

Población:

Con este tipo de muestreo, identificamos organizaciones de sociedad civil que ejecutan procesos de reducción de daños en las ciudades priorizadas, denominadas primeros contactos. Son estas: Corporación Surgir en la ciudad de Medellín, Corporación Temeride en Pereira y Dosquebradas, Corporación Consentidos en Cúcuta y la Fundación Alfarero en Armenia.

Estas organizaciones desarrollan sus labores a través del modelo de Tratamiento Comunitario el cual permite atender diversas situaciones asociadas al consumo de drogas sin que este sea el centro de las intervenciones, es decir, reconociendo las diversas situaciones de vulnerabilidad que sobreviven las personas, para así responder oportunamente a las necesidades emergentes a la vez que se promueve la participación de redes de apoyo, personales, institucionales y comunitarias.

CATEGORÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CAT. DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍA DE ANÁLISIS
Reducción de riesgos y daños	<p>El término Reducción de Daños se refiere a las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal.</p> <p>La Reducción de Daños se basa en principios de justicia y derechos humanos. Se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo. (1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definición de reducción daños Perfil institucional Programas y servicios ofertados Formas de incorporar la reducción de daños Estrategias acogidas Características de población atendida 	Reducción de riesgos y daños	<ul style="list-style-type: none"> Integración de la reducción de daños Análisis del despliegue / implementación
Intersectorialidad	Se comprende como la relación entre diversos sectores públicos, privados o mixtos, que se involucran en la atención de uno o diversos eventos abordando temas comunes asociados con la atención integral mediante un enfoque sistémico (2)	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo institucional Participación/involucramiento de vecindad Financiación Derivaciones y canalizaciones para atención a necesidades Reconocimiento de otros procesos ejecutados 	Intersectorialidad	<ul style="list-style-type: none"> Necesidades sentidas Alianzas y colaboraciones Impacto Trabajo en red
Interseccionalidad	Reconoce que no hay jerarquías entre los diferentes ejes de opresión, incluyendo género, raza y clase. En este sentido, evita esencializar una única categoría analítica prestando atención a cómo las diferentes posiciones sociales interactúan, generando situaciones únicas y particulares. (3)	<ul style="list-style-type: none"> Incorporación de perspectiva de género Mirada decolonial Implementación de estrategias enfocadas en la atención a la diversidad racial y cultural 	Interseccionalidad	<ul style="list-style-type: none"> Género Raza Clase
Amplio Espectro	Conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí que permiten entender acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en los diferentes niveles de atención del sistema (4)	<ul style="list-style-type: none"> Barreras de acceso a servicios Procesos exitosos Facilitadores de acceso a servicios Retos Recomendaciones 	Atención integral	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a servicios Oportunidad de respuesta Heterogeneidad en servicios, programas o procesos Vinculación a procesos

TABLA 2. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DATOS:

El proceso de recolección de información y datos se realizó a través de métodos primarios como la aplicación de entrevistas semi-estructuradas y formularios de caracterización y secundarios como el proceso de rastreo bibliográfico.

De este modo, para el caso de los métodos primarios, se estima desarrollaron un total de 30 entrevistas estructuradas distribuidas de la siguiente manera:

TIPO DE ACTOR A ENTREVISTAR	CANTIDAD DE ENTREVISTAS POR TERRITORIO PRIORIZADO	TOTAL EN EL PROCESO
Actores vecinales	2 por ciudad	10
Actores institucionales u organizacionales	2 por ciudad	10
Beneficiarios de procesos ejecutados	2 por ciudad	10
TOTAL		30

TABLA 3. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Con relación a los formularios de caracterización, se enviaron a 33 contactos institucionales en aquellas entidades identificadas y recibimos respuesta de 13 de ellas como se evidencia en el cuadro a continuación:

CIUDAD	NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN, ENTIDAD O INSTITUCIÓN QUE REPRESENTA	NOMBRE COMPLETO DE QUIEN RESPONDE
Pereira	Temeride	Hugo Armando Castro Cortés
Armenia	FUNDACIÓN ALPHARERO	ENNY JOHANA TOVAR CAMACHO
Medellín	Fundación SUMAPAX, Colectivo de Comunicación Comunitaria	Lisbet Yaneth Montoya Chavarriaga
Medellín	Sistema habitante de calle, Medellín	Susana Quiroz Sánchez
Medellín	Corporación Surgir	Silverio Espinal
Armenia	Centro Escucha	Vanessa Ducuara Loaiza
Pereira	AsoUramba	Luisa Fernanda Isaza Velásquez
Pereira	Fundación de la salud mental, FUNDAMENTAL IPS	David Grisales Ruiz
Pereira	Alcaldía de Pereira	Luz Adriana Restrepo Jurado
Medellín	E.S.E Hospital La María	FREDY ALONSO ALZATE CORREA
Cúcuta	Corporación Consentidos - Corporación para la construcción del sentido humano, social y comunitario	Diana
Cúcuta	Transformados para Transformar	Daniel Rico

TABLA 4. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El levantamiento de datos se desarrolló a través de varias estrategias que permitieron escuchar las múltiples voces de cada territorio. En este sentido, la revisión bibliográfica y documental ha sido una de las estrategias utilizadas que ha complementado el testimonio de informantes clave. En primer lugar, fueron identificadas las entidades, organizaciones y personas vinculadas al desarrollo de iniciativas de reducción de daños, de índole público o privado, que nos permitieron llegar a las personas impactadas, de manera directa o indirecta, por dichos procesos, las cuales fueron: personas que usan drogas y han sido participantes de procesos de reducción de daños, profesionales de primera línea, agentes vecinales clave, responsables institucionales, miembros de la sociedad civil y líderes en la implementación de dichos procesos en los diversos territorios.

El proceso de recolección de datos se organizó a través de cuatro técnicas de investigación que facilitaron información relevante de los territorios y aportaron de manera significativa en los marcos referenciales del estudio. Vale aclarar que, si bien contábamos con una metodología diseñada de manera previa al proceso, esta se fue transformando y adaptando a medida que se incorporaba más información. En este sentido, también se adaptaron y optimizaron los instrumentos de investigación.

Revisión bibliográfica y documental

La revisión documental consistió en explorar alrededor de 40 archivos provenientes de fuentes estatales, dependencias de las alcaldías y las gobernaciones, instituciones de salud, colectivos comunitarios y ejercicios periodísticos.

A nivel nacional, obtuvimos información relevante de la actual Política Nacional de Drogas 2023-2033 (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023), así como obtuvimos datos sociodemográficos y epidemiológicos interesantes de los censos de habitantes de la calle realizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2021a, 2021b, 2021c) o de los estudios y boletines epidemiológicos dispuestos por el Gobierno nacional. A nivel territorial, tuvimos acceso a información específica de cada una de las ciudades priorizadas que nos proporcionaron datos sociodemográficos relativos al consumo de drogas y población consumidora, actividades socioeconómicas, habitabilidad en calle, prevalencia de situaciones de violencias de género, registros epidemiológicos, entre otros. De manera complementaria, consultamos artículos científicos y periodísticos. La información correspondiente a las organizaciones de la sociedad civil fue obtenida directamente de sus respectivas páginas web.

La revisión documental fue de vital importancia para comprender las dinámicas y necesidades de los territorios, teniendo en cuenta las particularidades de cada ciudad mediante datos precisos y concretos. Todo ello nos ayudó a comprender las condiciones de vulnerabilidad y las dinámicas de atención e intervención que se requieren para reducir los niveles de riesgo y daño de la población

asociados al consumo de sustancias psicoactivas y contribuyó a identificar los servicios ofertados y faltantes, las lecciones aprendidas, las buenas prácticas y las comunidades que requieren de mayor atención por estar expuestas a exclusión, discriminación, estigmatización y sufrimiento social.

Al terminar el estudio, fue evidente que ni todo lo que existe está documentado, ni todo lo documentado existe, lo que nos obliga a presentar estos resultados como introductorios. Consideramos importante que se puedan repetir estas acciones de investigación con otros actores para ampliar la muestra, al igual que sería de vital importancia que todas las instituciones que realizan acciones en el territorio se integren al proceso de investigación pues encontramos que son reticentes a colaborar con este tipo de proyectos. Por lo anterior es importante recomendar que este sea el primer paso de un trabajo de campo más profundo y extenso, que cuente con mayores tiempos de ejecución como con mayores presupuestos para el desplazamiento a los territorios.

Diseño y aplicación de entrevistas semiestructuradas

Una de las técnicas utilizadas para el levantamiento de la información fue la implementación de entrevistas semiestructuradas que funcionaban como guiones orientadores en una conversación tranquila, privada y en el marco del respeto hacia los testimonios entregados por los entrevistados. Definimos como lineamiento metodológico que las personas que realizaran dichas conversaciones pertenecieran a entidades que operaran programas y proyectos en los territorios estudiados, pues consideramos que eran quienes presentaban lazos de confianza construidos a partir de su trabajo comunitario. En ese sentido, este ejercicio no rompería con las dinámicas naturales de las personas entrevistadas, no las ubicaría en un lugar de "sujeto de investigación", sino que les permitiría expresarse libremente mediante el reconocimiento de que su experiencia y conocimiento era vital para cualquier estrategia que las involucrara.

Las entrevistas se dividieron en 4 grupos. Un primer grupo recibió una entrevista dirigida a personas que usan drogas y participan de los servicios y recursos de reducción de daños. El número de entrevistas fue limitado: en total fueron 10, 2 por cada territorio. Hicimos especial énfasis en que, con estas 10 entrevistas, pudiéramos contar con testimonios heterogéneos que visibilizaran opiniones, ideas y sentires de personas de género diverso, personas habitantes de calle o con alta permanencia en calle, personas con experiencia migratoria, personas gestantes, entre otras, entendiendo que cada persona tiene necesidades particulares que deben ser abordadas de manera acorde.

A través de estas entrevistas, obtuvimos información relacionada con el consumo de sustancias, tipos y vías de administración, así como dinámicas asociadas y prácticas de riesgo. Indagamos sobre las necesidades y condiciones de vulnerabilidad en que viven las personas con problemas asociados al uso de drogas y profundizamos en el uso y la valoración de iniciativas, recursos y servicios de reducción de daños.

Un segundo grupo recibió entrevistas orientadas a otros actores vecinales de los sectores donde se dan las intervenciones en reducción de daños, que habitan el territorio, pero no hacen parte de las estrategias o programas de reducción de daños ofertadas. Entrevistamos igualmente a 10 personas con el denominador común de residir, habitar u ocupar un lugar en las zonas o sectores donde el consumo de drogas es más visible y donde se dan también situaciones de trabajo sexual, habitabilidad en calle o situaciones de violencia. Estas entrevistas nos permitieron reconocer la identidad, la cultura, la experiencia y los saberes que poseen aquellas personas inmersas en el territorio, su cotidianidad y la de su comunidad. Entre los perfiles entrevistados, encontramos miembros de familias que tienen situaciones conexas a problemáticas asociadas al uso de drogas, mujeres trans y trabajadoras sexuales, quienes directamente hacen parte del entramado comunitario en donde observan, conocen y se padecen las problemáticas presentes en el sector y las estrategias idóneas para abordarlas e intervenirlas.

La información suministrada por estas entrevistas fue de vital importancia para obtener una mirada amplia de vivencias, prácticas, situaciones o condiciones que solo conocen las personas que constantemente se encuentran y forman parte de las dinámicas del territorio, lo que nos permitió obtener información pertinente de aquellas problemáticas o necesidades que requieren de atención e intervención.

Formulario de caracterización institucional

Paralelamente a las entrevistas, diseñamos una herramienta de caracterización institucional que fue diligenciada por aquellos referentes o enlaces de entidades, organizaciones, grupos, colectivos o personas que ofertan servicios y programas a las comunidades. El objetivo fue recolectar información que ayudara a comprender los aciertos, los procesos exitosos, las dificultades, los recursos y las falencias que se presentan en el trabajo con la comunidad.

El formulario de caracterización institucional constituyó un método claro y conciso que, si bien podía ser respondido de manera individual y autónoma por los representantes de las organizaciones que desearan diligenciarlo (como fue el caso de las ciudades de Medellín, el área conurbada de Pereira-Dosquebradas y Armenia), también podía responderse a modo de entrevista (como se realizó en Cúcuta). Este formulario fue respondido por 13 organizaciones de las ciudades priorizadas, de la siguiente manera: 4 respuestas de organizaciones ubicadas en Medellín, 4 respuestas de organizaciones ubicadas en el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 2 organizaciones de Armenia y 2 organizaciones de Cúcuta.

Gracias a la información registrada en el formato de caracterización institucional, logramos reconocer el trabajo que desempeñan las entidades en los territorios, además de la articulación y las redes que consolidan para el abordaje conjunto de las situaciones y necesidades de los sectores y zonas que lo requieren. Asimismo, esta información facilitó posicionar geográficamente las organizaciones para ubicar los servicios y programas en el ejercicio de mapeo.

Grupos focales

Los grupos focales tuvieron un doble objetivo: por una parte, complementar y corroborar la información recogida en las entrevistas semiestructuradas y el análisis bibliográfico y documental; por otra parte, socializar y refrendar los resultados del presente estudio. En total se realizaron 6 grupos focales en lo que participaron las siguientes instituciones:

LISTADO DE PARTICIPANTES EN CADA UNO DE LOS GRUPOS FOCALES REALIZADOS

GRUPO FOCAL 2: febrero 14 de 2024	
NOMBRE	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN
Hugo Castro	Corporación Temeride (Pereira y Dosquebradas)
Ángel Gutierrez Sánchez	Corporación Consentidos (Cúcuta)
Diana Diaz	Corporación Consentidos (Cúcuta)
Johanna Marcela	Corporacion Consentidos (Cúcuta)
Aura Roig	Metzineres
Silvie Ojeda	Metzineres
Rubén Darío Muñoz	Corporación Viviendo
Angie Gutierrez Guzmán	Corporación Viviendo

GRUPO FOCAL 1: febrero 7 de 2024	
<i>NOMBRE</i>	<i>ENTIDAD U ORGANIZACIÓN</i>
Monica Julieth Marin Vargas	Corporación Surgir (Medellín)
Enny Johanna Tovar	Fundación Alpharero (Armenia)
Aura Roig	Metzineres
Silvie Ojeda	Metzineres
Ruben Dario Muñoz	Corporacion Viviendo
Angie Gutierrez Guzman	Corporacion Viviendo

GRUPO FOCAL 3: abril 11 de 2024	
<i>NOMBRE</i>	<i>ENTIDAD U ORGANIZACIÓN</i>
Adriana Rivera	Gobernación de Risaralda
Milena Delgado	Hospital Mental de Risaralda
Hugo Castro	Corporación Temeride (Pereira y Dosquebradas)
Sandra Paola Gil	CAMAD (Pereira)
Inés Elvira Mejía	Ministerio de Justicia y el Derecho
Ana María Rueda	Fundación Unidas para la Paz
Aura Roig	Metzineres
Silvie Ojeda	Metzineres
Rubén Darío Muñoz	Corporación Viviendo
Angie Gutierrez Guzmán	Corporación Viviendo

GRUPO FOCAL 4: abril 16 de 2024	
<i>NOMBRE</i>	<i>ENTIDAD U ORGANIZACIÓN</i>
Mónica Marín	Corporación Surgir
Lisbeth Montoya	Fundación Sumapax
Marcela Tovar	Ministerio de Justicia y el Derecho
Inés Elvira Mejía	Ministerio de Justicia y el Derecho
Tatiana Herrera	Colectivo feminista Callejeras
Juan David Montoya	Proyecto de habitantes de Calle
Ana María Rueda	Fundación Unidas para la Paz
Angela Herrera	Estrategia CAMAD Medellín
Astrid Martínez	Proyecto EnTerritorio
Viviana Palacio	Estrategia CAMAD Medellín
Luisa Fernanda Gómez	Estrategia CAMAD Medellín
Sebastián Tamayo	Corporación Surgir
Fernando Correa	Estrategia CAMAD Medellín
Aura Roig	Metzineres
Silvie Ojeda	Metzineres
Rubén Darío Muñoz	Corporación Viviendo
Angie Gutierrez Guzmán	Corporación Viviendo

GRUPO FOCAL 5: abril 18 de 2024	
<i>NOMBRE</i>	<i>ENTIDAD U ORGANIZACIÓN</i>
Deixon Romero	ASOVENQUIN – Asociación de Venezolanos en el Quindío
Adriana Agudelo	Asociación de Migrantes Venezolanos
Iridia Salazar	Fundación Nakama´s
Aura Roig	Metzineres
Silvie Ojeda	Metzineres
Rubén Darío Muñoz	Corporación Viviendo
Angie Gutierrez Guzmán	Corporación Viviendo

GRUPO FOCAL 6: abril 23 de 2024	
<i>NOMBRE</i>	<i>ENTIDAD U ORGANIZACIÓN</i>
Deixon Romero	ASOVENQUIN – Asociación de Venezolanos en el Quindío
Ana María Rueda	Fundación Unidas para la Paz
Rubén Darío Muñoz	Corporación Viviendo
Angie Gutierrez Guzmán	Corporación Viviendo

TABLA 5. FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Estos grupos se desarrollaron de la siguiente manera:

*2 grupos focales al inicio del proceso de investigación: uno con representantes de Medellín y Armenia el 7 de febrero de 2024, y otro con representantes de Cúcuta, Pereira y Dosquebradas el 14 de febrero del mismo año. En ellos, se levantó información propicia para conocer, en primera instancia, lo que entienden las personas por reducción de daños de amplio espectro. Asimismo, buscamos que las entidades contextualizaran de manera directa aquellas problemáticas, necesidades y condiciones de riesgo que deben ser abordadas y atendidas, del mismo modo que reconocieran aquellas que no cuentan con una intervención y exponen a una mayor vulnerabilidad a las personas con problemas asociadas al uso de drogas, habitantes de calle, mujeres explotadas sexualmente, migrantes, personas desplazadas y todas aquellas poblaciones que requieren de un enfoque diferencial.

*4 grupos focales de refrendación que se hicieron para compartir los primeros hallazgos del estudio. Estos se realizaron los días 11, 16, 18 y 25 de abril de 2024 y se organizaron por territorio. Fueron ejecutados de forma separada, por cada una de las ciudades, a fin de brindar información detallada y recibir la retroalimentación de las personas asistentes. Contaron con la participación de representantes de las organizaciones que desarrollan labores de reducción de daños y buscaron fomentar el diálogo y visibilizar las perspectivas frente a los resultados preliminares que se presentaron.

Todos los grupos focales contaron con una duración de 2 horas cada uno y fueron dinamizados por estrategias virtuales gracias a las cuales los participantes plasmaron sus opiniones, ideas, conocimientos y experiencias de una manera escrita y oral. Fueron encuentros idóneos para que las personas lograran exponer situaciones, necesidades, problemáticas, condiciones de vulnerabilidad, factores de protección y de riesgo, al igual que retroalimentar los resultados obtenidos en cada una de las ciudades priorizadas a lo largo del proceso.

CONCEPTUALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Una de las definiciones más ampliamente aceptadas sobre la reducción de daños la ofrece Harm Reduction International (HRI):

1

“

*El término Reducción de Daños se refiere a las políticas, programas y prácticas orientadas a **minimizar los impactos negativos del consumo de drogas** y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal.*

*La Reducción de Daños **se basa en principios de justicia y derechos humanos**. Se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas, sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo. (HRI, 2022a)*

”

Los principios clave que HRI destaca en su definición de reducción de daños incluyen:

* **Compromiso con la evidencia**

Las políticas públicas y prácticas de reducción de daños se basan en un sólido conjunto de evidencia que demuestran que los servicios de reducción de daños son prácticas, factibles, eficaces, seguras y rentables en diversos entornos sociales, culturales y económicos. La mayoría de los servicios y prácticas de reducción de daños son de bajo costo y fáciles de implementar, y todas tienen un fuerte impacto positivo en la salud individual y comunitaria.

* **Respetar los derechos de las personas que usan drogas**

La reducción de daños se basa fundamentalmente en principios que pretenden proteger los derechos humanos y mejorar la salud pública. Tratar a las personas que consumen drogas, junto con sus familias y comunidades, con compasión y dignidad es parte integral de la reducción de daños. El consumo de drogas no significa que las personas pierdan sus derechos humanos; todos siguen teniendo derecho a la vida, al más alto nivel posible de salud, acceso a servicios sociales, a la intimidad, a no ser detenidos arbitrariamente y a no sufrir tratos crueles, inhumanos y degradantes, entre otros.

*** Un compromiso con la justicia social y la colaboración con las redes de personas que consumen drogas**

La reducción de daños se basa en el compromiso de combatir la discriminación y garantizar que nadie quede excluido del acceso a servicios de salud y sociales, con independencia de su consumo de drogas, su raza, su género, su identidad de género, su orientación sexual, su elección de trabajo o su situación económica. Las personas deben poder acceder a estos servicios sin tener que enfrentar barreras innecesarias, tales como regulaciones onerosas y discriminatorias. Además, la participación significativa de los consumidores de drogas en el diseño, aplicación y evaluación de los programas y las políticas públicas que les sirven es fundamental para la reducción de daños.

*** Prevenir la estigmatización**

Los profesionales de la reducción de daños aceptan a las personas que consumen drogas tal y como son, sin juzgarlas. La terminología y el lenguaje deben transmitir siempre respeto y evitar términos estigmatizantes o divisiones entre drogas “buenas” y “malas”. El lenguaje estigmatizante perpetúa estereotipos perjudiciales y crea barreras de acceso a servicios de salud y sociales. (HRI, 2022a).

Para HRI, las estrategias de reducción de daños incluyen una variedad de intervenciones como los programas de acceso a material higiénico para el consumo, tratamientos de sustitución de opioides, educación sobre el uso seguro de drogas, servicios de análisis de sustancias y la creación de espacios de consumo acompañado, servicios sociales y de vivienda, asesoría legal, entre otras. Estas intervenciones buscan reducir enfermedades, sobredosis y otras consecuencias negativas del uso de drogas, mientras promueven la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

A pesar de tener esta definición amplia de reducción de daños, entendida desde su espectro completo, también es cierto que sus intervenciones se focalizaron, hasta hace bien poco, en el consumo inyectado, principalmente de opiáceos. Esto se debe a que sus orígenes se encuentran, en un principio, en Países Bajos y Reino Unido, y se expandieron rápidamente al resto de Europa, gracias a su probada efectividad en frenar las muertes de VIH/SIDA y sobredosis. Aun siendo cierto que en las últimas décadas se ha avanzado en ampliar las intervenciones a otros tipos de consumo (como el inhalado o el esnifado), la distribución de pipas o los espacios de consumo fumado aún son muy excepcionales, incluso en aquellos territorios en los que la reducción de daños forma parte de las redes públicas estandarizadas de atención en salud. Paradójicamente, los servicios de análisis de sustancias se relacionan sobre todo con contextos de ocio y consumos no problemáticos. Su diseño e implementación difícilmente llegan a las poblaciones más vulnerabilizadas, y cuando lo hacen, tampoco acaban de adecuarse a sus necesidades.

De aquí que la crítica latinoamericana hacia la reducción de daños europea destaque la necesidad de adaptar los enfoques a contextos locales específicos y abordar los desafíos únicos que enfrentan sus territorios. Las estrategias europeas no siempre son transferibles a otros territorios, debido a diferencias en recursos, apoyo institucional y contextos socioculturales. Para que la reducción de daños sea efectiva en América Latina, debe ser culturalmente apropiada, sostenible y holística, abordando tanto el uso de drogas como los factores sociales y económicos subyacentes.

Así lo refleja la Red Iberoamericana de ONG que Trabajan con Drogas y Adicciones (RIOD):

“

*Es así como la reducción de daños en Latinoamérica se ha convertido en una **práctica de justicia social más que un conjunto de intervenciones socio-sanitarias**, ya que trasciende los consumos de sustancias (pero también los aborda), para navegar en la complejidad de los fenómenos sociales, especialmente aquellos más marginalizados y donde existe menor presencia del Estado. Esto implica abordar a las personas en su contexto de vida y espacios de consumo, tanto a nivel individual como comunitario, en procesos paralelos y complementarios de atención integral.*

*Esto implica integrar y articular dispositivos de salud, educación, vivienda, empleo, cultura, ciudadanía, entre muchos otros, por lo que las prácticas suelen ser flexibles y adaptables a poblaciones, espacios y tiempos específicos. Por esta razón, **no existe una única definición de reducción de daños, como tampoco existen fórmulas o manuales para su implementación**. Se trata de un proceso paulatino y creativo de investigación-acción participativa, que incluye actores de diferentes sectores sociales, como el gobierno, la sociedad civil, la empresa privada, pero principalmente a las personas que usan drogas, las cuales deben buscar incluirse en todo el proceso de elaboración, ejecución y evaluación de las políticas públicas y las intervenciones de reducción de daños; aún más si ellas son las personas beneficiadas” (RIOD, 2018, pp. 22-23)*

”

En este sentido, es importante entender que cuando nos expresamos concordando con que la reducción de daños debe trascender las acciones socio-sanitarias, lo hacemos desde la necesidad de ofrecer una atención centrada en la persona, que no compartimente ni excluya a aquellas que sobreviven a múltiples situaciones de vulnerabilidad, eliminando las barreras de acceso que actualmente tienen las redes estandarizadas y existentes, hacia las personas que usan drogas.

Es preciso integrar a estas definiciones la perspectiva del impacto social devastador que ha generado la “guerra contra las drogas” en el mundo entero. Las políticas prohibicionistas y punitivistas no solo no han logrado evidenciar ninguna contribución real a los problemas más graves relacionados al uso de sustancias, sino que han agravado las problemáticas de los territorios trayendo dinámicas asociadas a la violencia, las armas, los desaparecimientos forzados, las guerras por territorio, la trata y explotación de personas, entre muchas otras. Por esta razón, consideramos que la definición de las compañeras del Colectivo Reverdeser podría ser la más integral de cara a nuestra realidad:

“

La perspectiva de reducción de riesgos y daños de espectro completo desde y para el sur global reconoce sus orígenes en ambas perspectivas —la tradicional y la de espectro completo— buscando abarcar los riesgos y daños asociados al consumo de plantas y sustancias psicoactivas, pero también aquellos que resultan de la implementación de políticas de drogas prohibicionistas en general.

En países como México, donde las políticas de seguridad implementadas para el combate al narcotráfico han generado profundos daños al tejido social y han minado el Estado de derecho, una perspectiva más integral es ineludible. Si bien las estrategias, herramientas, programas y servicios ideados desde la reducción de riesgos y daños tradicional y la de espectro completo son de suma importancia y son recuperados y adaptados en el marco de la perspectiva de ReverdeSer Colectivo, existen elementos faltantes que necesitan ser construidos colectivamente.

La RRYDECSG analiza los impactos del paradigma prohibicionista desde una mirada sistémica, multidimensional y multinivel, con la intención de generar propuestas integrales que le hagan frente. En la práctica, dicha perspectiva se traduce en **estrategias, programas y políticas públicas encaminadas a la reconstrucción del tejido social y a la construcción de paz**. Por ejemplo, las campañas informativas, los talleres educativos, las intervenciones artístico-culturales, el análisis de sustancias, la regulación del cannabis y el acompañamiento en la búsqueda de personas desaparecidas son algunas de ellas.

Esta perspectiva implica mirar la reducción de riesgos y daños ante lo que ha implicado la prohibición y la guerra en todas sus dimensiones. **Es un diálogo visto desde adentro, no sobre y para las personas involucradas, que hemos sido categorizadas y nombradas de tan diversas maneras, varias de éstas muy despectivas, criminalizantes, estigmatizantes y revictimizantes**. Es entender cómo nos relacionamos con el universo de plantas y sustancias, así como con las políticas que se implementan en la materia.

El espectro completo es una guía para la construcción de un cambio integral. Es una lógica o marco de referencia que nos permite trazar una ruta para dejar atrás la prohibición y construir sociedades en las cuales la dignidad resulte cotidiana. Para darle forma a esta propuesta hemos establecido momentos claves para la reflexión y la acción. (ReverdeSer Colectivo, 2024)

”

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN COLOMBIA

La implementación y evolución de la reducción de daños en Colombia ha sido un proceso gradual donde las organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional han sido cruciales, pero estas políticas iniciales fueron creadas e impulsadas desde el Estado mismo quien entregó a la sociedad civil y a la cooperación, una plataforma para utilizarlas y trabajarlas desde un enfoque de salud pública y de derechos humanos que dio pie para que se formaran los primeros programas desde principios del siglo XXI.

La institucionalización de la reducción de daños

A pesar de enfrentar desafíos significativos, la reducción de daños se ha ido institucionalizando, primero a nivel local y posteriormente a nivel nacional.

Ya la Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo del Ministerio de la Protección Social (2007), elaborado por Inés Elvira Mejía con la participación de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, propone un marco común que integra y articula acciones para maximizar el bienestar y garantizar el derecho a prevenir, mitigar y superar los riesgos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Los objetivos estratégicos de dicha política incluyen intervenir en factores sociales y personales que aumentan la vulnerabilidad al consumo, ofrecer respuestas oportunas y mejorar la capacidad institucional para abordar el problema, mencionando entre sus ejes operativos la superación de los daños relacionados con el consumo. Si bien en ese momento no se incorpora explícitamente el término reducción de daños, podemos decir que es una de las primeras políticas que empiezan a abrir el panorama para cambiar el paradigma de los años 90 centrado en la abstinencia o en la prevención del uso.

Así, la política de 2007 para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en Colombia, centrada en la prevención, mitigación y superación del consumo, con un enfoque en controlar los factores de vulnerabilidad y promover respuestas institucionales integradas, sentaba las bases para las políticas actuales al destacar la necesidad de un enfoque amplio que abordara tanto la prevención como la mitigación del impacto negativo en la salud, la familia y la sociedad.

Las políticas actuales de reducción de daños se han desarrollado en muchos países, incluyendo Colombia, como una evolución de estos principios. La reducción de daños se enfoca en minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas sin necesariamente eliminar el consumo lo que refleja un cambio en la visión, que ha pasado de una política centrada en la abstinencia a una que acepta el consumo como una realidad, priorizando la protección de la salud y el bienestar de las personas que usan sustancias.

El informe de la UNODC de 2012 indicó que el consumo global de opioides se mantenía estable, pero que el mercado se había expandido a regiones como África y América Latina, con un aumento en incautaciones en las costas africanas, posiblemente debido a nuevas rutas o mayor consumo de heroína. En Colombia, aunque la prevalencia de consumo de heroína era baja y estable, estudios locales revelaron un aumento en ciertas zonas como Antioquia, Valle del Cauca, y Bogotá. El consumo se concentraba en poli-consumidores, mayormente hombres jóvenes, y el uso intravenoso era menos frecuente que la inhalación, aunque esta iba en aumento en áreas urbanas. La prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI) aunque baja, era preocupante, lo que representó una "ventana de oportunidad". Dado el contexto y el aumento de cultivos de amapola en México y Colombia, la OEA en 2012 abrió espacios para la prevención del consumo de heroína en las Américas. Como respuesta, el Ministerio de Salud y Protección Social et al. (2013) desarrollaron el Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada, alineado con la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, que buscaba abordar las brechas en los servicios de tratamiento y la estigmatización de los usuarios, mediante un enfoque integral y coordinado.

Dicho plan se consolidó como un instrumento crucial para impulsar acciones claras en los territorios afectados por la inyección y uso de heroína buscando fortalecer las capacidades de los equipos técnicos y comunitarios, incluyendo al personal de salud y operadores pares, para identificar y abordar el consumo de heroína o UDI, minimizar las oportunidades perdidas en la atención y reducir los riesgos, daños y costos sociales y de salud. Este plan fue fundamental para la llegada de Open Society Foundations y para que el Fondo Mundial incluyera a las personas que se inyectan drogas (PID) como poblaciones clave, incorporando la reducción de daños (RD) de manera explícita, por primera vez, en el instrumento.

Ha sido un largo camino transitado en la construcción de políticas, acciones y proyectos lo que ha permitido que Colombia evidencie hoy en su *Política Nacional de Drogas 2023-2033* un compromiso claro con un enfoque basado en los derechos humanos para "promover estrategias de reducción de los riesgos, daños y estigmas asociados al uso de sustancias psicoactivas" (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023).

Esta política distingue entre reducción de daños y reducción de riesgos, acotando la primera a aquellos consumos considerados problemáticos y la segunda a consumos de carácter recreativo:



“

La búsqueda de la abstinencia como meta única, restringe la oferta de servicios, aplica filtros y eleva los umbrales de exigencia, dejando a muchas personas sin atención. Desde la reducción de daños se tratará a las personas que usan drogas con dignidad y respeto, bajo un enfoque de derechos, justicia social y equidad en salud. Esta perspectiva suele dirigirse a individuos y grupos en condiciones de vulnerabilidad, como la habitabilidad de calle o que enfrentan exclusión social e inequidades en el acceso al cuidado de su salud y a bienes y servicios sociales, por el hecho de consumir drogas.

*Por su parte, la **reducción de riesgos** comparte los principios de la reducción de daños, pero se dirige a individuos y grupos que no necesariamente presentan consumos problemáticos o que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, pues su campo de actuación son los consumos que se presentan en los entornos lúdicos y de ocio. En este sentido, la política profundiza en la comprensión del fenómeno sociocultural de los consumos de drogas, toda vez que la percepción del riesgo asociado al consumo a nivel individual y colectivo se encuentra asociada a percepciones, representaciones sociales y prácticas relacionadas con la búsqueda del placer, diversión, la desinhibición, el prestigio social, entre otros (Martínez Oro, 2013), lo que implica abordar también el fenómeno del consumo en lugares de ocio y divertimento. (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023, p. 78)*

”

Además, esta Política Nacional reconoce la importancia de incorporar a las personas a las que se dirigen estas iniciativas en la toma de decisiones:

“

Se destaca también el enfoque de trabajo en equipo y la participación de las personas a las que se dirigen en la toma de decisiones de los programas, asegurando así mayor efectividad y respuesta a las necesidades reales de las personas que consumen drogas y viven en la calle. (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023, p. 78)

”

Por primera vez, además, se hace una referencia explícita a la necesidad de incorporar una mirada interseccional de género y justicia social:

Esta política integrará las perspectivas interseccionales, de género y de justicia social, de manera más explícita y decidida al enfoque y a las acciones de reducción de riesgos y daños. La reducción de daños, como medida de salud pública, es insuficiente para abordar las inequidades y por ello, la integración de la justicia social como marco es fundamental para redirigir el foco hacia las causas estructurales del uso problemático de sustancias, de la habitabilidad de calle, y de los factores de contexto que gobiernan las prácticas de riesgo (Pauly, 2008).

Esta política integra la reducción de daños, la atención primaria en salud y los determinantes sociales de la salud a un marco de justicia social, lo cual implica reconocer que las políticas de vivienda, bienestar social, inclusión social y generación de ingresos o medios de vida también se relacionan —para bien o para mal— con el consumo problemático de drogas, los riesgos y daños para la salud individual, para la salud pública, así como para el bienestar de las comunidades. En un marco de justicia social, se abordan los riesgos y daños como asuntos de salud y bienestar, que indican también la necesidad de reducir el estigma, la discriminación, la marginalización, la criminalización, la exclusión social, la falta de oportunidades y solidaridad social, entre otros. (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023, p. 78)

Una de las grandes dificultades que ha encarado la implementación de iniciativas de reducción de riesgos y daños en Colombia ha sido su sostenibilidad. En este sentido, es muy relevante que se reconozca la necesidad de “lograr financiamiento suficiente y continuo que asegure el acceso universal a la prevención y al tratamiento, además de sostener y escalar los programas de reducción de daños” (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2023, p. 74).

Aún es pronto para evaluar cómo será el despliegue de esta política, así como su grado de implementación y consolidación. En todo caso, empiezan a vislumbrarse dos tipos de estrategias. Por una parte, aquellas que apuestan por la apertura de servicios específicos enfocados principalmente en el consumo de sustancias. Por la otra, aquellas que apuestan por incorporar la mirada de reducción de daños a iniciativas más integrales y de carácter comunitario, que ven el consumo como un elemento más en el universo de situaciones que atraviesan a los seres humanos, sin considerar este como el vector principal y único a ser observado sino como uno más de los hilos que se entretajan en la vida de las personas.

LA PERCEPCIÓN DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS POR PARTE DE LOS EQUIPOS PROFESIONALES

Este estudio ha buscado recoger las voces de aquellas instituciones, entidades u organizaciones que se identifican abiertamente como ejecutoras de procesos asociados a la reducción de daños y que brindan apoyo y fortalecen dichos procesos.

Si nos centramos en los cuestionarios de caracterización institucional que se respondieron en representación de organizaciones o entidades que ejecutan acciones de reducción de daños en los territorios priorizados, la reducción de daños suele describirse desde una mirada salubrista e individualista que se enfoca principalmente en reducir el impacto del consumo de drogas en la salud:

- * Son los procesos, medidas y estrategias utilizados para minimizar los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, buscando disminuir las condiciones de riesgo. (Representante de Fundación Apharero, Armenia, Quindío, comunicación personal).
- * Estrategias que buscan disminuir el agravamiento y/o complicación de situaciones asociadas al consumo de SPA. (Representante de Corporación Surgir, Medellín, Antioquia; comunicación personal)
- * Evitar la propagación de enfermedades como VIH, sífilis, hepatitis. (Representante del Centro de Escucha, Armenia, Quindío; comunicación personal).
- * *Es una estrategia terapéutica para el abordaje de TUS.* (Representante de Fundación de la salud mental, Fundamental IPS, área conurbada de Pereira y Dosquebradas, Risaralda; comunicación personal)
- * *Acciones realizadas para reducir los efectos negativos del uso de drogas y los riesgos asociados con las prácticas del consumo.* (Representante del Sistema de Habitante de Calle de la Alcaldía de Pereira, área conurbada de Pereira y Dosquebradas, Risaralda; comunicación personal).

*La reducción de riesgos y daños tiene que ver con aquellas prácticas que puedan reducir o disminuir las situaciones de riesgo en las personas. Cuando hablamos de un contexto de vulnerabilidad que podamos referir cuál es la situación de la comunidad o cuál es la situación particular, problema para cada una de las personas y poder trabajar con ellas, que serían esas situaciones que menos les causarán daños, cuáles son esas estrategias que pueden reducir esos riesgos de poder estar en una situación de vida más complicada. Entonces, si hablamos de drogas, de un consumo problemático de drogas y la persona está siendo perseguida, se sienten rechazadas, se sienten enfermas; entonces, cómo acceder a los servicios para que se tamicen y poder conocer la situación de salud que tienen para que puedan acceder a los tratamientos si llega a salir con un diagnóstico y para articular redes de soporte que puedan ayudar a que esta persona no empeore su situación o su calidad de vida. (Representante de Corporación Consentidos, Cúcuta, Norte de Santander; comunicación personal)

*Orientar acciones que ayuden a disminuir los efectos negativos, así mismo ayudar con el acceso a la red de servicios. (Representante del Sistema de Habitante de Calle de la Alcaldía de Medellín, Medellín, Antioquia; comunicación personal)

También encontramos respuestas que apuntan hacia los daños derivados, no tanto de las drogas, sino de las políticas y leyes que las regulan:

Un consumo evitando todos los riesgos. El término “reducción de daños” se refiere además a las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal. La reducción de daños se basa en principios de justicia y derechos humanos. (Representante de Fundación Sumapaz, Medellín, Antioquia; comunicación personal).

Observando las respuestas dadas en las entrevistas y en los grupos focales, prevalece la percepción de la reducción de daños como una estrategia integral y comprensiva que reconoce la diversidad de las experiencias de las personas que consumen drogas y ofrece opciones de apoyo adaptadas a sus necesidades individuales, fomentando la inclusión, el establecimiento de lazos sociales y el acceso a servicios que contribuyan al derecho a una vida digna y libre de violencias (figuras 1 y 2).



FIGURA 1: CAPTURA DE PANTALLA A RESPUESTAS BRINDADAS POR LOS ASISTENTES AL GRUPO FOCAL DEL 7 DE FEBRERO DE 2024 A LA PREGUNTA: ¿QUÉ ENTIENDE POR REDUCCIÓN DE DAÑOS DE AMPLIO ESPECTRO?



FIGURA 2: CAPTURA DE PANTALLA A RESPUESTAS BRINDADAS POR LOS ASISTENTES AL GRUPO FOCAL DEL 14 DE FEBRERO DE 2024 A LA PREGUNTA: ¿QUÉ ENTIENDE POR REDUCCIÓN DE DAÑOS DE AMPLIO ESPECTRO?

Destacan la importancia de abordajes centrados en la persona, reconociendo que son necesarias intervenciones integrales en las que se descentralicen las drogas y se destaque el ser, su historia y sus particularidades, a la vez que se promueva la inclusión social:

* *El conocimiento de unas necesidades de comunidad permite también una posible reducción de generar unas prácticas (que fue también la palabra que usé prácticas o estrategias) que minimicen esos daños atendiendo a las comunidades en la totalidad, pero también que si vamos a hacer es poner al ser primero antes que el consumo de drogas o que drogas estás consumiendo al brindar una atención integral en salud, en asuntos de asistencia básica, en el que también hay un asunto laboral que atender, en el que también hay unas necesidades que ejercen a unos estados de ánimo como de liberación social, como de lúdica, entretenimiento. Pues, como un montón de cosas que nos abordan como un ser integral que no queda reducido al asunto de kits, de entregas de kit de inyección o el kit de aseo. (Mujer informante clave 1, comunicación personal).*

* *Es reconocer a la persona antes que cualquier diagnóstico y cualquier situación que pueda generar o aparentar un conflicto. Reconocer a la persona como sujeto garante de derechos y como partícipe también de una sociedad y una comunidad. Ello implica que sea conocido en ese amplio espectro, todas sus necesidades, demandas, intereses e inquietudes, y que deben de ser gestionados también desde esas responsabilidades que tiene la ciudadanía, los Gobiernos, para que se puedan superar vulnerabilidades y dificultades que de pronto pueden padecer un grupo, una comunidad o la persona, al no tener acceso a servicios o padecer la exclusión o la marginalidad. (Hombre informante clave 4, comunicación personal).*

* *Es ir mucho más allá de entregar un material, un intercambio de material higiénico, sino que es resignificar un poco a la persona en su dignidad, en sus derechos y que ellos mismos, obviamente, se empoderen de su proceso. (Mujer informante clave 5, comunicación personal).*

Algunas personas también expresan la necesidad de romper con lógicas asistencialistas y basadas en el estigma, para apostar por que sean las propias personas las responsables de liderar sus propios procesos de mejora de bienestar:

* *Las estrategias de reducción que se han venido trabajando en los últimos años han apuntado a que las personas se empoderen de sus propios procesos para poder hacer un proceso de cambio, otra formación y de inclusión. Igual que creo que la mayoría de las instituciones partimos del hecho de evidenciar cuáles son las necesidades que ellos tienen, cuáles son esas necesidades más apremiantes, encontrando qué es darle sentido a la vida en una inclusión en sociedad donde están normalmente acostumbrados a ser excluidos por su situación de consumo, por situación de vulnerabilidad, por el lugar donde se encuentra, así sea un lugar laboral, pero pues digamos que ha generado estigmas y exclusión, y a lo que se le ha apuntado es que se convierta en un proceso incluyente a pesar de la misma dinámica excluyente en la que están. Que ellos se empoderen de sus procesos, se empoderen de quiénes son, de las responsabilidades que tienen y no depender necesariamente de los otros para esos cambios que hemos pasado. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)*

Encontramos que en los 5 territorios las organizaciones apuestan por un modelo de tratamiento comunitario que promueva el trabajo en red a fin de responder a las necesidades de la población haciendo uso de los diversos servicios, estrategias y recursos disponibles. Este enfoque procura entender los problemas relacionados con el consumo, no solo como una cuestión individual, sino que incluye a quienes conforman los diversos entornos en los que se mueven, como lo son el entorno vecinal, familiar, laboral, entre otros:

**Es un enfoque social comunitario, en principio, que moviliza diferentes acciones y recursos útiles para la garantía de derechos sociales, culturales, económicos y políticos de personas que usan drogas y comunidades impactadas por la guerra contra las drogas. Dicho enfoque ha incidido en la incorporación de elementos en el ámbito de la salud pública y la justicia social institucional de los Gobiernos y sus agencias. La RRYD se presenta en contraparte a las acciones prohibicionistas basadas en enfoques punitivos, unilaterales y centrados en la abstinencia y la seguridad. (Hombre informante clave 4; comunicación personal)*

A su vez, las organizaciones mencionan la importancia de ejecutar procesos enfocados en la transformación social y de las políticas públicas. Por una parte, se habla de un cambio de paradigma:

**Al trabajar desde un dispositivo comunitario que es el centro de escucha, uno de los fines, que se plantea la transformación social. Al hablar de una transformación social, estamos hablando también de un asunto de [...] cambio de paradigmas, aceptación y conocimiento e investigación. Conocimiento tanto de los territorios en los que uno va a entrar a abordar porque qué es lo que vamos a entrar a reducir [...] cuál es el daño que tenemos que reducir. (Mujer informante clave 1, comunicación personal).*

Por otra parte, se habla de una necesidad de transformar las causas estructurales de exclusión:

**Cuando hablamos también de esa transformación social, que fue también por lo que empecé, es también que pueda reconocer esos lugares de exclusión y cómo poder transformar o abogar por unos derechos e igualdad y equidad que también a eso aparte también va la reducción del daño; es pensar en un asunto equitativo e igualitario y también diferencial desde lo que todos, todos somos. (Mujer, informante clave 1, comunicación personal).*

Estas concepciones ponen en evidencia que, si bien las intervenciones dirigidas a reducir los daños derivados del consumo resultan relevantes, no se restringen a ello únicamente. Se hace imprescindible ampliar las intervenciones a las causas estructurales de exclusión, que tienen que ver con el estigma, la criminalización, la pobreza, la violencia, entre otras. La importancia de generar entornos seguros pasa por generar redes de apoyo y eliminar las barreras de acceso a los servicios de atención social y de salud. Además, se hace necesario incidir en un cambio de aquellas políticas y leyes de drogas que amenazan los derechos humanos de las personas que usan drogas y agravan situaciones de injusticia social.

ENFOQUE Y PERSPECTIVA DE ANÁLISIS DE CONTEXTO

El enfoque basado en género, la interseccionalidad y la mirada antirracista son fundamentales para comprender la complejidad de los problemas asociados al consumo de sustancias y a la violencia relacionada con esta en los municipios de Cúcuta, Armenia, Medellín, Pereira y Dosquebradas. Estos enfoques reconocen que las experiencias y los impactos del consumo de drogas son moldeados por las políticas prohibicionistas y punitivistas de la guerra contra las drogas y por sus estructuras de poder y opresión, donde las poblaciones más afectadas son aquellas que enfrentan múltiples formas de discriminación y marginalización, como las mujeres, las personas LGBTIQ+ y las comunidades indígenas y afrodescendientes.

El enfoque basado en género reconoce las diferencias en los patrones de consumo, en las necesidades y en los impactos de las leyes, la exclusión y el estigma en hombres y mujeres, así como en personas de géneros diversos. La interseccionalidad, por su parte, nos permite comprender cómo las diversas formas de opresión (género, raza, clase y orientación sexual) se entrelazan y se refuerzan entre sí, exacerbando la vulnerabilidad de ciertos grupos. Igualmente, la mirada antirracista nos invita a cuestionar las raíces históricas y estructurales de los enfoques prohibicionistas, punitivistas y estigmatizantes que han perpetuado la violencia, la desigualdad y la exclusión en las comunidades más afectadas.

Contrariamente a esto, el enfoque basado en género, la interseccionalidad y la mirada antirracista no solo nos ayudan a comprender mejor el problema, sino que también nos ofrecen alternativas más inclusivas y justas para abordarlo, las cuales se centran en la reducción de daños desde una perspectiva que reconoce y valora la diversidad de experiencias y necesidades de las personas.

En este sentido, presentamos las estrategias de reducción de daños encontradas en los 5 territorios priorizados y analizadas a partir de sus contextos específicos, con miras a incorporar medidas específicas que aborden las desigualdades raciales, sociales y de género y promuevan la participación activa y el liderazgo de las comunidades más afectadas en el diseño y la implementación de políticas y programas.

Medellín

Esta ciudad es la capital del departamento de Antioquia. Ubicada sobre la cordillera central, al noroccidente de Colombia, y a una altitud de 1479 m.s.n.m., es considerada el ente territorial núcleo de diez municipios que conforman la subregión conocida como el Área Metropolitana del

Valle de Aburrá. En la zona urbana, Medellín está organizada por 16 comunas que agrupan 249 barrios y, en la zona rural, por 5 corregimientos que agrupan 54 veredas (Alcaldía de Medellín, 2022a).

Históricamente, esta ciudad ha sido la segunda ciudad más poblada de Colombia. Según la Alcaldía de Medellín (2024), hay 2.700.443 personas, de las cuales el 52,78% son mujeres y el 47,22% son hombres.

Con relación a la situación socioeconómica de Medellín, es una de las principales ciudades de Colombia en donde se desarrollan diferentes actividades comerciales que promueven el crecimiento económico local y nacional. Según el Informe de gestión 2022:

“

Medellín, con su transformación urbana y social en las últimas décadas, sumada a una alta inversión pública y privada, ha logrado establecer polos de desarrollo económico en el sector de servicios, salud, educación y ciencia, tecnología e innovación. En este sentido, actualmente, la ciudad es reconocida en Latinoamérica como el epicentro de la Cuarta Revolución Industrial, lo cual trae consigo todo un proceso de desarrollo y transformación tecnológica, que impacta todos los escenarios de la vida, y por supuesto, las empresas. (Alcaldía de Medellín, 2022a, p. 4).

”

Medellín cuenta con una amplia gama de áreas económicas que ayudan a fortalecer dicho aspecto. El mismo informe menciona que la ciudad se moviliza económicamente gracias a diferentes aristas como:

- *Actividades profesionales, científicas y técnicas, actividades de servicios administrativos y de apoyo (14,6%).*
- *comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas (12,8%).*
- *Industrias manufactureras (12,3%).*
- *Actividades inmobiliarias (11,6%).*
- *Actividades financieras y de seguros (8,8%).*
- *Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales (5,7%).*
- *Información y comunicaciones (5,7%). (Alcaldía de Medellín, 2022a, p. 5)*

Además de presentar sustento económico gracias a las actividades mencionadas anteriormente, Medellín cuenta con una gran base empresarial hotelera debido a que el turismo ha crecido en gran medida durante los últimos años.

Turismo, comercio sexual y consumo de drogas

Según el medio de comunicación Manifiesta (2023), Medellín es una de las ciudades de Colombia en donde se presenta un mayor número de víctimas de explotación sexual. Durante 2020 y 2022, se registraron oficialmente 736 casos relacionados a este fenómeno, teniendo en cuenta que dicha cifra solo corresponde a menores de edad. Sin embargo, esta práctica impacta de manera desproporcionada a mujeres y personas trans, niñas, adolescentes y jóvenes.

En el dato más reciente, la administración local reportó que, durante agosto de 2022, se interpusieron 117 denuncias de explotación sexual, de las cuales 107 corresponden a menores de edad y 10 a personas adultas, y el 76% eran mujeres. En relación con esto, encontramos el testimonio de una de las informantes clave en donde menciona también la alta proporción de mujeres trans, menores de edad:

“

Hay un sector acá en Medellín que es de trabajo sexual, de mujeres y chicas trans, y sé que hay muchas menores de edad, hay muchísimas. Mucho, mucho hay, sí. Tal vez no se congregan como habitantes de calle, pero sí como chicas que ejercen la labor sexual y sé que muchas son menores; por ejemplo, nosotros una vez con otra persona hicimos sensibilización en el sector, se han hecho activación de rutas, pero ahí va la cosa. Más que en hombres, por ejemplo, menores de edad. (Mujer informante 1, comunicación personal)

”

Teniendo en cuenta que los barrios donde se reporta en mayor medida las denuncias de explotación sexual son sectores marginalizados y empobrecidos, podemos dilucidar la estrecha relación que guarda el crecimiento de este fenómeno con las dinámicas de exclusión que ubican a las mujeres y personas de género no binario de bajos ingresos económicos en condiciones de extrema vulnerabilidad. La sobrerrepresentación de personas trans ejerciendo el trabajo sexual tiene que ver

con las barreras que impone el estigma social a la hora de acceder a otros mercados laborales y también, a la vista del gran número de menores trans, con el rechazo que a menudo reciben de sus familias y comunidades por no reconocerse dentro de los estándares establecidos de género.

Asimismo, esta informante nos habla de la relación de este tipo de turismo con el consumo de drogas:

“

Medellín es un centro también y un epicentro para muchas personas. Desde el consumo de sustancias, como el consumo de mujeres, pues es un asunto también de la sexualidad muy fuertemente crecida [...] al ser tan asequible, permite ese mayor consumo y desborde de experiencias y desborde de consumo en diferentes sustancias. [...] Hay una sobreestimulación de drogas o mucha posibilidad de acceso también, o sea, en Medellín es muy fácil acceder a una sustancia; hay demasiadas plazas, demasiados lugares de compra ilícita, pues, de sustancias lícitas e ilícitas [...] asequible, muy asequible, y precisamente el ser tan asequible termina en un desborde de experiencias asociadas a un asunto de la exploración, de probar. (Mujer informante clave 1, comunicación personal)

”

Uso de drogas

En Medellín, el consumo de drogas es un tema de relevancia e interés en cuanto a salud pública se refiere. Las publicaciones existentes que reportan procesos rigurosos y que permiten reconocer de forma general las particularidades del consumo en este contexto (y a su vez comprender la oferta de servicios, programas y procesos que se dan en el territorio) no son actuales. Los estudios disponibles más recientes son de 2019 y 2022 (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2019; Observatorio de Juventud, 2020; Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Educación Nacional, 2022; Martínez Ramírez, 2022).

Según el Ministerio de Justicia y el Derecho (2019), en la ciudad de Medellín, las prevalencias de consumo de sustancias legales eran de 32,5% para el consumo de alcohol y de 12,5% para el consumo de tabaco, estando sobre la media nacional en ambos consumos en 2019. En contraste con esto, en el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, el Ministerio de Justicia y del Derecho et al. (2019) reportan que, en Medellín, los hábitos de consumo de sustancias legales en el último año (2019)*

en el que se realizó la indagación se encontraban en 51,04% para el alcohol y 19,71% para el tabaco. El contraste de dichos datos puede evidenciar, o bien un subregistro en el estudio nacional, o bien un crecimiento de 18,54% en el consumo de alcohol y de 7,21% en el consumo de tabaco entre 2019 y 2020, lo cual consideramos poco probable. Esto fortalece la idea de que los estudios y las investigaciones realizados a nivel local por equipos más asociados a los territorios pueden obtener resultados más cercanos a la realidad que aquellos realizados desde el nivel central nacional.

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas no legales se estimó en un 68,91%. Las sustancias ilícitas más consumidas durante el último año en el que se realizó la investigación son: el cannabis, con un 46,39%; el popper, con un 14,32%; la cocaína, con un 11,26%; el LSD, con un 8,94%; los sedantes, con un 7,10%; el éxtasis, con un 5,54%, y el tusi, con un 3,43% (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2019).

Martínez Ramírez (2022) también registra datos relevantes sobre las drogas presentes en la capital antioqueña y reporta que la sustancia ilegal más extendida es la marihuana. Sin embargo, la circulación del tusi se ha incrementado en gran medida puesto que se ha convertido en una tendencia por presentarse como una droga novedosa, lo que despierta la curiosidad de las personas, especialmente, de los jóvenes. Los reportes de análisis de sustancias del tusi (que se le conoce con ese nombre como acrónimo de la sigla en inglés 2C-B, que fonéticamente transcribe “tu-si-bi”) han reportado que el 94,2% de las muestras no corresponde a la sustancia 2C-B.

Por consiguiente, podemos inferir que el 2C-B y lo que se conoce como tusi (o “cocaína rosa”) son dos sustancias psicoactivas diferentes que a menudo se confunden o se agrupan debido a su uso en contextos recreativos. El 2C-B es una sustancia química específica con efectos psicodélicos conocidos, mientras que el tusi es una mezcla de drogas cuyo contenido puede variar. Si bien podría contener 2C-B, suele incluir otras sustancias como ketamina, MDMA, cafeína, anfetaminas, entre otras. Algunos de los datos y testimonios de participantes en este estudio hacen pensar que, en este caso, se debería hablar más de tusi que de 2C-B. En todo caso, el aumento y la popularidad del consumo parecen indicar que el nivel de confianza que le tienen a la sustancia es alto, pues perciben bajos niveles de riesgo.

Así también lo indicaba una de las informantes clave: “El porcentaje mayor era de ketamina. Pues como en una ciudad que se hizo, creo que hace 2 años más o menos, el testeó, era más de ketamina y cafeína”. Volvía a salir a colación, en otro momento de la entrevista: “Una de las cosas que vemos es el tusi, pues mucho, de uso recreativo. Y cigarrillo que es como el primero antes que la marihuana y el alcohol.” (Mujer informante 1, comunicación personal).

Gracias a los estudios realizados y divulgados en el marco del congreso Consumos Conscientes, se evidenció que el 98% de las sustancias que circulan en Medellín se encuentran alteradas con componentes químicos que ponen en mayor riesgo la salud y la vida de quienes las consumen. Solo los productos derivados del cannabis no presentan dichas alteraciones (Fundación Salutia, 2022)

En lo que se refiere a la heroína, basados en la revisión documental de Medellín Joven (2023), encontramos que es una sustancia que se consume mayoritariamente en la comuna 10, específicamente, en el barrio La Candelaria. La heroína es una droga que presenta alteraciones en su composición y es combinada con otro tipo de sustancias. El 62,5% de usuarios menciona que la combina con cocaína, mientras que el 31,3% indica que las combinaciones se realizan con otro tipo de drogas, incluso con 2 o 3 al mismo tiempo, como alcohol, cocaína, basuco y sedantes. El 6,3% dijo que combinaba la heroína con cannabis.

Así también lo indican las personas participantes de nuestro estudio destacando la combinación del consumo de heroína inyectada con la inhalación de basuco. La mezcla de depresores como heroína, alcohol o benzodiacepinas (pepas) con sustancias estimulantes es algo que les resulta muy común:

“

Es como un yoyo porque es estimulante y también vuelve al asunto del depresor. Suben y bajan. O sea, es como dosis de heroína y al ratico se están fumando basuco para subir y volver, entonces se mantienen mucho en esa sensación y unos que otros consumen pepas, que también están ahí, y los que más consumen pepas también son los consumidores de basuco que no consumen heroína. Pero los consumidores de heroína son más con basuco y los de basuco más con benzodiacepinas. (Mujer informante 1, comunicación personal)

”

Según la revisión documental de Medellín Joven (2023), el 95,5% de personas que consumen heroína lo hace de forma inyectada; solo el 4,5% dijeron hacerlo de manera inhalada o fumada. Los estudios realizados en Medellín demuestran que el 37% de personas que consumen heroína lo hacen para mitigar dolores y malestares que experimentan a nivel corporal e intestinal, un 11% hicieron referencia al uso de la heroína para reducir sus alteraciones emocionales, mientras que el 15,3% indicó que consumen para recrearse o estar tranquilos.

Panorama epidemiológico

En relación con la situación epidemiológica, Medellín se ubica como la tercera ciudad del país en donde se presentan mayores casos positivos de VIH desde 2019, según reportes del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), y mostró un incremento de casos en un 11,3% que se dio durante el primer trimestre de 2023. Según el mismo informe, la práctica de compartir jeringas es una de las principales causas de contagio (Gómez, 2023).

De igual manera, el reporte indica que, a nivel departamental, Antioquia ocupó el segundo lugar con mayor número de habitantes de calle viviendo con VIH, puesto que se diagnosticaron 20 nuevos casos en el primer trimestre de 2023, lo que corresponde a un incremento del 16,3% en relación con el estándar nacional, siendo superada únicamente por Bogotá. Durante ese mismo periodo, Antioquia presentó 20 muertes asociadas al VIH, lo que representa el 13,27% en comparación con los principales territorios de Colombia (Gómez, 2023).

Paralelamente, la Fundación Salutia (2022) reportó que Medellín contaba con una prevalencia del 11,2% en VIH, el 32,7% de reactividad para anticuerpos de virus de hepatitis c, el 0,3% de reactividad para virus de hepatitis b y el 5,7% en sífilis.

Las personas consumidoras de heroína, en particular, son quienes sufren más el estigma, lo que agrava su situación:

“

A los consumidores de heroína se les estigmatiza. Tienen doble estigmatización, hasta triple; hasta por los mismos habitantes de calle. Consumir heroína es una exclusión absoluta, entonces padecen estas personas muchísimo mayor exclusión porque ellos pueden conseguir la sustancia dentro del “Bronx”, pero no la pueden consumir ahí, se tienen que ir a buscar lugares alledaños y por eso es la población que más itinerancia tiene. La población consumidora de heroína no es una población que se instale, no genera comunidad, muy distinto a la población consumidora de basuco, que se ve que hay comunidad, o sea hay sectorización. Hay comunidad de consumidores de basuco, se instalan, están sus cambuches, están sus cosas, pero los consumidores de heroína no tienen sitio, o sea, es como los más itinerantes en todos los sectores, porque ellos sí hacen un consumo a cielo abierto; ellos no se esconden para consumir, entonces, también es un asunto de esta situación lo que les permite que los están sacando; además, no tienen la mejor asepsia, porque no recogen sus agujas jeringas, pues un montón de cosas que se envuelven ahí. (Mujer, informante clave 1, comunicación personal)

”

Problemas relacionados con el consumo, la exclusión social y la habitancia en calle

El consumo de basuco y heroína se vincula, en mayor medida, con las situaciones más visibles de exclusión social, aunque la sustancia más presente y con más problemas relacionados sea el alcohol.

De acuerdo con los datos más recientes del DANE, Medellín es una de las ciudades de Colombia que cuenta con mayor número de habitantes de calle teniendo una cifra de 6248, lo cual reporta un crecimiento exponencial, pues en 2019 se estimaba que había 3214. Medios de comunicación local como el periódico El Tiempo publicaron una nota donde Corpocentro, una entidad sin ánimo de lucro creada por la Cámara de Comercio de Medellín, la Alcaldía de Medellín y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, afirmó que en 2023 podría haber más de 8000 habitantes de calle en la ciudad (Mercado, 2023).

Así lo explica una de las informantes clave como se asocian los procesos de exclusión con el uso de drogas:

“

Si vamos a un asunto de causas de exclusión social, pues estás consumiendo marihuana, que es como la menos problemática, cierto, o más aceptada dentro del mundo de las sustancias ilegales. Viene una exclusión de la familia, un colegio que expulsa, que sanciona una comunidad que también, solo por consumir marihuana, te sancionan del colegio y es la idea de que “toque fondo para que aprenda”, ¿cierto?, que es también construcción patriarcal y un montón de cosas que están ahí arraigadas desde el castigo como forma de sanción o de reparación, donde ya empieza ese asunto de la exclusión. Sin embargo, no es la sustancia más problemática, o sea, nuestra sustancia, la sustancia de más consumo, la más problemática que tenemos es el basuco, la heroína y, en sí, benzodiazepinas, pues lo que son las pepas. Tenemos muy poco inhalantes, pues como el asunto del sacol muy poco, pero son estas 3 sustancias las primeras que generan mayor problemática, como cohesión a prevalecer en el consumo. (Mujer informante clave 1, comunicación personal)

”

Efectivamente, entre la población habitante de calle la sustancia de consumo más extendida es el alcohol, aunque también se identifica una alta prevalencia de consumo de basuco y, en menor medida, de heroína. Se identifican estos tipos de consumo más problematizados en los barrios periféricos más empobrecidos, pero sobre todo se ubica en el centro, en la Comuna 10, en el barrio de La Candelaria (Figura 3).

“

Los lugares de mayor concentración, [...] una gran parte son barrios periféricos, que yo siento que las zonas periféricas de Medellín son uno de los lugares donde se evidencia mayor vulnerabilidad, exclusión social, dificultades familiares. Que es una de las razones, haciendo un diagnóstico de género el año pasado, de por qué habitaban las calles las mujeres y los hombres, las mujeres evidencian que la mayor razón es por conflictos familiares, o sea, violencias de género, entonces que eso se ve muchísimo más en los barrios de periferia, donde también hay [...] como la posibilidad, el acceso fácil de la sustancia [...] Sin embargo, hay una mayor concentración en el centro de Medellín, Avenida de Greiff, Museo de Antioquia y Banco de la República. Donde más es la comuna 10, barrio La Candelaria, teniendo el sector de Barrio Triste, La Paz, que es el que mal se llama o mal conocido ahora como el “Bronx”, pues es como 3 cuadras a la redonda, donde sí una forma de Bronx, entonces está ahí, situado en el centro de Medellín, como en el corazón de Medellín. (Mujer informante clave 1, comunicación personal)

”

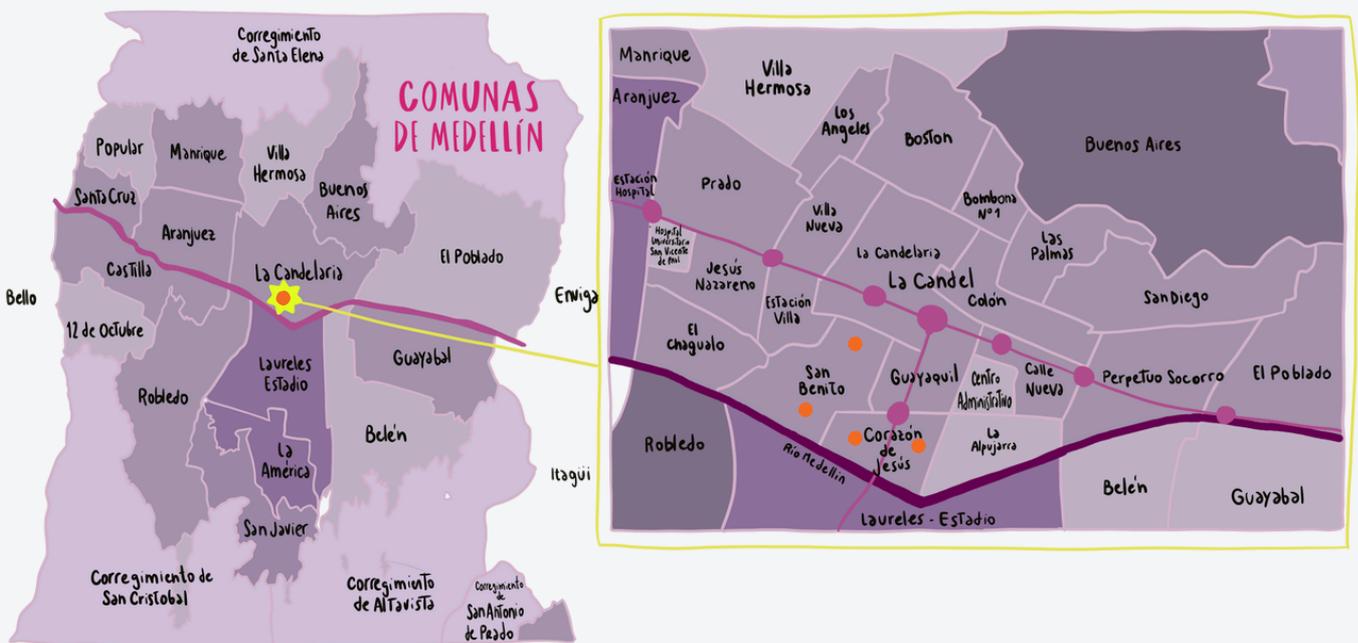


Figura 3: Mapas de las comunas de la ciudad de Medellín y de la comuna 10.

Los sectores señalados en naranja son los lugares que los participantes del proceso señalaron como sitios donde se concentra en mayor medida la población con uso de drogas que se encuentran afectadas por problemáticas asociadas al tema.

Fuente: tomado de la Alcaldía de Medellín y Wikimedia..

Cuando en los grupos focales se propuso el ejercicio de enumerar los problemas relacionados con drogas, en Medellín, se mencionó: “un problema de salud mental y pública”, “desborde de experiencias”, “problemática social y económica”, “enfermedades o temas de salud pública”, “exclusión social”, “violencias y temas de seguridad”, “problemas de grupos ilegales” y “problemáticas sociales y de empleabilidad” y algo que se da “desde el desconocimiento²”. Una de las agentes vecinales identificaba la alta presencia de personas viviendo en la calle: “Hay mucho habitante de calle” (Mujer vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Medellín, comunicación personal).

Los entrevistados identificaron claramente que la población de habitantes de calle se encuentra en constante vulnerabilidad, que sus condiciones de vida los expone a mayores riesgos para su salud física y mental, que la falta de cobijo y condiciones de higiene les incrementa el riesgo de contraer enfermedades, infecciones o afectaciones, que sobreviven constantemente a múltiples situaciones de violencia y padecen altos niveles de criminalización.

Identificación y reconocimiento de estrategias de reducción de riesgos y daños

Ante este panorama, en Medellín se han desplegado múltiples estrategias de reducción de riesgos y daños: algunas dirigidas a las poblaciones con patrones de consumo no problematizados y otras con foco en las poblaciones más vulnerabilizadas, en especial, la población inyectora habitante de calle. Como estrategia de ciudad para fomentar el uso responsable y adulto de drogas, entre 2022 y 2023, Medellín lanzó la campaña Consumos Conscientes, con el objetivo de dar información veraz sobre las sustancias psicoactivas que circulan en la ciudad y que fueron analizadas por la Universidad Nacional de Colombia y la Alcaldía de Medellín (2022), en su *Estudio de riesgo químico de sustancias psicoactivas circulantes en Medellín*.

Se desarrollaron dos congresos que citaban a la ciudadanía (especialmente, a la población joven) para escuchar y formar parte de diálogos en torno al uso de drogas en la ciudad. A su vez, estos congresos posibilitaron la divulgación de los resultados obtenidos con la intención de generar hábitos de cuidado en la ciudadanía, especialmente, en aquellos que ya se han iniciado en el consumo.

En lo que se refiere a estrategias dirigidas al consumo inyectado de sustancias, se destacan los programas de acceso a material higiénico para el consumo inyectado. Aunque la ciudad cuenta con esta estrategia, se encuentra muy poca información sobre ella en los reportes de las dependencias municipales. Encontramos que solamente se hace reconocimiento a la Secretaría de Salud Municipal de Medellín, pero no se especifican los sitios o sectores en donde se llevan a cabo estas acciones. Actores institucionales reconocieron al Hospital la María como un actor con programas de acceso a

2. Registro de Padlet durante el grupo focal realizado el 7 de febrero de 2024.

material higiénico, por lo que fue incluido como actor institucional en el presente estudio; sin embargo, no fue posible obtener información pues no se hicieron presentes en los grupos focales y respondieron el formulario de caracterización de manera incompleta aduciendo razones de confidencialidad de los datos, explicando que no podían darlos a conocer. En la revisión bibliográfica realizada no fue posible encontrar referencias a las entidades o los operadores que realizan dicha labor.

En relación con el desarrollo de estrategias de reducción de daños, identificamos 13 organizaciones y entidades que ejecutan procesos asociados, de las cuales 7 son organizaciones sociales de base comunitaria, 2 corresponden a colectivos organizados que ejecutan procesos y 4 son entes territoriales que ejecutan procesos de intervención en función de dar respuesta a las problemáticas asociadas al uso de drogas existentes en la ciudad. Estas organizaciones y entidades son:

- Corporación Surgir
- Secretaria de Salud de Medellín
- Fundación Sumapaz
- Thani Colectivo de Pacientes
- Mesa Diversa Divergeneros
- Fundación Ancla
- Everdays Holmes
- Fundación Chocolate Pa'l Compa
- Al Son de la Calle
- Centro de Atención Móvil a Drogodependientes (CAMAD) - Hospital Carisma
- Proyecto EnTerritorio - Hospital La María
- Colectiva Callejeras
- Corporación ATS - Proyecto Échele Cabeza

Las entidades de las que tenemos más información son aquellas cuyos representantes respondieron al cuestionario de caracterización, a saber: Fundación Sumapaz, el Sistema de Habitante de Calle de Medellín, la Corporación Surgir y la Empresa Social del Estado (E. S. E) Hospital La María. La mayoría de quienes suministraron respuestas se encontraban en cargos administrativos y, a su vez, desarrollaban labores de intervención directa. Ellos aportaron información relevante sobre el territorio y las poblaciones beneficiarias de los procesos.



Tanto la Corporación Surgir como el Sistema de Habitantes de Calle de Medellín identifican la reducción de riesgos y daños como sus enfoques principales. Desde una mirada integral y holística a las poblaciones más vulnerabilizadas, aplican este enfoque de manera transversal. La primera ofrece un Centro de Escucha a las personas usuarias de sustancias psicoactivas. Cuentan con proyectos de fortalecimiento a organizaciones sociales de base comunitaria, programa de fortalecimiento en competencias laborales y un programa de promotores de cultura de paz. Mencionan también un programa empresarial de formación y asesoría en prevención. Paralelamente, cuentan con programas dirigidos a la población escolar desde la prevención, pero también desde la reducción de daños. Así lo indican en su cuestionario: “programas de prevención universal, selectiva e indicada”. El Sistema de Habitantes de Calle ofrece atención psicosocial y herramientas de reducción de daños a través de sus equipos de intervención en calle. Destacan su programa de iniciación al nuevo proyecto de vida.

La Fundación Sumapaz desarrolla estrategias enfocadas en la narrativa de las personas beneficiarias donde, a través de la oralidad, las personas cuentan sus experiencias de vida, luchas y procesos. Asimismo, brindan servicios de orientación psicosocial para la población. La Fundación Sumapaz considera que su programa radial “Levanta su Voz” donde personas cuentan sus vidas, sus luchas y en el que también participan profesionales puede ser una herramienta de reducción de daños, ya que aborda, entre otras, el estigma.

El E.S.E. Hospital La María se centra en el cribado de VIH y la entrega de material higiénico a población inyectora. Entre las poblaciones consumidoras de drogas que acompaña esta institución, destacan aquellas con afecciones respiratorias derivadas del consumo de basuco, así como las que participan de su programa de tamizaje y de distribución de material higiénico para la inyección. A continuación, presentamos información detallada sobre las poblaciones acompañadas por cada organización, tal como ellas lo han indicado (tabla 2).

Nombre de la institución	Total de personas acompañadas o atendidas en procesos de reducción de daños desagregadas por género	Perfil de la población atendida por estos programas o servicios	Rango de edades	Género	¿Cuántas de las personas acompañadas o atendidas por la institución se encuentran atravesadas por problemas relacionados con el consumo de drogas?
Fundación Sumapaz	Solo en familias migrantes más de 1400	Víctimas del conflicto armado, excombatientes, trabajadoras o trabajadores sexuales, mujeres, desplazados, migrantes, habitantes de calle, familias, población LGTBIQ+, comunidad general y otro.	Menores de 18 años De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino, masculino, transgénero y no binario+	Ninguna
Sistema de Habitante de Calle de Medellín	Aproximadamente 80 por día	Habitantes de calle	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino, masculino y transgénero	Aproximadamente más de la mitad
Corporación Surgir	898 hombres 274 mujeres y 17 trans (cifras de 2023)	Víctimas del conflicto armado, mujeres, migrantes, habitantes de calle, personas con alto uso de drogas y comunidad general	Menores de 18 años De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años	Femenino, masculino y transgénero	Aproximadamente menos de la mitad
E.S.E. Hospital La María	Sin respuesta (Expresaron que no tenían permisos para compartir la información)	Trabajadoras o trabajadores sexuales, migrantes, personas con alto uso de drogas, población LGTBIQ+ y otro	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino, masculino, transgénero y no binari	Aproximadamente menos de la mitad

FUENTE: RESULTADOS DEL FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN INSTITUCIONAL. ELABORACIÓN PROPIA

Todas las organizaciones destacan que las poblaciones que acompañan están atravesadas por múltiples vectores de vulnerabilidad como ser víctimas del conflicto armado, excombatientes, personas que se dedican al trabajo sexual, personas desplazadas, personas con experiencia migratoria, mujeres sobreviviendo a violencias, habitantes de calle, familias en situación de calle, población LGTBIQ+, entre otros.

4

Según la información recolectada, dentro de los procesos de intervención que realizan estas instituciones, el alcance poblacional de la Fundación Sumapaz es de 1400 migrantes (aproximadamente), del Sistema de Habitante de Calle es de 80 personas por día, mientras que la Corporación Surgir reporta que, para 2023, brindó atención a 1189 personas.

En estas entidades prima la atención a población que se encuentra entre los 18 a más de 49 años; sin embargo, la Fundación Sumapaz reportó brindar atención a población menor de 18 años.

Frente a las características poblacionales, el Sistema de Habitante de Calle reportó que más de la mitad de las personas que atienden se encuentran atravesadas por problemáticas asociadas con el uso de drogas. El Hospital La María y la Corporación Surgir refirieron que menos de la mitad de la población atendida se encuentra atravesada por problemáticas asociadas al uso de drogas, mientras que la Fundación Sumapaz refiere que ninguna persona participante de sus proyectos tiene problemas relacionados con drogas.

Con relación al género de la población atendida, se destaca que todas las instituciones reportaron contar con personas beneficiarias de género masculino, femenino y trans, mientras que solo la Fundación Sumapaz y el Hospital La María mencionaron atender también población de género no binario.

Sobre el nivel de escolaridad de las personas beneficiarias de los procesos, se identifica que existe una diversidad significativa, dado que las instituciones refieren atender desde población que no sabe leer ni escribir, hasta población con un nivel de escolaridad universitario.

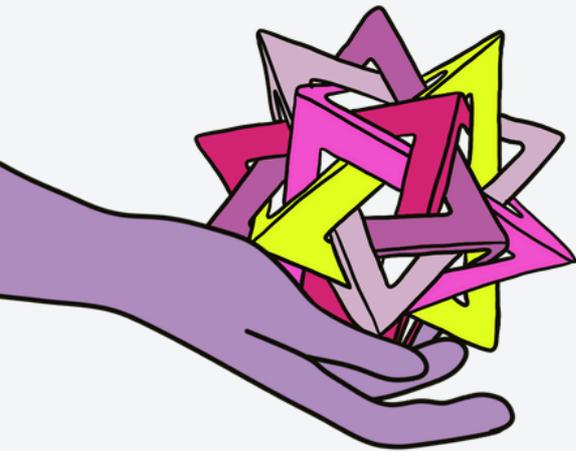
Más allá de las entidades que participaron directamente de la investigación, tanto la investigación documental como las entrevistas y los grupos focales contribuyeron a identificar otras instituciones, entidades y colectivos que, en mayor o menor medida, han contribuido también al avance de la reducción de daños en esta ciudad.

En ese sentido, durante los grupos focales de refrendación de hallazgos, pudimos hacer contacto con nuevas iniciativas comunitarias dentro de las cuales nos llamó la atención y nos pareció muy interesante el trabajo que está realizando la Colectiva Callejeras que, según su propia definición, son

“

7 mujeres de distintas disciplinas y saberes que crean un proceso popular en la calle, subvirtiendo la caridad y el asistencialismo lastimero que ha predominado en este contexto por parte de las organizaciones sociales y estatales; para ver la calle como un lugar de enunciación en el que, aun con todas las contradicciones y violencias que lo conforman, es posible la creación y el posicionamiento político propio de las experiencias vitales de quienes lo habitan. (Grey Murillo et al., s. f.)

”



Nos interesó mucho esta iniciativa, pues es la única que encontramos en este estudio con un enfoque real de género y cuyas intervenciones están enmarcadas en muchos de los valores y principios de intervención de Metzineres que han sido referenciados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) como buenas prácticas.

Este colectivo realizó un proceso de caracterización de la realidad de 32 mujeres que se enuncian desde la calle y consumen sustancias, proceso durante el cual encontraron muchas claves interesantes de las problemáticas que atraviesan; entre ellas, nos gustaría resaltar las siguientes en la tabla 3.

A continuación, enlistamos las organizaciones identificadas:

Nombre de la institución	Servicios ofertados en la ciudad
Secretaria de Salud de Medellín	Servicios de gestión y activación de rutas de atención a población vulnerable para facilitar acceso a servicios de salud.
Thani Colectivo de Pacientes	Constituido principalmente por personas usuarias de cannabis, este colectivo realiza procesos de incidencia política en función de la regulación del uso de drogas, así como venta de productos derivados del cannabis para mejorar la salud.
Mesa Diversa Divergeneros	Organización sin ánimo de lucro que realiza acciones de incidencia política, educación, visibilización e intervención con población de género diverso. De igual forma, ejecuta procesos educativos enfocados en la salud sexual y reproductiva y el empoderamiento de los derechos de la comunidad LGTBQ+.
Fundación Ancla	Brinda servicios de orientación, educación, asesoría y empoderamiento de derechos sexuales y reproductivos bajo un enfoque diferencial a población vulnerabilizada.
Everdays Holmes	Sin información específica.
Fundación Chocolate Pa'l Compa	Esta fundación desarrolla estrategias de intervención enfocadas en promover la inclusión social y la visibilización de los contextos y poblaciones más vulnerabilizadas de la ciudad. Por medio de acciones de asistencia básica como la alimentación, jornadas de salud, entrega de insumos, entre otras acciones, esta fundación brinda atención tanto a habitantes de calle como a comunidad general que habite contextos empobrecidos.
Al Son de la Calle	Sin información específica.
Centro de Atención Móvil A Drogodependientes (CAMAD) - Hospital Carisma	Como su nombre lo indica, el CAMAD brinda atención de asistencia básica en salud a personas que presentan un alto uso de drogas. Estas atenciones propician una puerta para abordar otras necesidades o problemáticas asociadas al uso de drogas por lo que constituye un medio para incidir en la generación de condiciones de vida óptimas para las personas beneficiarias.
Corporación ATS - Proyecto Échele Cabeza	Desde el proyecto Échele Cabeza, la Corporación ATS realiza acciones de incidencia política, educación, reducción de estigma y visibilización de las necesidades de la población usuaria de drogas, así como brinda servicios de análisis de sustancias tanto en festivales o eventos musicales, como a la población que puede acceder a los lugares donde se ubican.
Colectiva Callejera	La Colectiva Callejeras son 7 mujeres de distintas disciplinas y saberes que crean un proceso popular en la calle, subvirtiendo la caridad y el asistencialismo lastimero que ha predominado en este contexto por parte de las organizaciones sociales y estatales; para ver la calle como un lugar de enunciación en el que aun con todas las contradicciones y violencias que lo conforman, es posible la creación y el posicionamiento político propio de las experiencias vitales de quienes lo habitan. "Preferimos pensarnos organizativamente como una colectiva que está creando redes de cuidado para las callejeras del centro de Medellín y en esas búsquedas y sentires; vamos compartiendo la vida" (Grey Murillo et al., s. f.).

Fuente: información obtenida de las páginas web y/o de las redes sociales de las instituciones identificadas en el territorio y referencias brindadas por los informantes claves de cada territorio. Elaboración propia.

San José de Cúcuta

San José de Cúcuta, conocida como Cúcuta, es considerada una de las principales ciudades de Colombia. Es la capital del departamento del Norte de Santander, que colinda con Venezuela. Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2024), San José de Cúcuta tiene 806 378 habitantes, de los cuales 51,5% son hombres y 48,5% son mujeres. Esta población habita en una extensión de territorio de 1176 km².

La situación económica en que quedó la ciudad tras la pandemia de COVID-19 es muy grave. El año 2020 contó con el mayor número de personas desempleadas desde que se registra este indicador (Fundación Corona, 2022). La tasa de desempleo del trimestre de septiembre a noviembre de 2023 es de 11,7% (Oficina de Estudios Económicos, 2024). En 2021, el informe de pobreza monetaria en Colombia del DANE reportó que, en la ciudad, “el 49% de sus habitantes viven en pobreza monetaria y el 14% en pobreza monetaria extrema, frente a indicadores nacionales promedios del 39% y 12%, respectivamente” (Dirección General de Apoyo Fiscal, 2022).

El mismo informe evidencia que, al discriminar las características de los hogares, las mujeres son las que más se encuentran en condición de pobreza extrema estando en un porcentaje de 42,9%:

“

Por agregaciones de edad, son las personas cuya edad comprendida entre los 26 y 35 años, los que tienen el dato más pronunciado (48,3%), seguido por los de hasta 25 años (46,6%), entre 46 y 55 años (44,9%), y entre 56 y 65 años (31,3%). Las personas de más de 65 años fueron las de menor tasa de pobreza (28%). (Dirección General de Apoyo Fiscal, 2022)

”

Tránsito, experiencia migratoria y extrema vulnerabilidad

La situación migratoria en Cúcuta está determinada por la cercanía con la frontera, razón por la cual acoge gran cantidad de población venezolana. Según Migración Colombia (2023), en su informe sobre la distribución de migrantes en Colombia a agosto de 2023, alrededor de 2,8 millones de venezolanos residen en Colombia. Se estima que más de 500 000 han pasado por dicha ciudad. Se cuentan en miles quienes cruzan la frontera diariamente. Uno de los principales lugares de entrada es el Puente Internacional Simón Bolívar, pero muchas personas también lo hacen por rutas informales, lo que dificulta tener datos exactos de inmigración. Aunque muchas de estas personas están de paso, el alto

número de menores de edad matriculados en instituciones educativas sugiere que no toda la población migrante está de paso. Según datos de 2023 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, son más de 25 000 alumnos venezolanos que se encuentran matriculados en instituciones educativas en Cúcuta.

Existe una gran presencia de comercio informal de productos traídos de Venezuela. Según Fundación Corona (2022), se observa un aumento significativo en el comercio informal, con más de 20 000 vendedores ambulantes registrados, muchos de ellos migrantes venezolanos. Evidentemente, esto tiene un fuerte impacto en los servicios públicos de salud, educación y vivienda, así como la falta de programas de atención incrementa los mitos y las creencias basados en el estigma hacia la población migrante, presentándola como responsable del aumento de la criminalidad y violencia.

Son muchas las personas venezolanas que enfrentan situaciones de precariedad extrema, incluyendo falta de alimentos, vivienda y atención médica. Organizaciones de la sociedad civil tanto locales como internacionales se organizan para dar respuestas. Existen más de 50 refugios temporales y comedores comunitarios que, solo durante 2023, atendieron a más de 300 000 personas en la región de Norte de Santander.

Estas cifras ofrecen una clara visión de la magnitud del fenómeno migratorio. Es obvio su impacto en diversos aspectos de la vida en la ciudad y, en particular, en los servicios públicos sociales y de salud. Son las organizaciones de la sociedad civil las que llegan allá donde las instituciones se quedan cortas, afianzando los esfuerzos de apoyo y adaptación tanto para las poblaciones recién llegadas, como para las comunidades de acogida.

Las mujeres y personas trans enfrentan desafíos específicos y, a menudo, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad extrema. Las rutas migratorias y los asentamientos temporales presentan riesgos significativos. Están en mayor riesgo de sufrir violencia de género, incluida la violencia sexual y doméstica. Muchas tienen dificultades para acceder a servicios de salud, incluyendo atención prenatal y cuidados para enfermedades sexuales y reproductivas. Organizaciones de la sociedad civil reportan un aumento en los casos de violencia de género. En este sentido, algunas organizaciones han optado por abrir albergues exclusivos para ellas y sus hijos, además de ofrecer asesoría legal y servicios básicos y de salud.

La organización Caribe Afirmativo (2023), que trabaja en defensa de los derechos de las personas LGTBQ+, ha reportado casos de violencia y discriminación hacia personas trans en la región. Esta y otras organizaciones como Colombia Diversa han estado activamente involucradas en proporcionar apoyo a personas trans, ofreciendo servicios legales, psicológicos y de refugio. Se han creado espacios seguros y programas específicos, incluyendo acceso a tratamientos hormonales y atención médica especializada.

La Alcaldía de Cúcuta estimaba que en 2023 vivían en calle alrededor de 2360 personas, de las cuales un 60% provienen de Venezuela (Silva, 2024). Así lo explica una de las informantes clave, participantes de este estudio:

“

Cúcuta es un corredor humanitario y hay muchos migrantes (especialmente, venezolanos) que se quedan acá y quedan en habitabilidad de calle, sin el recurso económico para pagar su habitación; en algunos casos, hay mujeres u hombres que sí lo pagan. Cada día vale 10 000 pesos, una cuota así por día; entonces, los que trabajan en el día vendiendo tintos, ya sea vendiendo otras cosas, como vendedores informales, sí pueden acceder a tener una vivienda o un espacio para poder dormir; hay otras personas que no y quedan habitantes de la calle o en condición de calle. (Mujer informante clave 3, comunicación personal)

”

Aunque el número estimado que reportaba el Censo de Habitantes de la Calle 2021: Cúcuta-Norte de Santander que realizó el DANE (2021b) era mucho menor (identificó que en la ciudad había 1211 habitantes de calle), aporta datos bien relevantes. De acuerdo con este censo, el 42,1% eran procedentes de otro país, el 39,4% oriundos de Cúcuta y el 18,5% de otro municipio de Colombia. Menciona que el 96,2% de las personas entrevistadas no se identificaba con ningún grupo étnico, lo que hace pensar que son blancas, mientras que el 2,7% se identificaba como negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano y un 1,2% como indígena.

Al indagar sobre el motivo por el cual iniciaron la habitancia en calle, este reporte indica que el 27,4% de las personas entrevistadas reportaron el consumo de sustancias psicoactivas como el principal motivo, seguido de conflictos o dificultades familiares en un 24,6%, y dificultades económicas en un 21,3%. El 40,6% de las personas entrevistada lleva 5 años o más habitando la calle; el 29,6% refieren que la razón principal por la que continúan habitando la calle es por el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 24,8% refiere que continúa en la calle a causa de dificultades económicas. El 38,7% de la población entrevistada refirió no tener ningún tipo de contacto con su familia; sin embargo, el 59,3% refiere recibir ayuda de redes de apoyo de algún familiar, el 29,3% de instituciones oficiales, el 26,5% de amigos, el 14,8% de organizaciones religiosas y el 6,5% de instituciones u organizaciones privadas (DANE, 2021b). Estas personas se ubican mayoritariamente en el centro de la ciudad donde, según dicho censo, se encuentran las condiciones para subsistir en la ciudad.

El 83,6% son hombres y el 16,4% mujeres, cuyas edades están en el rango de 20 y 34 años. Aunque es cierto que el número de mujeres que se encuentra viviendo en calle es mucho menor que el de los hombres, es importante recordar que ellas articulan muchas estrategias de supervivencia con el fin de no estar en calle. En este sentido, y tal como lo explicaba uno de los informantes clave, soportan graves situaciones de violencia física y sexual, al ejercer lo que se conoce como “sexo por supervivencia”.

A pesar de no disponer de cifras exactas, detectamos un número muy elevado de personas que ejercen trabajo sexual, especialmente, mujeres y personas trans, también menores de edad. Según mencionan las organizaciones participantes de este estudio, aproximadamente el 70% serían de origen venezolano. Según Médicos del Mundo, solo un 35% de las personas que ejercen el trabajo sexual acuden a atención médica de manera regular.

Tras la presente investigación, pudimos dilucidar la estrecha relación entre la experiencia migratoria y el uso de sustancias. El estrés y trauma provocados por la separación familiar, la precariedad, la inseguridad, la incertidumbre y el hambre, entre otros factores, son sosegados por sustancias psicoactivas. Las personas jóvenes, especialmente menores no acompañadas, son particularmente vulnerables al enfrentar desafíos particulares de integración, presión de pares y falta de oportunidades educativas y laborales, mientras que la falta de documentación genera barreras de acceso a servicios sociales y de salud básicos.

Uso de drogas y problemas asociados

Los datos sobre consumo de sustancias psicoactivas en Cúcuta son muy limitados. Los datos oficiales, reportados por los entes gubernamentales municipales, no cuentan con información actualizada. Según el Ministerio de Justicia y el Derecho (2019), en el departamento de Norte de Santander, el consumo de sustancias legales está por debajo de la media nacional. El tabaco, en el último mes en el que se realizó la indagación, se encontraba en 7,9% y la prevalencia del consumo de licor en un 24,7%. Por su parte, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en este departamento se encontraba en 3,0%, por debajo de la media nacional que se encontraba en 3,4% en ese periodo temporal.

Como dato más reciente, asociado al uso de sustancias psicoactivas, se encuentra el Reporte del Instituto Departamental de Salud (IDS), realizado en el 2021, donde se registra que, en la primera semana de septiembre de dicho año, el consumo de sustancias en Norte de Santander reportó 479 casos, en consumo de bazuco y cocaína, heroína y cannabis, en un rango de edad entre los 15 y 24 años. Según este análisis, los hombres tienen mayor incidencia con el 84,96% de los casos y en mujeres de un 15,04%. El municipio más afectado ha sido Cúcuta con 392 casos, lo cual corresponde al 82% del reporte del departamento (Rojas, 2021).

Las personas participantes en el grupo focal de este territorio mencionaron la inseguridad como uno de los problemas relacionados con el consumo, entre otros problemas como de salud física y mental, violencia de género, exclusión residencial y desempleo.

“

En cuanto a las problemáticas de acuerdo con el consumo de sustancias psicoactivas en Cúcuta, encontramos falencias en lo que es salud mental, salud pública, también en cuanto a violencia basada en género; mucha inseguridad en lo que es la comuna de la zona céntrica; hay mucha inseguridad, hay mucho incremento de grupos ilegales. También hay muchas limitaciones en lo que es acceso a lugares de paso, porque en los seguimientos o acompañamientos a población habitante de calle existe esa problemática; esa se vive cada día, porque quedan a la deriva en lo que es en la noche, y en la noche hay mucha violencia, porque entre ellos se roban, entonces ahí está la problemática en lo que son lugares de paso, que es una falencia muy grande acá en Cúcuta, Norte de Santander. (Hombre informante clave 2, comunicación personal)

”

El consumo es visible en todas las zonas más precarizadas de la ciudad, siendo principalmente las comunas 1, 2, 5, 6, 8 y 9. Así lo indica una informante clave: “No está concentrado en algunos sectores, está el consumo en todas las zonas vulnerables”. (Mujer informante clave 2, comunicación personal).

COMUNAS DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA



Figura 4: Mapa de San José de Cúcuta con sus respectivas comunas.

Los sectores señalados con color naranja son los lugares que los participantes del proceso señalaron como sitios donde se concentra en mayor medida la población con uso de drogas que se encuentran afectadas por problemáticas asociadas al tema.

Fuente: tomado de Wikimedia..

Los entrevistados en este estudio nos informaron también que la población consumidora de drogas es heterogénea. “Hay mucha drogadicción, mucho habitante de calle. En donde no solo ellos son los consumidores, sino también las trabajadoras sexuales, también las personas LGTBI, los transexuales, también las personas particulares” (vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Cúcuta, comunicación personal).

Los datos epidemiológicos más recientes que se encuentran asociados a problemáticas derivadas del uso de sustancias psicoactivas en esta ciudad dan cuenta de enfermedades que, en ocasiones, derivan de prácticas de consumo. En este sentido, se encuentra que, de acuerdo con los reportes del Ministerio de Justicia y el Derecho (2022), Cúcuta era una de las que contaban con la mayor prevalencia de VIH, hepatitis B y C y sífilis entre la población que se inyectaba drogas, siendo la prevalencia del VIH del 4,6%; 69,6% para hepatitis C, y 15% de positividad para sífilis. Así lo confirman también las personas participantes del grupo focal.

Por otra parte, se identifica que, entre 2019 y 2020:

“

Fueron notificados 607 casos de tuberculosis. La edad fue estratificada por grupos, concentrando la mayoría de los eventos en el rango de 25-34 años (25,7%). La mayoría de casos de TB se presentó en hombres (68,5%), de nacionalidad colombiana (86,6%), atendidos por el régimen subsidiado de salud (52,5%). (Ruíz-Roa et al., 2022)

”

Reducción de daños y redes de apoyo

Aunque la Corporación Consentidos es la única que tiene como eje central la reducción de daños, existen otras organizaciones que, de manera directa o indirecta, contribuyen a la mejora del bienestar de las personas que usan drogas. Los programas ejecutados para abordar el uso de drogas y sus problemas relacionados que fueron identificados en el territorio son la gestión de material higiénico, la promoción de la desintoxicación por uso de sustancias, la activación de rutas de atención y los recursos para acceder diferentes servicios.

Se identificaron 17 organizaciones más:

- Corporación Consentidos
- Fundación Transformados para Transformar
- Coprodinco
- Centro Juvenil Actitud Resiliente
- Hospital Mental Rudesindo Soto
- Care Colombia



- Samaritan's Purse
- Alcaldía de Cúcuta
- Fundación El Camino
- Organización AHF
- Comfaorienté
- Centro de Atención Habitante de Calle
- IMSALUD
- Departamento Administración de Bienestar Social
- Academia de Peluquería Chipolos
- OIM
- FUNVECUC

Las dos entidades que participaron de los grupos focales y respondieron los cuestionarios son la Corporación Consentidos y la Fundación Transformados para Transformar. Ambas entidades están compuestas por equipos de trabajo pequeños. Los cargos de las personas entrevistadas se relacionan con coordinación y dirección. Destaca que, en el caso de Consentidos, han participado como informantes clave las personas líderes comunitarias y operadoras en el territorio.

Es importante aclarar que si bien el abordaje de Transformados para Transformar, según sus respuestas en el cuestionario, no se enmarca en la reducción de daños, sino que pone énfasis en buenas prácticas de tratamiento basadas en la abstinencia, sí acoge estrategias de difusión de información en jornadas de barbería y peluquería que brinda a personas habitantes de calle. También realiza pruebas de serología que les permitan identificar si tienen alguna infección o condición de salud y orienta a las personas que tienen alguna situación problemática para que se dirijan a los centros de salud más cercanos. Para las personas que se inyectan drogas, se ofrece información sobre técnicas de inyección y cómo usar la parafernalia, con el fin de minimizar los problemas asociados.

El trabajo incansable de Consentidos para seguir desplegando estrategias de reducción de daños, desde una mirada de los derechos humanos, es reconocido en todo el país. Aun así, sus programas se encuentran en permanente amenaza, llegando a tener que dejar de ofrecer entre sus servicios la distribución de material higiénico para el consumo inyectado. Así lo respondía en su cuestionario una integrante del equipo: "Tenemos el proyecto de suministro de material higiénico; sin embargo, este proyecto no se ejecuta de manera permanente por falta de financiación; sin embargo, por gestión de la Corporación, hemos podido mantener un mínimo de acciones".

La importancia de este proyecto queda muy clara al escuchar a las personas participantes:

“

La entrega de kits me parece algo muy bueno. Me gustaría que siguiera porque ese proyecto da mucha motivación y, sobre todo, porque uno siente el apoyo. Empieza uno a ver que el Estado o X entidad se empieza a preocupar por la problemática que estamos viviendo los adictos.

”

Resulta importante destacar que, además de los beneficios directamente relacionados con la reducción de daños en la inyección, las personas entienden y sienten esta oferta de material higiénico como una red de apoyo que genera vínculos con ellos y los hace sentir que son importantes para alguna parte de la sociedad.

La importancia de este proyecto también se hace evidente en el estudio realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Universidad CES (2021) sobre la prevalencia de VIH, hepatitis B, hepatitis C, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en Armenia y Cúcuta durante 2021, el cual cierra su resume con la siguiente conclusión:

“

Los resultados evidencian una alerta para la salud pública del país, pues se encontraron altas prevalencias de VIH, sífilis y hepatitis B y C en las redes de PID, corroborándola como una población clave y altamente vulnerable. Estos hallazgos enfatizan la importancia de introducir intervenciones e iniciativas de reducción de daños que tengan un alto impacto en la disminución de conductas de riesgo y mejorar las prácticas de inyección. (Ministerio de Justicia y del Derecho y Universidad CES, 2021, p. 11)

”

Además de su dispositivo comunitario Centro de Escucha en el barrio de Virgilio Barco, la Corporación Consentidos despliega múltiples acciones comunitarias en contextos de vulnerabilidad donde hay situaciones asociadas al uso de drogas dirigidas a personas que ejercen el trabajo sexual, personas con experiencia migratoria, habitantes de calles, familias, población LGTBQ+ y a la comunidad en general. También trabajan para expandir la mirada de reducción de daños a otros espacios de atención.

De la misma manera, con miras a aterrizar su enfoque de género, la Corporación Consentidos ha puesto en marcha un proyecto enfocado a brindar protección para personas víctimas de violencias basadas en género, trata y tráfico de personas, proyecto que acoge actualmente a unas 80 mujeres y personas trans mayores de edad. Así valora el acompañamiento una de las participantes (anónimas) del programa:

“

Tuve la oportunidad de conocer la Corporación Consentidos, la cual ha sido de apoyo en la parte psicosocial, porque es difícil lo que vivimos en el día a día las trabajadoras sexuales. Aparte, yo era víctima de violencia y la Corporación Consentidos ha sido de mucho apoyo en la parte psicosocial.

”

El enfoque de reducción de daños es incorporado por estas instituciones desde una perspectiva comunitaria, a través de estrategias de educación y sensibilización del uso de drogas, las cuales se desarrollan en entornos comunitarios. En vista de lo anterior, la Corporación Consentidos afirma que trabaja bajo una estrategia de mapeo de los problemas en el territorio, identificados por la misma comunidad. Este mapeo también tiene en cuenta las redes, los recursos y los servicios que dispone la comunidad para el abordaje de los problemas asociados al consumo, buscando con ello que no se cronifiquen las situaciones adversas que viven las personas.

En un contexto tan complejo y precarizado, estas iniciativas buscan atender situaciones asociadas al sufrimiento social en personas y contextos donde prevalece el uso de drogas, así como proteger víctimas de diversas violencias y de formas de explotación en contextos donde son vulnerables. En este sentido, Consentidos sigue tejiendo redes con otras iniciativas presentes en el territorio buscando con ello unir esfuerzos para el avance de estos procesos. En la tabla 4, presentamos un listado de organizaciones e instituciones que, sin aplicar necesariamente una mirada de reducción de daños, procuran reducir los impactos sociales y en la salud física, mental y emocional de las personas que usan drogas, atravesadas por múltiples situaciones de vulnerabilidad.

Nombre de la institución	Servicios ofertados en la ciudad
Corporación de Profesionales para el Desarrollo Integral Comunitario (Corpodinco)	Organización que genera alianzas y gestiones, conocimiento e innovación ofrece servicios psicosociales y educativos a y de integración comunitaria, con enfoque de género, de derechos e inclusivos, centrados en la persona.
Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Mental Rudensindo Soto	Presta servicios de atención especializada en psiquiatría y salud mental en el territorio.
Fundación Centro Juvenil Actitud Resiliente	Entidad enfocada en acciones de promoción de la vida y prevención del uso de drogas por medio de intervenciones centradas en el fortalecimiento de habilidades para la vida en población infantil y adolescente. Se centran en apoyar procesos de desintoxicación por uso de drogas en personas que habitan la calle fortaleciendo sus capacidades de gestión propia.
Care Colombia	Organización enfocada en realizar intervenciones asociadas con la radicación de la pobreza en contextos vulnerabilizados.
Samaritan's Purse	Organización cristiana de carácter internacional que busca responder a las necesidades de asistencia básica de las personas vulnerabilizadas.
Alcaldía de Cúcuta: Asuntos de diversidades	Encargados de realizar gestión, educación, orientación e intervenciones orientadas a la restitución de derechos de mujeres y población LGTBIQ+ de la ciudad.
Fundación El Camino	Espacio de atención y albergue para hombres habitantes de calle que deseen abandonar el uso de drogas. También brindan servicios de asistencia básica como alimentación y duchas.
Fundación AHF	Fundación que brinda asesorías, pruebas de detección temprana, orientación y acompañamiento en acceso a servicios para personas que viven con VIH. Esta fundación atiende población migrante, habitantes de calle, trabajadoras y trabajadores sexuales, entre otros.
Comfaorienté	Es una caja de compensación del departamento que presta servicios de salud por medio de centros médicos e infraestructura.
Centro de Atención Integral para Habitantes de Calle de Cúcuta	Es un espacio que brinda servicios de asistencia básica como camas, baños, alimentación, atención básica a necesidades de salud, entre otras cosas. Este centro cuenta con capacidad de atención para 100 y 200 beneficiarios por día. Asimismo, cuenta con un equipo interdisciplinar para responder a las necesidades psicosociales de la población habitante de calle.
Empresa Social del Estado (E.S.E.) IMSALUD	Es una entidad gubernamental que brinda atención de primer nivel a necesidades de salud.
Departamento Administrativo de Bienestar Social	Es la dependencia de la Alcaldía municipal que se encarga de realizar gestión, vigilancia de servicios, sensibilización, educación, entre otros, en temas asociados a las poblaciones vulnerables. En este caso, se acude a la dependencia que aborda los temas relacionados con población habitante de calle de la ciudad.
Academia de Peluquería Chipolos	Espacio donde brindan formación en servicios de peluquería y belleza en la ciudad. En este caso, se tiene en cuenta debido a que en medio de sus procesos formativos realizan campañas de peluquería y alimentación a población habitante de calle.
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	Organización centrada en brindar servicios de orientación, vinculación de procesos, acceso a servicios, entre otras cosas, a población migrante, cerciorándose de que las personas que se encuentran en esta condición puedan obtener respuesta a las necesidades de estancia en el país.
Fundación Venezolanos en Cúcuta (FUNVECUC)	Organización que presta servicios de asesoría y enlace a población migrante venezolana que se encuentre en Cúcuta.

Fuente: información obtenida de las páginas web y/o de las redes sociales de las instituciones identificadas en el territorio y de las referencias brindadas por los informantes claves de cada territorio. Elaboración propia.

Pereira y Dosquebradas

El área conurbada de Pereira y Dosquebradas se ubica en el centro de la región occidental de Colombia, lo cual le da una estratégica localización dentro de la zona cafetera, dado que está conectada por carretera con los centros urbanos más importantes del territorio nacional y con los medios aéreos y marítimos de comunicación internacional. Siendo la capital del departamento de Risaralda, de acuerdo con las proyecciones del DANE (2024), en 2023, Pereira contaba con 481 768 habitantes: 255 457 mujeres (53,0%) y 226 311 hombres (47,0%).

En relación con la situación socioeconómica de la ciudad, los datos reportados por el DANE (2021c) refieren a Pereira como la segunda ciudad del país con menor índice de pobreza extrema, llegando al 5,2% de pobreza extrema en los hogares conformados por hombres y el 5,8% para hogares conformados por mujeres. “Dicha brecha, al reducirse, muestra a Pereira como la tercera ciudad con menor distanciamiento del índice de pobreza extrema entre hombres y mujeres del país” (Alcaldía de Pereira, 2022).

No obstante, entre las situaciones socioeconómicas asociadas a las dinámicas de uso de drogas, se encuentra que algunas personas obtienen sustento económico a través de actividades asociadas al “rebusque” o la venta ambulante, el intercambio de sexo por dinero o por drogas, el expendio, entre otros (Fundación Salutia, 2022).

Habitabilidad de calle

Para 2021, el DANE (2021c) realizó el censo de habitantes de calle y registró que en Pereira había un total de 465 habitantes de calle, de los cuales el 91,2% son hombres y el 8,8% mujeres, que se encuentran entre los 25 y 64 años; de acuerdo con este censo, esta población se ubica en mayor medida en el centro de la ciudad debido a que ahí existen condiciones necesarias para su subsistencia.

Este mismo reporte refiere que un 92,4% de las personas entrevistadas no se identificaba con ningún grupo étnico; asimismo, un 98,4% refirió ser heterosexual, un 1,3% homosexual y un 1,3% bisexual. Al indagar sobre el motivo por el cual iniciaron la habitabilidad en calle, este reporte refiere que el 46,6% de las personas entrevistadas reportaron el consumo de sustancias psicoactivas como el principal motivo, seguido de conflictos o dificultades familiares en un 27,1%, y dificultades económicas en un 7,9% (DANE, 2021c).

Asimismo, se reporta que un 70,5% de las personas entrevistadas lleva 5 años o más habitando la calle; el 42,8% refieren que la razón principal por la que continúan habitando la calle es por el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 14,6% refiere que continúa en la calle debido a que es víctima de conflicto armado o desplazamiento forzado. El 44,7% de esta población reporta no tener ningún tipo de contacto con su familia y el 68% refiere recibir ayuda de redes de apoyo de instituciones oficiales (DANE, 2021c).

De la información proporcionada, inferimos que los habitantes de calle en Pereira son predominantemente hombres de mediana edad, concentrados en el centro de la ciudad, debido a las condiciones que facilitan su subsistencia. Los problemas asociados a las sustancias y los conflictos familiares son las principales causas que los llevan a vivir en la calle y muchos han permanecido en esta situación por largos periodos de tiempo. Además, existe una desconexión significativa con sus familias, aunque muchos reciben apoyo de instituciones oficiales. Esto destaca la necesidad urgente de intervenciones centradas en esta población que tengan en cuenta el fortalecimiento de redes de apoyo.

Uso de drogas

Frente al uso de drogas o sustancias psicoactivas, encontramos que el Ministerio de Justicia y el Derecho (2019), en su Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, si bien no desagrega datos específicos de Pereira o Dosquebradas, sí reporta datos generales del departamento de Risaralda planteando que, para 2019, la prevalencia del uso drogas lícitas como el tabaco y el licor durante el último mes previo al estudio se encontraba en 11% para la primera y en 30,8% para la segunda sustancia. Esto evidencia que el uso de estas sustancias se encuentra por encima de la media nacional, que es de 9,8% para tabaco y de 30,1% para licor.

Asimismo, este mismo estudio registró que el departamento de Risaralda tenía una prevalencia de uso de sustancias ilícitas del 6,8% en el último año previo al mismo, siendo el cannabis y la cocaína las sustancias más consumidas en el territorio (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2019).

En esta misma medida, se encuentra que, para 2022, el Departamento de Estado de Washington publicó los resultados de la Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebrada: Centro que contó con la participación de 169 358 personas que habitaban esta área conurbada. Esta encuesta evidenció que las sustancias más consumidas durante el año previo al desarrollo de la encuesta fueron alcohol, cannabis, analgésicos opioides sin prescripción, tranquilizantes sin fórmula, tusi y hongos, yagé o cacao sabanero (Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebradas, 2022).

Al indagar sobre la percepción de la situación y las problemáticas asociadas al uso de drogas en esta ciudad, uno de nuestros entrevistados describe los siguientes consumos más evidentes:



“

Bazuco, perico, que son obviamente estimulantes relacionados a la cocaína. Tusibi que son diferentes mezclas de sustancias, también estimulantes, heroína, de pronto medicamentos psiquiátricos y lo que sí hemos visto es como una práctica nueva donde se mezcla heroína y benzodiazepinas, principalmente con Coquan (Clonazepam) en gotas [...] las drogas de uso básicamente son esas: cannabis, coca u opiáceos, y en algunos casos medicamentos psiquiátricos, alguna droga de síntesis, alcohol también, pues sobre todo como el alcohol mezclado, como el alcohol etílico mezclado con jugos, esa es una práctica muy callejera. Encontramos en un tiempo inyección de alcohol, pero fueron casos muy escasos. La gente no cree que eso suceda, eso sucedió por aquí. Y bien esa es la frecuencia más o menos de consumo. (Hombre informante clave 4, comunicación personal)

”

Frente a prácticas de consumo, identificamos que esta área conurbada cuenta con un alto número de personas que se inyectan drogas, por lo que ha resultado indispensable desarrollar estrategias enfocadas en la caracterización y atención a las situaciones de riesgo que se asocian a este tipo de consumo. En esta medida, encontramos que el estudio más reciente del tema, centrado en la prevalencia de VIH, hepatitis virales y sífilis, permitió conocer que este territorio reporta el mayor uso de inhalables entre las personas que se inyectan drogas (PID), con un 72,8%, en contraste con las otras ciudades del estudio. “El inicio con marihuana se dio en promedio a los 13,2 años; con alcohol, a los 15 años; con cocaína, a los 15,5 años; con heroína, a los 18,2 años (siendo este el más temprano entre las ciudades de estudio) y con ketamina, a los 22,7 años” (Fundación Salutia, 2022, p. 76).

Asimismo, dicho estudio reporta que:

“

El 99,5% de las PID usó heroína en el último año, siendo esta la sustancia de mayor uso, por encima de la cannabis con 76,0%, el basuco con 71,3% y la metadona sin prescripción con el 54%. En el último mes, el 96% usó heroína, seguida de cannabis con un 68,3% y el basuco con un 61,4%. El uso diario se concentra en heroína entre el 80,8% de las PID, seguida muy por debajo la cannabis con el 43,4% y el basuco con 42,8%. (Fundación Salutia, 2022, p. 76)

”

Así describen una vecina de Dosquebradas y otra de Pereira la presencia del consumo en los barrios en los que se realizan las intervenciones:

“

[...] por acá son como ambulantes, pasan de un lado para el otro, no es que se queden acá o que tú digas, bueno, acá está este grupo de personas que todo el tiempo están consumiendo, que son un peligro porque no hacen más nada sino estar pendiente. No, no. He visto muchos muchachos de los que limpian los vidrios, de los carros, de los autos; también se mantienen mucho debajo del puente, que está acá sobre la avenida, y sí he visto que ahí consumen muchísimo y son chicos que a veces empiezan limpiando carros, pero tú con los días les vas viendo el deterioro, y las chicas también, hay mujeres también. (Mujer desplazada por la violencia vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Dosquebradas, comunicación personal)

Aquí consumen todos por igual, tanto hombres como mujeres y personas transgénero. Por el sector donde yo trabajo más que todo son adultos, población así de adolescentes no se ve muy común. Pero sí adultos mayores. (Mujer trans vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Pereira, comunicación personal)

”

Adicionalmente, el informante clave refiere que una de las prácticas de consumo de los menores de edad en el territorio se da asociada a la explotación laboral infantil, la cual lleva al menor de edad a hacer uso de inhalantes para así sobrellevar su realidad:

“

[...] hemos observado que, por ejemplo, sacol (pegante) es una práctica que es muy recurrente en menores de edad, que a veces están en actividades de tráfico, de trabajo sexual, de explotación sexual, sí, o de trabajo, o más bien de explotación económica, sí, de trabajo infantil. Vinculados más como a plazas de mercados o a sitios de expendio son como quienes están ejerciendo como el ejercicio de campanear, hacer mandados, en fin; pero bueno, aquí, también hay que tener en cuenta que eso, pues, es como una observación y probablemente se especule, sí, pero ese es un grupo, que digamos usa sacol. (Hombre informante clave 4, comunicación personal)

”

Por lo anterior, las necesidades percibidas por el informante clave 4 en relación con las problemáticas asociadas al consumo de drogas en el área conurbada de Pereira y Dosquebradas se centran principalmente en aquellas que afectan la calidad de vida de las personas que son y han sido vulnerabilizadas a causa del estigma y la discriminación por ser habitantes de calle o por usar sustancias psicoactivas, refiriendo en la tabla 5.

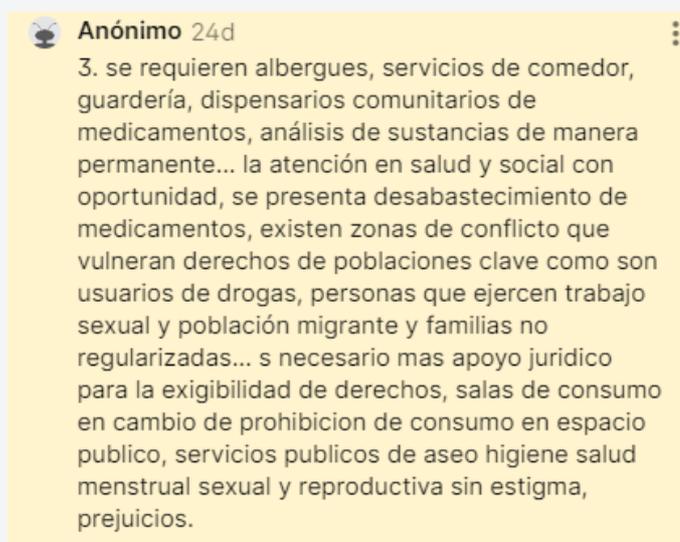


Figura 5: captura de pantalla ejercicio sobre identificación de problemáticas asociadas al consumo de drogas en ciudad de Pereira y Dosquebradas

Fuente: tomado de registro de Padlet, 14 de febrero de 2024.

Si bien dichas necesidades son evidentes dadas las barreras de acceso y los pocos recursos con los que cuentan las personas con problemáticas asociadas al uso de drogas de toda el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, de acuerdo con lo planteado por las personas que participaron del proceso de indagación en los territorios, estas necesidades se evidencian en mayor medida en los barrios Santa Mónica y sus alrededores (comuna 2 de Dosquebradas), La Cruz Roja (comuna 12 de Dosquebradas), Guadualito (comuna 8 de Dosquebradas) y las comunas Ferrocarril, Del Café y Río Otún de Pereira.

El área conurbada de Pereira y Dosquebradas resulta ser una de las áreas con mayores reportes de situaciones asociadas al uso de drogas, principalmente de drogas por vía intravenosa, encontramos los registros o datos más recientes en el estudio realizado por la Fundación Salutia (2022). De dicho estudio nos llama la atención que “el 100% de las PID en Pereira/Dosquebradas usaron heroína alguna vez en la vida, por encima de sustancias como la marihuana con 95,8%, la cocaína con 88% y el basuco con 84,5%. En estas ciudades se registra el mayor uso de inhalables con 72,8%, en contraste con las otras ciudades de estudio” (p. 76).

También llama la atención que el 80,8% de las PID hace uso diario de heroína seguida muy por debajo del cannabis con el 43,4% y el basuco con 42,8%.



Figura 6: Mapa con comunas de la ciudad de Pereira.

Los sectores señalados con color naranja son los lugares que los participantes del proceso señalaron como sitios donde se concentra en mayor medida la población con uso de drogas que se encuentran afectadas por problemáticas asociadas al tema.

Fuente: tomado de Wikimedia..

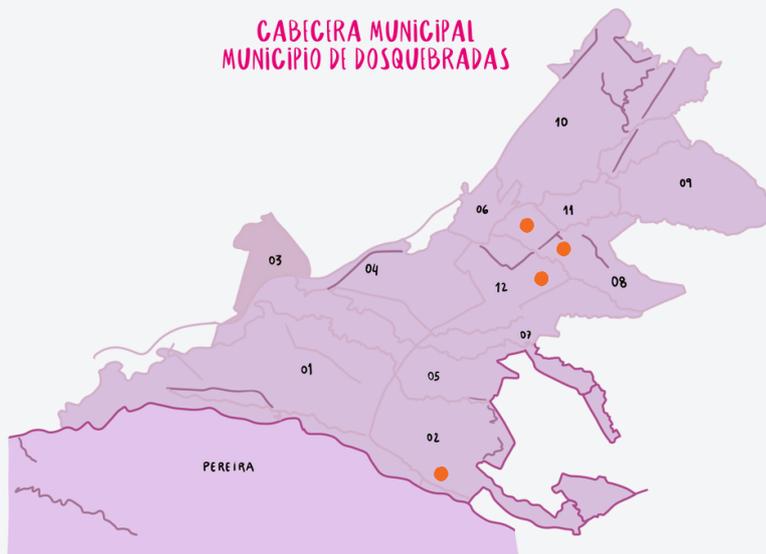


Figura 7: Mapa con comunas de la ciudad de Dosquebradas.

Los sectores señalados con color naranja son los lugares que los participantes del proceso señalaron como sitios donde se concentra en mayor medida la población con uso de drogas que se encuentran afectadas por problemáticas asociadas al tema.

Fuente: tomado de POT del departamento de Risaralda, 2001.

Panorama epidemiológico

Los datos epidemiológicos más actualizados que se asocian a problemáticas en torno al uso de drogas en la ciudad se registran en el estudio realizado por la Fundación Salutia (2022), el cual refiere que la prevalencia de VIH se encuentra en 17,6%, en 71,4% para hepatitis C, en 5,4% para hepatitis B (siendo la ciudad del estudio con mayor reactividad para este evento de salud) y en 9,0% para la sífilis.

Si bien estos reportes dan cuenta del panorama epidemiológico de la ciudad con relación a situaciones asociadas al uso de drogas vale aclarar que los datos reportados son exclusivos de la población que se inyecta drogas, por lo que no se cuentan datos que evidencien el universo poblacional de las personas que usan drogas por otras vías de consumo.

Identificación y reconocimiento de estrategias de reducción de daños en el área conurbada de Pereira y Dosquebradas

Para el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, se identificaron 10 organizaciones o entidades de las cuales 5 corresponden a proyectos o procesos adelantados por entidades territoriales o entidades de salud gubernamentales, 3 corresponden a organizaciones de base comunitaria o fundaciones y 2 a servicios de atención prestados por institución de salud privada:

- Corporación Temeride
- Secretaría de Salud de Pereira
- Secretaría de Salud Departamental de Risaralda - Comité Departamental de Drogas
- AsoUramba
- Fundación de la Salud Mental FUNDAMENTAL IPS
- Kasa Salud Mental
- Programa de Habitante de Calle
- Hospital Mental Universitario de Risaralda HOMERIS
- Fundación Cesamo IPS
- Salud Pereira

De esas 10 organizaciones identificadas, solo las siguientes 4 que se visualizan en la tabla 5, diligenciaron el formulario de caracterización institucional: Temeride, AsoUramba, Fundación de la Salud Mental FUNDAMENTAL IPS y el Programa de Habitante de Calle de la Alcaldía municipal.

De este modo, se identifica que Temeride es una organización de base comunitaria que se fundó hace 25 años, pero ejecuta labores en el territorio desde hace 18 años; AsoUramba, por su parte, se fundó en 2020 y lleva 4 años operando; el Programa de Habitante de Calle reporta haberse fundado en 2019, pero no registra tiempo de ejecución de labores; por último, la Fundación de la Salud Mental FUNDAMENTAL IPS lleva 4 meses de fundación y desarrollo de procesos en el territorio.

Nombre de la organización	Año de fundación	Años trabajando en el territorio	Valores fundamentales de la organización	Programas específicos para personas con problemas relacionados con el uso de drogas
Temeride	1999	18 años	“Respeto a la diferencia, solidaridad, justicia social”	“Dispositivo comunitario de escucha que realiza gestión del riesgo y activación de rutas para la garantía de derechos en salud y sociales en el marco de las acciones de tratamiento comunitario y trabajo de red”
AsoUramba	2020	4 años	“Cada vida vale”	“Fundaciones, IPS, EPS, centros de reposo”
Fundación de la Salud Mental FUNDAMENTAL IPS	2024	4 meses	“Humanista, ciencia, movimiento de la recuperación”	“Programa bajo umbral, RRD y alta intensidad. Abordajes en entorno domiciliario por equipo de APS”
Programa de Habitante de Calle de la Alcaldía de Pereira	2019	SIN RESPUESTA	“Dignificar, atención digna e integral”	“Articulación con los programas de secretaría de salud, psico, homeris”

Tabla 5

Fuente: información copiada textualmente de las respuestas que los representantes de las organizaciones brindaron en el Formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Como enfoque principal, estas instituciones refieren que cuentan con un énfasis marcado desde la reducción de riesgos y daños (tabla 6). Es el caso de Temeride que, a través de sus programas, busca promover la garantía de los derechos en salud. Asimismo, la Alcaldía de Pereira se propone trabajar y dignificar los derechos humanos de quienes viven en la calle mediante el Programa de Habitante de Calle. Para la organización AsoUramba, su enfoque consiste en activar las rutas correspondientes para el acompañamiento de las personas que usan drogas. Por su parte, la Fundación de la Salud Mental se ocupa de brindar atención y servicio a la salud mental a diversos grupos de personas, tales como trabajadoras sexuales, con identidades de género diversas y, en general, a toda la comunidad.

Nombre de institución	Enfoque principal	Principales áreas y proyectos de la institución	Proyectos o áreas de actuación impactan, directa o indirectamente, en las personas con problemas relacionados con el uso de drogas	Características de la población atendida por estos programas o servicios
Temeride	"Reducción de riesgo y daño"	"Áreas: Educación, investigación y acompañamiento psicosocial. Proyectos: dispositivos comunitarios, trabajo de pares, promoción y prevención en salud"	"Promoción y prevención en salud, incidencia para la garantía de derechos. Trabajo en red"	Trabajadoras o trabajadores sexuales, desplazados, habitantes de calle, personas con alto uso de drogas y población LGTBQ+
AsoUramba	"Activación de rutas, acompañamiento individual y colectivo"	"Prevención, articulación, acompañamiento y formación"	SIN RESPUESTA	Habitantes de calle, personas con alto uso de drogas, familias y comunidad general
Fundación de la Salud Mental FUNDAMENTAL IPS	"Servicio de salud mental desde APS"	"Tratamiento integral de TUS, ciencia de la prevención. Modelos de atención basada en evidencia"	"Consulta, asesoría en temas de TUS. Investigación en campos de política pública y el impacto de SPA en niños relacionados con el entorno educativo"	Trabajadoras o trabajadores sexuales, desplazados, habitantes de calle, personas con alto uso de drogas, familias, población LGTBQ+ y comunidad general
Programa de Habitante de Calle – Alcaldía de Pereira	"Dignificar y velar por la garantía de los derechos de la población que habita en calle"	"Atención integral y dignificación"	"Atención integral en salud, salud mental, educación, capacitación para el empleo y emprendimiento"	Habitantes de calle

Tabla 6

Fuente: tomado de los formularios de caracterización institucional. Elaboración propia.

En lo que se refiere al número de las personas atendidas en los procesos de reducción de riesgos y daños, 2 de las instituciones cuentan con más de 1000 personas activas en sus iniciativas; específicamente, Temeride acompaña 1300 y AsoUramba 1164. Desde luego, la Fundación de la Salud Mental brinda atención a un grupo con una cantidad menor de personas: 3 mujeres, 1 mujer trans y 5 hombres.

En las organizaciones presentes en Pereira que intervienen en problemas asociados al uso de drogas, más de la mitad de las personas intervenidas cuentan con problemas de consumo. Las personas de género masculino acompañadas están presentes en todas las instituciones, mayoritariamente en AsoUramba, pues solo hay presencia de personas de este género.

En lo que concierne a las edades, 2 instituciones abordan personas mayores de edad, mientras que otras 2 trabajan con personas menores de 18 años. La mayoría acompañan a personas que superan los 49 años, exceptuando la Fundación de la Salud Mental, que cuenta con un grupo de jóvenes y adultos-jóvenes (tabla 7).

Nombre de institución	Total, de personas acompañadas/ atendidas en procesos de reducción de daños desagregadas por género	Rango de edades	Género	Nivel de educación (puede seleccionar múltiples respuestas)	¿Cuántas de las personas acompañadas o atendidas por la institución se encuentran atravesadas por problemas relacionados con el consumo de drogas?
Temeride	130085% hombres 15% mujeres	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino Masculino Transgénero	<ul style="list-style-type: none"> No sabe leer ni escribir No estudió nunca, pero sabe leer y escribir Primaria completa Primaria incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Universitario 	Aproximadamente más de la mitad
AsoUramba	1164	Menores de 18 años De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Masculino	<ul style="list-style-type: none"> No sabe leer ni escribir No estudió nunca, pero sabe leer y escribir Primaria completa Primaria incompleta Bachillerato completo Bachillerato incompleto Universitario 	Aproximadamente más de la mitad
Fundación de la Salud Mental – FUNDAMENTAL IPS	3 mujeres1 mujer trans5 hombres	Menores de 18 años De 18 a 28 años De 29 a 38 años	Femenino Masculino Transgénero No binario Otro	<ul style="list-style-type: none"> Otro 	Aproximadamente más de la mitad
Programa de Habitante de Calle – Alcaldía de Pereira	SIN RESPUESTA	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino Masculino Transgénero	<ul style="list-style-type: none"> No sabe leer ni escribir No estudió nunca, pero sabe ler y escribir Primaria incompleta Bachillerato incompleto Universitario 	Aproximadamente más de la mitad

Tabla 7

Fuente: tomado de los formularios de caracterización institucional. Elaboración propia.

Reducción de daños y otras estrategias

Según el presente estudio, las instituciones participantes en Pereira y Dosquebradas incorporan el enfoque de reducción de daños a través de programas elaborados con el fin de brindar acompañamiento psicosocial a grupos vulnerables como habitantes de calle y personas que usan drogas. También se mencionan otras estrategias para lograr mitigar los daños, como es el de acercarse a la comunidad y a las instituciones educativas, con el fin de hacer un ejercicio pedagógico de los usos y excesos frente al consumo y a la prevención de enfermedades.

Para algunas organizaciones, es importante incorporar estrategias de intervención desde una mirada horizontal, por lo cual promueven el trabajo de pares y en red, para garantizar los derechos de las personas que usan drogas, su acceso a medicamentos y su adherencia a tratamiento. En cierta medida, estas estrategias están pensadas no solamente en abordar problemas asociados a la salud pública, sino en intervenir en aspectos de diversa índole de la vida de las personas usuarias de drogas, como lo es su alimentación, vivienda, empleo y sociabilidad.

Pereira es una de las ciudades priorizadas dentro de los reportes y procesos de intervención asociadas al uso de sustancias psicoactivas por parte del Gobierno nacional y la cooperación internacional, pues diversos estudios muestran que es un territorio que concentra la mayor cantidad de personas que se inyectan drogas, lo que aparece en proporción con la prevalencia de VIH y hepatitis C. Esto genera una alerta constante a la salud pública. Esta priorización a nivel nacional e internacional ha posibilitado el desarrollo de acciones y procesos enfocados en la atención a problemáticas asociadas con dicha situación; sin embargo, las organizaciones que llevan a cabo programas en el territorio identifican dificultades para la ejecución permanente de dichos procesos, según cuenta el informante clave de este territorio:

“

[...] hemos observado que, por ejemplo, sacol (pegante) es una práctica que es muy recurrente en menores de edad, que a veces están en actividades de tráfico, de trabajo sexual, de explotación sexual, sí, o de trabajo, o más bien de explotación económica, sí, de trabajo infantil. Vinculados más como a plazas de mercados o a sitios de expendio son como quienes están ejerciendo como el ejercicio de campanear, hacer mandados, en fin; pero bueno, aquí, también hay que tener en cuenta que eso, pues, es como una observación y probablemente se especule, sí, pero ese es un grupo, que digamos usa sacol. (Hombre informante clave 4, comunicación personal)

”

En la tabla 8, se encuentra el listado de otras instituciones que brindan servicios asociados a la reducción de daños desde una perspectiva de amplio espectro en la ciudad. Llama la atención que, aunque ha sido reconocido por nosotras el programa EnTerritorio de Fondo Mundial, ninguno de los actores institucionales locales, ni ninguno de los entrevistados lo mencionaron específicamente.

Nombre de la institución	Servicios ofertados en la ciudad
Secretaría de Salud de Pereira – Área de salud mental: Referente de SPA	Encargada de diseño, supervisión e implementación de procesos enfocados en abordar situaciones asociadas al uso de drogas a través de estrategias que involucran instituciones privadas, del tercer sector y comunidad en general.
Secretaría de Salud Departamental de Risaralda – Comité municipal de drogas	Ente encargado de realizar veeduría, seguimiento y acompañamiento a procesos de intervención al consumo de drogas desarrollados en el territorio.
Kasa Salud Mental	Institución privada que brinda servicios de atención en salud mental y psiquiatría.
Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Mental Universitario de Risaralda	Entidad de salud encargada de prestar servicios médicos y psiquiátricos a la población de Risaralda. Uno de sus servicios destacados es el programa CADRI (Centro de Atención a la Drogadicción de Risaralda), el cual se constituye como una alternativa eficiente al tratamiento ambulatorio para personas con uso dependiente a las drogas, contando con especial énfasis en población usuaria de heroína.
Fundación Cesamo IPS	Entidad sin ánimo de lucro que presta servicios de educación y salud mental a las personas por curso de vida.
Empresa Social del Estado (E.S.E.) Salud Pereira	Entidad presentadora de servicios de salud de primer y segundo nivel en la ciudad de Pereira.

Tabla 8

Fuente: información obtenida de las páginas web y/o de las redes sociales de las instituciones identificadas en el territorio y referencias brindadas por los informantes claves de cada territorio. Elaboración propia.

Armenia

Contexto territorial

Localizada en la parte centro-occidental del país, al lado occidental de la cordillera central y siendo la capital del departamento del Quindío, Armenia cuenta con una extensión territorial de 121 km² y 307 886 habitantes, según las proyecciones del DANE (2024).

Uso de drogas

De acuerdo con los reportes del Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2019), el Quindío es un departamento que cuenta con altos índices de uso de drogas, tanto legales como ilegales. Para el caso de las legales, si bien el estudio no reporta datos relacionados con Armenia particularmente, sí reporta que, en el último mes previo al estudio, el consumo de licor en el Quindío se encontraba en una prevalencia del 26,4%, por debajo de la media nacional que se reportaba en 30,1%, así como el consumo de tabaco, en el último mes previo a la indagación, se encontraba con una prevalencia del 8,9%, también por debajo de la media nacional, que era de 9,8%.

Frente al consumo de sustancias ilícitas, el Quindío reportó un 5,9% de prevalencia en el último año previo al desarrollo del estudio. El consumo de cannabis, en el último año antes del estudio, fue de 5,4%, por encima de la media nacional, que se encontraba en 2,7%. En el caso de la cocaína, la prevalencia del consumo durante el último año antes del estudio fue de 0,6%, estando a la par de la media nacional (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2019). Nos llamó la atención que, según la Fundación Salutia (2022), para el caso de Armenia, la edad mínima de consumo de sustancias como el cannabis, la cocaína y los inhalables es de 7 años.

En concordancia con esto, la informante clave 5 refiere: “El consumo recreativo, mucho de marihuana, marihuana es la sustancia predominante en cuanto a consumo recreativo y obviamente el licor; no, pues, el licor, el licor es el principal” (Mujer informante clave 5, comunicación personal).

Respondiendo a la pregunta ¿cómo describe el uso de drogas en su ciudad?, la informante clave mencionó:

“

Armenia hace parte de los departamentos más pequeños de Colombia, entonces, obviamente por densidad poblacional, eso dispara las cifras impresionante. Armenia no es una ciudad tan rumbera como lo es Medellín, ni es tan sexualizada, pero sí hay mucho turismo y al ser una ciudad tan turística o un departamento más bien turístico, obviamente eso nos ha acarreado otras problemáticas como son el consumo de sustancias y prostitución, pero la prostitución es en fincas, o sea diferente a como en otros lugares, es en lugares o fincas de descanso, retirados. Digamos que, en la ciudad, se queda todo como a puerta cerrada, no es visible; sabemos que existe, pero no es nada visible. El consumo está sectorizado, sí; en algunos sectores, es marihuana; en otros, basucos; en otra, heroína; pero también se repite mucho el hecho de consumir heroína, consumir bazuco, consumir marihuana. Anfetamina, benzodiazepinas y demás no es muy común. No tenemos opiáceos sintéticos, tampoco. La heroína es inyectada, aunque ha mermado un poco o, bueno, no sé, no sé si ha mermado o han migrado, ¿no? También podríamos pensar que de pronto es que ellos han migrado. Pero eso es como lo característico que se ve acá; como le digo, es una ciudad muy pequeña y tiene un consumo de los más altos del país. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

”

Añadiendo que:

“

Armenia es una ciudad de tránsito que queda muy en el centro hacia el Valle, hacia el sur, hacia la zona céntrica del país. Entonces, ese ser el centro, pues hace que obviamente seamos mucho más vulnerables frente al consumo y a la llegada de consumidores. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

”

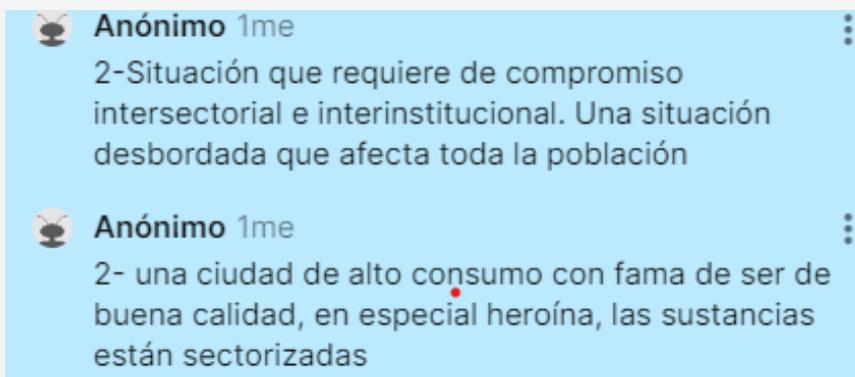


Figura 8: Captura de pantalla ejercicio sobre identificación de problemáticas asociadas al consumo de drogas en Armenia

Fuente: tomado del registro de Padlet, 7 de febrero de 2024

En relación con la ubicación o a la posible sectorización del uso de drogas en la ciudad, la informante comentó que:

“

[...] en cuanto a las comunas, Armenia hagan de cuenta una mano, entonces en los espacios que tenemos entre los dedos, así es Armenia tiene está lleno de guaduales de cañadas con guaduales y, obviamente, por eso pongo las 10 comunas; en Armenia tiene 10 comunas en un corregimiento, pero en todas las comunas hay ollas, no está aquí centralizado, digamos que, en un único sector, sino que hay ollas en todas partes y a eso llevaba también lo que hablaba ahora de que se ha desbordado. Entonces, no puedo decir es que solamente en 'x' comuna es donde se presenta el consumo, la situación, porque es en todas muy visible. En la parte céntrica de la ciudad, que es donde está la Alcaldía, donde está el centro administrativo, donde está el Consejo, donde está la Iglesia, donde está todo ahí mismo en la plazoleta, pues está el expendio, está el consumo, además que ha sido un sitio tradicional donde los campesinos vienen a, ay cómo se dice, a nutrirse o a comprar los víveres para el fin de semana o vienen de las fincas a buscar recolectores, a buscar personas para que vayan a trabajar y, además, pues, obviamente, cuando bajan del pueblo a la ciudad, pues vienen también a buscar diversión con las trabajadoras sexuales y todo ello está concentrado en el centro de la ciudad y es mucho más visible, no queriendo decir que sea el sitio donde más se consume, sino que es lo que más se puede visualizar. Tanto así que ya tenemos una calle que le dicen la calle del cartucho, que está donde encontramos el consumo en calle, inyectándose en calle, delante de todos. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

”



Figura 9: Mapa con comunas de la ciudad de Armenia

Los sectores señalados con color naranja son los lugares que los participantes del proceso indicaron como sitios donde se concentra en mayor medida la población con uso de drogas que se encuentran afectadas por problemáticas asociadas al tema.

Fuente: tomado de Wikimedia.

De este modo, la informante clave referenció como problemáticas percibidas y asociadas al uso de drogas la inseguridad, los problemas de salud pública, los problemas de orden público, la problemática ambiental, el incremento del policonsumo, el microtráfico, la patología dual, la reducción de años de vida útil, los problemas económicos y sociales y el desempleo (figura 9).

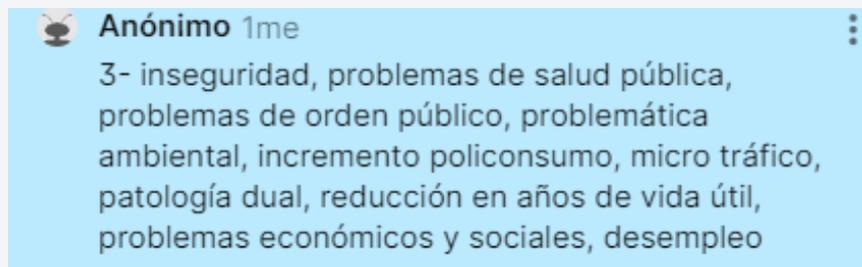


Figura 9: Captura de pantalla ejercicio sobre identificación de problemáticas asociadas al consumo de drogas en Armenia

Fuente: tomado del registro de Padlet, 7 de febrero de 2024

Por lo anterior, la informante clave refiere:

“

[...] todo lo que tiene que ver con problemas de salud pública relacionadas con enfermedades, incremento de problemáticas asociadas a patología dual y además que, pues, estamos en una zona que por sus genes es muy dependiente y además muy depresiva, entonces obviamente eso asociado a la sustancia, hace que se exacerben los síntomas. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

”

En concordancia con estas problemáticas asociadas al uso de drogas que son percibidas por la informante clave, se encuentra el establecimiento de actores del narcotráfico en el territorio que inciden en la conformación de diversos grupos armados con intenciones de dominar el territorio en lo relacionado con la venta de drogas. En palabras de la informante:

“

[...] para ubicarlos un poco geográficamente, Armenia está ubicada en el centro del país y eso es, pues es turístico y de tránsito para las diferentes zonas. Ello ha permeado en que además se ha llamado el Edén de Colombia o el Edén tropical, entonces aquí, aparentemente, pues vivimos muy bueno, muy chévere, pero eso ha traído que muchos narcotraficantes que vivan en esta región y estén implementando sus, ¿cómo se dice?, sus oficinas, sus centros de delincuencia en el departamento, lo que ha llevado a que el microtráfico se incremente, y algo que anteriormente no existía, que eran las bandas Clan del Golfo, la de Urbana... Bueno, todos ellos están empezando a llegar al territorio aun siendo tan pequeño, pues es algo de lo que se ha venido incrementando. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

”

Estas situaciones traen al análisis la importancia y la necesidad de desarrollar estrategias efectivas que busquen mitigar las problemáticas derivadas de las dinámicas de tráfico, expendio y dominio de territorio.

Panorama epidemiológico

En relación con el panorama epidemiológico de la ciudad, asociado con el uso de drogas, encontramos las cifras reportadas por el estudio de prevalencias que realizó el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Universidad CES (2021), el cual evidencia que, para 2021, la prevalencia del VIH entre la población usuaria de drogas inyectables de Armenia era del 6%; la prevalencia de la hepatitis C fue de 69,6%; y de sífilis, de 16,6%, siendo el lugar que contaba con mayor positividad del evento en salud dentro de las ciudades en las que se efectuó la investigación.

Vale aclarar que los datos anteriormente reportados solo brindan cifras de población usuaria de drogas por vía intravenosa y no del universo de personas que tienen uso de drogas por otras vías de consumo.

Situación socioeconómica

Según los registros del Plan de Empleo Municipal de Armenia, así como se presenta disminución de la tasa de desempleo en los últimos años, existen algunos factores que inciden en la perpetuación de dicha problemática como la poca estabilidad de los ocupados, la falta de calidad del empleo, la falta de oportunidades laborales para su población y, en especial, para los que tienen una formación de educación media o superior, entre otros (Secretaría de Desarrollo Económico de Armenia, s. f.).

En relación con lo anterior, la informante clave de la ciudad nos cuenta: “Armenia viene hace muchos años punteando como una de las ciudades con mayor desempleo en el país, no tenemos industrias, no tenemos muchos incentivos para los empresarios, entonces, eso incrementa mucho más la problemática del desempleo” (Mujer informante clave 5, comunicación personal).

De igual forma, se identifica que el Quindío, para 2020, se reportó como el departamento con el segundo puesto de mayor tasa de desempleo entre sus pobladores. De acuerdo con los datos reportados por la Secretaría de Desarrollo Económico de Armenia (s. f.), esta situación se agudizó con la pandemia de COVID-19. Por consiguiente, asociado con los niveles de ingresos de la población, el número de personas en condición de pobreza extrema para esta ciudad fue de 24 176 para 2022.

Habitabilidad de calle

En el censo de habitantes de calle, el DANE (2021a) registró 843 habitantes de calle en Armenia, de los cuales el 91,2% eran hombres y el 8,8% mujeres, omitiendo información de personas de género no binario, trans o fluido. Las edades de estas personas se encontraban entre 25 y 39 años y el 59,5% de los entrevistados eran oriundos de ciudades o departamentos diferentes a Armenia.

De igual forma, este censo menciona que el 98,1% de las personas entrevistadas no se identificaba con ningún grupo étnico; 83,3% refirió ser heterosexual, un 1,3% homosexual y un 1,3% bisexual. Al indagar sobre el motivo por el cual iniciaron la habitabilidad en calle, este indica que el 45,4% de las personas entrevistadas reportaron el consumo de sustancias psicoactivas como el principal motivo, seguido de conflictos o dificultades familiares en un 18,2% y dificultades económicas en un 10,1% (DANE, 2021a).

En Armenia, el 70,2% de las personas entrevistadas lleva 5 años o más habitando la calle; el 45,1% refieren que la razón principal por la que continúan habitando la calle es por el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 12,6% refiere que continúa en la calle a causa de dificultades económicas. Aunque el 44,8% de esta población reporta no tener ningún tipo de contacto con su familia, el 44,5% afirma recibir ayuda de redes de apoyo de algún familiar, el 30% de instituciones oficiales y el 18,6% de organizaciones religiosas (DANE, 2021).

Identificación y reconocimiento de estrategias de reducción de daños en Armenia

La red institucional más sólida del país en programas de mantenimiento con metadona está en Armenia, en donde se encuentran la Clínica El Prado, el Hospital Mental de Filandia y Red Salud; sin embargo, durante el presente estudio, ninguna de las personas que fueron consultadas hizo referencia a dichos programas como una estrategia de reducción del daño. Consideramos que los actores consultados no los mencionaron debido al enfoque medicalizado y de abordaje en salud mental; en consecuencia, se dejaron por fuera del presente estudio. También pudimos constatar que todas las acciones asociadas a tratamientos son referenciadas como realizadas por la Alcaldía. Las personas usuarias de sustancias como los actores vecinales no reconocen quién hace exactamente la intervención y se refieren a los profesionales de la salud como personas de la Alcaldía. Consideramos que es importante profundizar en ello en un estudio posterior.

La indagación por estrategias de reducción de daños en Armenia permitió identificar 6 organizaciones, de las cuales 4 son organizaciones de base comunitaria o fundaciones, y 2 corresponden a procesos o proyectos ejecutados por entes territoriales. Estos son:

- Fundación Alpharero
- Secretaría de Salud Departamental
- Secretaría de Salud de Armenia
- Kasa Salud Mental
- Fundación Familiar Faro
- Colectivo Pintando Diversidad

De igual forma, este censo menciona que el 98,1% de las personas entrevistadas no se identificaba con ningún grupo étnico; 83,3% refirió ser heterosexual, un 1,3% homosexual y un 1,3% bisexual. Al indagar sobre el motivo por el cual iniciaron la habitabilidad en calle, este indica que el 45,4% de las personas entrevistadas reportaron el consumo de sustancias psicoactivas como el principal motivo, seguido de conflictos o dificultades familiares en un 18,2% y dificultades económicas en un 10,1% (DANE, 2021a).

En Armenia, el 70,2% de las personas entrevistadas lleva 5 años o más habitando la calle; el 45,1% refieren que la razón principal por la que continúan habitando la calle es por el consumo de sustancias psicoactivas, mientras que el 12,6% refiere que continúa en la calle a causa de dificultades económicas. Aunque el 44,8% de esta población reporta no tener ningún tipo de contacto con su familia, el 44,5% afirma recibir ayuda de redes de apoyo de algún familiar, el 30% de instituciones oficiales y el 18,6% de organizaciones religiosas (DANE, 2021).

Identificación y reconocimiento de estrategias de reducción de daños en Armenia

La red institucional más sólida del país en programas de mantenimiento con metadona está en Armenia, en donde se encuentran la Clínica El Prado, el Hospital Mental de Filandia y Red Salud; sin embargo, durante el presente estudio, ninguna de las personas que fueron consultadas hizo referencia a dichos programas como una estrategia de reducción del daño. Consideramos que los actores consultados no los mencionaron debido al enfoque medicalizado y de abordaje en salud mental; en consecuencia, se dejaron por fuera del presente estudio. También pudimos constatar que todas las acciones asociadas a tratamientos son referenciadas como realizadas por la Alcaldía. Las personas usuarias de sustancias como los actores vecinales no reconocen quién hace exactamente la intervención y se refieren a los profesionales de la salud como personas de la Alcaldía. Consideramos que es importante profundizar en ello en un estudio posterior.

La indagación por estrategias de reducción de daños en Armenia permitió identificar 6 organizaciones, de las cuales 4 son organizaciones de base comunitaria o fundaciones, y 2 corresponden a procesos o proyectos ejecutados por entes territoriales. Estos son:

- Fundación Alpharero
- Secretaría de Salud Departamental
- Secretaría de Salud de Armenia
- Kasa Salud Mental
- Fundación Familiar Faro
- Colectivo Pintando Diversidad

De estas organizaciones, 2 diligenciaron el formulario de caracterización: la Fundación Alfarero y la Secretaría de Salud Municipal desde el Centro de Escucha. Ambos ampliaron y detallaron información relacionada con el abordaje de las problemáticas asociadas al consumo de drogas que ejecutan.

Los representantes de Alfarero y la Secretaría de Salud Municipal describen tener una vinculación significativa en términos de tiempo, con 12 y 2 años de experiencia, respectivamente. Ambas instituciones han asistido a personas usuarias de drogas por más de 10 años, siendo la Secretaría más antigua con 19 años y la Fundación con 10 años. Alfarero tiene 2 personas en cargos directivos y administrativos, mientras que la Secretaría cuenta con 20 personas. En ambos casos, hay inclusión de mujeres y personas con identidades de género diversas (tabla 9).

Nombre de la organización	Año de fundación	Años trabajado en el territorio	Valores fundamentales de la organización	Programas específicos para personas con problemas relacionados con el uso de drogas
Fundación Alfarero	2014	10 años	"Respeto-integridad-inclusión"	No cuentan con programas específicos para esta población
Centro de Escucha – Secretaría de salud municipal	2005	19 años	Sin respuesta	"Psicología en fundaciones"

Tabla 9

Fuente: información entre comillas copiada textualmente de las respuestas que los representantes de las organizaciones brindaron en el formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Estas instituciones tienen como principal objetivo mitigar los riesgos y daños asociados al uso de las drogas, enfatizando en prácticas riesgosas para la salud, como compartir jeringas y prevenir infecciones adquiridas por el uso inadecuado de las jeringas. Las dos instituciones se proponen intervenir desde proyectos de escucha activa a diferentes grupos poblacionales, entre los que se encuentran víctimas del conflicto armado, trabajadoras sexuales, habitantes de calle, migrantes, población LGTBIQ+, entre otros que se visualizan en la tabla 10.

Nombre de institución	Enfoque principal	Principales áreas y proyectos de la institución	Proyectos o áreas de actuación que impactan, directa o indirectamente, en las personas con problemas relacionados con el uso de drogas	Características de la población atendida por estos programas o servicios
Fundación Alpharero	"Reducción de riesgos y daños- prevención"	"RRDD - Proyectos Centro de Escucha"	"RRDD- prevención"	Trabajadoras o trabajadores sexuales, mujeres, desplazados, habitantes de calle, familias, población LGTBIQ+ y comunidad general
Centro de Escucha – Secretaría de salud municipal	"Disminuir los riesgos y daños al compartir jeringas usadas transmitiendo enfermedades"	"Escucha activa, consejería"	"Escucha activa"	Víctimas del conflicto armado, trabajadoras o trabajadores sexuales, mujeres, migrantes, habitantes de calle, personas con alto uso de drogas y población LGTBIQ+

Tabla 10

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

En cuanto al número de personas acompañadas en los procesos de reducción de daños, la Fundación reportó atención a 33 personas de diferentes géneros en programas de salud y un total de 139 personas en el Centro de Escucha (tabla 11). Actualmente, la Fundación Alpharero cuenta con la participación de 20 mujeres vinculadas en los procesos.

Nombre de institución	Total de personas acompañadas/ atendidas en procesos de reducción de daños desagregadas por género	Rango de edades	Género	Nivel de educación (puede seleccionar múltiples respuestas)	¿Cuántas de las personas acompañadas o atendidas por la institución se encuentran atravesadas por problemas relacionados con el consumo de drogas?
Fundación Alfarero	20 mujeres 10 trans 3 hombres	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino Masculino Transgénero	<ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer ni escribir • No estudió nunca, pero sabe leer y escribir • Primaria completa • Primaria incompleta • Bachillerato completo • Bachillerato incompleto 	Aproximadamente la mitad
Centro de Escucha – Secretaría de salud municipal	100 hombres 38 mujeres 1 gay	De 18 a 28 años De 29 a 38 años De 39 a 48 años Más de 49 años	Femenino Masculino	<ul style="list-style-type: none"> • No sabe leer ni escribir • No estudió nunca, pero sabe leer y escribir • Primaria completa • Primaria incompleta • Bachillerato completo • Bachillerato incompleto • Universitario 	Aproximadamente más de la mitad

Tabla 11

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Reducción de daños y otras estrategias

En relación con las formas de incorporar la reducción de daños, la Fundación Alfarero lo hace de forma específica en los estatutos y prácticas de intervención social. Desde el Centro de Escucha de la Secretaría de Salud refieren incorporarlo a través de la escucha activa.

En relación con las estrategias, la Fundación Alfarero refiere el desarrollo de programas de intervención, proyectos de emprendimientos, entre otras acciones que se encuentran atravesadas por este enfoque, en tanto el Centro de Escucha de la Secretaría de Salud reporta la ejecución de intercambio de jeringuillas “según el retorno”. En la tabla 12, presentamos el listado de otras instituciones que brindan servicios asociados a la reducción de daños desde una perspectiva de amplio espectro en Armenia.

Nombre de la institución	Servicios ofertados en la ciudad
Secretaría de Salud Departamental de Risaralda – Comité Municipal de Drogas	Encargado de realizar veeduría, seguimiento y acompañamiento a procesos de intervención al consumo de drogas desarrollados en el territorio.
Fundación Familiar Faro	Organización que presta servicios de atención a personas con consumo dependiente de drogas bajo el enfoque de comunidad terapéutica. Los servicios se encuentran orientados a familias, individuos y comunidades.
Secretaría de Salud de Pereira – Área de salud mental: Referente de SPA	Encargada de diseño, supervisión e implementación de procesos enfocados en abordar situaciones asociadas al uso de drogas a través de estrategias que involucran instituciones privadas, del tercer sector y comunidad en general.
Colectivo Pintando diversidad	Sin información específica.
Kasa Salud Mental	Institución privada que brinda servicios de atención en salud mental y psiquiatría.

Tabla 12

Fuente: información obtenida de las páginas web y/o de las redes sociales de las instituciones identificadas en el territorio y referencias brindadas por los informantes claves de cada territorio. Elaboración propia.

RETOS Y FORTALEZAS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN LAS CIUDADES PRIORIZADAS

Medellín, Cúcuta, Pereira, Dosquebradas y Armenia enfrentan retos particulares y le dan respuesta de manera diversa. Llegar a abarcar toda la amplia complejidad y heterogeneidad de las respuestas de reducción de daños a los problemas relacionados con drogas, así como su articulación con redes de atención y acompañamiento, formales e informales, requeriría de un profundo estudio en cada uno de los territorios priorizados.

Esta investigación pretende aportar información general que, reconociendo y reparando en sus sesgos, puede contribuir de manera muy valiosa a identificar las principales iniciativas, articuladas para dar respuesta a las múltiples situaciones de vulnerabilidad de las personas que usan drogas, en cada una de las ciudades priorizadas. En este capítulo, se busca identificar aquellos elementos, retos y fortalezas que son transversales a cada uno de los territorios.³

Sin embargo, es importante mencionar que este estudio presenta una limitación importante al no haber referenciado algunas iniciativas de larga data que operan en el territorio, las cuales no fueron mencionadas por los actores participantes. Un ejemplo notable es la ausencia de referencias a los programas de reducción de daños que implementa ENTerritorio en varias ciudades, financiados por el Fondo Mundial. Estos programas son los de mayor escala, sostenibilidad y, presumiblemente, impacto en el país; no obstante, solo se menciona el caso de Medellín, y sin aportar datos. De igual manera, la red de atención en Armenia, la cual cuenta con programas de sustitución de metadona y el HOMERIS en Pereira, tampoco fue considerada. Esto plantea una interrogante que debe ser analizada en futuras investigaciones: ¿por qué las personas no mencionaron estos programas? ¿Se debe a la muestra seleccionada o a algún otro factor? Esta omisión resalta la necesidad de realizar un segundo estudio que permita abordar estas lagunas y garantizar una representación más completa de las iniciativas clave en la reducción de daños.

3. La información aquí expuesta brinda datos y elementos de instituciones, organizaciones, agentes vecinales y personas que usan drogas, participantes de los programas que hicieron parte del proceso de indagación. En ningún caso pretende representar ni la totalidad del fenómeno que se está analizando, ni ser un listado excluyente de los recursos presentes en el territorio. Es posible que hayan quedado fuera iniciativas que contribuyen al fortalecimiento del abordaje de la reducción de daños en las diferentes ciudades.

USO DE DROGAS ENTRE MÚLTIPLES FORMAS DE EXCLUSIÓN

La escasez de datos actualizados, indicadores y estudios que permitan profundizar y dimensionar el fenómeno del uso de drogas en los diferentes territorios dificulta la elaboración y planificación de políticas públicas basadas en la evidencia. La información que ofrece la sociedad civil desde sus organizaciones de base comunitaria da cuenta de unos datos muy valiosos que resultan limitados en términos estadísticos y cuantitativos. Paralelamente, los estudios institucionales permiten vislumbrar algunas tendencias basadas en datos que, por lo general, son un subregistro teniendo en cuenta las dificultades de seguimiento y monitoreo que presentan las actividades que son tan altamente criminalizadas y estigmatizadas como son las de las sustancias y las poblaciones consumidoras.

Apuntes sobre el consumo

Es evidente que existe un consumo no problemático de sustancias legales e ilegales, más o menos extendido entre la población de todos los territorios. Entre las sustancias legales, predomina el tabaco, el alcohol y las benzodiazepinas, con o sin prescripción médica. Entre las segundas, durante esta investigación, se han mencionado el cannabis, la cocaína, el tusi, el MDMA, la ketamina, el LSD, la ayahuasca, entre otras. Cada vez existen más iniciativas que ofrecen información relevante, realista, veraz y actualizada sobre estas sustancias. La corporación Acción Técnica Social, con su programa Échele Cabeza, mencionado durante los grupos focales de Medellín, han sido pioneros y referentes en el país en servicios de análisis de sustancias en entornos de entretenimiento nocturno y festivales culturales. Así se presenta el proyecto en su página web:

“

Échele Cabeza cuando se dé en la cabeza es un Proyecto que busca generar y difundir información sobre Sustancias Psicoactivas (SPA) para la reducción de riesgos y daños, orientado a promover y fortalecer la capacidad de decisión y respuesta de la población joven vulnerable y no vulnerable frente al consumo, así como la generación de prácticas de autocuidado hacia personas usuarias no problemáticas de SPA. Es entonces una estrategia que estimula la cultura de la gestión de riesgo y el placer, sin importar si se habla de sustancias legales, ilegales, comportamientos sexuales, convivencia o hábitos de rumba. (Échele cabeza, 2018)

”

Los servicios de análisis de sustancias surgen como una iniciativa para abordar los riesgos producidos por la adulteración de las drogas, teniendo en cuenta que existen unas afectaciones inherentes al consumo de por sí. De acuerdo al artículo de Vidal, director de Energy Control⁴, los servicios que analizan sustancias psicoactivas se ofrecen en tres modalidades: 1) los puntos móviles de análisis en espacios nocturnos (por ejemplo, en festivales, discotecas y raves), 2) los puntos fijos en oficinas abiertas y 3) los servicios de análisis que reciben muestras por medios tecnológicos. El Servicio de Análisis de Sustancias de Échele Cabeza, con presencia en contextos recreativos y de ocio, permite ofrecer a las personas que acuden a ellos información sobre el contenido de la sustancia adquirida, sus adulterantes, sus porcentajes, entre otros. Ofrece a las personas consumidoras información para evitar los efectos no deseados del consumo, alertas tempranas en caso de detectar sustancias especialmente riesgosas. Además, este servicio ofrece asesorías y acompañamiento a entidades públicas o privadas, encargadas de la organización de eventos, de cómo implementar elementos que contribuyan a generar entornos seguros en lo que a esto se refiere. Sin embargo, según su más reciente Informe Servicio análisis de sustancias Échele cabeza 2023:

“

Durante el 2023, la ocupación y el último nivel educativo alcanzado de nuestros usuarios correspondió a 1589 usuarios que son profesionales y actualmente están trabajando, 583 usuarios profesionales que estudian y trabajan al mismo tiempo, y 416 profesionales con especialización y maestría que trabajan actualmente. (Gordillo Jojoa, 2023, p. 6)

”

Esto nos permite inferir que la población que accede a los servicios de análisis ofrecidos por el proyecto Échele Cabeza no incluye a las poblaciones empobrecidas, excluidas y vulnerabilizadas que son las que aparecen como usuarias de los servicios sociales de reducción de daños en los territorios priorizados. Igualmente, en el mismo informe, el proyecto reporta que, durante los 10 años de servicio de análisis, se hizo solo una intervención en Risaralda (Pereira y Dosquebradas), 4 en Caldas (Armenia), una en Norte de Santander (Cúcuta) y 46 en Antioquia (Medellín), en comparación con las 863 que se realizaron en Bogotá. Partiendo de la información recolectada en este estudio donde solamente el proyecto Échele cabeza aparece como organización que realiza actividades de análisis de sustancias, tenemos bases suficientes para afirmar que hay ausencia de servicios de análisis de sustancias para las poblaciones que atienden las organizaciones que ofrecen estrategias de reducción de daños en los 5 territorios priorizados.

4. <https://energycontrol.org/>

Aunque es probable que existan consumos no problematizados de bazuco y heroína, el consumo de dichas sustancias fue reportado por los entrevistados como un asunto vinculado a personas que se encuentran en situaciones extremas de exclusión. La mayoría de las entidades participantes de este estudio pone énfasis en el acompañamiento a las poblaciones más vulnerabilizadas en quienes predomina el policonsumo:

“

Más que todo el bazuco y la heroína, se ve mucho acá en Pereira, y la marihuana que es frecuente en todos lados. (Hombre usuario de drogas en Pereira, comunicación personal)

Bazuco, el perico, marihuana, ya más que el tusi. La gente hoy en día consume de todo, ya uno nunca sabe. (Hombre usuario de drogas en Pereira, comunicación personal)

Se consume bazuco, tusi, perico, marihuana, muchas pepas. Muchas pepas. Que las pepas es algo que definitivamente es un detonante muy bravo para las otras drogas, porque yo no sé qué pasa con las pepas, es algo que dispara, que quiere es sino estar ahí, consumiendo, consumiendo, consumiendo, y eso lo hace dar las pepas nada más, no sé por qué. Es más, creo que mi vida empezó a mejorar el día que dejé las pepas. (Hombre usuario de drogas en Medellín, comunicación personal)

”

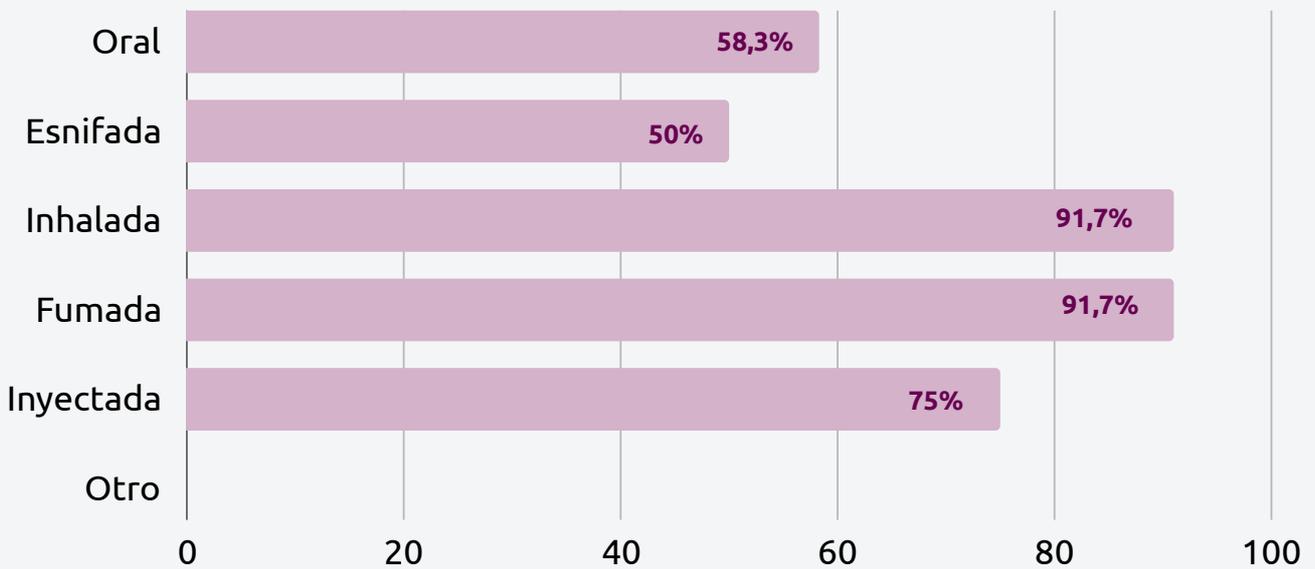


Figura 10: Vías de consumo de las personas acompañadas en procesos de reducción de daños.

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

A pesar de que el consumo de basuco es el que más predomina entre la población habitante de calle, son muy reducidos los esfuerzos por implementar estrategias para un consumo más higiénico de esta sustancia, por ejemplo, la entrega de filtros, boquillas, información específica sobre cómo reducir los daños asociados, entre otras iniciativas, son prácticamente inexistentes. Aunque ha habido esfuerzos realizados por la Corporación Surgir para distribuir material y hacer formación sobre los riesgos asociados y buenas prácticas, son pocos esfuerzos de cara a la magnitud de los consumos.

En 2015, dos investigadores asociados a ATS comenzaron una investigación y acción participativa sobre la parafernalia para fumar basuco en usuarios de diferentes barrios de Bogotá. En esta investigación encontraron prácticas de autocuidado y reducción de daños llevada a cabo por los usuarios cuando construían sus propias pipas. Dicho estudio también evidencia:

“

La cocaína base presente en el basuco, cuando “viaja a través del fuego, una parte logra condensarse formando el humo que en realidad es un aerosol compuesto de pequeñas gotas y otra parte se convierte en subproductos de degradación por el fuego o pirólisis” [2]; se encontró también que “el fumado de cocaína en su forma de base da lugar a un producto de pirólisis denominado metilecgonina o anhidro ecgonina metil éster o AEME” [3]; y que “entre el 50% y el 80% de cocaína fumada se convierte por pirólisis en AEME” [4], en donde se propone que “dicha sustancia AEME puede ser la que ejerza una mayor neurotoxicidad y deterioro en los fumadores de cocaína base” [6].

En conclusión, como este producto altamente neurotóxico no se presenta a través de ninguna de las otras vías de administración de cocaína, sería lógico pensar que se podría retardar o reducir la toxicidad de esta práctica en los usuarios o abusadores de basuco al facilitarles parafernalia que favoreciera la volatilización de la cocaína base y evitara su degradación por pirólisis. (Molina Menjura y Niño Leal, 2015; las cursivas son del original)

”

Esto ha motivado desde 2017 a uno de los investigadores de ATS, junto al Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), a desarrollar parafernalia que pueda reducir los impactos neurotóxicos del proceso de pirólisis que ocurre con el basuco fumado, así como con los otros gases presentes en los materiales no aptos para altas temperaturas con que están hechas las pipas artesanalmente por los usuarios, responsables del deterioro en el sistema nervioso y en el tejido neuronal de los consumidores.

Por otra parte, aunque el consumo inyectado está menos extendido, es uno de los que aparecen más problematizados, por un lado, debido a su relación con los altos índices de VIH y hepatitis C entre la población inyectora y, por otro, debido a que su consumo en la vía pública y el abandono de la parafernalia utilizada en las calles tienen un fuerte impacto en la comunidad. El país cuenta con una amplia experiencia en poner en marcha programas de acceso a material higiénico para el consumo. Pereira y Dosquebradas, de la mano de la Corporación Teméride, ATS y la Secretaría de Salud, fueron pioneras en su puesta en marcha hace ya más de una década.

El Estudio de prevalencia de VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en 2021 evidencia el impacto de dichos programas a causa de la entrega de material higiénico. Solo en la zona conurbada de Pereira y Dosquebradas:

“

El 97,6% dice haber tenido acceso a jeringas nuevas en los últimos tres meses. El 89,3% indica que accede a ellas a través de los programas de reducción de daños, el 34% a través de farmacias y llama la atención el 16,4% que las consigue a través de vendedores de drogas. Para el 70,9% la principal fuente de jeringas nuevas son los programas de acceso a material de inyección y para el 8,2% los vendedores de drogas. (Fundación Salutia, 2022, p. 86)

”

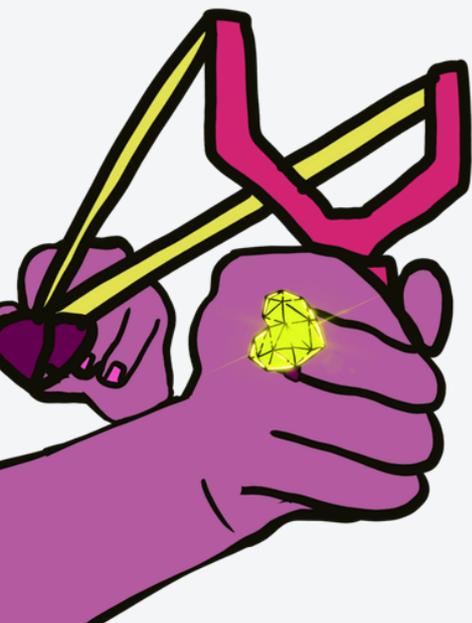
Fue común encontrar que las personas consumidoras de bazuco y heroína son las que cargan con mayor estigma y rechazo. El mismo informe apunta al respecto que “el 38,1% refiere negativa de farmacias a vender jeringas nuevas y el 30% refiere que sus equipos de inyección han sido decomisados alguna vez por la autoridad de policía” (Fundación Salutia, 2022, p. 86).

* *Usted sabe que ese producto es un opiáceo. Entonces, es una sedación, es un relax. Y desafortunadamente, pues, evade uno cantidades de problemas que lleva dentro de sí mismo, entonces eso genera esa paz momentánea en cuanto al cuerpo físico, como tal, cosa que al momento de no tener una sustancia pasa lo contrario. Entonces, por eso, uno cada vez se vuelve más progresivo a la adicción. Y es ahí donde yo digo que hace falta el seguimiento y el apoyo del Estado. (Usuario de sustancias en Cúcuta, comunicación personal)*

* *Soy consumidor de heroína y bazuco desde hace 20 años. El beneficio que me aporta el consumo es, más que todo, calmar el síndrome de abstinencia. (Usuario de sustancias en Pereira, comunicación personal)*

* *Pues yo creo que eso va de acuerdo con la mentalidad de la persona. Pues, para mí es un relajante, sobre todo salir del diario vivir, como el dicho. Pero en sí no trae ningún beneficio. (Usuario de sustancias en Armenia, comunicación personal)*

Algo que señalan todas las organizaciones es que el consumo no puede entenderse ni abordarse de manera aislada. Es un elemento más que se relaciona con otros ámbitos como la salud física, emocional o mental, la empleabilidad, los vínculos familiares, el tejido social, el acceso a necesidades básicas, las situaciones de violencia, el trauma, entre otras. En la figura 11, se muestra la respuesta de las entidades ante la pregunta sobre las principales características de la población atendida.



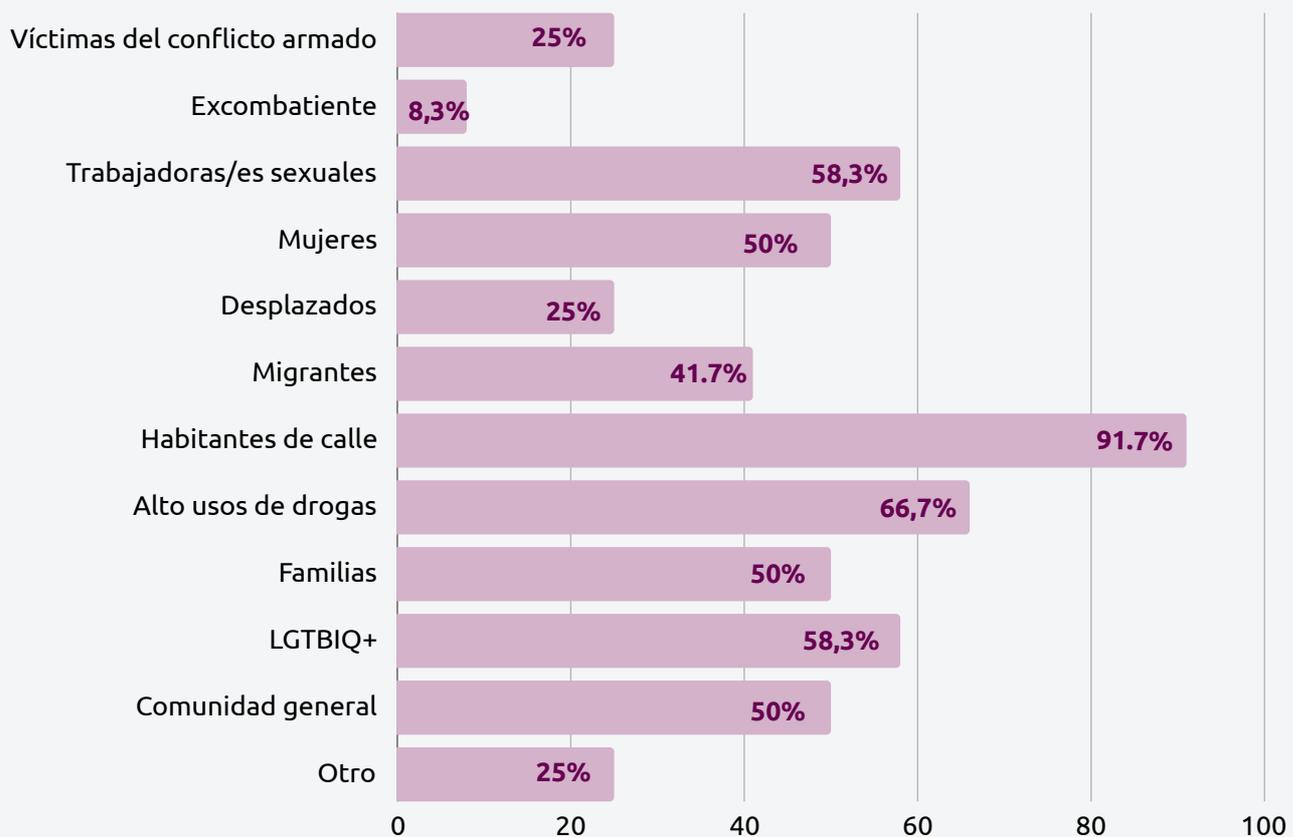


Figura 11: Características de población atendida por programas o servicios institucionales

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Durante el estudio, identificamos más hombres que mujeres, como también encontramos que la población trans está sobrerrepresentada en relación con el consumo de sustancias:

- * *Y si nos vamos a cantidad, hay más hombres que consumen que mujeres, pero las mujeres son más consumidoras que los hombres. (Usuario de drogas en Cúcuta, comunicación personal)*
- * *Definitivamente son más hombres. Muchos más hombres. Y de edades de 25 a 35, yo creo que es como la misma generación. Hay menores de edad, sí, hay menores, pero no hay muchos. Porque creo que esta generación de menores que está hoy en día está ya adaptada a otro tipo de droga, a otro tipo de ambiente, igual, peor, dañina, no sé. Pero yo me imagino que es el mismo daño en distintos escenarios. Porque nada hace diferente, el muchacho que está aquí en el Bronx echándose un pipazo, al que está allá en El Poblado, en el penthouse, echándose el mismo pipazo. (Usuario de sustancias en Medellín, comunicación personal)*
- * *La mayoría de los consumidores son hombres. Las mujeres son más pocas, pero hemos visto que en los últimos años eso sí ha ido como equiparándose, se ha vuelto como más constante; o sea, ya no es tanta la diferencia entre hombres y mujeres. Pero, antiguamente, sí eran más los hombres que las mujeres. Creo que todavía hay más cantidad de hombres que de mujeres, pero el consumo en mujeres se ha incrementado mucho más. (Vecino del sector donde se desarrollan intervenciones en Pereira, comunicación personal)*
- * *En este momento, yo observo que las personas que consumen son de todas las edades, pero más que todo hombres. (Vecino del sector donde se desarrollan intervenciones en Dosquebradas, comunicación personal)*
- * *Jóvenes, jóvenes hombres, más que todo, jóvenes hombres. Sí, es muy raro ver cómo las niñas, no me ha tocado todavía ver las chicas, las niñas. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Armenia, comunicación personal)*
- * *Hombres. Más hombres. Entre jóvenes y adultos. (Vecino del sector donde se desarrollan intervenciones en Armenia, comunicación personal)*
- * *Claro está que el mayor consumo es de hombres: por cada 10 hombres habrá una mujer o dos. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Medellín, comunicación personal)*

Se identifican ambientes feminizados, como son el trabajo sexual, en los que el consumo juega un papel particular. Por una parte, aquellas personas que usan sustancias para facilitar el ejercicio de su trabajo. Por otra, aquellas que ejercen trabajo sexual para poder sostener su propio consumo

* *Aquí consumen todos por igual, tanto hombres, como mujeres y personas transgénero. Por el sector donde yo trabajo más que todo son adultos, población así de adolescentes no se ve muy común. Pero sí adultos mayores. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Pereira, comunicación personal)*

* *Hay bastante mujer, yo por lo menos en mi grupo, de los que yo conozco, yo conozco más de 20, 25 muchachas que están en el consumo de las drogas. Y en cuanto a la comunidad LGTBI, solamente tengo una amiga que es consumidora. Pero, por la autopista, sí he visto varias, pero ellas son muy reacias a hablar conmigo, entonces, solamente tengo una que es amiga mía. Y si se ven, se ven ellas de noche, la comunidad LGTBI se ven, pero tarde de la noche, después de las 10, 12 de la noche ellas están allí. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Cúcuta, comunicación personal)*

Tanto la comunidad como las instituciones muestran su preocupación ante el consumo de las personas más jóvenes y, especialmente, en las menores de edad:

* *Los que más consumen son los jóvenes. Los jóvenes. Estamos entre todos, todas las edades. Está el hincha del Nacional, que tiene 13 añitos, hasta la hincha del Medellín. Entonces, por aquí pasa el 80% de los habitantes de calle de Medellín. Entonces, ¿qué pasa? Aquí no hay clasificación. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Medellín, comunicación personal)*

* *Podría decir que en estos tiempos todas las edades por igual, porque ya hoy en día los niños son los que más consumen, pues, ya uno ve y los peladitos ya fuman, huelen tusi y los viejos pues siguen con sus viejos vicios. Uno podría decir que consumen por igual hombres y mujeres, aunque pareciera que más los hombres. (Usuario de sustancias en Pereira, comunicación personal)*

* *Yo veo que aquí consumen más que todo los adolescentes. Tanto hombres como mujeres se ha visto que consumen mucho, eso no hay que escoger. (Hombre usuario de drogas en Pereira, comunicación personal)*

* *Sería toda la población, por lo menos, en la parte de lo que es la droga inyectable, el bazuco, siempre son personas jóvenes, entre 25 y 30 años, como también las mujeres que trabajan como trabajadoras sexuales que consumen marihuana. También la población diversa como los transexuales, que también ejercen el sexo, también son personas que usan sustancias inyectables. (Mujer migrante venezolana, trabajadora sexual, vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Cúcuta, comunicación personal)*

* *En este momento, la juventud, porque la juventud quiere imitar... No tiene una razón propia, son falta de ese carácter, de tener criterio, de decir, yo soy esto y no hago las cosas por encajar con los demás. Entonces se pierde mucho la juventud. Consumen por igual hombres y mujeres... Dios mío bendito, las peladitas, niñas de acá del barrio se están perdiendo. (Hombre habitante de calle, usuario de drogas de Armenia, comunicación personal)*

Las intervenciones con personas menores de edad son muy limitadas, según los datos que salieron del cuestionario: solo 4 organizaciones señalaron realizar labores con población menor de 18 años, es decir, adolescentes, niñas y niños.

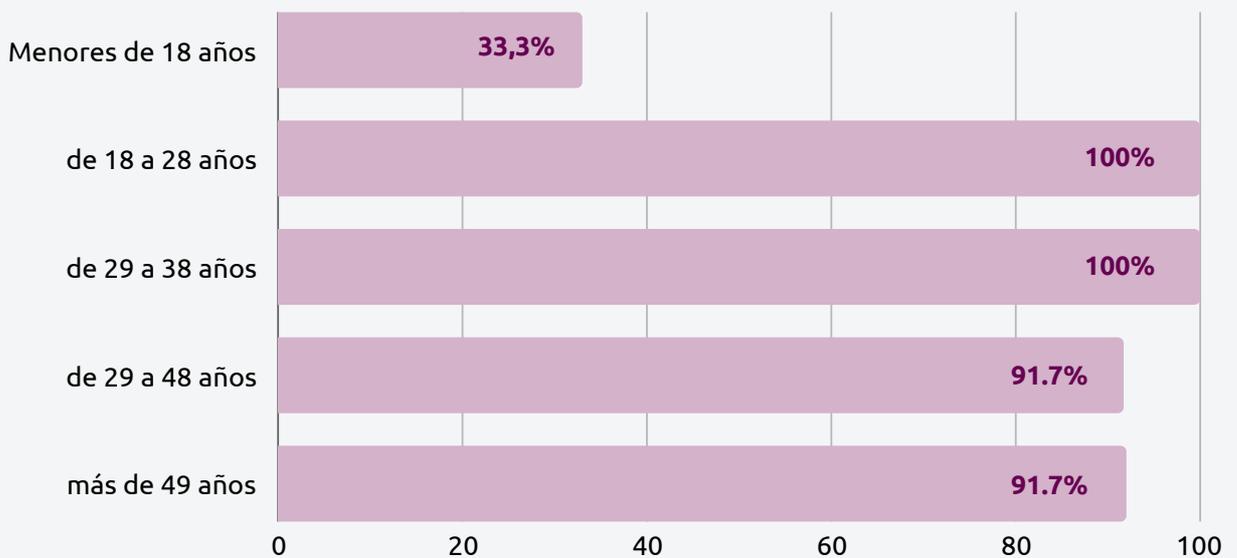


Figura 12: Características de población atendida por programas o servicios institucionales

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Todas las entidades participantes en los grupos focales se refirieron a este gran vacío en la atención de personas menores de edad. Lo que pudimos dilucidar en el desarrollo de los grupos focales al preguntar sobre esta problemática de desatención es que la Ley 1098 de 2006, la cual rige las intervenciones realizadas con menores de edad en el país, exige que todos los procesos que se realicen con dicha población deben ser mediados y regulados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Policía de Infancia y Adolescencia; por lo tanto, no están habilitados para dar esa atención. Si bien esto es cierto, el sistema de salud es quien debe atender estas problemáticas, incluso en los menores bajo tutela del Estado. En ese sentido, por ejemplo, los Centros de Atención Especializada (CAE) no están habilitados para atender el consumo ni los asuntos de salud mental. El problema entonces resulta evidente: la oferta de servicios para niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad social, con consumos de sustancias o con problemas de salud mental, es muy limitada y no siempre idónea o de calidad.

Según la información recabada en las entrevistas, grupos focales y revisión documental, no identificamos procesos de reducción de daños adelantados por el ICBF, tampoco por la Policía de Infancia y Adolescencia ni por los servicios de salud disponibles en los territorios.

Para las organizaciones resulta apremiante crear rutas de atención y estrategias de reducción de daños para la población menor de edad. Especial atención merece aquella que ejerce trabajo sexual, que mayoritariamente son niñas, mujeres jóvenes, y personas trans.

DERRIBANDO BARRERAS, HACIENDO COMUNIDAD

Vivir en la calle, sobrevivir a situaciones de violencia, estigma y exclusión, separarse de la familia, romper lazos sociales y perder redes de apoyo y solidaridad son factores intrínsecamente ligados a los problemas asociados al consumo de sustancias. Las estrategias de intervención de la mayoría de las organizaciones participantes del presente estudio tienen un enfoque comunitario e integral que procura poner en el centro a las personas, respetando las particularidades de cada una y trabajando en red para el restablecimiento de sus derechos.

Esta mirada interseccional, que implica entender la reducción de daños desde su espectro completo y sus principios de justicia social y derechos humanos, choca con la falta de recursos y las múltiples barreras de acceso a las redes estandarizadas de atención que suelen tener unos umbrales muy altos para el acceso tanto de usuarios como de organización acompañantes.

Algo que inequívocamente encontramos en el presente estudio es “el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales”, que es exactamente como acuñó Crenshaw (1989) la interseccionalidad, en su análisis del caso de *DeGraffenreid vs. General Motors* de 1976. En términos generales, la perspectiva interseccional emerge como una apuesta teórica-metodológica para comprender las relaciones sociales de poder y los contextos en los que se producen las desigualdades sociales, haciendo posible un análisis complejo de la realidad vivida por las personas, mediante el abordaje de las distintas posiciones y clasificaciones sociales (Magliano, 2015).

Nos resulta muy importante traerla como herramienta conceptual y analítica para comprender los diferentes ejes de exclusión en distintos contextos, niveles y ámbitos, para abordar los vacíos institucionales. Entendemos desde esta perspectiva que el grupo humano con problemas asociados al consumo de sustancias sufre una constante opresión basados en su categoría social, así como el grupo humano que define los procesos de intervención y atención social ostenta unos privilegios igualmente basados en su categoría de clase.

Es por ello que traer la perspectiva interseccional al presente estudio no solo nos aporta claves para reubicar el foco de atención en factores diferentes al de las sustancias como eje fundamental de las problemáticas presentadas, sino que también nos permite entender que las estrategias y los procesos diseñados sin el reconocimiento de ejes de exclusión en distintos contextos, niveles y ámbitos (que sólo pueden reconocer quienes los vivencian) resultan con frecuencia insuficientes y poco eficaces.

Estrategias y procesos de intervención creados desde quienes ostentan los privilegios de su categoría social sin la perspectiva ni los aportes de quienes sufren la opresión de su categoría social no pueden tener impactos positivos, pues no incluyen la complejidad de la constitución simultánea de la discriminación basada en el género, la orientación sexual, el origen étnico, la religión, el origen nacional, la diversidad funcional, entre otras.

Las posiciones interconectadas de vulnerabilidad que han ido saliendo a lo largo de la investigación incluyen sinhogarismo y habitabilidad en calle, trabajo sexual, sexo por supervivencia y trata, experiencia migratoria y desplazamientos forzados, violencias derivadas de conflictos armados y violencias basadas en género, tanto durante la infancia como en la edad adulta. Si bien es cierto que estas posiciones sociales derivan y agravan las formas de exclusión y discriminación, también es importante señalar que todas las personas demostraron que crean comunidad, despliegan mecanismos de supervivencia, estrategias de autocuidado, apoyo mutuo y solidaridad, imprescindibles en su día a día.

“

Creo que parte de las violencias que he vivido y me he topado con personas de que te miran con esa cara de desagrado, como con esa cara de asco, como: ¡Ay, no, gas, sos una marica, sos una travesti, no me junto con vos!, pero no me importa porque de las miradas es que uno aprende, uno dice miran a esa persona, pero a veces he compartido espacios con personas negativas que a veces es cambiar ese negativismo que tienen las personas al hablar con uno. Creo que parte de mi trascendencia como mujer trans es cómo llegar a ciertos espacios donde la gente dice no, no, no. (Usuaría de sustancias en Medellín, comunicación personal)

”

Habitar la calle

Vivir la calle tiene un alto precio en la salud física y mental, así como en el grado de bienestar. Habitar la calle puede reducir las expectativas de vida de una persona y exacerbar problemas colaterales. Enfermedades cardiovasculares y respiratorias, hepatitis y otras enfermedades de hígado, úlceras gastrointestinales, diabetes, anemia, epilepsia, cáncer, TBC, heridas, enfermedades cutáneas, problemas bucales y VIH son comunes entre la población habitante de calle. Además, esta condición afecta de manera muy negativa en las posibilidades de encontrar empleo, así como en los vínculos sociales y familiares, con el impacto que todo ello tiene para la comunidad. No disponer de un lugar estable, seguro y tranquilo en el que vivir agrava los problemas relacionados con el consumo de sustancias: el estigma, enfermedades como VIH, VHC, TBC, las sobredosis y muertes, todo ello incide fuertemente en la población habitante de calle consumidora de SPA.

Según los estudios elaborados por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Universidad CES (2021) y la Fundación Salutia (2022), el porcentaje de personas que se inyectan drogas que indican haber estado presentes cuando alguien tuvo una sobredosis hasta el punto de perder la conciencia fue de 66,2% para Medellín, 57,6% para el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 65,5% para Cúcuta y 63,2% para Armenia.

En referencia a haber sobrevivido a una sobredosis, es en Medellín donde se presenta la mayor proporción con el 49,8%, seguida de Pereira y Dosquebradas con 44%. No obstante, en Cúcuta más del 60% lo había vivido en el último año y en Armenia un alarmante 78,6%. La sustancia principalmente involucrada en el autorreporte del último evento de sobredosis es la heroína, siendo el 97,3% en Pereira y Dosquebradas, el 89,8% en Medellín, 77% en Cúcuta y 90% en Armenia.

La aplicación de naloxona como medicamento para revertir los efectos de la sobredosis es baja: se registra en Pereira y Dosquebradas con el 3,4% y Medellín con el 1,9% de utilización en los casos. En Cúcuta, el 75% de las personas que se inyectan drogas no saben qué es naloxona y en Armenia, el 86%.

Al no disponer de un lugar para el consumo, este se da en el espacio público, lo que supone una falta total de higiene, así como una exposición al rechazo social y a la presión policial; sin olvidar los problemas que todo ello supone para los vecindarios que se ven afectados por problemáticas asociadas a la habitabilidad en calle.

Generalmente, la respuesta al problema de vivienda de las personas habitantes de calle son los centros dormitorio, saturados y de difícil acceso para personas usuarias de SPA que se evidencian en umbrales de acceso como la presencia policial en estos centros, largas filas para el ingreso, horarios rígidos, requisas y confiscación de sustancias y parafernalia. Estas barreras de difícil superación son motivos para que las personas usuarias de SPA decidan no utilizarlas de manera cotidiana, lo que cierra una de las pocas entradas que la población en situación de calle tiene a otros servicios de salud y atención social.

Para las personas en situación de calle, el uso de sustancias puede ser la menor de sus preocupaciones. Es más, para muchas se trata de algo que les permite sobrellevar su cotidianidad. Por esta razón, detener el consumo no resulta para ellas una posibilidad. Así, todos aquellos servicios que tienen como condición previa adherirse a tratamiento quedan fuera de sus posibilidades. Esta falta de contacto regular con servicios hace que, en muchos casos, los únicos agentes que acceden a esta población son los servicios de emergencia. O bien la policía, con quien a menudo existe una relación conflictiva o bien con los servicios de urgencia hospitalaria, poco preparados para atender cuadros tan complejos como los que suele presentar esta población.

Todo esto resulta, además de ineficaz, una respuesta muy costosa: judicialización, encarcelamiento, hospitalización, suponen grandes gastos para las arcas públicas. En un esfuerzo por acabar con esta situación, ciudades de Estados Unidos, Inglaterra y Canadá empezaron a implementar los programas Housing First (National Alliance to End Homelessness, 2022). Como su propio nombre indica, se fundamenta en garantizar el derecho a la vivienda por encima de todo y sin condiciones. Estos programas han resultado ser una intervención efectiva, pragmática y humana para abordar a la población habitante de calle, con severos problemas de salud mental, uso de sustancias y otros asuntos complejos. Este tipo de programas muestra que, con los apoyos necesarios, esta población, no solo es capaz de mantener una vivienda estable, sino que además demuestra una reducción en los problemas asociados al consumo de sustancias como la mejora de sus relaciones familiares y la reconstrucción de lazos sociales.

Varios estudios han encontrado que, en comparación con el modelo clásico de tratamiento, los enfoques Housing First ofrecen una mayor estabilidad habitacional a largo plazo, especialmente, entre personas que experimentan la falta de vivienda crónica. La investigación sugiere que estos programas logran alojar con éxito a personas con vulnerabilidades múltiples, como excombatientes y personas con antecedentes de abuso de sustancias, problemas de salud mental, violencia doméstica y afecciones médicas crónicas como el VIH/SIDA (National Low Income Housing Coalition [NLIHC], s. f.).

Algunos estudios también han encontrado que los programas Housing First pueden reducir los costos al acortar las estancias en hospitales, programas residenciales de abuso de sustancias, hogares de ancianos y prisiones. En conjunto, estos programas no solo mejoran la estabilidad habitacional, sino que generan beneficios económicos y sociales a largo plazo. Los estudios mencionados muestran que Housing First reduce la falta de vivienda en un 88% y mejora la estabilidad habitacional en un 41%, superando a los programas tradicionales de tratamiento basados en abstinencia y cumplimiento de metas. La evidencia del programa Pathways to Housing refuerza esta tendencia, con un 88% de los participantes permaneciendo alojados después de cinco años, en comparación con solo el 47% en el grupo de tratamiento clásico.

Las mujeres representan una minoría entre la población habitante de calle. Esto se debe, entre otras razones, a que soportan muchas más situaciones de violencia, antes de verse en la calle. Sin embargo, tal como apunta la Colectiva Callejeras, muchas de esas mujeres y personas trans prefieren asumir los riesgos que implica habitar la calle, que quedarse en casa y soportar en completa sumisión la carga de violencias sistémicas que se levantan en su contra:

“

A diferencia de las causales de habitabilidad en calle en hombres, cuya razón principal está asociada a 'echarse' a la aventura, al pillaje o las drogas, y el que la violencia intrafamiliar representa un porcentaje muy inferior, las causas por las que las mujeres llegan a habitar la calle de forma permanente o intermitente están íntimamente relacionadas a violencias sexuales, psicológicas y físicas sufridas en el entorno familiar. (Grey Murillo et al., s. f., p. 15) es cómo llegar a ciertos espacios donde la gente dice no, no, no. (Usuaría de sustancias en Medellín, comunicación personal)

”

A menudo se culpa a las personas usuarias de sustancias de haber roto con el entorno. Esta idea invisibiliza que, para muchas personas habitantes de calle (y, especialmente, mujeres y personas de género no binario), las familias no representan entornos seguros, sino más bien lo contrario. A menudo se identifica una relación directa entre los problemas relacionados con el consumo y las situaciones de trauma derivadas de los abusos y las violencias durante la infancia y la edad adulta. El trauma generado por situaciones de violencia constituye un dolor emocional que tiene dimensiones difíciles de medir. En relación con el dolor físico, parecemos tener un acuerdo social: nadie pone en duda el dolor que siente una persona y la necesidad de medicarse para sobrellevarlo. En relación con el dolor emocional (o a los impactos de graves situaciones de violencia y maltrato), en cambio, no parece haber el mismo acuerdo social. El dolor emocional o el impacto del trauma es generalmente ignorado o reducido como algo que depende de un mero cambio de actitud. Sin embargo, los impactos del trauma afectan la autoestima, la sensación de seguridad, la capacidad de establecer relaciones con otras personas o con diferentes entornos; los impactos del trauma generan miedos imposibles de navegar, dificultad para regular las emociones, vergüenza y hasta deseos de autodestrucción que pueden terminar en agresiones al cuerpo físico propio o al de otros.

Estos son los datos que aportaba el Colectivo Callejeras, en este sentido:

“

Un 80% de la violencia física sufrida por las mujeres fue recibida en su entorno familiar, a diferencia del 90,5% de violencia física que sufren en la calle. Esta diferencia del 10,5% de aumento en violencia de la casa a la calle, no implica decir que las mujeres se sientan menos violentadas en su entorno familiar; el argumento que se sostiene es que la calle representa un riesgo mucho mayor en cuanto a las posibles violencias a enfrentar, sin embargo, la idea de independencia, de autodeterminación, incluso se podría decir de libertad, está muy presente en ellas, ya que muchas manifestaron que ‘en la calle uno sabe cómo son vueltas, pero yo no iba a soportar más que mi propia familia me violentara. No aguanté más la humillación’. Prefiero el infierno a cielo abierto que el que está encerrado en cuatro paredes.⁵

En la calle, según sus testimonios, la suerte corre por cuenta de ellas y, a pesar de los padecimientos, prefieren asumirlos que soportar la opresión venida del entorno familiar.

En los casos en el que los cuerpos de las mujeres fueron tocados sin su consentimiento y que se ejerció violencia sexual y psicológica, la cifras son superiores en el entorno familiar que en la calle.

Así, un 60% de los casos en los que los cuerpos de las mujeres fueron tocados sin su consentimiento, sucedió en el entorno familiar, a diferencia del 47,6 % en la calle. La violencia sexual en los entornos familiares es de un 30%, mientras que en la calle es de un 23, 8%. De igual forma, las cifras aumentan en los casos en los que las mujeres son y han sido obligadas o manipuladas para mantener una relación sexual en períodos anteriores a habitar la calle, un porcentaje del 25% se impone ante un 19% de los casos en la calle.

En conclusión, es claro que hay una constante negación de espacios dado que la mayoría de las mujeres no se sienten seguras en casi ningún lugar. (Grey Murillo et al., s. f., pp. 15-16)

”

Una vez en la calle, son muchos los testimonios que refieren que las mujeres están en una situación de extrema vulnerabilidad:

5. Testimonio de mujer callejera en las instalaciones de Centro Día.

“

Eso es lo que se llama mandatos de género. Y si estamos también en una comunidad tan machista, yo sé que tengo 50 trabas, pero yo sé que tú, princesa, que estás enamorada, te voy a dar estas dos trabas, ¿tú qué vas a hacer por estas dos trabas? Entonces, a eso es a donde voy, que la mujer está más vulnerable. (Hombre cisgénero, usuario de drogas en Medellín, comunicación personal)

Aquí la mujer habitante de calle consume más es porque el hombre la utiliza en la prostitución. Entonces, a mí me da... Voy a ser muy abierta en esta entrevista. Me da la putería más grande que los hombres, transeúntes, taxistas, conductores, de toda clase, habitantes de calle, personas, hombres, las utilicen para la prostitución por 1.000, 2.000 pesos, que hagan cosas obscenas, porque me parece degradante que a una mujer la cojan y le hagan sexo anal, oral, pues las cojan de lo peor para poder que se ganen 2.000 pesos, para que ellas puedan consumir o que las cojan en el estado de traba, digámoslo así, cuando ellas están disparadas, que también es cómo lo mismo, y que las cojan y para que ellas sigan consumiendo o por un pipazo ellas ofrezcan el cuerpo. Me parece muy, muy desagradable. (Mujer, vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Medellín, comunicación personal)

”

Esto evidencia que la habitabilidad en calle o la inestabilidad de la vivienda en mujeres es un factor predictor de peligro de una relación abusiva, así como de mayor tendencia a afectaciones de salud física y mental, así como de mortalidad (Silberg *et al.*, 2022). De este modo, se refiere que “la conglomeración de situaciones de vulnerabilidad en mujeres que hacen uso de drogas brinda una perspectiva de interseccionalidad que debe ser atendida” (Boyd *et al.*, 2022).

Habitar la calle no es solamente no disponer de un lugar donde dormir. La falta de sueño, el estrés continuo, el miedo, la deshidratación, la falta de higiene y la carencia de intimidad son solo algunos de los impactos que supone. En este sentido, todos los servicios dirigidos a acciones de asistencia básica, a los que puedan recurrir las personas que usan drogas, son una contribución para reducir los daños. Asearse, comer e hidratarse, lavar ropa, cepillarse los dientes, tener un lugar de descanso, son elementos esenciales de cuidado que interceden con los problemas relacionados con el consumo.

“

Hay muchas formas de apoyar, como, por ejemplo, psicológicas, cuando le ayudan a uno con el refrigerio, eso es ayuda material, pero, también es una ayuda psicológica, porque mediante eso lo aconsejan a uno, y ahí es donde uno aprende a valorar la importancia de cada detalle, pues, el apoyo, cuando uno pierde el apoyo de la gente es cuando uno valora lo que vale. Pues una ayuda en la calle. (Hombre usuario de drogas en Armenia, comunicación personal)

”

Muy pertinente en este sentido la intervención de la Colectiva Callejeras:

“

Aunque la política pública de habitantes de calle en teoría tiene enfoque de género, el hecho de que las necesidades en salud de las personas con útero no estén cubiertas y no haya programas de gran alcance, efectivos y adaptados a sus condiciones y necesidades, da cuenta de que tal enfoque no se lleva a cabo. Otra muestra de esto es la falta de programas para la gestión menstrual en mujeres callejeras.

El 77% de las mujeres encuestadas son menstruantes, el 72% de ellas padece un dolor entre alto y muy alto cada vez que sangra y todas deben autogestionar los medicamentos para el dolor y los insumos para recoger la sangre, aun cuando muchas viven con menos de \$20.000 diarios al día. Además de esto quienes no tienen un techo, tampoco cuentan con acceso a agua potable ni a baños, lo que incrementa el riesgo de sufrir violencias, discriminación y enfermedades. (Grey Murillo et al., s. f., p. 20; las negritas son del original)

”

Un actor vecinal de la ciudad de Medellín referencia que “es muy bueno cuando hay baños comunitarios, donde se brinda el servicio de ducha y, en ocasiones, alimentación, donde son acogidos los habitantes de calle”. Sin embargo, las personas también mencionan que este tipo de estrategias son escasas en los sectores donde más se requieren, puesto que, en ocasiones, cuentan con horarios establecidos o cupos limitados y normativas que dificultan la prestación de servicios de manera adecuada.

[DE]CONSTRUYENDO COMUNIDAD

Estigma

Durante el presente estudio, encontramos una alta prevalencia del trabajo sexual en las poblaciones entrevistadas, así como la frecuente mención al sexo por supervivencia, la trata y la explotación infantil, agravadas por la pandemia de COVID-19.

La diferencia entre el trabajo sexual y el sexo por supervivencia radica en el nivel de agencia y las condiciones socioeconómicas en las que se realizan las actividades sexuales. El trabajo sexual, como lo define la investigadora Carol Leigh, quien acuñó el término en la década de 1970, es una actividad económica voluntaria en la que una persona intercambia servicios sexuales por dinero o bienes, con un grado de autonomía y elección en su trabajo, aunque esto no excluye la posibilidad de coerción estructural. Leigh (1998) y otras teóricas del feminismo pro-derechos sexuales sostienen que el trabajo sexual debe ser reconocido como una forma legítima de trabajo que permite a las personas ejercer control sobre su cuerpo y su labor.

Por otro lado, la Red Internacional de Reducción de Daños (Harm Reduction International, HRI) aborda el sexo por supervivencia como una manifestación de vulnerabilidad extrema, vinculada a la pobreza, la falta de acceso a recursos básicos, y la marginalización social. Desde la perspectiva de HRI, el sexo por supervivencia ocurre cuando personas, generalmente en situaciones de precariedad económica o exclusión social, se ven obligadas a intercambiar servicios sexuales para satisfacer necesidades básicas como comida, refugio, ropa, o protección.

La diferencia fundamental entre ambos conceptos radica en el nivel de agencia: mientras que el trabajo sexual implica cierto grado de control sobre las condiciones laborales, el sexo por supervivencia se da en contextos de coerción económica y falta de opciones, siendo más una estrategia desesperada para sobrevivir.

“

[...] en Armenia había algo antes de pandemia, después de pandemia eso, además que sucedió una dinámica bien particular y además muy compleja para las trabajadoras sexuales y habitantes de calle y es que existían los niños. Los llamábamos los niños del CAM. CAM es el Centro Administrativo Municipal, la Alcaldía. Hay una plazoleta y ahí se hacían las trabajadoras sexuales y ellas traían a sus niños y los niños estaban siempre ahí, siempre estaban en la plazoleta y la mamá, cuando tenía que irse a prestar su servicio, iba y los niños quedaban aparentemente solos, porque en realidad estaban a cargo de todos. Sí, todos estaban vigilantes de que nadie se les acercara, de que no se perdieran, de que nadie hablara con ellos, pero después de pandemia a las personas que estaban en esa plazoleta las sacaron. Un día, el alcalde mandó a cerrar la plazoleta y puso vallas y nadie más pudo entrar ahí. Y ya, chao todo el mundo y listo, entonces también se desaparecieron, no los hay, obviamente esos niños ya han crecido, muchos de ellos, lo que he oído es que detectaron a algunos que están en situación de prostitución, pero son niños que salen como a ser exhibidos y de pronto se los llevan y ya. Es muy raro, muy raro verlos. No es tan fácil. En el departamento hay un municipio que se llama Montenegro y también hay una problemática con niños hace algunos años que eran los que llevaban a los turistas a los parques y todo, y también hicieron como un proceso con ellos. Esos niños no volvieron a aparecer, no volvieron a aparecer, los desaparecieron, o sea, no volvieron a estar por ahí. (Mujer informante clave 5, comunicación personal)

Las trabajadoras sexuales, según el Código de Policía que habían sacado, las trabajadoras sexuales no podemos ejercer el trabajo sexual en ciertos lugares, que eran escuelas, sectores... Creo que eso va de la palabra estigma, ¿cierto? Es como generar estigmatización, porque a veces no educamos a la gente, no somos habitantes de calle, somos seres humanos, estamos en una calle, y que tenemos una problemática y que la gente no sabe la palabra respeto y dignificación, resocialización, porque como pudimos ver, un habitante de calle murió por acostarse en una acera y una persona del barrio Laureles le tira una piedra, eso es violencia. Yo creo que primero hay que educar a los ciudadanos y a las ciudadanas de que no somos habitantes de calle; somos seres que vivimos en la calle, que somos seres humanos, que tenemos unos derechos: a bailar, a hacer interacción social, a conocer a la gente, a que no nos excluyan. (Usuaría de sustancias en Medellín, comunicación personal)

”

Encontramos también durante el informe una alta prevalencia de desempleo en las personas usuarias de sustancias que son atendidas por las diferentes organizaciones en los territorios, un dato que tiene lógica en la medida en que para las personas con problemas asociados al consumo de sustancias es difícil cumplir con las condiciones de un empleo formal. Pero también, y en gran medida, existe la discriminación contra personas usuarias de sustancias basadas en creencias arraigadas socialmente a que el consumo de sustancias es un comportamiento criminal o que dichas personas tienen mayor tendencia a caer en actos delincuenciales, por lo que el prejuicio que recae sobre ellas hace que muchas empresas se nieguen a contratar aun a quienes hayan abandonado el consumo.

“

Sí, es como cuando uno quiere... Es como cuando uno quiere trabajar, uno quiere trabajar, pero si tú buscas trabajo y te dicen no. No. No. Es como cuando, perdón, cuando una mujer habitante de calle hace un proceso inmensamente grande y le dice, llegar a una parte y le dicen no. O encontrarse con personas en un ambiente laboral que le digan, y le diga, ay, pero es que usted es habitante de calle [...]. (Entrevistado anónimo)

”

Esta misma situación se repite con personas con identidades de género disidentes donde se da precisamente la intersección de diferentes ejes de discriminación: género, consumo de sustancias y clase social. En esta población se agravan y profundizan las condiciones de vulnerabilidad, pues la violencia y la discriminación es por lo general percibida en edades tempranas en el núcleo familiar. Las personas que no se enmarcan en los estándares binarios de reconocerse como una mujer o un hombre cisgénero, encuentran su primera discriminación a nivel familiar. Esta situación genera el rompimiento de lazos con la familia y los círculos cercanos, razón por la cual sus redes de apoyo son débiles o inexistentes.

Además, los representantes de las organizaciones hicieron mucha referencia a la burocracia que existe al momento de realizar un trámite, lo cual dificulta recibir atención. Siempre hay que diligenciar formularios o se hace difícil contar con documentos necesarios para acceder a estados de protección o procesos que implican la activación de rutas de atención para recibir intervenciones oportunas a las necesidades que presenta.

Una de las personas beneficiarias de servicios expresa: “No he podido tener metadona, el programa tiene mucho volteo para reclamar y mucho papeleo; prefiero comprarla en la calle”. Incluso esta declaración indica que a las personas se les hace más fácil acceder a servicios o suplir sus necesidades desde otros mecanismos y no propiamente desde las rutas de atención establecidas, debido a la demora al momento de iniciar y de dar seguimiento a un proceso que, en ocasiones, se requiere de manera urgente.

De igual manera, el programa de sustitución por metadona puede considerarse una estrategia efectiva para atender las necesidades de la población usuaria de heroína; sin embargo, también se evidencia que este elemento, en ocasiones, se convierte en una barrera de acceso. Uno de los beneficiarios del programa de entrega de insumos para consumo de menor riesgo menciona que es indispensable contar con metadona para poder realizar un proceso de desintoxicación. Esto no permite que se faciliten las estrategias para disminuir el consumo, pues él expresa: “Para estar en un centro de rehabilitación, es necesario tomar metadona, y si uno sale y no tiene la metadona, vuelve a la heroína”.

Una de las mayores barreras de acceso que son referenciadas por las personas que presentan problemas asociados a las sustancias es que no se cuenta con servicios adecuados para iniciar un proceso de desintoxicación, puesto que la mayoría de los establecimientos que ejecutan dicho procedimiento son de régimen privado, lo que indica que deben contar con recursos financieros para poder acceder a ellos. Un usuario de drogas ubicado en Dosquebradas menciona:

“

Aquí hay fundaciones para rehabilitación, pero les cobran a los muchachos 450 000 pesos. En mi punto de vista, esas fundaciones son negocios para los pastores esos. Porque van a cobrar 450 000 pesos. Entonces, el que no tenga los 450 000 pesos tiene que salir a trabajar, a vender, a joder, a vender en la calle cosas para poder pagar. Entonces, no hay recuperación porque igualito están en la calle.

”

Así como se menciona este tipo de estrategias, también se refiere que, para iniciar un proceso de desintoxicación desde el ámbito público, es necesario activar las rutas de atención y acogerse a procedimientos que pueden ser demorados. Por consiguiente, las personas terminan desistiendo y optando por continuar en prácticas de uso de drogas y desencadenando problemáticas desde el mismo consumo.

Esta situación demuestra que, desde los actores vecinales y los beneficiarios de los programas y servicios, son evidentes algunas barreras de acceso. Sin embargo, esta visión también está presente desde el ámbito institucional. A continuación, se exponen aquellas dificultades que son identificadas por las entidades que operan proyectos y acciones en los territorios (figura 13).

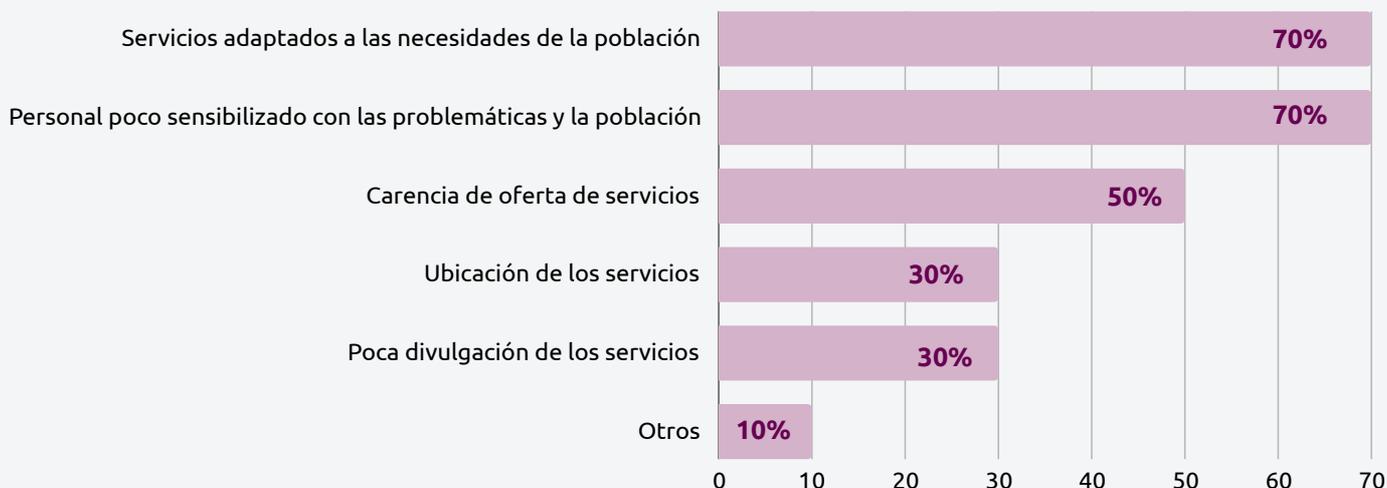


Figura 13: Barreras de acceso y otros elementos institucionales identificados que dificultan la vinculación a procesos

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

El 70% de las entidades institucionales indica que la mayor barrera de acceso que se presenta para que las personas se vinculen a los procesos está relacionada con que el personal que brinda atención está poco sensibilizado y no conoce las problemáticas de la población. El mismo 70% también expresó que uno de los mayores obstáculos es que los servicios ofertados están poco adaptados a las necesidades de la población a la que va dirigida, o sea, el diseño y la implementación de los programas o servicios no incluyen a ningún usuario potencial en el proceso de diseño, implementación o evaluación de los servicios. El 50% de las organizaciones responde que una barrera relevante es la carencia en la oferta de servicios, indicando que algunas poblaciones no encuentran estrategias o acciones que se implementan en los territorios para dar respuesta a sus necesidades. En menor porcentaje (30%), se ubican las dificultades con la ubicación de los servicios y la poca divulgación que tienen los servicios ofertados.

Según las respuestas reflejadas en la figura 13, se hace necesario implementar estrategias de diagnóstico y análisis para comprender mejor las necesidades de la población, capacitar al personal de atención en enfoque interseccional y en sustancias, ampliar la oferta y cobertura de los servicios, mejorar su accesibilidad geográfica e implementar estrategias de comunicación efectivas para divulgarlos.

Ahora bien, las barreras de acceso no solo se presentan a nivel estructural del sistema que ofrece los servicios, también existen dificultades que atañen a las personas que tienen problemas asociados al consumo (figura 14).

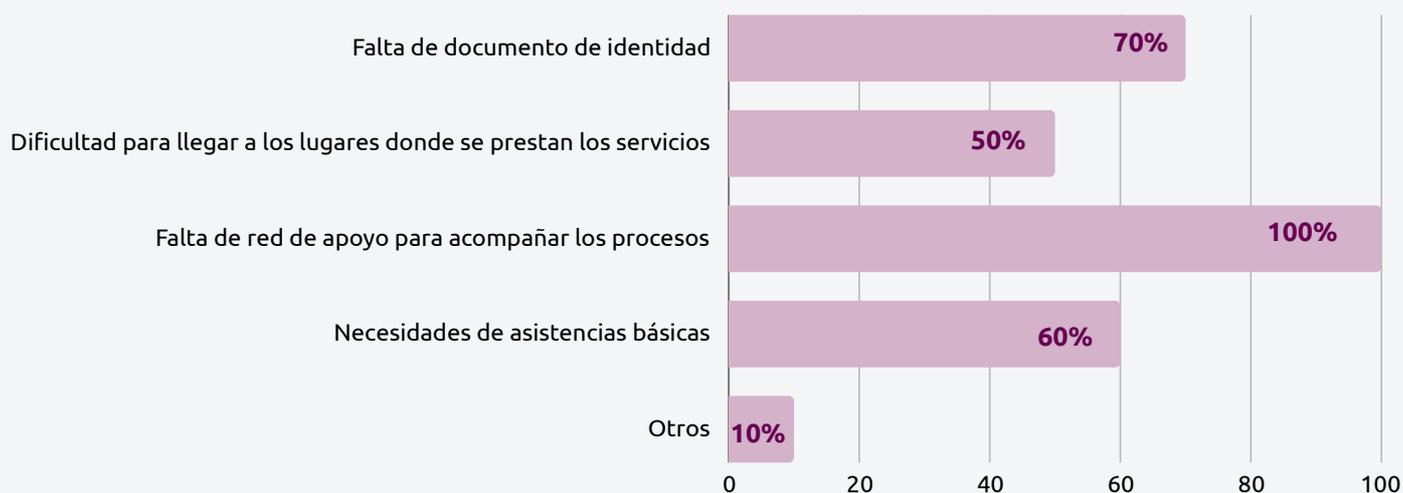


Figura 14: Barreras de acceso y otros elementos de la población usuaria de drogas identificados que dificultan la vinculación a procesos

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

El 70% de las organizaciones mencionó que, en la mayoría de las ocasiones, una persona no puede ser atendida si no lleva consigo su documento de identidad. Las personas que habitan en la calle tienen grandes dificultades para guardar y mantener sus pertenencias por obvias razones de habitar un lugar público. Las organizaciones en muchas ocasiones les prestan el acompañamiento para hacer los trámites requeridos de recuperación de documentos de identidad, que suelen ser burocráticos, tediosos, demorados y costosos, pero rápidamente se encuentran con la misma dificultad, pues para ellos es imposible mantener el documento.

Las redes estandarizadas de salud son sistemas organizados que agrupan a distintos proveedores de atención médica como hospitales, clínicas, laboratorios y profesionales de la salud, bajo un conjunto de normas, procedimientos y estándares comunes. Por esta razón, los requerimientos son iguales en todos los proveedores. Uno de los más básicos para recibir atención es, por ejemplo, tener un documento de identidad. Ese requerimiento básico se convierte en una barrera de acceso para personas habitantes de calle o migrantes en tránsito. Esa es la razón por la cual servicios de taquillas,

casilleros o lugares donde las personas que habitan en calle puedan guardar sus documentos de manera segura podrían ayudar a incrementar el acceso a redes proveedores de salud que hacen parte de las redes estandarizadas de servicios sociales.

El 60% de las respuestas indica que uno de los factores que impiden que las personas puedan acceder a los servicios está relacionado con elementos de asistencia básica, o sea, que las personas no son atendidas cuando no han podido subsanar sus necesidades básicas, por ejemplo, cuando llegan a recibir atención sin haberse aseado, cuando no han consumido alimentos y están visiblemente fatigados o deshidratados.

El 50% de las entidades referencia que las personas no acceden a los servicios debido a que estos se encuentran ubicados en zonas a las que ciertas poblaciones no pueden acceder. Esta respuesta habla de las fronteras invisibles que existen en las ciudades que solo se aplican para quienes sufren ciertas opresiones debido a su categoría social. Hay espacios urbanos donde las personas que están visiblemente empobrecidas son con frecuencia maltratadas por guardias, policías y residentes. El umbral de acceso al servicio público también es alto; con frecuencia, las personas usuarias de transportes públicos discriminan a las personas que utilizan esos transportes que están visiblemente empobrecidas, con ropas viejas o sucias. La imposibilidad de utilizar el transporte público hace que las personas habitantes de calle, trans, trabajadoras sexuales o consumidoras de sustancias no puedan transportarse de igual forma que cualquier ciudadano. También incrementa estas fronteras las situaciones de violencia previa o en curso; situaciones en las que una persona no puede habitar ciertos lugares porque al hacerlo pone en peligro su integridad o incluso su vida, lo cual impide que la persona pueda transitar tranquilamente hasta el lugar donde se encuentra el servicio al que necesita acceso.

Muchas mujeres y personas de género disidente hacen referencia a que no pueden volver a algunos lugares y barrios específicos, pues tienen una pareja sentimental anterior o un familiar que, si las ve, las agrede físicamente. También mencionan que evitan los lugares donde hay policía, pues en esos sitios se incrementa radicalmente el riesgo de ser requisada, acosada, maltratada y abusada sexualmente.

Si bien tanto las personas usuarias de drogas como los actores vecinales entrevistados de las ciudades priorizadas brindan referencias de algunos procesos de reducción de daños de amplio espectro que reconocen estas barreras, es una información que no llega a las redes estandarizadas de atención y oferta de servicios sociales, entonces, por más que las organizaciones hagan muchos esfuerzos por llegar hasta las personas y acompañarlas, llega un momento en que les es imposible derivar a servicios más especializados para resolver situaciones de salud, de sin hogarismo, de educación o de acceso a la cultura (figura 15).

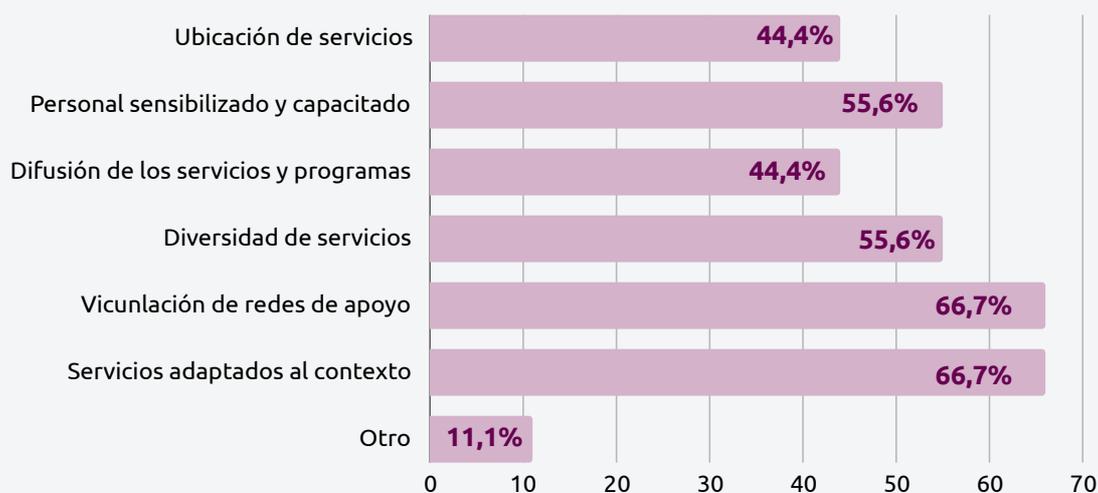


Figura 15: Factores que facilitan el acceso a servicios para población con problemáticas asociadas al uso de drogas

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Sin embargo, así como se referencian las barreras de acceso, también se exponen los diferentes factores que pueden incidir en que dichos impedimentos puedan ser minimizados.

El 66,7% de las respuestas indica que los obstáculos para acceder a servicios podrían mitigarse si las personas cuentan con redes de apoyo sólidas que brinden acompañamiento presencial y emocional, con lo cual se podría lograr que no desistan de los procesos o trámites y se mantenga una adherencia efectiva al servicio que se esté recibiendo.

Igualmente, con el 66,7% se evidencia que existe una necesidad de adaptar los servicios al contexto en el que se ofertan. Otro de los elementos relevantes que pueden ayudar a suprimir las barreras de acceso se relaciona con capacitar al personal que brinda atención, para que oferten los servicios desde la sensibilidad y comprensión de las poblaciones atendidas, además de brindar una diversidad en los servicios, lo cual permitiría que se ajusten a las necesidades y a la vulnerabilidad de cada población. Gracias a esto, podrían hallar respuesta o solución a la problemática que requiere atención desde un enfoque diferencial.

El enfoque diferencial en la atención social es una estrategia que reconoce y responde a las diversas necesidades, características y condiciones de vida de las personas o de los grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad, adaptando las políticas, los programas y los servicios sociales de manera que se tengan en cuenta las diferencias de género, edad, etnia, orientación sexual, discapacidad, condición socioeconómica, entre otros factores, para garantizar una atención más justa, inclusiva y efectiva.

A diferencia de los enfoques universales, que aplican soluciones homogéneas para todos, el enfoque diferencial reconoce que la desigualdad estructural afecta de manera distinta a las personas y, por tanto, una atención social que no considere estas particularidades podría perpetuar o incluso agravar las inequidades. Así, se propone personalizar las intervenciones para que respondan mejor a las necesidades y derechos de grupos específicos, como mujeres, personas mayores, niños y niñas, personas LGBTQ+, pueblos indígenas, personas con discapacidades, migrantes o víctimas de conflictos.

Este enfoque también implica un análisis interseccional, es decir, comprender cómo se cruzan y agravan diferentes formas de discriminación o exclusión, como la pobreza, el racismo, el sexismo o la xenofobia, para diseñar políticas y servicios que atiendan estas múltiples capas de vulnerabilidad

Finalmente, con el 44,4% se encuentra que se debe hacer mayor difusión de los servicios que se ofertan, para que las comunidades se enteren de los programas y las estrategias y puedan ser sus beneficiarios. También consideran importante que estos estén ubicados en las zonas o los sectores que requieren de mayor intervención.

En el caso de las mujeres y personas de género no binario, las barreras de acceso son aún mayores. El fuerte estigma que recae sobre ellas hace que sean muy pocas las que lleguen a los servicios. Cuando lo hacen, se encuentran con recursos que no responden a sus necesidades específicas.

Según lo planteado por los representantes institucionales, el 90,9% de las organizaciones incorpora o ha incorporado la perspectiva de género en las actuaciones enfocadas en la reducción de daño, tal y como lo muestra la figura 16; sin embargo, al indagar el por qué consideran que la han incorporado, la mayoría de las respuestas no brindan elementos claros, por lo que consideramos que no existe entendimiento ni conocimientos de lo que implica tener un enfoque de género en la atención y oferta de servicios.

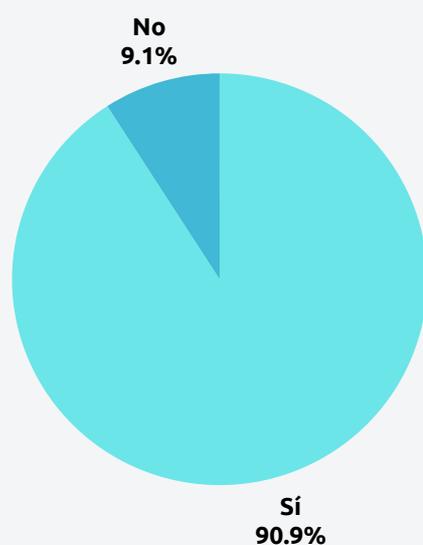


Figura 16: Incorporación de perspectiva de género en actuaciones de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Vale aclarar que si bien la mayoría de organizaciones no brindó mayor claridad sobre el tema. En cada una de las ciudades priorizadas, encontramos algunos procesos enfocados exclusivamente en reconocer y visibilizar particularidades y necesidades de mujeres, personas de género no binario, trans o género disidente que tienen uso de drogas, lo que constituye una práctica a destacar en función de generar avances en las intervenciones de reducción de daños en el país.

Al indagar por la incorporación del enfoque de género por parte de otras entidades que ejecutan procesos asociados a la reducción de daños desde un amplio espectro, las respuestas suministradas en el formulario de caracterización institucional refirieron que un 54,5% sí tiene en cuenta este enfoque, argumentando que esto se da en el marco de cumplimiento de la normatividad de inclusión social (ver figura 17). No obstante, existe un gran desconocimiento y una ausencia de formación en este sentido.

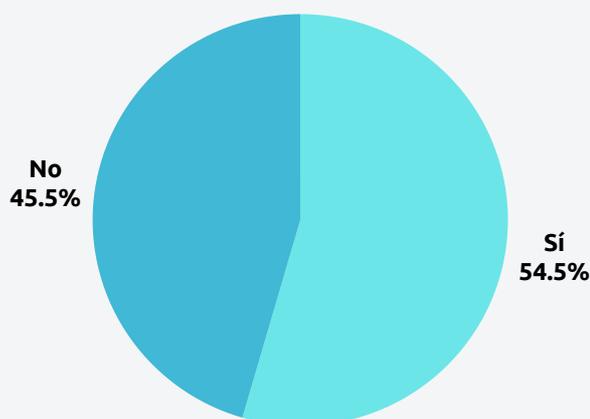


Figura 17: Incorporación de perspectiva de género por parte de otras entidades a nivel

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

A menudo se confunde aplicar esta perspectiva con un análisis de datos segregado por sexos o estudios que tienen de alguna manera en cuenta la orientación sexual. Pero la perspectiva de género implica analizar cómo las relaciones de poder y las desigualdades por razones de género impactan (en este caso, en el consumo de drogas) sus dinámicas y problemas relacionados. Son muy pocas las entidades que incorporan este análisis en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones.

En este sentido, nos parece importante destacar la iniciativa de la Corporación Consentidos de proporcionar un refugio seguro para 80 mujeres y personas trans supervivientes a situaciones de violencia machista, trata y tráfico de personas, así como la iniciativa de Colectiva Callejeras, en Medellín, que realizó un proceso de caracterización de la realidad de 32 mujeres que se enuncian desde la calle y consumen sustancias, proceso que identificó elementos clave para entender este fenómeno. También es importante destacar el informe realizado por la Corporación Teméride y Dejusticia llamado Mujeres, calle y prohibición. Cuidado y violencia a los dos lados del Otún, un libro sobre lo que significa usar drogas y habitar el mundo como mujer, en el cuál además de los testimonios de muchas mujeres, se hacen sendos análisis sobre las intersecciones y vulnerabilidades de las mujeres que consumen sustancias y al final se hacen aportes para la formulación de políticas de drogas orientadas a las mujeres.

Prosiguiendo con la interseccionalidad, se reconoce que Colombia es un país que cuenta con población racializada entre la cual se encuentran afrodescendientes (negros, mulatos, palenqueros y raizales), indígenas, gitanos, entre otras poblaciones que han sido históricamente segregadas por el racismo estructural que surge de las prácticas de dominación, explotación y saqueo de los diversos territorios a causa de su condición racial. En el caso de las de las instituciones que respondieron el formulario, 80% de ellas reportó la presencia de personas racializadas (figura 18)

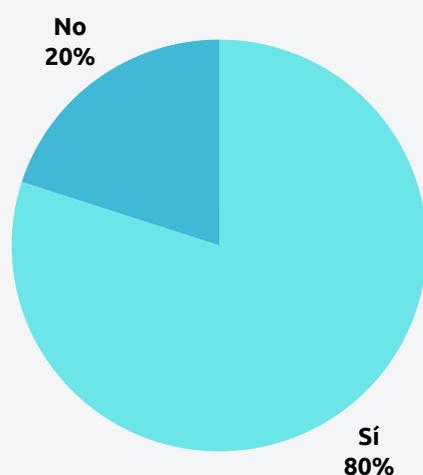


Figura 18: Porcentaje de personas racializadas que se benefician de los procesos de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

A pesar de que se identifica la participación de personas racializadas en los procesos, 63,6% de las organizaciones informó que no implementan estrategias dirigidas a atender las diversidades raciales o culturales (figura 19).

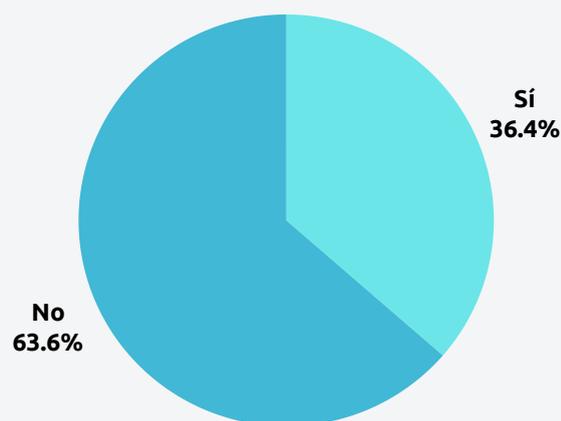


Figura 19: Implementación de estrategias dirigidas a atender diversidad racial y/o cultural

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

En este sentido, nos llama la atención que, en los informes del Ministerio de Justicia y el Derecho (2019, 2022, 2023), el 43,1% de las personas que se inyectan drogas en la ciudad de Medellín se autorreconoce como afrocolombiano, el 4% indígena y el 3,8% como palenquero. En el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, el 50,1% de las PID se identifica como afrocolombianas, el 4,1% indígenas y el 0,5% palenqueras. Nos llama la atención que, incluso existiendo porcentajes altos de personas racializadas que se inyectan drogas, no existan estrategias con enfoque diferencial étnico. Esta es precisamente una de las razones por las cuales algunos procesos no están siendo eficientes ni eficaces en el abordaje de las problemáticas que sufren las comunidades racializadas.

La cuestión migratoria

Como lo enunciamos en el contexto específico de Cúcuta, encontramos en este estudio que la experiencia migratoria es otro de los vectores de discriminación y vulnerabilidad que experimentan las personas que tienen problemas asociados al consumo de sustancias. “Ser una mujer venezolana, sin papeles, acá en Colombia, me impide acceder a muchos servicios” (vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Cúcuta, comunicación personal).

Así lo expresó también una representante institucional de Medellín:

“

Tenemos una chica migrante peruana que lleva dos años viviendo acá en barrio Colón. Ella tiene un diagnóstico de depresión severo, le hemos hecho acompañamiento de las estrategias que podemos, pero no hemos podido, por ejemplo, con ella tener su documento legal, porque le cuesta bastante y las puertas que hemos tocado nos dicen que la van a llamar, pero no llaman. Entonces, así como que no puede acceder a un derecho fundamental como la salud o un subsidio o a un estudio, porque no hay un documento que me diga que estoy legal en este país o que soy un ciudadano garante de derechos. (Mujer representante institucional de Medellín, comunicación personal)

”

La población migrante, especialmente las personas que se encuentran en una situación administrativa irregular son quienes padecen mayor número de vulneraciones a sus derechos y están expuestas a vivir situaciones de sufrimiento social asociadas con su estatus legal. Tras el análisis de la revisión documental y las entrevistas desarrolladas por el presente estudio, encontramos que la xenofobia en este territorio está ligada a la aporofobia, respondiendo a creencias arraigadas de que las personas migrantes que no cuentan con recursos económicos para desarrollar su vida y que se desplazan en busca oportunidades laborales y mejores ingresos económicos llegan a la ciudad a afectar negativamente a las personas locales. Se cree erradamente que traen mayor desempleo, pues roban los puestos de trabajo; que llegan a desarrollar acciones delincuenciales o criminales y que llegan a habitar la calle y a destruir los espacios públicos. Esta xeno-aporofobia hace que las personas migrantes sean fuertemente estigmatizadas y discriminadas a causa de su nacionalidad.

Aunque existen leyes y normas que amparan a las personas migrantes, hay gran falta de respuesta institucional ante las denuncias de malos tratos, desamparo y disminución en su dignidad y calidad de vida. El vacío institucional también se evidencia en que existen muchas personas migrantes que no han podido regularizar su situación de residencia legal en el país. Esta falta de regularización se convierte en una barrera de acceso a la mayoría de los servicios sociales y de salud. Además de las dificultades para acceder a servicios y de la constante discriminación social, las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual son víctimas de abusos constantes, coacción y violencia física y sexual por parte de la Policía. Diferentes actores institucionales del municipio de Medellín expresaron que estos casos son cada vez más constantes, de acuerdo con el testimonio de una de las mujeres informantes:

“

[...] llegan los policías o, a veces, incluso cuando hacen las rondas, piden documentos, entonces la mayoría no los tiene, entonces ya a partir de eso hay un montón de malos tratos, desde insultos hasta golpes, como abuso de autoridad que también se presta para abusos de parte de policiales hacia las mujeres. No más la semana pasada, estábamos conversando con algunas de las chicas que ejercen el trabajo sexual por supervivencia en la calle la 40, que es ahí entre barrio Colón, Palace e Industriales, es un lugar que también es histórico como por ese trabajo que hacen las mujeres allí; entonces, lo que nos comentaban es que están llegando como a pedirles documentos, algunas no los tienen, entonces como no los tienen, lo que hacen es acosarlas, como bueno y entonces que hay para mí, o sea, como insinuándoles qué tienen que hacer, prestarles un servicio a ellos gratuito y, pues, también aparte de un acoso, un hostigamiento por no tener eso.

”

El testimonio anterior da cuenta de las denuncias constantes que hacen las trabajadoras sexuales migrantes en situación administrativa irregular. Frecuentemente, la Policía llega a los sitios donde se encuentran y con la justificación de que están cumpliendo la orden de desalojarlos, son tratadas a golpes, reciben insultos y les son confiscadas las dosis de sustancias que tengan y son acusadas de ser quienes distribuyen o venden droga en el territorio, lo que ocasiona que sean trasladadas a estaciones policiales en donde continúan siendo golpeadas y vulnerados todos sus derechos, pero fuera del escrutinio público. Varias mujeres informaron que en estas situaciones los agentes de policía se aprovechan de su situación de vulnerabilidad para acosarlas, tocarlas, coaccionarlas a participar en actos sexuales contra su voluntad y hasta abusarlas sexual y físicamente.

Otra de las agentes institucionales en Medellín nos cuenta:

“

Con hombres, incluso nos hemos dado cuenta que han llegado a matarlos a partir de golpizas, porque les dicen: “Ah, usted es el que está jibariando o usted es el campanero...”. Entonces, en vez de caerle como a la red de microtráfico grande, le caen pues a los menos que tienen la posibilidad de defenderse. Y conocimos el caso de un muchacho limpiaparabrisas por barrio Colón, que también estuvo, pues, como hospitalizado por una fuerte golpiza que le propinaron unos motorizados, por confundirlo con un jíbaro. Él no dio documentos porque no tenía, también pues se alebrestó un poco, pero entonces hay un abuso de autoridad, le propinaron más golpizas. (Representante institucional de Medellín, comunicación personal)

”

Aunque los casos anteriores se presentaron en Medellín, la realización de los grupos focales con agentes institucionales demuestra que la población migrante es vulnerada en cada uno de los territorios priorizados. Encontramos que, en los 5 municipios involucrados en el análisis, se vivencian situaciones similares que atentan contra la vida de las personas que provienen de otros países.

En el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, nos expusieron que existen diferentes barreras para la atención oportuna de la población migrante (especialmente, si están en situación de calle o son usuarios de sustancias), debido a la poca respuesta institucional que hay con relación al tema.

“

Tenemos muchas barreras todavía en lo que estoy tratando de que se siga fomentando desde la asociación a través de los talleres que damos, pues que cooperación se enfoque y dé talleres de orientación, muchas veces se hacen las pruebas rápidas, se les articula, pero siempre hay unas barreras, entonces como que uno queda que yo hago mi trabajo, pero no tengo, por ejemplo, ahorita con la institucionalidad estamos que no han arrancado; de hecho, la de la gobernación quedó la misma del Gobierno anterior y prácticamente hasta con migración nos preguntamos: ¿qué vamos a hacer? Bueno, si la institucionalidad nos apoya, podemos hacer las jornadas, incidir más, dar más información, que eso es en lo que yo creo que hay que enfocarnos y trabajar con la comunidad. (Informante clave del área conurbada de Pereira y Dosquebradas, comunicación personal)

”

Teniendo en cuenta que Colombia es un país con una posición geográfica favorable para la migración, puesto que conecta el continente americano desde la zona sur, hasta el centro y el norte, en muchas ocasiones, constituye un lugar de paso para la población migrante, la cual se ubica en diferentes ciudades a fin de continuar sus recorridos migratorios y llegar a países de Centroamérica y Norteamérica.

“

[...] esta población pendular atraviesa el eje cafetero para poder llegar a Antioquía y de allí poder acceder a Necoclí que les da acceso al Darién, que es donde pasan a Centroamérica. Entonces, es una dinámica que es bastante difícil porque ¿cómo afrontas de repente o cómo das una solución a este conflicto de las drogas, cuando las personas pasan 2, 3, 5 días o una semana máximo en tu territorio? Pero, efectivamente, son personas que están en situación de calle, son personas que tienen una alta vulnerabilidad y, dicho sea de paso, no hay una respuesta institucional en ese sentido, sobre todo, pasando o basándose en para qué vamos a dar una respuesta si lo que van a estar aquí son 3 o 4 días. Entonces, esas quizás, pudiéramos decir, son algunas de las barreras que desde la perspectiva de la población migrante nosotros hemos observado. (Mujer informante clave del área conurbada de Pereira y Dosquebradas, comunicación personal)

”

Lo anterior da cuenta de que existen casos en que la población migrante condiciona su estadía en el país según el momento que pueda continuar con su recorrido, a veces dependiendo de que consigan dinero para poder pagar el paso por la selva del Darién o a veces mientras se recuperan de diversas afecciones de salud. Esta población en tránsito incrementa el número de personas desabrigadas y en busca de servicios de acogida en los territorios, lo que dificulta que se realicen procedimientos para la atención de las personas que sí se quedan a residir en el país, pues son las personas en tránsito quienes más buscan los servicios ofrecidos a migrantes; por ende, son quienes más acuden a aquellos que son de atención inmediata.

Asimismo, no se cuenta con apoyo ni rutas de atención para personas migrantes que son usuarias de sustancias, de acuerdo con lo expuesto por una agente institucional de Medellín:

“

Es una situación muy lamentable y lo confirmo a la hora de la canalización de los requerimientos. No tenemos un ente articulador que dé una respuesta efectiva a la población migrante, sea o no en condición de regularidad, porque hemos tenido acá casos en Antioquia donde lamentablemente por consumo no hemos podido canalizar una asistencia oportuna, porque las unidades son privadas, porque los tiempos de respuesta son muy largos, porque la persona está en condición absoluta de riesgo, entonces hay que tomar medidas radicales y el tema del enrutamiento se nos hace bastante cuesta arriba. (Agente institucional de Medellín, comunicación personal)

”

Aunque en los territorios de los departamentos del Quindío y Antioquia se vivencia la migración como una opción de paso hacia el Tapón del Darién en búsqueda del acceso a otros países del continente, se puede resaltar que se han alcanzado logros que permiten brindar atención oportuna a las necesidades de la población migrante gracias al trabajo realizado por organizaciones de base comunitaria constituidas por personas de nacionalidad venezolana, como lo es la Asociación de Venezolanos en el Quindío (ASOVENQUIN), quienes han entablado diálogos con el Gobierno y con cooperación internacional para establecer servicios con los que se vean beneficiadas las personas migrantes.

Esta asociación se encuentra muy activa y en constante búsqueda de aunar esfuerzos entre instituciones, comunidad, sociedad civil y gobiernos, para impulsar estrategias que beneficien a la población migrante, debido que, a través de dichas alianzas o apoyos financieros, han podido reducir en alguna medida las vulnerabilidades de la población apoyándose en la integración comunitaria y el fortalecimiento del tejido social. En esta medida, otro representante institucional de Armenia refiere:

“

Acá en Armenia, logramos conseguir la priorización por parte de la cooperación internacional, al unificar al Quindío, Risaralda y Caldas como eje cafetero, en donde pasamos de ser en el Quindío 21 700 venezolanos o población migrante, en cifras oficiales, y ya al hablar del eje cafetero, estaríamos hablando de una población de 100 000 venezolanos, lo cual nos catapultó a hacer la octava o novena zona de priorización a nivel nacional. Eso trajo por sí el apoyo de la cooperación internacional. (Representante institucional de Armenia, comunicación personal)

”

El testimonio anterior demuestra la capacidad de respuesta que pueden tener las iniciativas que trabajan desde la perspectiva de integración comunitaria a partir de objetivos colectivos. Las categorías sociales compartidas en un grupo determinado permiten reconocer a fondo las necesidades específicas de un grupo poblacional específico, hacer uso de las capacidades de cada uno de los participantes y trabajar para reducir los impactos negativos de las situaciones de discriminación o vulneración de derechos.

INTERSECCIONALIDAD PARA ENTENDER LOS TERRITORIOS

En los últimos años, los debates sobre los marcos jurídicos internacionales para el control de drogas han evolucionado considerablemente debido a la crisis del enfoque punitivo predominante, cuyos efectos negativos y contraproducentes han impactado tanto a las personas que consumen drogas como a sus comunidades. Cada vez más actores reconocen que estos enfoques sólo perpetúan el sufrimiento social y la desigualdad y, en consecuencia, están promoviendo un cambio hacia estrategias basadas en los derechos humanos y el desarrollo local. Este cambio de paradigma apuesta por la promoción de la libertad de elección, la gestión de los placeres y pone el foco en las causas subyacentes de la exclusión social, el trauma generado por las graves situaciones de violencia, carencia y precariedad creadas por los sistemas económicos desiguales y por la fracasada guerra contra las drogas.

La creación y puesta en práctica de modelo de intervención comunitarios no es algo completamente nuevo. En todo el mundo se han implementado iniciativas y estrategias que tienen en cuenta las realidades de las comunidades y su entramado específico con el fin de abordar problemas relacionados con el sufrimiento de las personas que son condenadas a la exclusión y a formas de vida precarias y dolorosas que perpetúan dificultades y situaciones de vulneración de derechos de cara a las nuevas generaciones. Sin embargo, las iniciativas de base comunitaria relacionadas con las personas que consumen sustancias psicoactivas han sido cuestionadas, subestimadas e incluso perseguidas.

En este sentido, para nosotras es fundamental traer a este estudio la concepción de *territorio vivo*. El término "territorio" se considera, desde la antropología, no solo (y en menor medida) en su dimensión geográfica, sino como un concepto multidimensional que abarca aspectos físicos, sociales, culturales y simbólicos. Y "vivo" porque se construye y se transforma a través de las interacciones humanas y las prácticas culturales a lo largo del tiempo, entendiendo por esto que es un organismo en constante cambio, actividad y desarrollo en términos de los procesos individuales, sociales, culturales y semióticos.

De esta manera, cuando entramos a analizar los hallazgos de las herramientas metodológicas que pusimos en práctica para el presente estudio, observamos los datos desde la perspectiva de la interacción con 5 territorios vivos. Para analizar entonces todas las dimensiones de dichos organismos en constante cambio, nos valemos de la teoría interseccional como eje fundamental para entender los vectores que los atraviesan y, por ende, las relaciones que generan sean de impacto positivo o negativo en las personas que hacen parte de ellos.

Así pues, el universo de los territorios vivos comprende los individuos entendidos en las categorías sociales que los oprimen y aquellos a quienes las categorías sociales los promueven y revisten de privilegios. Comprende también los espacios geográficos y físicos con sus condiciones de habitabilidad proclives a la permanencia o al tránsito, las entidades gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil que intervienen, las leyes y normas que los regulan, las condiciones socioeconómicas y los intereses de poder ejercidos tanto por grupos legales, corporaciones nacionales e internacionales, como por grupos ilegales (por ejemplo, mafias y actores armados).

Aunque necesitaríamos de un estudio de mayores alcances para realizar este análisis de manera profunda, nos valemos de los testimonios de las personas entrevistadas, los contextos reconocidos en la revisión documental y la experiencia de trabajo en otros territorios vivos para trazar un panorama que nos permita sugerir preguntas, activar cuestionamientos y debates que, en una segunda instancia, nos permitan construir estrategias para hacer frente a las problemáticas que han sido denunciadas.

Así pues, el universo de los territorios vivos comprende los individuos entendidos en las categorías sociales que los oprimen y aquellos a quienes las categorías sociales los promueven y revisten de privilegios. Comprende también los espacios geográficos y físicos con sus condiciones de habitabilidad proclives a la permanencia o al tránsito, las entidades gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil que intervienen, las leyes y normas que los regulan, las condiciones socioeconómicas y los intereses de poder ejercidos tanto por grupos legales, corporaciones nacionales e internacionales, como por grupos ilegales (por ejemplo, mafias y actores armados).

Aunque necesitaríamos de un estudio de mayores alcances para realizar este análisis de manera profunda, nos valemos de los testimonios de las personas entrevistadas, los contextos reconocidos en la revisión documental y la experiencia de trabajo en otros territorios vivos para trazar un panorama que nos permita sugerir preguntas, activar cuestionamientos y debates que, en una segunda instancia, nos permitan construir estrategias para hacer frente a las problemáticas que han sido denunciadas.

En ese sentido, quisimos determinar cuáles son los nodos de articulación que son necesarios o que están faltando, según las personas que no son oprimidas por su categoría social (o sea, quienes acceden de manera fluida a los servicios de atención), para que las personas con problemas asociados al uso de drogas puedan acceder a los mismos servicios (figura 20).

Encontramos entonces en sus respuestas que las personas consideraban que los nodos de articulación faltantes están orientados a hacerle frente a las consecuencias de los problemas asociados al consumo de sustancias y no a sus causas. Consideramos fundamental enfocar entonces los esfuerzos a identificar las causas de estos vacíos: cuando se refirieron a la falta de asistencia en salud, ¿podemos hablar de un problema estructural de los sistemas de salud pública en Colombia o seguimos culpando a las personas con problemas asociados al consumo de sustancias por no estar bañados y limpios? Y si fuera la segunda únicamente, ¿podemos dimensionar que los baños públicos para asearse es el nodo faltante para que accedan a la asistencia en salud?

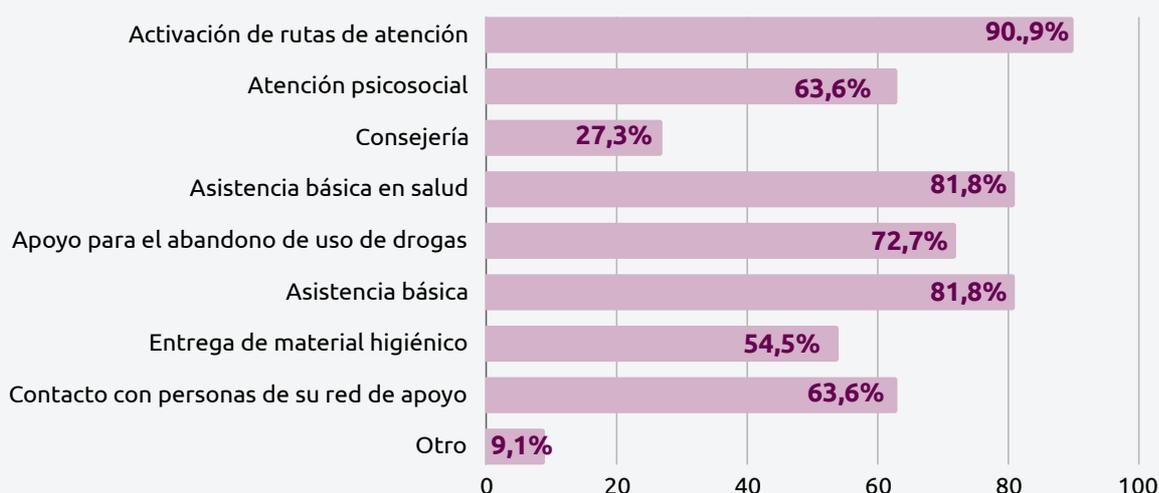


Figura 20: Tipos de necesidades que requieren más articulación al momento de ser atendidas

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Cuando expresaron la necesidad de reactivar contacto con las personas de su red de apoyo y analizamos los muchos testimonios en los que las personas con problemas asociados al uso de sustancias relataron que sus familias los echaron de la casa y que sufrían violencia en su propio entorno familiar, nos parece que no tiene sentido hacer esfuerzos por recuperar ese contacto familiar. Lo que sí podría traer mejores resultados sería generar estrategias para que los nuevos lazos

sociales que han desarrollado puedan consolidarse como referentes de cuidado y acompañamiento mutuo. Existiría la posibilidad de generar dinámicas sociales, lúdicas y simbólicas en los territorios geográficos específicos para que, en vez de discriminación y estigma, se creen lazos de solidaridad y cuidado mutuo.

Durante las entrevistas, encontramos que las personas con problemas asociados al consumo de sustancias expresaban que los vecinos de los lugares que ellos habitan no se involucran en actividades con ellos por miedo a ser catalogados como drogadictos y ladrones:

- * *Aquí la gente no ayuda en los proyectos, pero sería importante que sí lo hicieran, porque es una comunidad y si ellos colaboran [...] Pero, entonces las personas hoy por hoy se dedican no más a juzgar, aunque uno tiene en cuenta que es una problemática de uno, pero pues no estaría de más que colaboraran al que se quisiera dejar ayudar. Como comunidad, deberían de ayudar, pero es complicado, porque las personas se hacen como de los oídos sordos, que no es con ellos. Una persona colabora es porque digamos el problema le toca a la familia, entonces ya ahí sí, pero de resto no. Aunque pienso que, debido a la problemática de uno, uno debe responder por eso. Los vecinos podrían ayudar preocupándose por la problemática así no sean ellos drogas, pero en algún momento sí les podría tocar. (Usuario de sustancias en Armenia, comunicación personal)*

- * *Los vecinos sí ayudan, porque les dan comida, les ayudan, sí, sí, sí ayudan. Aquí en Dosquebradas y en Pereira, la comunidad colabora mucho con los habitantes de calle, en el sentido de darles la comida, que si los ven sucios, les dan la ropita, sí, sí, sí. Aquí, aquí colaboran demasiado. La mayoría de las personas, por lo menos de este sector, socializan mucho con los muchachos consumidores, o sea, no les da vergüenza. Porque muchos socializan, así como hay muchos que nos ignoran. (Usuario de sustancias en Pereira, comunicación personal)*

- * *No se involucran, porque ellos han vivido dentro, aunque no son consumidores, han vivido dentro del consumo toda su vida. No, y lo he visto, no tienen interés. No tienen interés porque cuando tú no estás en el consumo, no sabes lo que pasa por la mente de un fumón. La comunidad no actúa por miedo. Porque cuando tú te metes con el consumo del consumidor, te estás metiendo con el bolsillo del combo. Pero no voy a decir que estoy 100% seguro, pero hay un gran porcentaje que sí estoy seguro de que no se involucrarían. Solamente por miedo, y los entiendo, o sea, sinceramente los entiendo, porque cuando tú no eres consumidor, quiere decir que tienes tu familia y quieres cuidarlos. Y sabiendo de que si yo me involucro en este tema, hay alguien que le va a doler. Cuando uno sabe lo que hay detrás de un bazuco, te daría mucho miedo involucrarte. O sea, ¿cuánta sangre hay detrás de esa papeleta rosada? Hasta yo mismo, siendo alguien de mi comunidad, me daría mucho miedo. Porque cuando tú eres alguien de una*

comunidad, tienes tu familia en tu comunidad, y te daría mucho miedo que, por querer hacer más, salgas haciendo menos. ¿No te has dado cuenta que toda la gente que trabaja en nuestra comunidad con habitantes de calle no es de la comunidad? Porque la gente no se involucra, porque le da mucho miedo. Porque el negocio de las drogas, Medellín lo maneja como un delincuente. Ya les he dicho que no son muy buena gente que digamos, y tú no quieres tener ningún roce con ellos. Por eso la pienso, o sea, no veo cómo, o sea, me pongo en los zapatos de ellos. (Usuario de sustancias en Medellín, comunicación personal)

Al investigar sobre la demanda de los actores vecinales frente al desarrollo de intervenciones enfocadas en abordar problemáticas asociadas al uso de drogas, encontramos una división significativa en las respuestas. De las 9 respuestas recibidas, 6 indicaron que sí existía una demanda previa a la ejecución de las acciones que ellos adelantaron (66,7%), mientras que 3 organizaciones respondieron que no (33,3%)

Este hallazgo sugiere que una mayoría de las instituciones perciben una necesidad clara y previa en el territorio para implementar intervenciones relacionadas con el uso de drogas. Sin embargo, la existencia de un tercio de organizaciones que no detectaron tal demanda plantea preguntas cruciales sobre la identificación y articulación de las necesidades. Es posible que las intervenciones realizadas no obtengan los resultados esperados porque están operando en contextos donde las acciones planteadas no están articuladas con las necesidades o demandas de la comunidad: no hay claridad si son esos servicios los que requiere el territorio ni si son los impactos de esos servicios los que serían benéficos para el territorio.

Para mejorar la efectividad de las intervenciones, es fundamental comprender por qué algunas organizaciones no perciben una demanda. Es posible que las organizaciones no realicen evaluaciones comunitarias y puede que existan barreras de comunicación y confianza que impidan la expresión clara de necesidades.

Consideramos que fortalecer los canales de comunicación y participación entre los actores del territorio e identificar si la falta de demandas está relacionada con la falta de visibilidad y participación de ciertos grupos poblacionales o con una subestimación de situaciones alternativas que no son las más comunes pueden cambiar el objetivo de las intervenciones y estrategias y, por ende, incrementar de manera radical la efectividad de los esfuerzos.

El análisis de la recepción de las estrategias de reducción de daños por parte de la comunidad revela una variedad de reacciones que son indicativas de las complejas dinámicas sociales y percepciones en torno al uso de drogas. Según los datos recopilados, la mayoría de los encuestados indicaron que

estas estrategias han generado interés y han sido bien recibidas e incluso han fomentado la integración comunitaria. No obstante, también se reportó que estas acciones han causado malestar y, en algunos casos, no han sido bien recibidas o han sido rechazadas (figura 21).

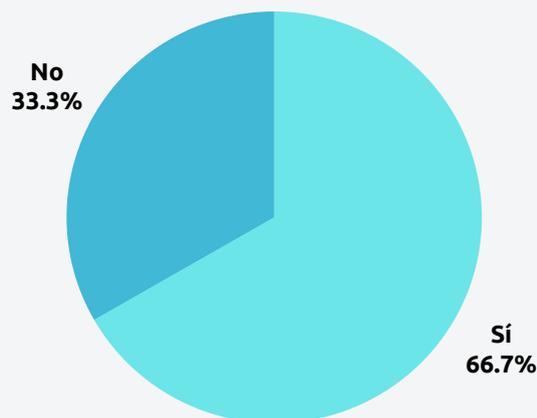


Figura 21 : Demanda de atención a problemáticas asociadas al uso de drogas previo al desarrollo de estrategias en los territorios por parte de la vecindad

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Este hallazgo resalta la influencia de las representaciones sociales sobre el uso de drogas y las intervenciones relacionadas. La recepción mixta de las estrategias de reducción de daños pone de manifiesto la persistencia del estigma asociado al consumo de drogas. El estigma hacia las personas usuarias de drogas a menudo se traduce en actos de discriminación y segregación, lo que dificulta la implementación de programas que podrían beneficiar tanto a las personas usuarias como a la comunidad en general.

La división en la recepción de estas estrategias subraya la necesidad de abordar las causas subyacentes del estigma: los mensajes, signos y símbolos que han generado estas creencias arraigadas. Las campañas de comunicación y educación comunitaria podrían desempeñar un papel crucial en la transformación de estas percepciones negativas y promoverían una comprensión más

empática y basada en derechos humanos sobre consumo de drogas y sobre los vectores de vulnerabilidad que atraviesan los problemas asociados al consumo. Posteriormente a estos ejercicios de educación y sensibilización, es esencial y, sobre todo, posible involucrar a los diversos actores del territorio en el diseño y la implementación de estas estrategias, asegurándose de que las intervenciones no solo sean efectivas, sino también culturalmente relevantes y aceptadas.

**Los vecinos no se involucran por miedo, más que todo miedo entre uno y ellos. Si ellos se involucran, facilitaría mucho; más que todo que entren en confianza, comunicación y diálogo con ellos. Eso tiene que dar mucho, entre confianza y comunicación, porque hay vecinos que no le dan a uno a entender eso. Siempre es como una barrera a que uno les va a hacer algo. Siempre me llevo esa percepción, hablando del vecindario. (Usuario de sustancias en Pereira, comunicación personal)*

**Yo creo que influye, pero es que la realidad es que la gente está más dada a criticar que a servir [...] Influye demasiado que la comunidad se involucre, porque pues la realidad es que no todos van a cambiar, pero sí se van a rescatar personas y eso nunca va a ser pérdida, sino ganancia. (Usuario de sustancias en Armenia, comunicación personal)*

**Deberían participar. Porque, así como ellos ahorita se deben de sentir perjudicados por tantos consumidores en la calle que le dan mal ejemplo a sus hijos o algo así, si ellos participaran en los proyectos, sería un beneficio también lo que ellos tuvieran, porque sería mucho, los muchachos cambiarían de vida. Se beneficiarían bastante. Los vecinos sí ayudan, porque les dan comida, les ayudan, sí, sí, sí ayudan. Aquí en Dosquebradas y en Pereira la comunidad colabora mucho con los habitantes de calle, en el sentido de la comida, que si los ven sucios, que si les dan la ropita, sí, sí, sí. Aquí, aquí colaboran demasiado. (Usuario de sustancias en Dosquebradas, comunicación personal)*

Por su parte, otros actores vecinales que no tienen problemas asociados al consumo de sustancias expresaron:

**Pues yo pensaría y desde mi creencia es que hay gente, hay también personas apáticas a eso y les tienen miedo a los habitantes de calle, porque ellos en sí son agresivos; todo el tiempo, ellos son agresivos, porque es la única manera ellos de hacerse sentir o de defenderse o lo que sea, pero uno, no sé, uno como líder social, uno siempre les llega y sabe cómo les entra y cómo puede hablar con ellos. Entonces, la gente se vuelve apática a eso, pero no todo el mundo. Y ellos lo hacen más, creen que, por protección, porque los ven con armas, porque los ven todos así mal vestidos, porque ellos les inspiran mucho miedo. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Cúcuta, comunicación personal)*

- * *No creo que si la comunidad se involucre, solucionarían el problema del consumo; podrían apoyar, pero quien realmente solucione el problema es el mismo drogadicto, la misma persona consumidora. Obvio que requiere de esos apoyos externos que están ahí para poder que el proyecto salga a flote y que pueda avanzar en su proceso. Pero pienso que los vecinos hacen parte, pero realmente este es un problema de todos. Creo que apoyarían, sí, al proceso, pero como tal no serían los directamente responsables de que esta persona salga. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Dosquebradas, comunicación personal)*

- * *Acá la gente no se involucra porque todos ya saben sus distancias. Aquí cada uno es en lo suyo, yo termino mi trabajo y me voy. Cada quien en lo suyo. Sí, cada quien, en su negocio, en sus cosas, en su chatarrería, es mejor. Cada quien en lo suyo [...] Si la gente se involucra, eso nada va a cambiar. Esta gente de acá, de este sector, no se presta para eso. Esta gente de este sector no se va a prestar para nada de eso. Igual no es obligación tampoco, mi amor. No es obligación. Por eso le digo, cada quien en su trabajo y en su negocio. No es obligación que uno le tenga que dar a uno comida, que el del otro local. Ninguno tenemos obligación con ninguno. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Medellín, comunicación personal)*

- * *Yo pienso que los vecinos sí deben involucrarse en actividades, porque nadie de la drogadicción no está libre, ni niños, ni adultos mayores, ni jóvenes, ningún rango de edad está libre de la droga. Para caer en un problema de droga, yo creo que no se necesita sino caer en él, sin importar la condición social, económica, racial, política. Yo creo que nos hemos dado cuenta que la droga ha entrado a todos los sectores sociales y económicos del país y del mundo. (Vecino del sector donde se desarrollan intervenciones en Pereira, comunicación personal)*

Este análisis subraya la importancia crucial del entorno vecinal en la implementación de intervenciones en el territorio. Los procesos de intervención que cuentan con el apoyo de la comunidad local tienden a ser más efectivos y tener un mayor impacto que aquellos que no lo tienen. Esto se debe a que la vecindad cuando se le invita a participar de procesos de diseño, construcción y análisis, suele actuar como una red de apoyo fundamental para las personas con problemas asociados al uso de sustancias. En muchos casos, el entorno vecinal se convierte en su principal red de apoyo, proporcionando no solo recursos y asistencia práctica, sino también (y mucho más importante) una fuente de comprensión y aceptación social. Por lo tanto, fomentar el apoyo comunitario y hacer inversiones de recursos, trabajo y tiempo en crear lazos de solidaridad en estos entornos es esencial para la sostenibilidad de las estrategias de reducción de daños (figuras 22 y 23).

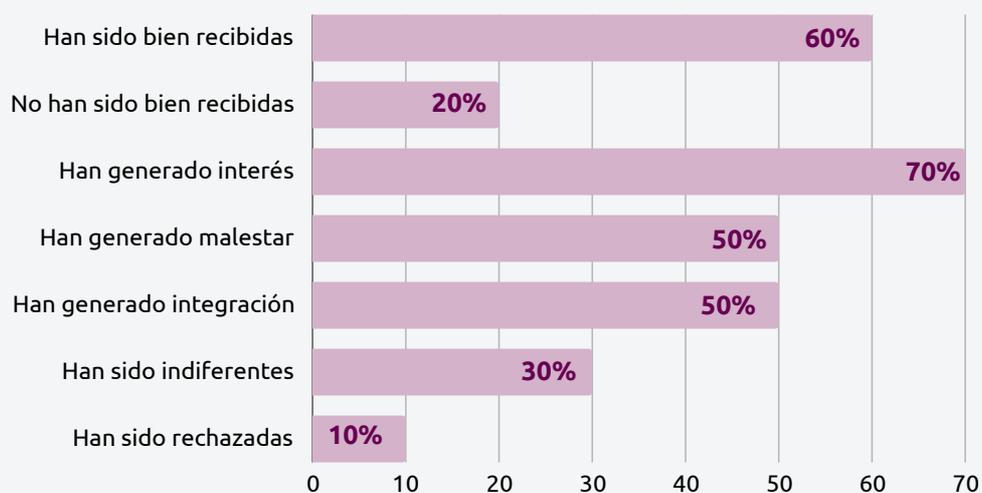


Figura 22: Recepción de estrategias en los territorios por parte de la vecindad

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

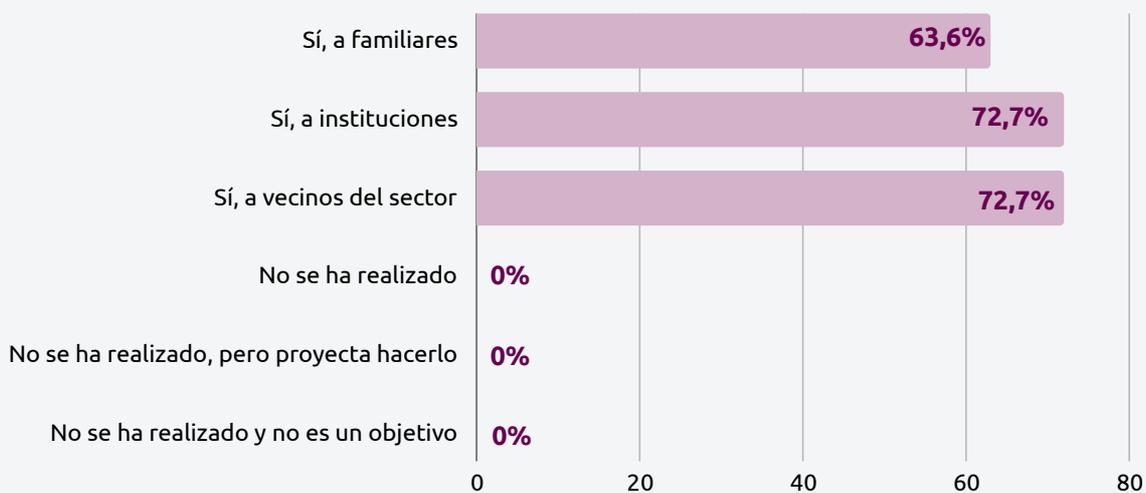


Figura 23: Desarrollo de acciones de sensibilización y educación en reducción de daños con actores relacionados con situaciones asociadas al uso de drogas

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Reconociendo las apreciaciones referidas por algunas de las personas usuarias de drogas entrevistadas y por actores vecinales, así como el interés de las organizaciones en vincular otros actores en acciones de sensibilización o educación en reducción de riesgos y daños, citamos a continuación algunas estrategias sugeridas por las poblaciones ya mencionadas en función de promover la participación comunitaria

- * *Pues haciendo, como digo yo, como cosas sociales. Haciendo programas de campeonatos de fútbol, algo así como para reunir a la gente, como para que ocupe la mente, para que se mantengan ocupaditos. Ocupar el tiempo libre. (Usuario de sustancias en Armenia, comunicación personal)*
- * *Como algunos ejercicios en comunidad para solucionar el problema, y mirar a ver qué puede hacer con ellos. (Vecino del sector donde se desarrollan intervenciones en Armenia, comunicación personal)*
- * *Donando artículos que ya no utilizan en casa, ropa, alimentos. Pensaría que si hay alguien que es profesional y puede ofrecer algún tipo de proceso de apoyo, es importante que puedan hacer. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Dosquebradas, comunicación personal)*
- * *La comunidad se puede involucrar haciendo solicitudes a organizaciones que trabajen el tema de la prevención, para que ellas trabajen con las personas y las familias. Adicional a eso, debería estar pendientes de los sitios de expendio para interferir sobre esa problemática. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Dosquebradas, comunicación personal)*
- * *Los vecinos podrían apoyar desde la iniciativa, son personas que quieren hacer algo, pues toman la iniciativa y desde lo que ellos puedan hacer. Pienso yo que por medio de actividades de visibilización, que la gente vea que se está haciendo un trabajo con las poblaciones y desde ahí vean en qué nos pueden apoyar. (Vecina del sector donde se desarrollan intervenciones en Pereira, comunicación personal)*

En resumen, las estrategias de reducción de daños necesitan enfoques inclusivos que aborden tanto los síntomas como las causas de la exclusión social. Los datos muestran una división en la aceptación de estas estrategias debido al estigma. Por consiguiente, la interacción con el territorio vivo incorporando enfoques de género, clase y raza, interseccionalidad y perspectivas anticoloniales y antirracistas para crear soluciones justas y efectivas por medio de un enfoque que incluya educación y comunicación es clave para que los esfuerzos den los mejores resultados.

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Los datos de la figura 24 indican que los principales retos identificados por las instituciones que brindan servicios a poblaciones vulnerables con problemas de uso de sustancias están profundamente influenciados por el estigma social, la falta de continuidad en los procesos y la dificultad para mantener personal capacitado. Un 81,8% de las instituciones señalan que el estigma social es el mayor obstáculo, lo cual refleja la manera como las percepciones negativas y la discriminación dificultan la intervención efectiva y perpetúan el sufrimiento social.



Figura 24: Retos identificados al momento de brindar atención integral a la población con problemas asociados al uso de drogas

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

Además, el 63,6% de las respuestas indican que mantener la continuidad en los procesos es un desafío significativo. Esta percepción compartida tanto por personas con problemas asociados al consumo de sustancias, como por actores vecinales sugiere la necesidad de desarrollar programas sostenibles y duraderos que realmente impacten en la vida de las personas atendidas, en lugar de proyectos temporales que solo buscan cumplir con indicadores de ejecución a corto plazo.

El 54,5% de las instituciones también mencionan la dificultad de mantener equipos capacitados, lo que está directamente relacionado con la falta de continuidad de los proyectos y su consecuente irregularidad en el desembolso de recursos económicos, lo cual genera situaciones de inestabilidad laboral. Esto refleja una conexión entre la sostenibilidad de los equipos de trabajo y la eficacia de las intervenciones.

Otros retos incluyen la falta de capacitación continua (45,5%), la ubicación inadecuada de los servicios (36,4%) y la insuficiencia de recursos financieros (36,4%). Además, el 27,3% de las instituciones menciona los intereses de la población y la adquisición de insumos necesarios como factores que dificultan la atención integral.

La financiación de estas organizaciones depende en gran medida de la gestión propia, incluyendo la participación en convocatorias, donaciones y cobros por servicios. Aunque esto permite un enfoque en las necesidades priorizadas por las organizaciones, también introduce inestabilidad, debido a la fluctuación de los recursos. La dependencia de convocatorias nacionales y la limitada selección de apoyo gubernamental o internacional sugieren la necesidad de explorar financiamiento más estable y diversificado.

En resumen, para mejorar la atención integral a las personas con problemas asociados al uso de drogas, es esencial abordar el estigma social, asegurar la continuidad de los procesos, mantener al personal capacitado y estabilizar la financiación de los programas. Esto requerirá un enfoque multifacético que incluya educación comunitaria, estrategias de financiamiento sostenibles y una mayor integración de apoyo gubernamental e internacional (figura 25).

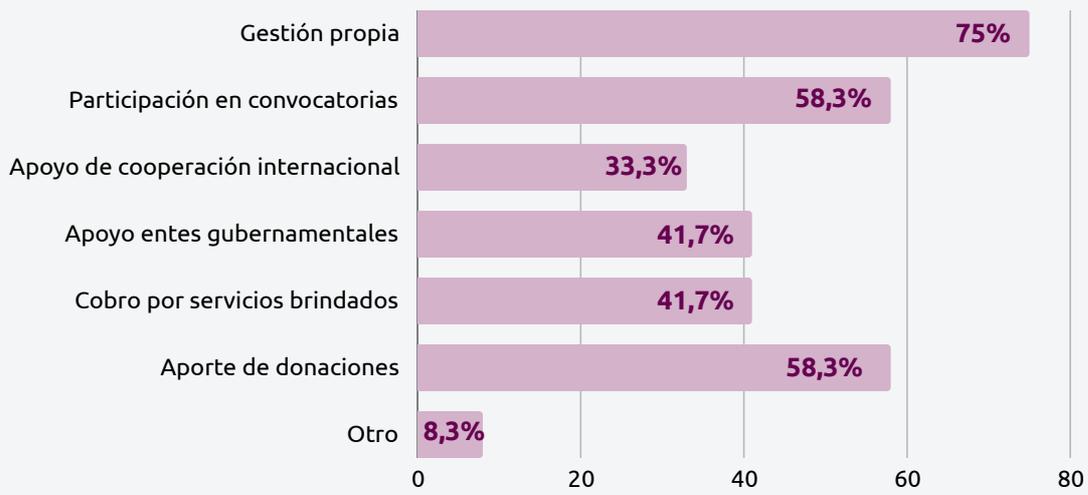


Figura 25: Financiación de programas y procesos en organizaciones que desarrollan acciones de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

APOYO INSTITUCIONAL

El análisis de los datos presentados destaca la variabilidad en el apoyo que reciben las instituciones que trabajan en reducción de daños en las ciudades priorizadas. Este apoyo es fundamental para determinar el alcance, la continuidad y la capacidad de respuesta de estos programas.

Las respuestas del formulario de caracterización institucional, proporcionadas por 10 de las 12 organizaciones entrevistadas, revelan que, a nivel local y departamental, las secretarías municipales y departamentales, junto con la Secretaría de Bienestar Social y la Secretaría de Participación Social, brindan apoyo significativo a un 50% de los casos. A nivel nacional, el Ministerio de Justicia y del Derecho es reconocido por el 40% de las instituciones, mientras que solo el 20% menciona al Ministerio de Salud y Protección Social. Además, otras entidades como la Secretaría de Inclusión Social Familiar y Derechos Humanos, Desarrollo Social y Político Local y la Policía Nacional también proporcionan apoyo (figura 26).

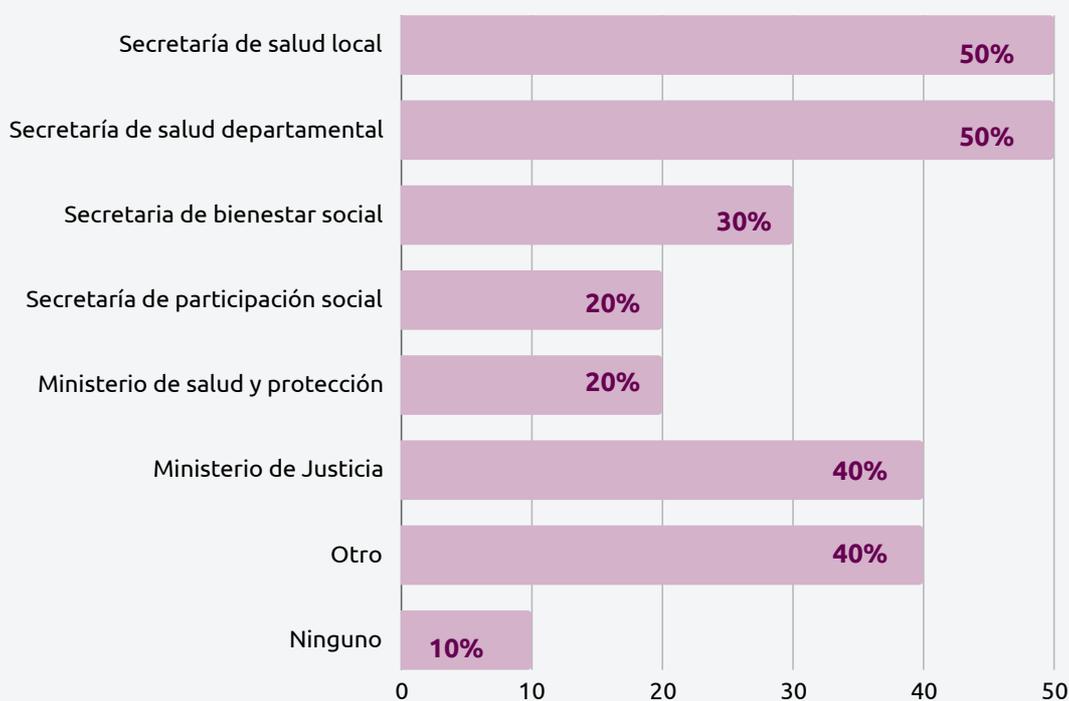


Figura 26: Entes gubernamentales que brindan apoyo a organizaciones para la implementación de estrategias de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

El tipo de apoyo recibido de estos entes gubernamentales se centra en facilitar acciones, ofrecer asesorías y capacitaciones y apoyar con talento humano. Sin embargo, el apoyo financiero es mencionado solo por 3 organizaciones, lo que resalta una carencia crítica en la financiación, un aspecto vital para la sostenibilidad de las intervenciones (figura 27).



Figura 27: Tipo de apoyo brindado por los entes gubernamentales a las organizaciones para la implementación de estrategias de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

En cuanto al apoyo dado por la cooperación internacional, el 72% de las organizaciones reportan no recibir ningún tipo de ayuda, mientras que el 27,3% indican que sí cuentan con apoyo de entidades como el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA o UNAIDS, por sus siglas en inglés), la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), Coalition Plus, Consorcio internacional sobre políticas de drogas (IDPC, por sus siglas en inglés), Open Society Foundation, el Ayuntamiento de Barcelona y el Fondo Mundial. Este apoyo internacional es principalmente financiero, lo cual es crucial para la continuidad de los procesos, además de proporcionar asesorías, capacitaciones, recursos materiales y facilitar acciones.

Estos datos subrayan la necesidad de incrementar y diversificar el apoyo, (especialmente, financiero) de los entes gubernamentales para fortalecer las acciones de reducción de daños. La dependencia de la cooperación internacional, aunque valiosa, no es suficiente para garantizar la sostenibilidad y el crecimiento de estos programas. Por lo tanto, es imperativo que las políticas locales y nacionales se orienten hacia un mayor compromiso y respaldo financiero para asegurar que las intervenciones puedan continuar y expandirse efectivamente (esto se evidencia en las figuras 28 y 29).

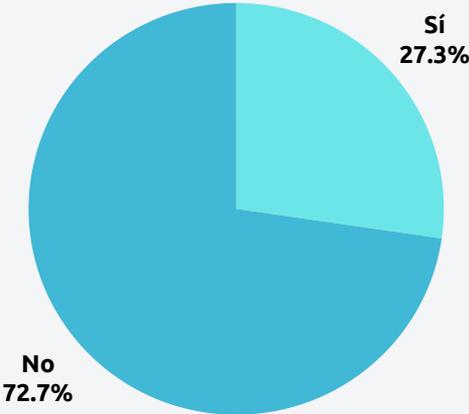


Figura 28: Recepción de apoyo de cooperación internacional para la implementación de estrategias de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

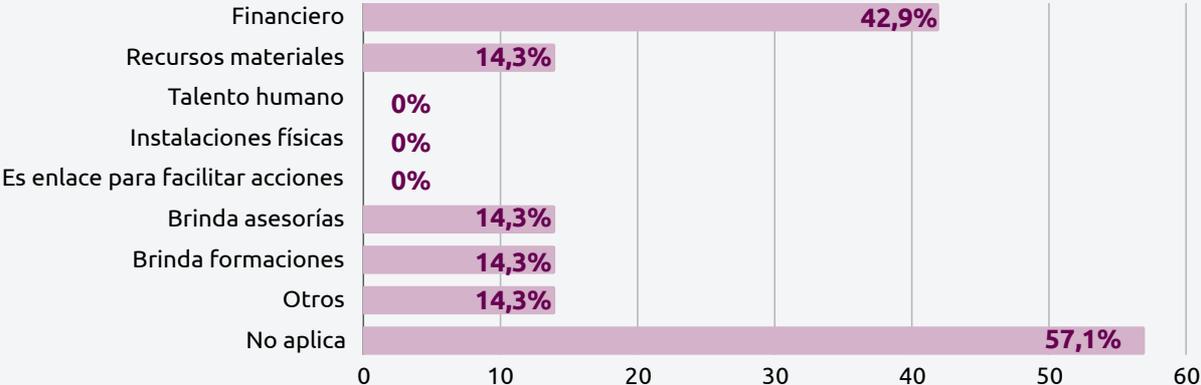


Figura 29: Tipo de apoyo recibido de parte de cooperación internacional para la implementación de estrategias de reducción de daños

Fuente: tomado del formulario de caracterización institucional. Elaboración propia.

UN CAMINO DE POSIBILIDADES

Con los avances en materia de política de drogas acogidos en Colombia durante el actual periodo presidencial (2022-2026), se destaca el interés por transformar las narrativas y los abordajes frente al tema, así como la apuesta por una nueva perspectiva de abordaje en la que se integre una mirada de justicia social y salud pública basada en la evidencia.

El país cuenta con amplia experiencia en el despliegue del abordaje comunitario y de reducción de daños. Varias entidades arraigadas en los territorios llevan más de una década liderando estrategias como análisis de sustancias, distribución de materiales para el consumo higiénico y, recientemente, espacios de consumo supervisado. Estas estrategias han mostrado su efectividad en la mejora de la calidad de vida de las personas que usan drogas y sus comunidades. Aun así, son muy pocas las que resisten de manera continua a los vaivenes políticos y a la carencia de financiación. La lucha continua de las organizaciones de base por subsistir y continuar con sus actuaciones es la que sostiene vivos los procesos, en la mayoría de los casos.

Colombia está liderando grandes cambios y avances en cuanto a las políticas de drogas. En la atención de personas que usan drogas, cuenta con importantes y reconocidas buenas prácticas, tanto a nivel nacional como internacional. Aun así, y tal como hemos ido viendo en esta investigación, se detectan importantes vacíos y retos en la implementación y consolidación de la perspectiva de amplio espectro de reducción de daños y sus estrategias. Apremia la necesidad de generar datos, cambiar narrativas, implementar nuevas iniciativas y dar continuidad y sostenibilidad a las ya existentes, trabajar con todos los actores de los territorios vivos, por mencionar solo algunas.

A continuación, y a modo de conclusión, procuramos recoger y sistematizar estas necesidades y respuestas. En este sentido, contamos con la ventaja de que si en algo han tenido que esforzarse las iniciativas de reducción de daños, es en generar evidencia y estrategias costo-efectivas. En este sentido, hemos recogido algunas buenas prácticas y modelos de abordaje, a nivel nacional e internacional, para enriquecer la caja de herramientas de la que ya disponen los territorios, así como aportar algunas ideas que puedan servir a nutrir iniciativas de base comunitaria, ancladas en el territorio e inclusivas con las poblaciones más vulnerabilizadas.

Acompañar desde la evidencia

La reducción de daños reconoce que la gente alrededor del mundo continúa usando drogas, a pesar de la prohibición y sus amplios esfuerzos por un mundo libre de ellas. Aun así, la reducción de daños despliega entornos de acompañamiento en procesos para la mejora del bienestar físico, mental o emocional que pueden relacionarse o no con el abandono del consumo. Para ello, reconoce que es la persona la principal experta en su realidad; por ello, es la que tiene que liderar sus propios procesos. También identifica que las poblaciones más vulnerabilizadas, así como las personas con problemas relacionados con drogas, conocen profundamente sus comunidades y despliegan estrategias de solidaridad y apoyo mutuo, desde los márgenes. En este sentido, es imprescindible contar con su experiencia en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de políticas y prácticas que pretendan impactar en sus vidas y comunidades.

Desde ahí se constata que la mayoría de personas que usan drogas no accede a tratamiento, por lo que es necesario que puedan tener opciones de autocuidado y acceso a estrategias de reducción de daños que garanticen su pleno acceso a derechos. Esto implica poner a las personas en el centro y, con mirada integral, proponer respuestas interseccionales a las realidades complejas y cambiantes, tanto de las personas que usan drogas, como de sus territorios vivos.

El poder de los datos

El compromiso de la reducción de daños de basar sus estrategias en la evidencia y la rentabilidad ha impulsado esfuerzos para dotarse de herramientas que midan la efectividad de sus acciones y analicen el impacto de sus intervenciones en múltiples dimensiones. Abordar una realidad tan compleja y estigmatizada como la relacionada con el fenómeno de las drogas, sin ser intrusivos en las comunidades afectadas, pero manteniendo el contacto con la persona usuaria, es un desafío urgente, ya que predomina la falta de información.

Las perspectivas que enfocan las políticas de drogas en las personas, en lugar de en el control de sustancias, han demostrado la necesidad de nuevos enfoques. Estos son indispensables para la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación de políticas de drogas en diversos niveles. La Comisión Global de Políticas de Drogas (2011) ya señalaba la necesidad de nuevos indicadores que midieran verdaderamente los resultados de las políticas de drogas en términos de sus daños o beneficios para individuos y comunidades.

Es crucial contar con nuevos indicadores que vayan más allá de los datos criminológicos y epidemiológicos para reflejar la realidad compleja y cambiante de las poblaciones más vulnerables, incluidas las personas que usan drogas y sus comunidades. Para ello, es necesario fortalecer a las entidades de base comunitaria para que puedan recopilar y compartir sus experiencias. Comprender las dinámicas, los diferentes entornos de consumo, las sustancias utilizadas, las vías de

administración, así como la gestión institucional y comunitaria de este fenómeno, es fundamental para que las respuestas sean efectivas y respondan a las necesidades de individuos y comunidades afectadas.

Las respuestas deben examinarse localmente y contar con la participación de la población afectada, considerando su perspectiva, condición, entorno, edad y género. Las características, necesidades e intereses de las personas usuarias son cambiantes, por lo que los sistemas de seguimiento, monitoreo y evaluación deben ser flexibles y capaces de adaptarse a parámetros cambiantes para refinar y mejorar las respuestas al fenómeno del uso de drogas.

El análisis de datos, junto con investigaciones cualitativas interdisciplinarias, contribuyen a identificar vacíos de conocimiento. Diseñar agendas para aumentar estos estudios también puede ayudar a llenar estos vacíos. Además, es fundamental evaluar la calidad de los datos e identificar posibles sesgos en las fuentes de información en cualquier análisis e interpretación de datos.

Ir a las causas estructurales

Con el fin de conocer el alcance internacional de la reducción de daños y poder contar con referentes, el reporte final de *Global State of Harm Reduction* (HRI, 2022b) da una visión global de sus propuestas y grados de implementación; de igual modo, hace seguimiento a programas de análisis de sustancias, brinda programas de acceso a material higiénico para el consumo, ofrece terapia con agonistas de opioides como metadona, así como su despliegue en entornos como el ámbito penitenciario. En un contexto de crisis por las muertes por sobredosis, cobran especial relevancia los programas de suministro de naloxona. Es preciso señalar que, para el caso de Colombia, en 2017, se lanzó el manual de instrucción *Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad* (Ministerio de Salud y Protección Social y Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017), para el uso de la naloxona. Este hecho se constituye como una práctica a destacar que ha permitido atender las situaciones de sobredosis presentadas en los entornos donde se concentra el uso de heroína por vía intravenosa.

Este informe se refiere explícitamente a Colombia cuando señala que estos programas cuentan con un rango de acción limitado, pues están sujetos a los cambios normativos y son sensibles a lo que se destine para su financiación, sobre todo, porque son países de pocos ingresos. Las barreras legales y las políticas punitivas impiden su accesibilidad, así como sucede con América Latina y el Caribe, específicamente, para Colombia, México y República Dominicana (HRI, 2022b).

En territorios con recursos económicos muy limitados y redes de atención muy precarias, desplegar propuestas sanitaristas, centradas única y específicamente en el consumo, no parece ser la apuesta ni de las instituciones, ni de las entidades y organizaciones de base comunitaria. Tampoco de las propias personas que usan drogas y sus comunidades, quienes han expresado que el sentimiento de pertenencia, las redes de apoyo y la cobertura de necesidades básicas son elementos clave para

sus procesos de bienestar. En ese sentido, consideramos que Colombia está ya orientado a desplegar acciones de reducción del daño de amplio espectro, lo que quiere decir que dichas acciones son diseñadas con enfoque interseccional y pensadas desde las demandas de la comunidad sin poner el foco en el consumo de sustancias, sino precisamente en el cruce de situaciones de vulnerabilidad. Por lo tanto, los esfuerzos desde el Estado deberían continuar en esa línea, reconociendo las trayectorias comunitarias y haciendo un apuesta por la sostenibilidad de los programas que están en curso.

Aunque parte de los territorios priorizados por esta investigación no puede implementar o dar continuidad a sus estrategias de reducción de daños, el trabajo que realizan las entidades de base comunitaria aporta una mirada de reducción de daños, que es referente a nivel nacional e internacional. Parece coherente en este sentido implementar, no tanto recursos específicos de reducción de daños en drogas, sino la reducción de daños y sus respectivas estrategias en los dispositivos comunitarios ya existentes. Además, es crucial el apoyo a aquellas propuestas innovadoras que muestren tener un impacto en la vida de las personas que usan drogas y sus comunidades.

Entre las actuaciones de reducción de daños que podrían incorporar, se encuentran:

- Acciones de sensibilización, formación, asesoría: en especial, campañas antiestigma para reforzar el trabajo en red y reducir las barreras de acceso (Red Global de Proyecto de Trabajo Sexual et al., 2018).
- Centros de escucha para habitantes de calles que usan alcohol y programas para el manejo de alcohol (MAP): un equipo multidisciplinario de atención aprovecha el contacto regular que se establece con la población para brindar una atención integral (Crane y Warnes, 2003; Podymow et al., 2006).
- Programas de detección y manejo de sobredosis, incluyendo la distribución de naloxona: educar a las personas usuarias de drogas y sus entornos, incluidos agentes vecinales, en la detección y el manejo de sobredosis, además de hacer accesible la naloxona a personas usuarias de opiáceos y sus comunidades. Esto permite evitar las sobredosis y que aquellas que se dan no sean fatales (Ministerio de Salud y Protección Social y Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017).
- Programas de testeo de VIH y VHC y otras enfermedades de transmisión sexual o sanguínea, liderados por pares: contar con pares favorece no solo llegar a poblaciones que, de otra manera, no llegan a los servicios, sino también favorece la adherencia a los programas y al tratamiento (European Network of People who Use Drugs, 2023).

- Los programas de acceso para el material higiénico para el consumo: estos programas han mostrado ser la herramienta más efectiva para frenar la transmisión de VIH y VHC entre la población usuaria de drogas inyectables (Rural Communities Opioid Response Program-Technical Assistance, 2024), frenar las muertes por sobredosis, así como vincular a esta población a servicios sociales y de salud (WHO, 2004). Los riesgos asociados a compartir material para el consumo fumado o inhalado (Corporación Surgir, 2021), así como otras prácticas de riesgo, hacen imperante poner en marcha este tipo de programas también para las personas consumidoras vía inhalada o fumada (CDARI, 2014).
- Espacios de consumo acompañado⁶: son espacios en los que personal capacitado, incluyendo pares, acompaña a personas consumidoras de sustancias. Así, las personas pueden consumir sus sustancias en condiciones menos riesgosas. Se caracterizan por atraer a poblaciones de difícil acceso, especialmente excluidas, que suelen consumir en las calles o en otras condiciones de riesgo y poco higiénicas. Uno de sus principales objetivos es reducir la morbilidad y mortalidad al proveer un espacio seguro para un uso más higiénico de drogas, además de capacitar a las personas usuarias en técnicas de consumo menos riesgosas. Al mismo tiempo, reducen el consumo en el espacio público, lo que mejora la calidad de vida de las comunidades cercanas a las salas. Un objetivo más amplio es el de promover el acceso a servicios sociales, de salud y de tratamiento (EMCDDA, 2015).

Habitabilidad en calle

La habitabilidad en calle es resultado de una combinación de factores estructurales, sociales e individuales: falta de recursos para sostener una vivienda estable, cuestiones de salud mental, consumo de sustancias, extrema pobreza, estigma y discriminación, violencia y trauma; consecuencia además de una inexistencia o inadecuación de los sistemas y servicios de atención.

En una estrategia más amplia para acabar con la habitabilidad en calle, se debe contar con un sistema continuo de viviendas de bajo umbral, basado en una política inclusiva de no expulsión en la que se respete su privacidad y autonomía, así como se garantice su seguridad. Debe incluir un abanico de opciones (Sakamoto *et al.*, 2008) que contengan desde centros dormitorio, programas de *La Vivienda Primero* (Canadian Housing First Toolkit, 2024) y ayudas de arriendo para las personas con más autonomía. Los programas que se pongan en marcha deben tener presente la heterogeneidad de la población sobre la que quieren incidir. En este sentido, deben existir viviendas exclusivas para mujeres, jóvenes y adultos mayores (Van Berkum y Oudshoorn, 2015).

Proponer intervenciones para crear entornos seguros y que garanticen acceso a vivienda y servicios básicos permanente o temporal no condicionada a la abstinencia implica cambios a nivel político y

6. Se opta por esta nomenclatura para diferenciarse de los modelos más medicalizantes, en los que la persona es tratada como paciente o cliente que necesita de supervisión.

técnico. Asegurarse de que existen suficientes ingresos y se remueven las barreras para la implementación de políticas y programas de reducción de daños. Es necesario acompañamiento individualizado, orientado a la recuperación del bienestar y conducidos por la persona. Para ello, se necesita invertir en capacitación continua, apoyo técnico e impulsar sistemas de monitoreo y evaluación que permitan valorar los resultados

Con el trabajo desde la integración social y comunitaria, se trata de buscar oportunidades significativas de participación en sus comunidades, con el fin de prevenir el aislamiento social. Se recomienda un fuerte trabajo de sensibilización y alto grado de coordinación entre los diferentes niveles institucionales, así como entre otros servicios de atención comunitaria (RIOD, 2023).

Estrategia de pares como herramienta para la inclusión laboral

Involucrar a la misma población a la que se dirigen las intervenciones ha demostrado ser fundamental para el éxito y la eficacia de estas iniciativas. En estas, las tácticas de asociación entre pares, implementadas desde los servicios y programas de reducción de daños, han surgido como una forma de abordar el desempleo dentro de esta comunidad (Toward the Heart, 2024).

Las personas que usan sustancias poseen un conocimiento experto sobre las necesidades y prácticas de la comunidad, comprenden el mercado de drogas y los patrones de consumo. Todo esto resulta crucial para adaptar los servicios. Estos expertos aportan información precisa y experiencias necesarias para satisfacer las necesidades de quienes utilizan los servicios. Sin su participación en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación, es poco probable que los servicios sean efectivos, adecuados y de alta calidad.

La inclusión de la estrategia de pares en los servicios dirigidos a personas que usan drogas conlleva una serie de beneficios. Para la población usuaria, recuperar conexiones laborales no solo fortalece su autonomía, sino que también les brinda una estructura vital que a menudo resulta en una reducción significativa (e incluso en el abandono) del consumo de drogas.

Mujeres y personas de género diverso

Las mujeres y personas de género no binario, en su mayoría, han sido excluidas del diálogo en torno al consumo de drogas, lo que ha generado una falta de atención a sus necesidades específicas. Su consumo, mayoritariamente de drogas legales, y su menor propensión a cometer delitos para sostenerlo han contribuido a esta invisibilidad. Muchas ocultan su consumo por temor al estigma doble que enfrentan: por el uso de drogas y por desafiar los roles de género tradicionales.

Para abordar esta problemática, se han desarrollado y aplicado herramientas de seguimiento comunitario sensibles a cuestiones de género dirigidas a mujeres y personas de género no binario

que usan drogas. Metzineres ha diseñado una metodología propia que permite monitorear y evaluar de manera regular. Se emplean instrumentos de investigación respetuosos de la privacidad y la confidencialidad, evitando entrevistas intrusivas. Las participantes deciden qué y cuándo compartir, lo que permite recopilar información significativa sobre sus experiencias, sus necesidades y el impacto de las políticas y prácticas en sus vidas.

Sin embargo, existen barreras sistémicas que limitan el acceso de estas mujeres a recursos y servicios. Las políticas y programas presentan obstáculos estructurales, como la falta de cuidado de niños, respuestas punitivas, ubicación y costos de los programas, horarios inflexibles y criterios de admisión restrictivos. Además, enfrentan estigma, vergüenza, culpa y falta de apoyo social y familiar.

Las mujeres transgénero, en particular, enfrentan altos niveles de violencia y discriminación. Ellas suelen ser excluidas de los servicios de transición de género, lo que las hace más propensas a la automedicación y al autoinyectado sin supervisión adecuada (Daniel Carl Torsch Foundation, s. f.). El enfoque en el trauma se centra en la seguridad física, psicológica y emocional de la persona, lo cual evita reproducir el trauma.

En el caso de mujeres embarazadas que usan drogas, se priorizan los riesgos para el feto, lo que a menudo lleva a la separación de la madre y el bebé si no hay una familia que se haga cargo. El ejemplo de una estrategia alternativa lo da la Academy of Perinatal Harm Reduction (2023), que ofrece recursos para programas que abordan el embarazo y la crianza desde una perspectiva holística, reconociendo el vínculo entre la salud materna y la del bebé.

El trabajo sexual es una fuente de ingresos para muchas mujeres y personas trans que usan drogas, lo que puede llevar a prácticas de riesgo y vulnerabilidad. Los espacios de activismo y apoyo mutuo, como Manas en Portugal, han demostrado tener un impacto positivo en quienes participan.

Las políticas de drogas racistas y los servicios con amplias barreras de acceso para personas migrantes y racializadas hacen necesario incorporar procesos de decolonización también en la reducción de daños. En este contexto, Intercambios Puerto Rico ha propuesto varios elementos clave para abordar estas inequidades (National Harm Reduction Coalition, 2021).

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la recolección de datos e indicadores en colaboración con las comunidades locales. Continuar desarrollando investigaciones participativas que involucren activamente a los territorios vivos. Esto permitirá crear estrategias que respondan mejor a las necesidades específicas de las diferentes poblaciones, así como construir indicadores nacionales que permitan monitorear de manera sistemática los avances o retrocesos en cada territorio. Hay que asegurar que las políticas públicas reflejen estas realidades locales, ya que es esencial para su efectividad.

2. Se recomienda integrar modelos de intervención y abordaje con base comunitaria que reconozcan el carácter multidimensional de los territorios, se acerquen a las personas mediante procesos de socialización lúdicos, educativos y simbólicos que tengan como denominador común la creación de lazos de solidaridad entre las personas que habitan los territorios sin diferenciarlos según su lugar de origen, raza, género o identidad sexual, elección de consumo o habitabilidad, poniendo el énfasis en la importancia de las redes de apoyo, la fuerza de la colectividad y la creación de la familia urbana. Se considera que no es posible intervenir los territorios vivos sin realizar estos procesos iniciales, pues fue evidente, durante el estudio, el impacto negativo que ejercen el estigma, la falta de conocimiento sobre sustancias, la falta de redes de apoyo y los discursos discriminatorios.

3. Incorporar una perspectiva interseccional y de horizontalidad en las intervenciones eliminando las jerarquías entre quienes sufren opresión y quienes ostentan privilegios. Las personas que sobreviven a múltiples situaciones de vulnerabilidad deben ser reconocidas como actores claves, no solo en la construcción de sus propias estrategias de bienestar, sino también por el profundo conocimiento sobre la comunidad. Se trata entonces de un compartir de saberes técnicos, experienciales y académicos, en el que todas las personas implicadas se ubican a la vez como aprendices y colaboradores, combinando conocimientos con solidaridad. Basadas en la evidencia que aporta la experiencia en la creación del modelo de abordaje de Metzineres, se puede afirmar que las personas que pertenecen a categorías sociales en las que se entrecruzan diversos vectores de opresión son expertas en sus propias realidades, conocen mejor que nadie su situación y son capaces de construir estrategias para gestionar su propio bienestar en la medida en que se les abra el espacio para hacerlo. Ese conocimiento de su situación es una herramienta poderosa de transformación. Dar valor y espacio a este conocimiento en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de cada una de las actuaciones resulta imprescindible para que se adecuen al contexto e impacten de manera positiva tanto en el bienestar individual, como en el de la comunidad.

4. Invertir en dispositivos comunitarios para fortalecer la convivencia y el bienestar destinando recursos a la creación y el mantenimiento de espacios como centros de escucha, ollas comunitarias, bazares y equipos de calle, entre otras, ya que estos dispositivos fomentan la solidaridad y ofrecen oportunidades de escucha activa y proyección de soluciones. Su impacto en el bienestar comunitario es tan valioso como otras estrategias de reducción de daños y son ellos los que permiten que las estrategias orientadas a los problemas asociados al consumo de sustancias tengan mejores resultados.

5. Desarrollar estrategias específicas para menores de edad es urgente. Diseñar proyectos que aborden la situación de menores en situación de vulnerabilidad, especialmente, frente a problemas como la explotación infantil, la trata y el consumo de sustancias es imperante tras haber evidenciado vacíos en este sentido. Recomendamos priorizar el desarrollo de enfoques diferenciales que protejan a esta población más allá del enfoque de la prevención.

6. Adoptar enfoques diferenciales para personas racializadas, mujeres y personas de género expandido a través de políticas y estrategias que den respuesta a una población de personas que usan drogas, que es del todo heterogénea, y que se adapten para reflejar adecuadamente las necesidades de personas de diversas etnias y géneros, quienes tienen una representación significativa entre las personas que consumen sustancias, pero que no reciben una atención adecuada en las intervenciones actuales. Metzineres nació de la necesidad de crear espacios seguros para mujeres y personas de género no binario, en el que puedan acceder a protección y cuidado, mientras enfrentan causas estructurales de exclusión relacionadas con la desigualdad y la injusticia social. Además de verse impactadas por un abordaje prohibicionista y segmentarizado que cronifica y agrava las situaciones de exclusión y discriminación. Esta mirada interseccional y de género moldea todos los aspectos del modelo de abordaje desde el que se hacen las siguientes consideraciones:

- **Análisis de género en el diseño, la implementación y el impacto de las acciones**

Las acciones deben estar profundamente arraigadas en un enfoque feminista interseccional, centrado en abordar los desafíos específicos que enfrentan las mujeres, personas trans, no binarias y disidentes de género que usan drogas y se encuentran en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica realizando un análisis detallado para garantizar que el diseño, la implementación y el impacto previsto del proyecto respondan a las necesidades particulares de este grupo. Este análisis debe tener en cuenta las experiencias distintas de las mujeres y personas de género expandido que, debido a causas estructurales de exclusión a menudo, o bien no acceden, o bien no se adhieren a unas redes estandarizadas de atención que han sido diseñadas desde una mirada androcéntrica y paternalista, tanto del consumo como de las personas consumidoras.

- **Inclusión de aspectos de género en la evaluación de necesidades**

La evaluación de necesidades se debe realizar a través de un lente feminista interseccional, asegurando que los aspectos de género estén completamente integrados y reconociendo que el género no puede separarse de otros factores interconectados, como el consumo de drogas y la exclusión socioeconómica. Las mujeres y personas de género expandido a menudo encuentran barreras que no solo provienen de su identidad de género o su uso de drogas, sino que también su sinhogarismo, sus malestares de salud mental, la criminalización, el trabajo sexual, el sexo por supervivencia, la violencia y el trauma son factores cruciales para dimensionar la complejidad y heterogeneidad de sus necesidades, intereses y motivaciones.

Por ejemplo, una mujer que usa drogas, pero tiene seguridad financiera y una vivienda estable, puede navegar el sistema legal de manera más efectiva, ya que puede permitirse representación legal. En contraste, las mujeres en situación de vulnerabilidad económica o sin ingresos estables enfrentan a menudo desafíos mucho mayores, como la incapacidad de pagar multas, lo que puede resultar en sanciones más severas, incluida la prisión. Esta comprensión matizada informa el diseño de acciones, lo cual asegura que abordemos estas desigualdades entrelazadas.

- **Desagregación de datos por género no binaria**

Realizar acciones con enfoque diferencial de género significa tener en cuenta a mujeres cisgénero, mujeres trans, personas de género expandido, etc. Por ello, es importante que dicho enfoque vaya más allá de la comprensión binaria tradicional del sexo (hombre/mujer). Aunque se recojan datos integrales sobre las personas participantes del proyecto, los indicadores se deben desagregar en función de la identidad de género en lugar del sexo. Esto permite recopilar datos más significativos e inclusivos que reflejan la diversidad de experiencias dentro de las comunidades. Los datos recogidos deben estar alineados con el enfoque interseccional, reconociendo que el género es fluido y no binario y abordando las barreras y dificultades propias de cada identidad de género.

- **Compromiso con el avance de la igualdad**

Las mujeres y personas de género expandido enfrentan numerosos desafíos legales, sociales y económicos vinculados a su identidad como mujeres, personas trans y usuarias de drogas. Hacer acciones dirigidas al empoderamiento de las mujeres y las personas de género expandido encaminadas a eliminar las barreras que impiden el acceso de sus derechos en aras de garantizar que puedan acceder a los servicios sociales y disfrutar plenamente de derechos fundamentales como la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y la no discriminación es per se un compromiso con la igualdad. Incluir siempre esta perspectiva en el diseño y la implementación de acciones lleva a reducir las brechas de inequidad.

- **Monitoreo y reporte de resultados en igualdad de género**

Evaluar regularmente el progreso en la reducción de las barreras específicas hacia las mujeres y personas de género expansivo y proporcionar informes detallados durante la fase de evaluación del proyecto. Este proceso de monitoreo deberá incorporar una perspectiva interseccional que considere las múltiples e interconectadas formas de exclusión y situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a las poblaciones impactadas por nuestras actuaciones.

- **Indicadores específicos de género para medir objetivos**

Es necesario crear indicadores centrados en las necesidades únicas de las mujeres, personas trans, no binarias y disidentes de género que aborden las desigualdades sistémicas que enfrentan y evidencien avances significativos en su bienestar. Además, los indicadores específicos se complementarán con evaluaciones cualitativas que evalúan la efectividad del proyecto en la reducción de las disparidades de género en el acceso a la justicia, los servicios sociales y el bienestar general.

7. Promover estrategias locales con una perspectiva decolonial. El enfoque diferencial con perspectiva decolonial aborda problemáticas sociales y políticas haciendo un análisis crítico de las estructuras coloniales y de poder que perpetúan la desigualdad, reconociendo que las personas no experimentamos la vida de manera uniforme, sino que nuestras experiencias están marcadas por múltiples ejes de identidad (origen étnico, género, clase social, etc.). Por ende, las políticas o las acciones que ignoran estas diferencias perpetúan la desigualdad.

Para evitar perpetuar las desigualdades heredadas de la colonización, es fundamental cuestionar las narrativas y estructuras de poder impuestas durante y después del colonialismo, las cuales aún influyen en las relaciones sociales, políticas y económicas en aras de dismantelar los sistemas de opresión y explotación que provienen de la colonialidad, pero que perviven incluso en contextos contemporáneos. Ser conscientes y enfatizar en cómo las intersecciones de identidades marginalizadas están influenciadas por la historia colonial y cómo estas identidades siguen siendo objeto de exclusión sistémica es el primer paso para encontrar soluciones a dicha desigualdad y exclusión.

Para ello, es fundamental que los grupos excluidos que habitan históricamente los márgenes, como las comunidades indígenas, afrodescendientes y las mujeres del sur global y las identidades de género expansivo, puedan tener el poder de definir sus propias luchas y soluciones, rompiendo con la dependencia de las narrativas impuestas por el norte global o las élites que perpetúan los discursos coloniales, y que las acciones en los territorios reivindiquen el conocimiento producido por comunidades no occidentales que desafían la supremacía de las epistemologías eurocéntricas, subrayando aquí la importancia de dar espacio a otros saberes y formas de entender el mundo que han sido subyugados o invisibilizados por el colonialismo.

Para incluir el enfoque diferencial con perspectiva decolonial, hacemos las siguientes consideraciones:

- **Análisis decolonial en el diseño, implementación e impacto de las acciones**

Las acciones deben estar profundamente enraizadas en un enfoque decolonial interseccional, considerando cómo las estructuras coloniales históricas y actuales afectan desproporcionadamente a las personas, especialmente, a aquellas provenientes de comunidades indígenas, afrodescendientes y otros grupos históricamente oprimidos. El análisis debe incluir la exploración de cómo el colonialismo ha creado y perpetuado desigualdades socioeconómicas que aún condicionan las experiencias de estas personas. Las intervenciones deben diseñarse desde la autonomía de estas comunidades, reconociendo sus saberes y garantizando que el proyecto no reproduzca dinámicas coloniales.

- **Evaluación de necesidades con perspectiva decolonial**

La evaluación de necesidades debe incorporar una perspectiva que considere las dinámicas coloniales. Esto implica identificar cómo el racismo estructural, la exclusión de las comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales, y las formas coloniales de dominación económica y política continúan afectando el acceso a servicios sociales, de salud y justicia. Es esencial involucrar a estas comunidades en el diseño de las evaluaciones para evitar replicar las lógicas de dependencia impuestas por las estructuras coloniales.

- **Desagregación de datos por género con enfoque decolonial**

La recolección de datos debe reconocer los impactos del colonialismo en las comunidades. Los datos deben desglosarse considerando la identidad étnico-racial, los contextos históricos de colonización y las geografías de exclusión. Esto permite visibilizar las múltiples situaciones de exclusión y violencia que enfrentan y facilita la creación de indicadores que reflejen de manera más precisa las desigualdades coloniales que enfrentan estas poblaciones.

- **Compromiso con la descolonización y la igualdad**

Para avanzar en la igualdad desde un enfoque decolonial, es crucial centrar las voces y experiencias de comunidades que han sido históricamente oprimidas por la colonialidad. Las acciones deben ir más allá de la igualdad formal y enfocarse en el reconocimiento y la reparación de las desigualdades creadas por el colonialismo, generando oportunidades para que las comunidades marginadas participen activamente en la toma de decisiones y en el diseño de las acciones, generando espacios que promuevan el fortalecimiento de la soberanía comunitaria y el poder de autorrepresentación.

- **Monitoreo y reporte de resultados desde una perspectiva decolonial**

El monitoreo de los resultados debe incorporar una perspectiva decolonial que evalúe no solo las barreras, sino también cómo las acciones contribuyen a la descolonización de las estructuras opresivas. Se deben incluir indicadores que midan el empoderamiento de comunidades indígenas y afrodescendientes, así como la promoción de sus conocimientos ancestrales y su capacidad de autodeterminación en la implementación de acciones para su propio bienestar. Los informes deben reflejar cómo el proyecto ayuda a dismantelar las jerarquías coloniales.

- **Indicadores específicos de decolonialidad**

Al crear indicadores para medir los objetivos, es importante incluir mediciones que capten las disparidades resultantes del colonialismo. Estos indicadores deben enfocarse en la reducción de barreras étnicas y raciales y en cómo las acciones del proyecto contribuyen a la restitución de derechos y a la equidad histórica. Los indicadores deben evaluar el impacto de la intervención en términos de justicia restaurativa, tanto para mujeres cis, trans y no binarias, como para las comunidades racializadas y marginadas por el colonialismo.

8. Apostar por una mirada holística e integral centrada en la persona y en un cuidado informado del trauma. Las mujeres y personas de género expansivo sobreviven a múltiples situaciones de violencia. Aquellas que más suelen acceder a los recursos de reducción de daños son aquellas que habitan la calle. Cabe visibilizar que antes de vivir en calle, las mujeres soportan situaciones de vivienda extremadamente precarias y violentas. Aunque disponen de techo, a menudo a cambio de sexo o explotación, no disponen de un hogar seguro. Este sinhogarismo invisibilizado aumenta el aislamiento y dificulta de sobremanera la sostenibilidad de otros aspectos como el cuidado personal, el descanso, la alimentación, el derecho a la intimidad o la privacidad. Todo ello tiene un fuerte impacto tanto en la salud física, como en la salud mental.

Resulta obvio que no disponer de vivienda dificulta acceder y sostener trabajos reglados. El estado de alerta continuo al que se ven obligadas las personas en situación de sinhogar (y, en especial, las que habitan la calles) hace del consumo de sustancias una estrategia y una herramienta para sobrevivir la calle y automedicar el trauma. En este sentido, es fundamental desplegar espacios seguros en los que las personas que habitan la calle, viven con malestares de salud mental y sobreviven a violencias, sean bienvenidas independientemente del uso que hagan de las sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

Academy of Perinatal Harm Reduction. (2023). Academy of Perinatal Harm Reduction. <https://www.perinatalharmreduction.org/>

Alcaldía de Medellín. (2022a). Capítulo 1: información general de la ciudad. En Informe de gestión 2022. <https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2023/02/Capitulo-1.-Informacion-General-de-Ciudad-FINAL-2.pdf>

Alcaldía de Medellín. (2022b, 4 de junio). “El 98% de las sustancias psicoactivas sintéticas en Medellín están adulteradas”, según estudio de riesgo químico presentado en el congreso Consumos Conscientes. Alcaldía de Medellín: Noticias. <https://antioquiainforma.com/el-98-de-las-sustancias-psicoactivas-sinteticas-en-medellin-estan-adulteradas-segun-estudio-de-riesgo-quimico-presentado-en-el-congreso-consumos-conscientes/>

Alcaldía de Medellín. (2024). Proyecciones (Población, Viviendas y Hogares). Alcaldía de Medellín: banco de documentos. <https://www.medellin.gov.co/es/centro-documental/proyecciones-poblacion-viviendas-y-hogares/>

Alcaldía de Pereira. (2022, 3 de mayo). Pereira segunda ciudad del país con menor índice de pobreza extrema. Alcaldía de Pereira. <https://www.pereira.gov.co/publicaciones/5061/pereira-segunda-ciudad-del-pais-con-menor-indice-de-pobreza-extrema/>

Alvim, N. A. T. (2013). Health under the integrality perspective. *Escola Anna Nery*, 17(4), 599-599.

Bartos, M. S. H. (2023). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(4), 1131-1138. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.08962022>

Boyd, J., Lavalley, J., Czechaczek, S., Mayer, S., Kerr, T., Maher, L. y McNeil, R. (2022). “Bed Bugs and Beyond”: An ethnographic analysis of North America's first women-only supervised drug consumption site. *International Journal of Drug Policy*, 78, 102733. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102733>

Brunt, T. M. (2017). Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. EMCDDA. https://www.drugsandalcohol.ie/28065/1/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction.pdf

Canadian Housing First Toolkit. (2024). Background & Purpose Of The Toolkit. CAEH ACMFI.

Caribe Afirmativo. (2023). No se mata lo que no se olvida: Informe de Derechos Humanos de Personas LGBTQ+ en Colombia 2022. Caribe Afirmativo. <https://caribeafirmativo.lgbt/wp-content/uploads/2023/03/INFORME-DDHH-LGBTIQ2023-CA.pdf>

Centro de Convivência É de Lei. (2024). O que é Redução de Danos? Edelei. <https://edelei.org/pr-perguntas-e-respostas/>

Comisión Global de Políticas de Drogas. (2011). Ex Presidentes de Brasil, Colombia, México y Suiza, el Primer Ministro de Grecia, Kofi Annan, Richard Branson, George Shultz, Paul Volcker y Otros Líderes Piden un Sustancial Cambio de Paradigma en la Política de Drogas Mundial. Comisión Global de Políticas de Drogas. https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_on_Drug_Policy_Press_Release_Spanish.pdf

Consentidos. (2016). Corporación Consentidos [Blog]. <https://corporacionconsentidos.blogspot.com/>

Corporación Surgir. (s. f.). ¿Quiénes somos? Corporación Surgir. <https://corporacionsurgir.org/nosotros/>

Corporación Surgir. (2021). Desarrollo participativo de parafernalia higiénica para reducir daños del consumo de cocaína fumable (basuco) en Medellín, Colombia. Corporación Surgir. https://riod.org/wp-content/uploads/2021/11/INFORME-LABORATORIO-BASUCO_Surgir.pdf

Corporación Viviendo. (2019). Programa de Reducción de Riesgos y Daños. Corporación Viviendo. <https://corporacionviviendo.org/prryd/#:~:text=Es%20una%20propuesta%20que%20busca,%2C%20comunitarias%2C%20familiares%20y%20personales>

Crane, M. y Warnes, A. M. (2003). Wet Day Centres in the United Kingdom: A Research Report and Manual. The King's Fund and Homelessness Directorate y Sheffield Institute for Studies on Ageing. <https://web.archive.org/web/20200926183407/http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/wetcentre.pdf>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-Discrimination Doctrine, Feminist Theory, and Anti-Racist Politics. University of Chicago Legal Forum, 1989(1). <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

Cunill-Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. Gestión y Política Pública, 23(1), 5-46. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792014000100001&lng=es&tlng=es

Daniel Carl Torsch Foundation. (s. f.). ASL Harm Reduction For The LGBTQ+ Community. Next Distro. <https://nextdistro.org/resources-collection/asl-harm-reduction-lgbtq-spanish-cc>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021a). Censo de habitantes de la calle 2021: Armenia-Quindío. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-armenia-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021b). Censo de Habitantes de la Calle 2021: Cúcuta-Norte de Santander. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-cucuta-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021c). Censo de Habitantes de la Calle 2021: Pereira-Risaralda. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-pereira-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2023). Comunicado de prensa. Información de pobreza monetaria en 2022. DANE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2024). Proyecciones de población. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Dirección General de Apoyo Fiscal. (2022). Viabilidad fiscal territorial 2022. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntidadesdeOrdenTerritorial/pages_viabilidad_fiscalterritorial/viabilidadfiscalterritorial2022

Échele Cabeza. (2018, 9 de enero). ¿Quiénes somos? Échele Cabeza. <https://www.echelecabeza.com/que-es-echele-cabeza>

Elementa. (2021). Elementa DDHH [Página web]. <https://elementaddhh.org/>
Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebradas. (2022). Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebradas: Centro. Departamento de Estado de EE. UU. <https://www.issup.net/files/2022-10/Centro.pdf>

Daniel Carl Torsch Foundation. (s. f.). ASL Harm Reduction For The LGBTQ+ Community. Next Distro. <https://nextdistro.org/resources-collection/asl-harm-reduction-lgbtq-spanish-cc>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021a). Censo de habitantes de la calle 2021: Armenia-Quindío. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-armenia-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021b). Censo de Habitantes de la Calle 2021: Cúcuta-Norte de Santander. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-cucuta-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2021c). Censo de Habitantes de la Calle 2021: Pereira-Risaralda. DANE. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/presentacion-CHC-resultados-pereira-2021.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2023). Comunicado de prensa. Información de pobreza monetaria en 2022. DANE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (DANE). (2024). Proyecciones de población. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Dirección General de Apoyo Fiscal. (2022). Viabilidad fiscal territorial 2022. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/portal/EntidadesdeOrdenTerritorial/pages_viabilidad_fiscalterritorial/viabilidadfiscalterritorial2022

Échele Cabeza. (2018, 9 de enero). ¿Quiénes somos? Échele Cabeza. <https://www.echelecabeza.com/que-es-echele-cabeza>

Elementa. (2021). Elementa DDHH [Página web]. <https://elementaddhh.org/>

Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebradas. (2022). Encuesta de Uso de Sustancias de Pereira y Dosquebradas: Centro. Departamento de Estado de EE. UU. <https://www.issup.net/files/2022-10/Centro.pdf>

Epele, M. (2001). Violencias y traumas. Políticos del sufrimiento social entre usuarios de drogas. *Cuadernos de Antropología Social*, 14, 117-137. <https://doi.org/10.34096/cas.i14.4658>

European Network of People who Use Drugs. (EuroNPUD). (2023). *Community-Led Approaches to HCV Testing, Treatment and Care. Technical Briefing*. EuroNPUD. https://www.correlation-net.org/wp-content/uploads/2024/02/2023_EuroNPUD_Community_Led_Approaches_HCV_TTC_Technical_Briefing.pdf

Fundación Corona. (2022). *Informe de calidad de vida 2022. Cúcuta cómo vamos*. Fundación Corona, Universidad Libre, Cámara de Comercio de Cúcuta y Diario La Opinión. <https://cucutacomovamos.com/wp-content/uploads/2023/02/Informe-de-Calidad-de-Vida-2022.pdf>

Fundación Salutia. (2022). *Estudio de prevalencia de VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas: Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 2021*. Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigación en salud. [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20final%20de%20resultados_digital%20\(1\).pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20final%20de%20resultados_digital%20(1).pdf)

Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. Y. y Pawlowicz, M. (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. *Revista Escenarios*, 14, 113-121. <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/73.pdf>

Gómez, L. (2023, 12 de agosto). Alerta en Medellín por aumento de casos de VIH en jóvenes entre los 20 y 29 años. *Infobae*. <https://www.infobae.com/colombia/2023/08/12/alerta-en-medellin-por-aumento-de-casos-de-vih-en-jovenes-entre-los-20-y-29-anos/>

Gordillo Jojoa, C. C. (2023). *Informe Servicio análisis de sustancias Échele Cabeza 2023*. Échele Cabeza. https://www.echelecabeza.com/wp-content/uploads/2024/02/Informe_SASEC-2023.pdf

Grey Murillo, S., Araque Mira, D., Valencia Posada, M., Alzate Gómez, T., Sierra Carmona, K. y Herrera Usuga, T. (s. f.). *Grieta: informe sobre violencias contra las mujeres callejeras del centro de Medellín (edición especial)*. Colectivo Callejeras y Fondo Lunaria. https://77f96c15-db44-49b5-b5db-13dd21cb3e20.usrfiles.com/ugd/582bd1_6ebd652c0f784182811655b4c2d58752

Guillén, A. I., Marín, C., Panadero, S. y Vázquez, J. J. (2020). Substance use, stressful life events and mental health: A longitudinal study among homeless women in Madrid (Spain). *Addictive Behaviors*, 103. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106246>

Harm Reduction International. (HRI). (2022a). ¿Qué es reducción de daños? Harm Reduction International. <https://hri.global/what-is-harm-reduction/spanish/>

Harm Reduction International. (HRI). (2022b). The Global State of Harm Reduction 2022 (8th ed.). Harm Reduction International. https://hri.global/wp-content/uploads/2022/11/HRI_GSHR-2022_Full-Report_Final-1.pdf

Intercambios Asociación Civil. (2020). Quiénes somos. Intercambios Asociación Civil. <https://intercambios.org.ar/quienes-somos.html>

Leigh. C. (1998). Inventing Sex Work. En Jill Nagle (Ed.), Whores and Other Feminists. Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203700655-30/inventing-sex-work-carol-leigh?context=ubx&refId=c54b7071-4e7f-4327-a0c9-41bb7b9d9181>

Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. Revista Estudios Feministas, 23(3), 691-712. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>

Manifiesta. (2023). Medellín: la eterna primavera de la explotación sexual. Manifiesta. <https://manifiesta.org/medellin-la-eterna-primavera-de-la-explotacion-sexual/>

Martínez Ramírez, J. A. (Coord.). (2022). Contrato Interadministrativo para el análisis de sustancias psicoactivas circulantes, sus contenidos y riesgos químicos en la población joven. Universidad Nacional de Colombia. https://medellinjoven-production.s3.us-west-2.amazonaws.com/pdf/Informe_Final.pdf

Medellín Joven. (2023). Datos de consumo de sustancias psicoactivas. Medellín Joven. <https://www.medellinjoven.com/blog/datos-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-168>

Mercado, D. A. (2023, 6 de octubre). Preocupa el número de habitantes de calle en Medellín: de 3.200 pasaron a casi 8.000. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/medellin-habitantes-de-calle-pasaron-de-3-000-a-8-000-en-cuatro-anos-813412>

Metzineres. (2023). Qué es Metzineres. Metzineres. <https://metzineres.org/es/inicio>

Migración Colombia. (2023). Distribución de Migrantes agosto 2023. Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias-migracion-colombia/distribucion-de-migrantes-agosto--2023>

Milanese, E. (2016). Tratamiento Comunitario. Manual de trabajo I° (3a ed.). Instituto Empodera.

Ministerio de la Protección Social. (2017). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo. Ministerio de la Protección Social.
http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/PNReduccion_Consumo_%20Resumen%20Ejecutivo%20DEF%20REVISADO%20ESTILO.pdf

Ministerio de Justicia y el Derecho. (2019). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas: Colombia 2019. Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia, Observatorio de Drogas de Colombia y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>

Ministerio de Justicia y el Derecho. (2022, 12 de mayo). Estudio revela altas prevalencias de VIH, sífilis y hepatitis B y C en personas que se inyectan drogas en seis ciudades de Colombia. Minjusticia.
<https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Paginas/Estudio-revela-altas-prevalencias-de-VIH-sifilis-hepatitis-B-C-en-personas-que-se-inyectan-drogas-seis-ciudades-Colombia.aspx>

Ministerio de Justicia y el Derecho. (2023). Sembrando vida. Desterramos el narcotráfico. Política Nacional de Drogas 2023-2033. Ministerio de Justicia y el Derecho. <https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/Política%20Nacional%20de%20Drogas%202023-2033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotráfico%27.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Ministerio de Educación Nacional. (2022). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia en población escolar 2022. Observatorio de Drogas de Colombia. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho y Universidad CES. (2021). Estudio de prevalencia de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis, y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Armenia y Cúcuta en el 2021. Ministerio de Justicia y del Derecho y Universidad CES.
<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20de%20Resultados%20de%20Investigación%20PID%20Armenia-Cúcuta%20Marzo%202022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Internacional para las Migraciones y Mapiripana-Yurupari of New England-Regional Colombia. (2013). Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. Ministerio de Salud y Protección Social, OIM y Mapiripana-Yurupari of New England-Regional Colombia.

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/OD1012013-plan-nacional-respuesta-consumo-emergente-heroina-drogas-inyectadas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social y Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2017). Lineamientos para el protocolo de manejo de la sobredosis de opioides en la comunidad. Ministerio de Salud y Protección Social y Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/protocolo-naloxona-final-2.pdf>

Molina Menjura, J. A. y Niño Leal, L. H. (2015). Investigación y acción participativa con la población consumidora de bazuco de Bogotá. Acción Técnica Social (ATS).

https://www.acciontecnicasocial.com/investigacion-y-accion-participativa-con-la-poblacion-consumidora-de-bazuco-de-bogota/#_ftn1

National Alliance to End Homelessness. (2022, 20 de marzo). Housing First. National Alliance to End Homelessness. <https://endhomelessness.org/resource/housing-first/>

National Harm Reduction Coalition. (2021). Las Américas - Descolonización y Reducción de Daños

[video de YouTube]. <https://www.youtube.com/watch?v=ZA-ppvEZJ6U>

National Low Income Housing Coalition. (NLIHC). (s. f.). The Evidence is Clear: Housing First Works.

NLIHC. <https://nlihc.org/sites/default/files/Housing-First-Evidence.pdf>

Nunes, E. (2023). En Recife, la Escuela Libre de Reducción de Daños acoge, informa e interviene para reducir el consumo problemático de drogas. Lupa do Bem. <https://www.lupadobem.com/es/escuela-libre-para-la-reduccion-de-danos-contras-las-drogas/>

Observatorio de Juventud. (2020). Datos de consumo de sustancias psicoactivas. Medellín Joven.

<https://www.medellinjoven.com/blog/datos-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-168>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (OEDT). (2017). Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Oficina de Estudios Económicos. (2024). Perfiles Económicos Departamentales: Departamento de Norte de Santander. Ministerio de Comercio, Industria y Turismo de Colombia.

<https://www.mincit.gov.co/CMSPages/GetFile.aspx?guid=343b884d-95de-4e64-8f0f-f76334a7dd74>

Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E. y Wells, G. (2006). Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1), 45-49. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1041350>

Ramírez Peña, A. (s. f.). La desigualdad en Colombia no cede. *Divulgación científica*. <https://urosario.edu.co/revista-divulgacion-cientifica/economia-y-politica/la-desigualdad-en-colombia-no-cede>

Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP), INPUD y M-Pact. (2018). *Documento de políticas: el impacto del estigma y la discriminación en las poblaciones clave y sus familias*. NSWP, INPUD y M-Pact. https://www.nswp.org/sites/default/files/es_stigma_discrim_key_populations_inpud_m Pact_nswp_-_2018.pdf

Red Iberoamericana de ONG que Trabajan con Drogas y Adicciones. (RIOD). (2018). *La reducción de daños en intervención con drogas: concepto y buenas prácticas*. RIOD. https://www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org/materiales/guia_rd_riod.pdf

Red Iberoamericana de ONG que Trabajan con Drogas y Adicciones. (RIOD). (2018). La reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas. *Consortio Internacional sobre Políticas Antidrogas (IDPC)*. <https://idpc.net/es/publications/2019/01/la-reduccion-de-danos-en-la-intervencion-con-drogas-concepto-y-buenas-practicas>

Red Iberoamericana de ONG que Trabajan con Drogas y Adicciones. (RIOD). (2023). *Enfoque de base comunitaria en el ámbito de las drogas y las adicciones*. RIOD. https://riod.org/wp-content/uploads/2023/12/RIOD_ENFOQUE_COMUNITARIO_VF.pdf

Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que usan Drogas. (LANPUD). (2024). *Lanpud: Tejiendo Redes*. LANPUD. <http://www.redlanpud.net/>

Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas. (RENFA). (2024). *Sobre a RENFA*. RENFA. https://renfa.org/sobre-nos?anchorElement=element_109

ReverdeSer Colectivo. (2024). *Perspectiva*. ReverdeSer Colectivo. <http://reverdeser.org/perspectiva/>

Rodríguez Carrillo, J. M. (2023). El enfoque de reducción de daños y riesgos para personas usuarias de drogas. *Notas Estratégicas*, 196, 1-11.

Rojas, Y. (2021, 1 de diciembre). *El Departamento lucha contra el consumo de Sustancias Psicoactivas*. Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. <https://ids.gov.co/comunicados-de-prensa/el-departamento-lucha-contrael-consumo-de-sustancias-psicoactivas/>

Ruíz-Roa, S. L., Martínez Rojas, S. M. y Serna Galeano, I. A. F. (2022). Tuberculosis en la frontera colombo-venezolana: distribución geoespacial. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(3), 362-367. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v39n3/1726-4642-rins-39-03-362.pdf>

Rural Communities Opioid Response Program-Technical Assistance. (RCORP-TA). (2024). *A Toolkit for Building Effective Community Advisory Boards: Syringe Service Programs*. RCORP-TA. <https://www.rcorp-ta.org/resources/toolkit-building-effective-community-advisory-boards-syringe-service-programs>

Sakamoto, I., Khandor, E., Chapra, A., Hendrickson, T., Maher, J., Roche, B. y Chin, M. (2008). *Homelessness Diverse Experiences, y t Common Issues, Shared Solutions: The Need for Inclusion and Accountability*. University of Toronto. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/id4katob.pdf>

Samuels, G. M. y Ross-Sheriff, F. (2008). Identity, oppression, and power: feminisms and intersectionality theory. *Affilia*, 23(1), 5-9. <http://dx.doi.org/10.1177/0886109907310475>

Secretaría de Desarrollo Económico de Armenia. (s. f.). *Plan de Empleo Municipal de Armenia*. Alcaldía de Armenia 2020-2023. https://www.armenia.gov.co/wp-content/uploads/economico/INFORMES_GESTION_DESARROLLO_ECONOMICO/PLAN_EMPLEO_ARMENIA.pdf

Seidmann, S., Di Iorio, J., Rigueiral, G. y Gueglio Saccone, C. (2016). El cuidado en personas en situación de calle. Una perspectiva ética y política. *Anuario de Investigaciones*, XXIII, 163-172. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369152696016>

Senado de la República de México. (2022, 11 de mayo). *Iniciativa con proyecto de Decreto por el que se reforma la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud*. Gaceta Parlamentaria. https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_comision_permanente/documento/125892

Silberg, C., Likindikoki, S., Mbwambo, J., Mmari, K. y Saleem, H. T. (2022). Housing instability and violence among women who use drugs in Dar es Salaam, Tanzania. *Harm Reduction Journal*, 19, 68. <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00649-x>

Silva, B. (2024, 14 de mayo). En Cúcuta han caracterizado 2.360 habitantes de calle. *La Opinión*. <https://www.laopinion.co/cucuta/en-cucuta-han-caracterizado-2360-habitantes-de-calle>

Temeride. (s. f.). *Quiénes somos*. Corporación Temeride. <https://corporaciontemeride.org/actividad/>

Tesis y Másters. (2022, 30 de agosto). ¿Qué es una entrevista semiestructurada y cómo usarla en una tesis? *Tesis y Másters*. <https://tesisymasters.mx/entrevista-semiestructurada/>

Toward the Heart. (2024). *BC Peer Worker Training*. Toward the Heart.
<https://towardtheheart.com/peer-worker-training>

Unidad para las Víctimas. (2022, 19 de mayo). *Las cifras que presenta el Informe Global sobre Desplazamiento 2022*. Unidad para las Víctimas. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/las-cifras-que-presenta-el-informe-global-sobre-desplazamiento/>

Universidad Nacional de Colombia y Alcaldía de Medellín. (2022). *Estudio de riesgo químico de sustancias psicoactivas circulantes en Medellín*. Universidad Nacional de Colombia y la Alcaldía de Medellín. <https://medellinjoven-production.s3.us-west-2.amazonaws.com/files/Informe-Final-contrato-4600091389.pdf>

Van Berkum, A. y Oudshoorn, A. (2015). *Best Practice Guideline for Ending Women's and Girl's Homelessness*. Homeless Hub. <https://www.homelesshub.ca/resource/best-practice-guideline-ending-women%E2%80%99s-and-girl%E2%80%99s-homelessness>

Vidal Giné, C. (2019). Los servicios de análisis de sustancias: un instrumento imprescindible para la reducción de riesgos y daños. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(3), 67-77.
https://www.aesed.com/upload/files/articulo5_b_cvidal.pdf

Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y. y Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2106.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.037>

Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. CLACSO y TNI Transnational Institute.

Pereira Arana, Isabel. (2021) *Mujeres, calle y prohibición. Cuidado y violencia a los dos lados del Otún* / Isabel Pereira Arana, María Ximena Dávila, Mariana Escobar Roldán, David Filomena Velandia, María Angélica Jiménez Izquierdo, Hugo Castro Cortés. -- Bogotá: Editorial Dejusticia,.

